

Universidade da Beira Interior



Departamento de Psicologia e Educação

RELATÓRIO DE ESTÁGIO REALIZADO NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA,
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE SÃO
MARCOS – BRAGA, SUBMETIDO COMO REQUISITO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM PSICOLOGIA

RAQUEL SOUSA ESTEVES

Covilhã

2009

Universidade da Beira Interior



Departamento de Psicologia e Educação

RELATÓRIO DE ESTÁGIO REALIZADO NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA,
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE SÃO
MARCOS – BRAGA, SUBMETIDO COMO REQUISITO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM PSICOLOGIA

RAQUEL SOUSA ESTEVES

Covilhã
2009

Dissertação realizada sob orientação do Professor Doutor Luis Maia apresentada à Universidade da Beira Interior, para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o número R/B - CR - 342/2007.

Agradecimentos

Esta caminhada nunca o foi sozinha. Assim, agradeço imensamente às pessoas que serão, sempre, alicerces na construção do que sou, e que permanecerão, dentro de mim, narrativas excepcionais.

(Um grande obrigado a outras pessoas que me acompanham, mas em especial,) À minha *mãe*, a quem puxei a determinação e fé na magia e grandiosidade do ser; ao meu *pai*, por incentivar as minhas caminhadas e conquistas; aos Professores, *Doutor Luis Maia*, pela compreensão e pela confiança depositada em mim, *Dr.^a Cláudia*, pela escuta activa, tranquilidade sábia e sensibilidade nas palavras e nos gestos, à *Dr.^a Ema*, *Dr.^a Marina*, *Dr.^a Adília*, pela beleza vincada em traços lutadores, de esperança, de inspiração, à *Dr.^a Paula Carvalho*, “uma mestre”, cuja experiência como sua aluna marcou, em mim, formas de estar e ser *em Psicologia*; à Filipa, à Marta e à Lilia, companheiras nos laços da Psicologia, e da amizade.

Obrigada a todos por estarem presentes para além de todas as palavras.

Resumo

O presente documento pretende ser uma demonstração da aquisição de conhecimentos decorrentes dos anos de formação académica, mais especificamente, uma exposição de competências desenvolvidas ao nível da investigação, avaliação e intervenção psicológicas.

Relativamente às primeiras, é apresentado o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do Seminário de Investigação, no qual se pretendeu averiguar o impacto da institucionalização sobre o autoconceito, sobre o padrão de vinculação estabelecido com pessoas significativas e sobre a satisfação com o suporte social percebido, num grupo de adolescentes institucionalizados comparativamente com um grupo de adolescentes não-institucionalizados.

No que diz respeito ao segundo nível de competências, é apresentada uma parte integrante do Relatório de Estágio Curricular desenvolvido no 5º ano de Licenciatura de Psicologia Clínica e da Saúde, onde constam, sobretudo, os conhecimentos e práticas decorrentes das actividades de avaliação psicológica.

Na dimensão das competências de intervenção é apresentado o trabalho desenvolvido no âmbito do Seminário de Intervenção dedicado às Perturbações do Espectro Autista, "*Partir do zero: Programa de Intervenção Comportamental Intensivo Precoce para Perturbações do Espectro do Autismo*".

Palavras-chave: estágio, psicologia clínica, competências, investigação, avaliação, intervenção.

Abstract

This document is intended to be a demonstration of the acquisition of knowledge resulting from years of academic training, more specifically, an exhibition of skills developed in the research, assessment and psychological intervention.

At first, is presented the research developed which sought to investigate the impact of institutionalization on self-concept, on the vinculation patterns established with significant people and on satisfaction with perceived social support, in a group of institutionalized adolescents compared with a group of non-institutionalized adolescents.

Concerning the second level of skills, is a part of the Report of Stage Curriculum developed in the 5th year of the Bachelor of Clinical Psychology and Health, which are the knowledge and practices arising from the activities of psychological assessment.

Concerning the skills of intervention is presented the work dedicated to Autistic Spectrum Disorders, "Starting from scratch: Program for Early Intensive Behavioral Intervention for Disorders of the Autism Spectrum".

Key-words: professional training, clinical psychology, skills, research, assessment, intervention.

ÍNDICE

	AGRADECIMENTOS	
I.	APRESENTAÇÃO	12
II.	COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO	15
	1. Introdução à Componente de Investigação	16
	2. Fundamentação Teórica	16
	3. Metodologia de Investigação	25
	4. Análise e Discussão dos Resultados	30
	4.1. Análise Estatística	30
	4.2. Análise dos Resultados	31
	4.3. Discussão dos Resultados	52
	5. Conclusão	54
III.	COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO	55
	1. Introdução à Componente de Avaliação	56
	2. Enquadramento Institucional	56
	2.1. Caracterização Breve da Instituição	56
	2.2. A Acção da Consulta de Psicologia	58
	3. O Estágio Curricular	60
	3.1. Integração Pessoal no Estágio Académico	60
	3.2. Descrição Geral das Actividades de Estágio	60
	3.3. Casos Clínicos Acompanhados	61
	3.3.1. Caso Clínico André	74
	3.3.2. Caso Clínico Daniel	94
	3.3.3. Caso Clínico Alexandra	105
	3.4. Avaliações Psicológicas	116
	3.5. Colaboração na Avaliação de Outros Casos Clínicos	123
	3.6. Outras Actividades Realizadas no Âmbito do Estágio	123
IV.	COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO	127
	1. Introdução à Componente de Intervenção	128
	2. As Perturbações do Espectro do Autismo	129
	3. Justificação/Pertinência do Programa	132
	4. Caracterização Geral do Programa	137
	4.1. População-alvo	137
	4.2. Implementação/Aplicação	138
	4.3. Estratégias-base	142
	4.4. Objectivos Gerais do Programa	142
	4.5. Recomendações Gerais para a Intervenção	143
	5. Partir do Zero: Programa de Intervenção Comportamental Intensivo Precoce para as Perturbações do Espectro do Autismo	144
	5.1. Intervenção com a Família	144
	5.2. Familiarização com o Programa	147
	5.3. Intervenção ao Nível dos Comportamentos Indesejados	148
	5.4. Intervenção ao Nível da Linguagem	150
	5.4.1 Comunicação Expressiva	152
	5.4.2 Comunicação Receptiva	159
	5.5. Intervenção ao Nível das Competências Sociais	167
	5.6. Intervenção ao Nível do Estilo de Aprendizagem/Dificuldades Cognitivas	172
	5.7. Intervenção ao Nível das Alterações Sensoriais	173
	5.8. Intervenção Social/Emocional	176
	6. Avaliação dos Progressos	177
	7. Conclusão/Reflexão	180
V.	REFLEXÃO FINAL	182
VI.	BIBLIOGRAFIA	187

LISTA DE FIGURAS

Figura I e II. Análise da normalidade univariada das variáveis 'suporte social' e 'auto-conceito'	36
Figura III e IV. Análise da normalidade univariada das variáveis 'vinculação segura' e 'vinculação ansiosa/ambivalente'	36
Figura V. Análise da normalidade univariada da variável 'vinculação evitante'	36
Figura VI e VII. Ilustração da linearidade	39
Figura VIII. Desempenho do paciente na elaboração do Teste do Desenho da Família	65
Figura IX. Registo de auto-monitorização com nuvens e sois para seis semanas	70
Figura X. Desempenho do paciente no exercício da linha da vida	79
Figura XI. Desempenho do paciente nos registos de auto-monitorização	87
Figura XII. Desempenho da paciente na elaboração do Teste do Desenho da Família	97
Figura XIII. Guião de anamnese	106
Figura XIV. Desempenho do paciente na elaboração do Teste do Desenho da Família	110
Figura XV. Desempenho do paciente na elaboração do Desenho Livre	110
Figura XVI. Exemplo de uma planta de uma sala TEACCH	139
Figura XVII. Exemplo de uma sala TEACCH	139
Figura XVIII. Exemplo de uma sala TEACCH	140

Figura XIX. Exemplo de uma área de trabalho	140
Figura XX. Exemplo de um sistema de tabuleiros	141
Figura XXI. Exemplo de uma ficha de análise funcional do comportamento	148
Figura XXII. Exemplos de símbolos visuais utilizados no horário	161
Figura XXIII. Pista visual indicativa do recreio	162
Figura XIV. Pista visual indicativa da actividade de trabalhos manuais	162
Figura XXV. Pista visual indicativa do almoço	162
Figura XXVI. Pista visual indicativa do período de transporte de autocarro	163
Figura XVII. Exemplo de planos de trabalho	163
Figura XVIII. Exemplo de um plano de trabalho	163
Figura XIX. Excerto de uma conversa cómica ilustrada	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos por idade	26
Tabela 2. Distribuição dos sujeitos por ano de escolaridade	26
Tabela 3. Distribuição dos sujeitos institucionalizados por idade e sexo	26
Tabela 4. Distribuição dos sujeitos não-institucionalizados por idade e sexo	26

Tabela 5. Diferenças de género no autoconceito, participantes não-institucionalizados	31
Tabela 6. Diferenças de género no autoconceito, participantes institucionalizados	32
Tabela 7. Diferenças de género na 'Popularidade', participantes institucionalizados	33
Tabela 8. Diferenças de género na 'Aparência Física', participantes institucionalizados	34
Tabela 9. Análise multivariada da normalidade, teste de distâncias de Mahalonobis	37
Tabela 10. Análise de outliers multivariados	38
Tabela 11. Análise da multicolinearidade e singularidade	39
Tabela 12. Análise da homogeneidade das matrizes da variância – covariância	40
Tabela 13. Testes multivariados	40
Tabela 14. Teste de igualdade do erro das variâncias	42
Tabela 15. Manova, análise bidireccional, efeitos inter grupos	42
Tabela 16. Manova, análise bidireccional, efeito inter grupos, em função do sexo	45
Tabela 17. Análise da homogeneidade entre a covariável e a variável dependente para cada grupo	46
Tabela 18. Resultados da igualdade do erro das variâncias	47
Tabela 19. Ancova, bidireccional, entre grupos	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Actividades de estágio e número de horas	61
Quadro 2. Processo avaliativo do caso clínico André	63
Quadro 3. Descrição das áreas problemáticas do caso clínico André	64
Quadro 4. Descrição dos factores protectores do caso clínico André	68
Quadro 5. Processo de intervenção no caso clínico André	68
Quadro 6. Descrição do processo avaliativo do caso clínico Daniel	78
Quadro 7. Descrição das áreas problemáticas do caso clínico Daniel	80
Quadro 8. Descrição dos factores protectores do caso clínico Daniel	83
Quadro 9. Processo de intervenção no caso clínico Daniel	84
Quadro 10. Descrição do processo avaliativo do caso clínico Alexandra	96
Quadro 11. Descrição das áreas problemáticas do caso clínico Alexandra	98
Quadro 12. Descrição das avaliações psicológicas	105
Quadro 13. Colaboração na avaliação de outros casos clínicos	116
Quadro 14. Objectivos gerais do programa	142
Quadro 15. Recomendações gerais para a intervenção na família	147

Quadro 16. Actividades para incrementar a socialização	150
Quadro 17. Estratégias de suporte para promover a comunicação expressiva	152
Quadro 18. Estratégias de suporte para promover a comunicação receptiva	158
Quadro 19. Actividade de imitação avançada com plasticina	155
Quadro 20. Actividade de imitação de movimentos de animais	155
Quadro 21. Jogo da estátua	156
Quadro 22. Actividade de imitar mudanças de som	156
Quadro 23 a 27. Encontrar objectos escondidos	165
Quadro 28. Recomendações gerais para a promoção da socialização	168
Quadro 29. Estratégias de suporte para a promoção do estilo de aprendizagem/dificuldades cognitivas	173
Quadro 30. Estratégias de suporte para abordar as alterações sensoriais	174
Quadro 31. Actividade de percepção de sons	175
Quadro 32. Jogo do dominó	175
Quadro 33. Estratégias de suporte para lidar com as emoções	176

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre em Psicologia, pela Universidade da Beira Interior, decorrente do ano lectivo de 2008/2009.

O regulamento do Grau de Mestre da Universidade da Beira Interior expõe que, durante o período de transição, excepcionalmente, Licenciados em Psicologia Pré-Bolonha, podem beneficiar da equivalência das disciplinas de 1º ano, tendo em linha de conta os parâmetros do Acordo de Bolonha regidos pelo actual Ensino Superior, sendo possível assim a inscrição no 2º ano do 2º ciclo, bem como, posteriormente, o estatuto de Mestre.

Neste sentido, a presente dissertação pretende-se constituir uma demonstração da aquisição de conhecimentos decorrentes dos anos de formação académica, mais especificamente, uma exposição de competências desenvolvidas ao nível da investigação, avaliação e intervenção psicológicas. Incide maioritariamente sobre os procedimentos desenvolvidos no âmbito do 5º ano curricular da Licenciatura em Psicologia, Ramo Clínico e da Saúde na Universidade da Beira Interior. Representa o culminar de um longo caminho percorrido e determinado pela busca do saber apoiar o outro como enriquecimento do próprio, figura, em bruto, a grande parte das descobertas, das angústias, das alegrias, das frustrações e das aprendizagens que esta experiência despoletou, e algumas das inúmeras reflexões que daí decorreram e que moldaram muitos de nós a algo que desejamos ser: um ser apoiante do outro, que o percebe, o entende, o apoia, mas o autonomiza, no fundo, um ser que quer e sabe como ajudar. Pretende também representar um projecto desenvolvido, co-construído e partilhado, iniciado em Outubro de 2007, que se estendeu ao longo do ano lectivo 2007/2008 e que me envolveu num conjunto de mudanças pessoais e aprendizagens desejadas na minha vontade de dar voz e corpo à investigação, avaliação e intervenção em Psicologia.

Numa primeira parte consta a componente que integra as **Competências de Investigação**, onde se procura demonstrar conhecimentos de conceitos, orientações teóricas, metodologias e fontes de investigação. Apresenta-se o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do Seminário de Investigação, subordinado ao tema “*Autoconceito, vinculação e suporte social: estudo com adolescentes institucionalizados e não institucionalizados*”, sob a orientação da Professora Doutora Ema Oliveira. Trata-se de um trabalho de carácter comparativo, que pretende averiguar o impacto da institucionalização sobre o autoconceito, sobre o padrão de vinculação estabelecido com pessoas significativas e sobre a satisfação com o suporte social percebido, num grupo de adolescentes institucionalizados comparativamente com um grupo de adolescentes não-

institucionalizados. De seguida, as **Competências de Avaliação** serão apresentadas com base nas actividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular, no Serviço de Psicologia Clínica, Unidade de Pedopsiquiatria, do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Hospital de São Marcos (Braga). Por último, é apresentada a componente que integra as **Competências de Intervenção**, que reflecte o Seminário de Intervenção, intitulado “*Partir do zero: Programa de Intervenção Comportamental Intensivo Precoce para Perturbações do Espectro do Autismo*”.

Ser Psicólogo em contexto europeu

O Processo de Bolonha (1999) surgiu na sequência de afirmação de um compromisso entre os vários estados membros da EU, com o intuito de, na União Europeia, ao nível do ensino superior, uniformizar os ciclos de estudo conducentes aos diferentes graus académicos, bem como a consequente qualificação profissional. Em virtude deste objectivo foram reunidas algumas linhas de acção, que regulamentam um sistema de graus, comparável e legível: a adopção de um sistema de ensino superior baseado essencialmente em dois ciclos, o estabelecimento de um sistema de créditos, a promoção da mobilidade e da cooperação europeia no domínio da avaliação da qualidade e por último, a promoção da dimensão europeia no Ensino Superior. Posteriormente, o Comunicado de Praga acrescenta a promoção da aprendizagem ao longo da vida, tal como um maior envolvimento dos estudantes na gestão das instituições de Ensino Superior, e a promoção da atractibilidade do Espaço Europeu do Ensino Superior (Ministério da Ciência e Ensino Superior).

Neste sentido, torna-se possível, aos estudantes de qualquer estabelecimento de ensino superior, iniciar e concluir a sua formação superior e obter um diploma europeu reconhecido em qualquer Estado membro.

Temos vindo a assistir a algumas mudanças na percepção dos serviços de psicologia na Europa: até aqui os psicólogos têm regido a sua prática profissional em função de um enquadramento nas políticas educacionais, nos governos vigentes, nos códigos de trabalho, entre outros. O exercício da actividade de psicólogo tem sido tradicionalmente pautado por uma diversidade de práticas e metodologias por parte de diferentes países, até mesmo na legislação que regulamenta a actividade do psicólogo. Contudo, os esforços actuais pautam-se por uma tentativa de uniformizar a prática profissional, de modo a promover e facilitar a livre circulação de serviços e pessoas dentro do espaço europeu. Para tal, o Conselho Europeu e o Parlamento Europeu propuseram uma “reforma” do sistema de reconhecimento e qualificação profissional (*EUROPSY*). Assim, de acordo com estas entidades, os psicólogos devem ter a oportunidade de se formar ou exercer a prática em

qualquer parte da União Europeia, sendo referenciado como Psicólogo Europeu “*Registered EuroPsy Psychologist*”. Para se obter a designação de psicólogo europeu registado (*Europsy*) são necessários alguns requisitos, de entre os quais se destacam: (a) ter completado com sucesso um plano de estudos numa universidade ou instituição equivalente - abrangido por uma lei que garanta o título nacional ou qualificação de psicólogo - com duração de pelo menos cinco anos ou 300 ECTS¹; com prática supervisionada, perfazendo um total de 360 ECTS; (b) mostrar evidências de competências em pelo menos um ano de prática supervisionada com parecer favorável do supervisor e de acordo com o Código Ético e Deontológico. Por outro lado, os clientes, cidadãos ou instituições, têm também direito a usufruir de serviços de psicologia competentes e qualificados para a sua área de actuação, dentro do espaço europeu, de acordo com os seus interesses e necessidades. Foram então criados quadros de referência comuns, que comparam e estabelecem as equivalências das qualificações académicas e profissionais, e que garantem os níveis de qualidade na União Europeia. Uma das suas bases assenta no conceito de *competência*, que pode ser visível e avaliada em diversos contextos, seja na prática dependente ou independente.

De um modo geral, existem dois grandes grupos de competências que o psicólogo tem que demonstrar ter adquirido: por um lado as competências relacionadas com a prática profissional especializada, os conhecimentos e *skills* próprios deste grupo profissional (competências primárias). Por outro lado, um conjunto de competências transversais, comuns a diversas profissões e serviços, que garantem a eficiência e qualidade do serviço prestado. Relativamente às primeiras, consideram-se actividades e competências profissionais prestadas pelos serviços de psicologia num determinado contexto, o estabelecimento de objectivos, a avaliação, intervenção e comunicação, as quais devem ser reflexo de conhecimentos, compreensão e competências de actuação guiadas eticamente. As competências transversais passam pela prática de investigação, a aposta na formação contínua, a capacidade de desenvolvimento de relações interpessoais e a optimização de parcerias e de competência de auto-reflexão e de autocrítica.

¹ ECTS é uma abreviatura de *European Credits Transfer System*, ou seja, Sistema Europeu de transferência de Créditos.

Competências de Investigação

1. Introdução à Componente de Investigação

A presente investigação “**Autoconceito, vinculação e suporte social: estudo com adolescentes institucionalizados e não institucionalizados**” encontra-se inserida no âmbito da cadeira de Seminário de Investigação II, sob a docência da Professora Doutora Ema Oliveira, a qual integra no Currículo do 5º ano da Licenciatura em Psicologia, ministrada pelo Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

2. Fundamentação Teórica

Institucionalização

A UNICEF estima que aproximadamente 1,5 milhões de crianças na Europa Central e de Este vivem sob cuidados públicos, sendo que neste grupo incluem-se crianças que foram abandonadas pelos seus pais, crianças cujos pais tenham morrido e crianças que vivam em hospitais devido a doença crónica ou que vivam em instituições penais (Brownell et al., 2004, citado por Nelson, 2007). Em Portugal, de acordo com os dados do Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2006 da Segurança Social, cerca de 12 mil crianças e jovens constituem a população acolhida, sendo que quase metade (5971) tem entre 12 e 17 anos de idade (Plano de Intervenção Imediata, 2006).

Sabe-se que, geralmente, às crianças institucionalizadas não faltam cuidados alimentares, de higiene e médicos que garantam a sua sobrevivência, contudo, a investigação aponta para sequelas clinicamente significativas: (1) desenvolvimentos tardios ao nível motor, dificuldades na linguagem, no estabelecimento de relações significativas e de integração (Rizzini, 1995, citado por Alexandre & Vieira, 2004; Dubrovina et al., 1991, Cermak & Daunhauer, 1997, citado por Nelson, 2007; Rescorla, Parker & Stolley, 1991, citado por Harpaz-Rotem, Rosenheck & Desai, 2006; Tizard & Hodges, 1978, citado por Kreppner, O’Connor, Dunn & Anderson-Wood, 1999; Harden, 2004; Bowlby, 1953, citado por Daunhauer, Bolton & Cermak, 2005); (2) défices no desenvolvimento físico (Maclean, 2003, citado por Nelson, 2007; Johnson, 2000, citado por Soares, 2007) e cerebral (Nelson, 2007; Shore, 1997, citado por Harden, 2004); (3) problemas cognitivos (Morison, Ames & Chisholm, 1995, Rutter et al., 1998, citado por Nelson, 2007; Rutter, Kreppner & O’Connor, 2001; Kaler & Freeman, 1994, citado por Kreppner, O’Connor, Dunn & Anderson-Wood, 1999); (4) comprometimento académico (Konenkamp & Ehrle, 2002, citado por Harden, 2004); (5) défices de atenção e hiperactividade (Rutter, 1999, citado por Nelson, 2007; Rutter, Kreppner & O’Connor, 2001); e, (6) perturbações da relação (Chislolm, Carter, Ames

& Morison, 1995, citado por Nelson, 2007; Rutter, Kreppner & O'Connor, 2001). Se bem que estes últimos podem-se prender com factores de risco familiares antecedentes à institucionalização, embora a maioria destes problemas esteja correlacionada com a ecologia da vida institucional (Ames, 1997, citado por Nelson, 2007). Harden (2004) lembra que as crianças institucionalizadas, para além do desafio da institucionalização, trazem consigo vivências traumáticas como pobreza, maus-tratos, entre outros, que as levaram à condição de acolhimento e que exacerbam os seus factores de risco.

Os efeitos da privação em geral parecem depender muito da qualidade da relação anterior à separação, sendo que quanto mais tensa tenha sido a relação, mais perturbadora será a separação (Hinde & McGinnis, 1977, Rutter, 1999, citado por Soares, 2007). A duração e o impacto da experiência de privação parece ter um papel significativo no âmbito neurobiológico, sendo as suas consequências conhecidas ao nível da actividade neuroendócrina (Levine, 1994, Putnam, 2005, citado por Soares, 2007). A maturação neurobiológica é, em muito, determinada pelas experiências positivas e negativas no sentido em que determinados ambientes têm um impacto positivo no desenvolvimento dos sistemas neuronais que processam e regulam as emoções (neurociência afectiva) (Siegel, 2001, Shore, 2001, citado por Soares, 2007). Alguns estudos revelam que as dificuldades emocionais, as relações interpessoais pobres e os problemas de comportamento podem não estar associadas à institucionalização em crianças nesta condição, não tendo sido padrões típicos de privação institucional nos seus resultados (Rutter, Kreppner & O'Connor, 2001). De certa forma estes dados são corroborados por Perry, Sigal, Boucher, Paré et al. (2006), pelo que no seu estudo longitudinal sobre a adaptação na vida adulta de sete casos de institucionalização desde o nascimento, a maioria obteve resultados positivos comparativamente com os restantes, cujo funcionamento na vida adulta ficou seriamente diminuído.

Outros estudos encontraram uma relação significativa entre a institucionalização de crianças e adolescentes e problemas de comportamento e com a justiça (Benedict et al., 1996, Courtney et al., 2005, Festinger, 1983, Kraus, 1981, citado por Farruggia, Greenberger, Chen & Heckhausen, 2006). A aprendizagem escolar pode também ficar comprometida em crianças institucionalizadas e em famílias de acolhimento, e conseqüentemente levar ao desemprego futuro (Blome, 1997, Zetlin et al., 2004, citado por Farruggia, Greenberger, Chen & Heckhausen, 2006), mais especificamente, competências matemáticas, de escrita e de leitura são evidentemente mais baixas nestas crianças (Mitic & Rimer, 2003, citado por Farruggia, Greenberger, Chen & Heckhausen, 2006).

Autoconceito

A pertinência do estudo do autoconceito está relacionada com o seu poder preditivo quanto à performance dos indivíduos em diversas áreas de funcionamento, como por exemplo, o âmbito académico, o físico e o social (Faria, 2005).

Em termos gerais, o autoconceito pode ser definido como o conceito que o indivíduo tem de si próprio como ser físico, social e espiritual ou moral, ou seja, é percepção que um indivíduo tem de si. Em termos específicos, caracteriza-se pelas atitudes, sentimentos e auto-conhecimento acerca da sua aparência física, da aceitabilidade social, das suas capacidades e competências (Gécas, 1982, citado por Vaz-Serra, 1995; Byrne, 1984, Faria, 2002, Faria & Fontaine, 1990, Marsh & Hattie, 1996, citado por Faria, 2005).

O mesmo constructo é entendido também como a atitude negativa ou positiva sobre si mesmo (Rosenberg, Morris, Schooler, Carmi, Schoenbach, Carrie, Rosenberg, Florence, 1995), sendo mais recentemente distinguido do autoconceito específico (Harter, 1985, Marsh, 1986, Marsh & Shavelson, 1985, Swan, 1987, citado por Rosenberg, Morris, Schooler, Carmi, Schoenbach, Carrie, Rosenberg, Florence, 1995), dadas as suas múltiplas dimensões (Marsh, 1990, citado por Rosenberg, Morris, Schooler, Carmi, Schoenbach, Carrie, Rosenberg, Florence, 1995; Marsh et al., 1991, 1997, Skaalvik & Rankin, 1992, citado por Veiga, no prelo). Nomeadamente emocional, física, social e académica (Shavelson et al., 1976, 1977, citado por Vaz-Serra, 1995). Assim sendo, podemos ter uma atitude ou julgamento face a um objecto no seu todo e outra atitude ou julgamento diferentes, perante o mesmo objecto, mas acerca duma parte específica desse objecto (Rosenberg, 1979, citado por Rosenberg, Morris, Schooler, Carmi, Schoenbach, Carrie, Rosenberg, Florence, 1995).

Importante será dizer que as atitudes incluem elementos cognitivos, pois são representações de algo (por exemplo, objecto, pessoa, situação) e afectivos, os quais se verificam na orientação positiva ou negativa e intensidade, face a qualquer ao objecto, pessoa ou situação (Rosenberg, Morris, Schooler, Carmi, Schoenbach, Carrie, Rosenberg, Florence, 1995). O mesmo se passa com as atitudes sobre nós próprios – conceito de si próprio, embora não sejam equivalentes, autoconceito global e autoconceito específico medeiam-se e estão dinamicamente inter-relacionados um com o outro, são ambos importantes para diferentes razões e relevantes de diferentes formas (Rosenberg, Morris, Schooler, Carmi, Schoenbach, Carrie, Rosenberg, Florence, 1995). O autoconceito global revela-se muito importante no bem-estar psicológico das pessoas, já o específico é mais relevante para o comportamento (Rosenberg, Morris, Schooler, Carmi, Schoenbach, Carrie, Rosenberg, Florence, 1995). De salientar que os mecanismos de percepção de tudo o que

nos rodeia são afectados positiva ou negativamente pelo autoconceito através da atenção e organização selectiva da informação, em última análise, dos esquemas mentais (Markus, 1977, Leahy, 1985, citado por Vaz-Serra, 1995).

No desenvolvimento do autoconceito estão implicados diversos factores. Um deles é a forma como o comportamento do sujeito é julgado pelos outros (Nelson-Jones, 1994, citado por Vaz-Serra, 1995), especialmente se se trata da família e no que diz respeito aos pais como modelos ou fonte de reforços (Wylie, 1979, citado por Vaz-Serra, 1995). O feedback que todos nós obtemos do nosso próprio desempenho é também o motor de desenvolvimento de um bom ou mau autoconceito, assim como o resultado de comparações entre o nosso comportamento e o dos nossos semelhantes (Vaz-Serra, 1995). Assim, o conceito de si próprio também está dependente da referência a um determinado grupo normativo, ao qual pertencemos (Vaz-Serra, 1995).

O impacto que a família exerce na construção do conceito nos adolescentes é transversal em diferentes níveis: por um lado, as avaliações que os diferentes elementos familiares fazem acerca do adolescente estão relacionadas com as representações que ele vai construindo sobre si próprio (Eccles, 1993, Marsh & Craven, 1992, Pierrehumbert, Plancherel & Jankech-Caretta, 1987, citado por Peixoto, 2004); por outro, as dinâmicas das relações familiares propriamente ditas vão actuar sobre as diferentes dimensões do autoconceito (Peixoto, 2004). É o suporte emocional fornecido pela família que está positivamente relacionado com a construção das representações sobre si próprio, nomeadamente com a percepção de competência (Wenz-Gross, Siperstein, Untch & Widaman, 1997, citado por Peixoto, 2004).

Um dos domínios que mais contribui para a definição do autoconceito da criança e do adolescente é o domínio físico, particularmente o da aparência física (Faria, 2005). Esta dimensão parece ter, desde muito cedo, um papel importante pois as crianças recebem *feedback* directo e indirecto acerca da sua atractividade física, da sua condição física, do seu peso, da sua altura e da forma como se vestem ou se apresentam (Faria, 2005).

Surge aqui como importante distinguir outros constructos muitas vezes confundidos com o autoconceito, são eles a identidade e a auto-estima. A identidade está para o conteúdo do autoconceito (aspectos cognitivos) como a auto-estima está para os aspectos avaliativos (afectivos), aos quais o indivíduo recorre para elaborar a seu próprio respeito (Vaz-Serra, 1995; Garaigordobil, Durá, & Pérez, 2005; Baumeister, 1994, citado por Bernardo & Matos, 2003). A auto-estima tem muito que ver com a relação que se mantém entre os objectivos que estabelecemos e o sucesso ou êxito com que os alcançamos, portanto, está intrinsecamente relacionada com as crenças de auto-eficácia e com as atribuições causais (Vaz-Serra, 1995).

De acordo com a literatura, e tendo por base uma amostra de sujeitos cujas idades vão desde os 11 aos 21 anos, cuja medida utilizada foi o PHCSCS-2, os valores obtidos nas diferentes dimensões do autoconceito, por ano de escolaridade e sexo, revelam uma notória diminuição ao longo do ano de escolaridade (Veiga, no prelo). Num nível de 7º ano, enquanto os sujeitos de sexo feminino pontuam menos na dimensão da ansiedade (AN) do autoconceito, os sujeitos do sexo masculino, num mesmo nível escolar, pontuam mais alto ($M = 4.38$, $SD = 1.80$ e $M = 5.28$, $SD = 1.69$, para sujeitos do sexo feminino e masculino, respectivamente). Os mesmos resultados podem verificar-se no âmbito da aparência física (AF) ($M = 4.96$, $SD = 1.93$ e $M = 5.11$, $SD = 1.94$, para sujeitos do sexo feminino e masculino, respectivamente). Tomando em consideração o 9º ano de escolaridade, na dimensão da ansiedade (AN) pode encontrar-se uma diminuição em relação ao 7º, especialmente se tivermos em conta o sexo feminino ($M = 3.97$, $SD = 2.03$). Na generalidade, os valores médios do autoconceito global, neste mesmo estudo e em função do género, apresentam alguma diferenciação (Veiga, no prelo). A título de exemplo, num grupo de sujeitos do 7º ano, o sexo feminino e masculino apresentam níveis médios de autoconceito próximos ($M = 41.15$, $SD = 7.41$, $M = 42.18$, $SD = 7.57$, para sujeitos do sexo feminino e masculino, respectivamente); ao nível do 9º ano já a diferenciação é visível ($M = 39.98$, $SD = 8.02$, $M = 41.42$, $SD = 8.67$, para sujeitos do sexo feminino e masculino, respectivamente) (Veiga, no prelo).

Também existem estudos, ainda no contexto português, que demonstraram que na adolescência as raparigas têm menor autoconceito físico do que os rapazes nos domínios da aparência física e da competência atlética (Faria & Fontaine, 1995, Fontaine, 1991, citado por Faria, 2005). As raparigas parecem valorizar mais a dimensão de aparência física e sentem-se mais insatisfeitas com a mesma, o que evidencia a divergência ou discrepância entre a aparência percebida e o valor que lhe é atribuído por elas (Harter, 1993, citado por Faria, 2005). De referir que, o corpo feminino sofre mais mudanças que são, paralelamente, mais marcantes e explícitas, as quais conduzem a maiores flutuações no autoconceito físico (Faria, 2005).

Vinculação

A teoria da vinculação resulta dos trabalhos de Bowlby e Ainsworth e concebe um modelo de desenvolvimento emocional, o qual sustenta que a ligação mãe-bebé se torna o modelo das relações futuras, fomenta expectativas e assunções acerca de si próprio e dos outros, passíveis de influenciar a competência social e o desenvolvimento emocional ao longo da vida (Skolnick, 1986, citado por Pais-Ribeiro & Sousa, 2002). Esta teoria como

função fulcral a ligação emocional que se desenvolve entre a criança e o seu cuidador, de tal forma que parece determinar o desenvolvimento afectivo, cognitivo e social da criança (Bowlby, 1969). Pode definir-se o comportamento de vinculação como uma forte disposição para procurar proximidade e contacto junto de uma figura específica, trata-se de uma ligação contínua e íntima da criança em relação ao cuidador, biológico ou afectivo (Bowlby, 1969; Harden, 2004; Thompson, 2002). Os comportamentos de vinculação (por exemplo, chorar, agarrar, seguir), sejam eles de sinalização ou de aproximação, têm por função a protecção e o seu resultado é a proximidade a uma figura específica, a qual ao fim do primeiro ano de vida é para o bebé uma figura de vinculação (Bowlby, 1969; Soares, 2007). Muito relacionada com a vinculação está a intensidade da emoção que a acompanha, no caso de ser positiva e satisfatória desenvolvem-se sentimentos de segurança, já o contrário faz crescer ansiedade e angústia (Lebovici, 1987, citado por Alexandre & Vieira, 2004; Bowlby, 1969; Harden, 2004). Se esta protecção for perturbada ou não se verificar, podem desenvolver-se posteriormente determinados sintomas característicos das perturbações da vinculação (Rygaard, 2006).

No decurso das interacções com a figura de vinculação a criança constrói aquilo a que Bowlby (1969,1982, citado por Soares, 2007; Rodrigues et al., 2004) designou por *modelos internos dinâmicos de vinculação*. Trata-se de um conjunto de conhecimentos e expectativas organizados sob a forma de representações generalizadas sobre o *self*, sobre as figuras de vinculação e sobre as relações, os quais vão constituir autênticas guias para a interpretação das experiências, regulando o sistema comportamental da vinculação e influenciando o comportamento na vida adulta. A criança parece precisar de experienciar a figura cuidadora como acessível e responsiva, havendo lugar para ansiedade e insegurança quando percebe ameaça àquela disponibilidade (Soares, 2007).

A relação de vinculação é assim considerada uma condição para todas as interacções significativas, essencial na sobrevivência e “a chave para a segurança psicológica” (Soares, 2007, pp.38), sendo que relações de vinculação seguras podem estar geralmente associadas com diferentes tipos de autoconceito (Thompson, 2002), e relações de vinculação ansiosas podem conduzir a psicopatologia posterior (Soares, 2000). Neste sentido, as relações significativas podem ser factores de risco ou de protecção, pois ora fomentam o sentimento de segurança e a auto-estima e conseqüentemente determinam o bem-estar das crianças, ora produzem condições de adversidade de existência trazendo com isso sofrimento (Canavaro, 1999, citado por Rodrigues et al., 2004).

Diversas tipologias surgiram para classificar os padrões de vinculação (Rodrigues et al., 2004). Numa tentativa de classificação das diferenças individuais nas relações dos bebés com as suas figuras de vinculação, Ainsworth e cols. (1978, citado por Soares, 2000, 2007),

com recurso à conhecida metodologia experimental designada por *Situação Estranha*, distinguiram, inicialmente, três tipos de padrões de vinculação. O padrão de vinculação seguro (B) caracteriza-se por uma alternância equilibrada entre comportamentos de vinculação e de exploração, onde há integração dos afectos positivos e negativos, cuja figura de vinculação se constitui numa base segura (Soares, 2000, 2007). No padrão de vinculação inseguro-evitante (A) o comportamento de exploração do meio predomina sobre o comportamento de vinculação, evitando a proximidade com a figura de vinculação (Soares, 2000, 2007). No padrão de vinculação inseguro ambivalente-resistente (C), o bebé está tipicamente hipervigilante relativamente à acessibilidade à figura de vinculação e por isso a exploração do meio fica reduzida, mas, simultaneamente, fica resistente à proximidade com aquela figura (Soares, 2000, 2007). Uma classificação geral tem sempre presente a categoria segura/insegura (Rodrigues et al., 2004). Posteriormente, Main & Solomon (1986, citado por Soares, 2000, 2007) identificaram um quarto grupo que veio a ser designado pelo padrão de vinculação desorganizado/desorientado (D), o qual se caracteriza essencialmente por comportamentos contraditórios, movimentos assimétricos, sinais de apreensão, confusão e desorientação em relação à figura de vinculação.

Num estudo sobre os comportamentos e representações de vinculação, considerando dois grupos de sujeitos com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos ($N = 219$) e entre os 13 e os 17 anos ($N = 101$), cuja medida foi o Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência – Versão de Auto-Avaliação (IVIA; Carvalho, Soares & Batista, 2006), não foram obtidas diferenças de género estatisticamente significativas para qualquer das dimensões (Vinculação Segura, Vinculação Ansiosa/ambivalente e Vinculação Evitante). Estes resultados estiveram de acordo com os resultados obtidos nos estudos acerca da vinculação na infância, utilizando o paradigma da *Situação Estranha*, os quais não mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas (Mayseless, 2005, citado por Carvalho, 2007), embora alguns estudos acerca da vinculação na adolescência tenham mostrado que as raparigas apresentaram uma vinculação mais segura que os rapazes, que, por sua vez, tenderam a mostrar mais evitação que as raparigas (cf. Kerns, Tomich, Aspelmeier & Contreras, 2000, citado por Carvalho, 2007). Já as comparações entre grupos etários mostram que as crianças, quando comparadas com os adolescentes, relataram maior frequência de comportamentos característicos da vinculação segura e ansiosa/ambivalente (Carvalho, 2007). Relativamente à estabilidade da vinculação ao longo da vida, as investigações apontam para uma continuidade modesta, com a descontinuidade a ser melhor explicada por factores contextuais, particularmente os acontecimentos de vida (cf. Ammaniti, Speranza & Fedele,

2005, citado por Carvalho, 2007), aspectos que não podem ser observados no presente estudo dado o seu carácter transversal.

Suporte social

É sabido que o factor familiar é um forte preditor do bem-estar psicológico das crianças (Harpaz-Rotem, Rosenheck & Desai, 2006; Luecken, 2006). Os tipos de contexto e cenários, assim como a qualidade das interações familiares, estão relacionados com os resultados desenvolvimentais daquelas (Burchinal et al., 2000, Peisner-Feinberg & Burchinal, 1997, citado por Daunhauer, Bolton & Cermak, 2005), confirmando-se a importância da família funcional como promotora de segurança, de estabilidade e de respostas psicológicas adaptativas (Liu, Diorio, Day, Francis & Meaney, 2000, citado por Luecken, 2006). No entanto, a família pode constituir-se num factor protector ou de risco dependendo da qualidade familiar (Rosenblum & Andrews, 1994, citado por Luecken, 2006). A família nuclear, particularmente os pais, considerados um grupo de suporte social crucial na orientação e acompanhamento psicológico e instrumental das tarefas diárias e emergência de situações (Seiffge-Krenke, 1993, citado por Conrad, Rothlisberger & Christoph, 1996), nutre geralmente o desenvolvimento da auto-estima e saúde psicossocial nas crianças (Greenberg et al., 1983, citado por Conrad, Rothlisberger & Christoph, 1996). As crianças cujos ambientes familiares são estáveis, promovem experiências positivas e relacionamentos afectivos fortes, têm maior probabilidade de ter resultados desenvolvimentais positivos (Harden, 2004).

De grosso modo, o suporte social pode definir-se como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al., 1983, pp. 127, citado por Pais-Ribeiro, 1999). Dunst & Trivette (1990, citado por Pais-Ribeiro) explicam que o suporte social se refere, nada mais, nada menos, ao conjunto de recursos disponíveis e unidades sociais, como por exemplo a família, que dão resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Cramer, Henderson & Scott (1997, citado por Pais-Ribeiro, 1999) distinguiram suporte social percebido de recebido, sendo que o primeiro refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível quando precisa, e o segundo trata do suporte social que foi efectivamente recebido. A investigação tem demonstrado que as dimensões do suporte social têm impacto diferente conforme o grupo etário e Vilhjalmsson (1994, citado por Pais-Ribeiro, 1999) verificou que, nos adolescentes, a família, nomeadamente os pais, constituíam a principal fonte de suporte. Pais-Ribeiro (1994, citado por Pais-Ribeiro, 1999

confirmou que para a população portuguesa a fonte mais importante de suporte social é a família.

Tal como pode constituir uma conjectura de factores protectores que intervêm positivamente no desenvolvimento global da criança, a família também pode ser uma fonte de stressores e adversidades (Groza, 1999, citado por Groza, Ryan & Cash, 2003; Nemeroff, 2004, Repetti, Taylor & Seeman, 2002, Luecken & Lemery, 2004, citado por Luecken, 2006), nomeadamente no caso de famílias desestruturadas ou em que há afastamento da criança em relação à vida familiar, comprometendo-se assim o desenvolvimento futuro da criança ao nível das redes de suporte social e da resiliência (Tyler, 1984, citado por Alexandre & Vieira, 2004). Um exemplo claro da família como factor de risco está nas próprias crianças e jovens institucionalizados, os quais tiveram tipicamente vivências familiares de instabilidade e outro tipo de maus-tratos, o que influenciará negativamente o seu desenvolvimento (Harden, 2004). A acrescentar a isto, a própria separação/privação constitui um trauma dificilmente integrável para o psiquismo das crianças (Berger, 2003). Salieta-se aqui o papel da privação de cuidados parentais como um factor etiológico nas perturbações da vinculação, as quais podem variar em função da gravidade e do tipo de privação (Dennis, 1973, Spitz, 1945, citado por Kreppner, O'Connor, Dunn & Anderson-Wood, 1999; Rutter, 1981, citado por Soares, 2007) e cujos efeitos podem traduzir sérias implicações nas relações sociais com pares e nas competências sociais gerais (Kreppner, O'Connor, Dunn & Anderson-Wood, 1999).

Pertinência do Estudo

A qualidade da relação com a família tem um impacto muito importante em diferentes aspectos da vida dos adolescentes (Peixoto, 2004), e, se por um lado as famílias podem ser o motor de desenvolvimento dos problemas futuros das crianças às quais pertencem, por outro, a institucionalização pode revelar-se aquém das necessidades humanas e sociais daqueles que são desvinculados dos seus significativos, tanto pelo que podem oferecer como pelo afastamento da família.

A importância do estudo destas dimensões, nomeadamente da institucionalização, justifica-se pelo modo como esta pode condicionar a adaptação psicológica em termos de conceito de si próprio, padrões de vinculação e satisfação com suporte social, particularmente quando tratamos variáveis com grande capacidade preditora em termos de desenvolvimento global futuro.

3. Metodologia de Investigação

Objectivos:

Assim, tendo por base a revisão da literatura efectuada, neste estudo empírico, o principal objectivo constituiu analisar o impacto ou a influência da experiência da institucionalização sobre o autoconceito, sobre o padrão de vinculação estabelecido com pessoas significativas e sobre a satisfação com o suporte social percebido, num grupo de adolescentes institucionalizados comparativamente com um grupo de adolescentes não-institucionalizados. Será que a privação/institucionalização afectam negativamente o autoconceito? Ou será que na presença de vínculos seguros com pessoas significativas e percepção/satisfação com o suporte social não existirão comprometimentos ao nível do conceito de si próprio?

Hipóteses do estudo:

Espera-se que existam diferenças de género no autoconceito e nas diferentes dimensões do mesmo constructo; que os níveis de autoconceito, o tipo de vinculação e a satisfação com o suporte social percebido sejam influenciados pela institucionalização; e que o ano escolar influencie as diferenças ao nível do autoconceito entre participantes institucionalizados e não-institucionalizados.

Para a primeira hipótese formulada, considera-se como variável independente o sexo e como variável dependente os níveis de autoconceito globais e específicos, respectivamente, em ambos os grupos, participantes institucionalizados e não-institucionalizados.

A variável institucionalização e a variável sexo são consideradas variáveis independentes para a segunda hipótese levantada, sendo que os níveis de autoconceito, as três dimensões da vinculação e os níveis de satisfação com suporte social percebido são, neste caso, considerados as variáveis dependentes.

Por último, e para facilitar a compreensão dos resultados, para testar a terceira hipótese a institucionalização e o sexo mantêm o mesmo estatuto como variáveis, os níveis de autoconceito global são considerados como variável dependente e o ano de escolaridade a covariável. De salientar que as variáveis seleccionadas para o presente estudo são muitas vezes estudadas e cruzadas em investigações actuais, mas não tão frequentemente em adolescentes institucionalizados, aí residirá a futura e modesta contribuição deste trabalho.

Participantes:

Participaram neste estudo 108 adolescentes, escolhidos por conveniência, 44 do sexo feminino e 64 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos ($M = 13.7$, $DP = 1.002$ e $M = 13.5$, $DP = 1.234$, para os participantes do sexo feminino e masculino, respectivamente) (Tabela 1) e com um número médio de anos de escolaridade igual a 7.29 ($M = 7.75$, $SD = 1.081$ e $M = 6.97$, $SD = 1.490$, para os participantes do sexo feminino e masculino, respectivamente) (Tabela 2).

Sexo	Mean	N	Std. Deviation
Feminino	13,70	44	1,002
Masculino	13,50	64	1,234
Total	13,58	108	1,145

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos por idade

Sexo	Mean	N	Std. Deviation
Feminino	7,75	44	1,081
Masculino	6,97	64	1,490
Total	7,29	108	1,388

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos por ano de escolaridade

O grupo experimental foi constituído por 40 adolescentes, residentes em quatro instituições de acolhimento na região Norte do país, com uma idade média igual a 13.48 ($M = 13.86$, $SD = 1.069$ e $M = 13.39$ e $SD = 1.499$, para os participantes do sexo feminino e masculino, respectivamente) (Tabela 3).

Sexo	Mean	N	Std. Deviation
Feminino	13,86	7	1,069
Masculino	13,39	33	1,499
total	13,48	40	1,432

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos institucionalizados por idade e sexo

O grupo de controlo foi constituído por 68 adolescentes não-institucionalizados, seleccionados a partir de uma turma do 7º, do 8º e do 9º ano de escolaridade de uma escola da cidade de Braga. A sua idade média é igual a 13.65 ($M = 13.68$, $SD = 1.002$ e $M = 13.61$, $SD = 0.882$, para os participantes do sexo feminino e masculino, respectivamente) (Tabela 4).

Sexo	Mean	N	Std. Deviation
Feminino	13,68	37	1,002
Masculino	13,61	31	,882
Total	13,65	68	,943

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos não institucionalizados por idade e sexo

Instrumentos utilizados

Piers-Harris Children's Self-Concept Scale – 2 (PHCSCS-2; Piers & Hertzberg, 2002)

O PHCSCS é uma escala de avaliação do autoconceito em crianças e adolescentes, cuja versão aqui a utilizar foi recentemente adaptada à população portuguesa e publicada em versão reduzida (PHCSCS-2; Veiga, no prelo). A versão inicial portuguesa (Veiga, 1989) conserva os mesmos itens de resposta dicotómica distribuídos pelos seguintes factores: aspecto comportamental (AC), ansiedade (AN), estatuto intelectual e escolar (EI), popularidade (PO), aparência e atributos físicos (AF), satisfação e felicidade (SF), sendo que agora é composta por 60 itens. As respostas positivas aos itens cotam-se com o valor de 1, sendo que às negativas atribui-se o valor 0.

Entre os estudos realizados com a versão do PHCSCS adaptada para o nosso país destacam-se uma investigação relacionada com alunos sobredotados, na qual se procurou estudar em que medida a variação do rendimento escolar era explicada pelas dimensões do autoconceito, tendo-se encontrado valores significativos (Miranda, 2003, citado por Veiga, no prelo). Noutro trabalho acerca do maltrato a crianças e jovens foi utilizado o PHCSCS, tendo-se encontrado baixos níveis de autoconceito associados ao maltrato (Alberto, 2004, citado por Veiga, no prelo). O PHCSCS também foi utilizado para estudar a relação entre o autoconceito e os comportamentos de saúde, tendo havido interações significativas entre as variáveis (Albuquerque, 2004, citado por Veiga, no prelo). Nestes e noutros estudos o valor do PHCSCS destaca-se pelas suas qualidades psicométricas na explicação dos fenómenos em estudo (Shavelson & Bolus, 1982, Wylie, 1979 citado por Veiga, no prelo).

No estudo de adaptação da versão reduzida a amostra foi construída por 830 sujeitos de diferentes anos de escolaridade e de escolas das diferentes zonas do país, englobou sujeitos de ambos os sexos e de diferentes nacionalidades. No que diz respeito à consistência interna, na amostra total os coeficientes tendem a ser superiores essencialmente no factor estatuto intelectual (.75), se bem que no factor geral e para qualquer dos grupos os coeficientes são muito altos (>.85), tanto para os sujeitos do sexo masculino (.86), como para os sujeitos do sexo feminino (.88). A percentagem total da variância explicada foi de 34,02, mantendo-se assim uma proximidade entre as versões americana e portuguesa. No estudo da validade foram analisadas as intercorrelações das pontuações nos factores do PHCSCS e a nota global obtida pelos alunos no final do ano lectivo em disciplinas fundamentais (matemática, português, história e ciências), foi encontrada uma relação positiva entre os níveis de autoconceito e o rendimento escolar, mas apenas em alguns dos factores (AC, AN e EI) e com uma diminuição ao longo do ano de escolaridade. Relativamente à validade externa considerou-se a relação entre os

resultados no PHSCS-2 e as pontuações obtidas no *Self-Concept As A Learner Scale* tendo-se encontrado coeficientes estatisticamente significativos.

Em investigação futura e para a melhoria das qualidades psicométricas da escala deverá optar-se por “deixar para trás” o carácter dicotómico dos itens e passar-se para uma escala tipo *Likert* alargando ainda mais as possibilidades de recolha de informação do instrumento (Veiga, no prelo).

Alguns exemplos dos itens que compõem a escala:

4 – *Estou triste muitas vezes.*

8 – *A minha aparência física desagradou-me.*

24 – *Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.*

35 – *Gostava de ser diferente daquilo que sou.*

60 – *Sou uma boa pessoa.*

Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA; Carvalho, Soares & Batista, 2006)

O IVIA é um questionário de auto e hetero-avaliação sobre um conjunto de comportamentos e representações da vinculação na infância e na adolescência com base nas contribuições teóricas de Bowlby (1969, 1973, 1980) e Ainsworth et al. (1978). Este inventário é constituído por 24 itens avaliados através de uma escala de Likert de cinco pontos e permite obter pontuações em três dimensões: vinculação segura, vinculação ansiosa/ambivalente e vinculação evitante.

Numa análise da estrutura factorial da versão de auto-avaliação foi utilizada uma amostra normativa de crianças e adolescentes entre os 7 e os 17 anos de idade, cuja medida foram relatos sobre a vinculação avaliados através da *Attachment Scale* (Hazan & Shaver, 1987); relatos sobre o temperamento avaliados com o *Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey* (Buss & Plumin, 1984) e com a *Behavioural Inhibition Scale* (Gest, 1997); relatos dos jovens acerca da ansiedade social avaliados com a *Social Anxiety Scale for Children-Revised* (LaGreca & Stone, 1993); relatos dos jovens acerca da desejabilidade social avaliados com a sub-escala de Mentira da *Revised Children Manifest Anxiety Scale* (Reynolds & Richmond, 1985); e, relatos parentais, avaliados com a *Marlow-Crowne Social Desirability Scale-Short Form* (Ballard, 1992) (Carvalho, 2007).

No primeiro factor, vinculação segura, na versão de auto-avaliação do IVIA, estão incluídos 14 itens acerca da confiança nos outros e nas próprias capacidades e explicou, nesta análise, 18% da variância total (Carvalho, 2007). No segundo factor, vinculação ansiosa/ambivalente, composto por 11 itens que avaliam a apreensão e as preocupações com os relacionamentos, explicou cerca de 17% da variância. No factor três, vinculação

evitante, incluiu 8 itens que avaliam a dependência e evitação, explicou cerca de 8% da variância.

Os valores de consistência interna, α de Cronbach, foram de .83 para a vinculação segura, .85 na vinculação ansiosa/ambivalente e .71 para a vinculação evitante. As correlações inter-itens variaram entre .35 e .45 e as correlações item-total variaram entre .40 e .70, demonstrando assim a fidelidade das dimensões.

No que diz respeito à validade de constructo, as intercorrelações entre as dimensões foram obtidas através dos coeficientes de correlação de Pearson. Apenas uma correlação foi estatisticamente significativa entre as duas dimensões da vinculação insegura ($r = .28$; $p = .0005$), tendo sido obtida uma correlação nula entre a vinculação segura e a vinculação insegura, o que sugeriu a independência das dimensões em questão, mostrando assim validade discriminante diferenciando os participantes com uma vinculação ansiosa/ambivalente dos participantes com uma vinculação evitante. O IVIA parece ser um método fidedigno e válido para a avaliação da vinculação na infância e adolescência, consistente com as contribuições de Bowlby e Ainsworth (Carvalho, 2007).

Algumas das questões que constituem o questionário são:

1. *Preocupo-me se tiver que depender de outras pessoas.*
10. *É bom estar próximo/a de outras pessoas.*
16. *Sei que as outras pessoas estarão presentes quando eu necessitar delas.*
18. *Preocupo-me que os meus amigos não queiram estar comigo.*

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999)

A ESSS avalia a satisfação com o suporte social percebido, é constituída por 15 itens que são apresentados para auto-preenchimento aos quais o sujeito se posicionará numa escala ordinal de cinco posições, distribuídos por quatro dimensões. O primeiro factor, “satisfação com os amigos”, mede a satisfação com as amizades que tem, inclui 5 itens com uma consistência interna de 0,83, este factor explica 35% da variância total. O segundo factor, “intimidade”, mede a percepção da existência de suporte social íntimo, inclui 4 itens com uma consistência interna de 0,74 e explica 12,1% da variância total. O factor “satisfação com a família” mede a satisfação com o suporte social familiar existente, inclui 3 itens cuja consistência interna é de 0,74, explicando 8,7% da variância total. Por último, o factor “actividades sociais” mede a satisfação com as mesmas, inclui também 3 itens que têm uma consistência interna de 0,64 e explica 7,3% da variância total. Importante será dizer que a escala total mostra uma consistência interna de 0,85.

Alguns exemplos dos itens que compõem a escala:

- 1-*Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.*

6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.

12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.

Procedimentos

A recolha de dados foi conduzida em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes e numa escola pública. Depois de estabelecidos contactos no sentido de se obterem autorizações para aceder à amostra desejada, os adolescentes que concordaram em participar neste estudo foram avaliados em contexto de sala de aula, através de um protocolo de investigação composto por uma secção de dados demográficos e pelas medidas de avaliação (ESSS, PHCSCS-2 e IVIA). As instruções foram lidas em voz alta, durante a administração dos instrumentos foram pontualmente esclarecidas algumas dúvidas dos participantes e nenhum dos participantes que aceitou participar desistiu durante a administração do protocolo. A aplicação foi colectiva, de preenchimento individual e livre da influência de outras pessoas como técnicos ou funcionários das instituições. Pretendeu-se que o momento de aplicação das provas fosse, sempre que possível, no período da manhã e não coincidissem com datas de avaliações escolares dos participantes. A ordem de apresentação das medidas foi idêntica em todas as aplicações.

4. Análise e Discussão dos Resultados

4.1. Análise Estatística

Após a realização dos vários procedimentos de recolha de dados tornou-se necessário o tratamento e análise de todos os dados recolhidos. Para tal, foi utilizada a análise estatística dos resultados do estudo através de software estatístico SPSS, Versão 16.0, pelo que foi necessário primeiramente criar uma base de dados com as pontuações obtidas em cada uma das escalas que compõem os instrumentos de medida; de seguida proceder à utilização de estatísticas descritivas simples (média, desvio padrão) para as questões demográficas e criar tabelas de análise descritiva.

É importante referir que se recorreu a tratamento estatístico paramétrico pelo cumprimento dos três critérios base: por tratar-se de variáveis numéricas, a distribuição dessas mesmas variáveis ser normal, e a variância no seu espectro não ser demasiado elevada.

4.2. Análise dos resultados

No sentido de avaliar as hipóteses colocadas no estudo, efectuaram-se as seguintes operações estatísticas: caracterização da amostra (Tabela 1, 2, 3 e 4); Testes-t e testes para obter os requisitos para usar a Análise da Variância Multivariada – Manova, bidireccional e inter grupo. A Análise da Covariância, bidireccional também foi utilizada para explorar diferenças entre o grupo institucionalizado e não institucionalizado, por sexo, controlando estatisticamente a variável ‘ano escolar’ – covariável, suspeitando-se que se tratava de uma variável que podia estar a influenciar os resultados sobre pelo menos uma variável dependente, o autoconceito.

Para se testar a primeira hipótese de estudo, segundo a qual se assumia a existência de diferenças de género no autoconceito e nas diferentes dimensões do mesmo constructo, um **Teste-t de amostras independentes** foi utilizado, inicialmente para comparar os níveis de autoconceito global entre os participantes do sexo masculino e feminino, não-institucionalizados.

Group Statistics

sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PH_t Femenino	31	26,55	3,463	,622
Masculino	29	26,72	4,087	,759

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos valores para o sexo masculino ($M = 26.72$, $SD = 4.08$) e para o sexo feminino ($M = 26.55$, $SD = 3.46$; $t [58] = -.180$, $p = .858$). A magnitude das diferenças nas médias foi muito reduzida ($\eta^2 = .006$), isto é, apenas 0.6% da variância nos níveis de autoconceito é explicada pelo sexo (Tabela 5).

Tabela 5. Diferenças de género no autoconceito, participantes não institucionalizados

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
--	---	------------------------------

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
PH_total Equal variances assumed	,246	,622	-,180	58	,858	-,176	,976	-2,129	1,778
Equal variances not assumed			-,179	55,055	,859	-,176	,981	-2,142	1,791

Um **Teste-t de amostras independentes** foi utilizado para comparar os níveis de autoconceito global entre os participantes do sexo masculino e feminino, institucionalizados. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos valores para o sexo masculino ($M = 30.44$, $SD = 6.25$) e para o sexo feminino ($M = 32.5$, $SD = 8.66$; $t [29] = 0.586$, $p = .562$). A magnitude das diferenças nas médias foi muito reduzida ($\eta^2 = .012$), ou seja, apenas 1.2% da variância nos níveis de autoconceito é explicada pelo sexo (Tabela 6).

Group Statistics

sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PH_total Feminino	4	32,50	8,660	4,330
Masculino	27	30,44	6,253	1,203

Tabela 6. Diferenças de género no autoconceito, participantes institucionalizados

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		

								Lower	Upper
PH_to tal	Equal variances assumed	,610	,441	,586	29,562	2,056	3,506	-5,114	9,225
	Equal variances not assumed			,457	3,479,674	2,056	4,494	-11,195	15,306

Foram conduzidos **diversos Testes-t de amostras de independentes** para comparar os níveis de autoconceito específico entre os participantes do sexo masculino e feminino, institucionalizados e não institucionalizados. Nos participantes institucionalizados, no que diz respeito à Popularidade, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos valores para o sexo feminino ($M = 5.17$, $SD = 1.472$) e para o sexo masculino ($M = 3.25$, $SD = 1.545$; $t [36] = 2.807$, $p = .008$). A magnitude das diferenças das médias foi moderada ($\eta^2 = .22$), ou seja, 22% da variância nos níveis desta dimensão do autoconceito é explicada pelo sexo (Tabela 7).

Group Statistics

sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PH_pop_inst Feminino	6	5,17	1,472	,601
Masculino	32	3,25	1,545	,273

Tabela 7. Diferenças de género na Popularidade, participantes institucionalizados

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper

PH_pop	Equal variances	,008	,929	2,807	36	,008	1,917	,683	,532	3,302
_inst	assumed									
	Equal variances			2,904	7,229	,022	1,917	,660	,366	3,468
	not assumed									

Ainda no mesmo grupo de participantes, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos valores da dimensão Aparência Física para o sexo feminino ($M = 2.86$, $SD = 2.035$) e masculino ($M = 5.55$, $SD = 1.410$; $t [36] = -4.197$, $p = .000$). A magnitude das diferenças nas médias foi pequena ($\eta^2 = 0.19$), ou seja, apenas 19% da variância nos níveis desta dimensão do autoconceito é explicada pelo sexo (Tabela 8).

Group Statistics

sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PH_af_inst Feminino	7	2,86	2,035	,769
Masculino	31	5,55	1,410	,253

Tabela 8. Diferenças de gênero na Aparência Física, participantes institucionalizados

Independent Samples Test

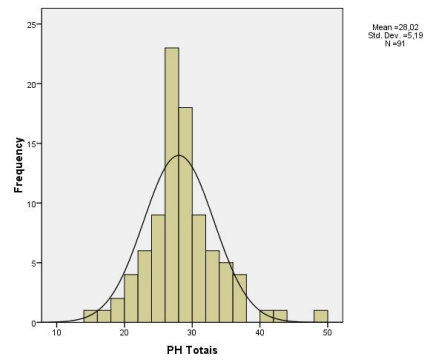
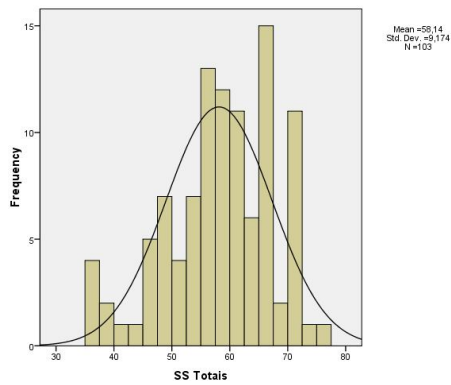
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
PH_af_inst Equal variances assumed	1,683	,203	-4,197	36	,000	-2,691	,641	-3,992	-1,391

Independent Samples Test

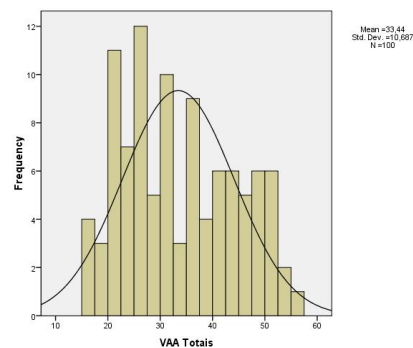
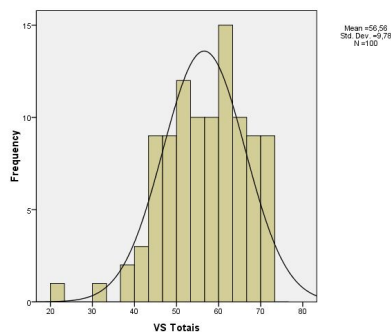
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
PH_af_inst Equal variances assumed	1,683	,203	4,197	36	,000	-2,691	,641	-3,992	-1,391
Equal variances not assumed			3,323	7,354	,012	-2,691	,810	-4,588	-,795

Encontram-se de seguida as análises estatísticas que permitiram avaliar a segunda hipótese de estudo, segundo a qual se admitia que os níveis de autoconceito, o tipo de vinculação e a satisfação com o suporte social percebido são influenciados pela institucionalização. Uma vez que se pretendeu analisar o efeito da institucionalização sobre o autoconceito, os padrões de vinculação e a satisfação com o suporte social percebido, recorreu-se à **Análise da Variância Multivariada – Manova, bidireccional e inter grupos**, enquanto forma de comparar a variabilidade entre diferentes grupos pressupondo que se deve à condição institucionalização.

Foram considerados e reunidos os critérios para utilizar a **Manova**. Relativamente ao tamanho da amostra, é necessário ter, no mínimo, mais casos em cada célula que as variáveis dependentes, no caso em questão estão disponíveis seis células (dois níveis para a variável independente, institucionalização, sim e não) e três variáveis dependentes para cada (autoconceito, vinculação e satisfação com o suporte social percebido).



Figuras I e II. Análise da normalidade univariada das variáveis suporte social e autoconceito, respectivamente



Figuras III e IV. Análise da normalidade univariada das variáveis vinculação segura e ansiosa/ambivalente, respectivamente

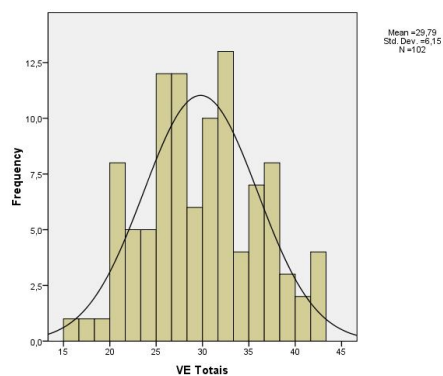


Figura V. Análise da normalidade univariada da variável vinculação evitante

No que diz respeito à normalidade da distribuição, uma amostra com pelo menos vinte células parece assegurar a robustez (Figuras I, II, III, IV e V), contudo, procedeu-se a uma **análise multivariada da normalidade** mediante o **teste de distâncias de Mahalanobis**.

Considerando cinco variáveis dependentes (níveis totais de autoconceito, níveis totais de satisfação com o suporte social e níveis totais das dimensões de vinculação

segura, ansiosa/ambivalente e evitante), o valor crítico é igual a 20.52 (Tabachnick & Fidell, 2001, pp. 80-82, citado por Pallant, 2001). Como o valor máximo (1.684) (Tabela 9) é inferior ao valor crítico (22.3), assume-se seguramente que não existem *outliers* multivariados substanciais.

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	50,03	57,13	54,50	3,448	108
Std. Predicted Value	-1,298	,763	,000	1,000	108
Standard Error of Predicted Value	3,793	4,945	4,220	,559	108
Adjusted Predicted Value	48,54	57,64	54,50	3,524	108
Residual	-49,025	57,975	,000	31,131	108
Std. Residual	-1,567	1,854	,000	,995	108
Stud. Residual	-1,587	1,877	,000	1,007	108
Deleted Residual	-50,282	59,462	,000	31,841	108
Stud. Deleted Residual	-1,599	1,900	,001	1,011	108
Mahal. Distance	,583	1,684	,991	,534	108
Cook's Distance	,000	,045	,011	,013	108
Centered Leverage Value	,005	,016	,009	,005	108

a. Dependent Variable: Sujeito

Tabela 9. Análise multivariada da normalidade, teste de distâncias de Mahalanobis

No entanto, estão descritos outros procedimentos que mostram ausência de outliers multivariados (Tabela10). Os *outliers* multivariados (são sujeitos com uma combinação estranha de valores nas várias variáveis dependentes, por exemplo, muito elevado numa variável, mas com uma pontuação muito baixa noutra) foram analisados dada a sensibilidade da Manova face a estes possíveis efeitos.

Extreme Values

			Case Number	Sujeito	Value
Mahalanobis Distance	Highest	1	1	1	2
		2	2	2	2
		3	3	3	2
		4	4	4	2
		5	5	5	2 ^a
	Lowest	1	91	91	1
		2	90	90	1
		3	89	89	1
		4	88	88	1
		5	87	87	1 ^b

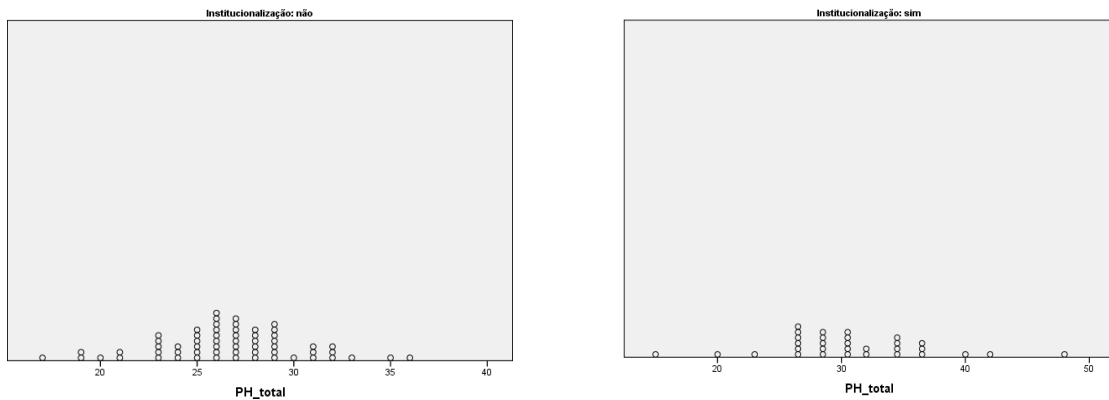
a. Only a partial list of cases with the value 2 are shown in the table of upper extremes.

b. Only a partial list of cases with the value 1 are shown in the table of lower extremes.

Tabela 10. Análise de outliers multivariados

A presença de relações estreitas entre cada par de quatro variáveis dependentes – linearidade, também foi testada. A Manova funciona melhor quando as variáveis dependentes estão moderadamente correlacionadas – multicolinearidade e singularidade, sendo que estas também são condições básicas para a sua execução (Figuras VI e VIII, Tabela 11).

Figura VI e VIII. Ilustração da linearidade



Correlations

		PH_total	SS_total	VAA	VSeg	VEvit
PH_total	Pearson Correlation	1,000	-,130	,421**	,048	,286**
	Sig. (2-tailed)		,229	,000	,662	,008
	N	91,000	88	85	85	86
SS_total	Pearson Correlation	-,130	1,000	-,362**	,274**	-,118
	Sig. (2-tailed)	,229		,000	,007	,248
	N	88	103,000	95	96	97
VAA	Pearson Correlation	,421**	-,362**	1,000	-,222*	,421**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,032	,000
	N	85	95	100,000	93	94
VSeg	Pearson Correlation	,048	,274**	-,222*	1,000	,162
	Sig. (2-tailed)	,662	,007	,032		,118
	N	85	96	93	100,000	94
VEvit	Pearson Correlation	,286**	-,118	,421**	,162	1,000
	Sig. (2-tailed)	,008	,248	,000	,118	

N	86	97	94	94	102,000
---	----	----	----	----	---------

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 11. Análise da multicolinearidade e singularidade

Por último, no que diz respeito a requisitos e critérios para utilizar a Manova, teve-se em conta também a homogeneidade das matrizes da variância-covariância (Tabela 12).

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	34,557
F	1,027
df1	30,000
df2	12959,967
Sig.	,426

Tabela 12. Análise da homogeneidade das matrizes da variância-covariância

Uma **análise multivariada da variância inter-grupos** foi utilizada para investigar os diferentes efeitos da institucionalização e sexo (variáveis independentes) sobre o autoconceito, o padrão de vinculação e a satisfação com o suporte social percebido (variáveis dependentes). Preliminarmente, foram conduzidos diferentes testes para verificar a normalidade, linearidade, *outliers*, homogeneidade das matrizes da variância-covariância e, multicolinearidade, sem se registarem sérias violações (Tabela 13).

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept Pillai's Trace	,982	7,066E2	5,000	65,000	,000	,982

	Wilks' Lambda	,018	7,066E2	5,000	65,000	,000	,982
	Hotelling's Trace	54,353	7,066E2	5,000	65,000	,000	,982
	Roy's Largest Root	54,353	7,066E2	5,000	65,000	,000	,982
inst	Pillai's Trace	,209	3,426 ^a	5,000	65,000	,008	,209
	Wilks' Lambda	,791	3,426 ^a	5,000	65,000	,008	,209
	Hotelling's Trace	,264	3,426 ^a	5,000	65,000	,008	,209
	Roy's Largest Root	,264	3,426 ^a	5,000	65,000	,008	,209
sexo	Pillai's Trace	,216	3,581 ^a	5,000	65,000	,006	,216
	Wilks' Lambda	,784	3,581 ^a	5,000	65,000	,006	,216
	Hotelling's Trace	,275	3,581 ^a	5,000	65,000	,006	,216
	Roy's Largest Root	,275	3,581 ^a	5,000	65,000	,006	,216
inst * sexo	Pillai's Trace	,194	3,133 ^a	5,000	65,000	,014	,194
	Wilks' Lambda	,806	3,133 ^a	5,000	65,000	,014	,194
	Hotelling's Trace	,241	3,133 ^a	5,000	65,000	,014	,194
	Roy's Largest Root	,241	3,133 ^a	5,000	65,000	,014	,194

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + inst + sexo + inst * sexo

Tabela 13. Testes Multivariados

Existem diferenças estatisticamente significativas considerando o impacto da institucionalização nas variáveis dependentes combinadas: $F = 3.43$, $p=.008$; Wilks'Lambda=.791; partial eta squared =. 209, bem como existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e masculino: $F = 3.581$, $p=.006$; Wilks'Lambda=.784; partial eta squared =. 216. Para os resultados dos efeitos inter grupos, a fim de reduzir os riscos de ocorrência do erro Tipo I (encontrar um resultado significativo quando na realidade não o é), foi necessário estabelecer um nível de alfa mais elevado através do **método de Bonferroni**. Assim, considerámos resultados significativos apenas quando o valor da probabilidade (Sig.) foi menor que 0.01 (Tabela 14).

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
PH_total	2,778	3	69	,049
SS_total	,609	3	69	,611
VSeg	,354	3	69	,786
VAA	,820	3	69	,487
VEvit	,863	3	69	,464

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

Tabela 14. Teste de igualdade do erro das variâncias

Quando os resultados para as variáveis dependentes são considerados separadamente, verificam-se diferenças de acordo com a significância estipulada ao nível do padrão de vinculação segura em função do sexo: $F = 0.727$, $p = .002$, partial eta squared = 0.135. Assim, apenas 13,5% dos casos são representados por estas variâncias ao nível dos comportamentos de vinculação segura explicados pelo sexo. Uma análise dos valores médios indica que os rapazes possuem valores mais elevados na vinculação segura ($M = 59.742$, $SD = 1.30$) que as raparigas ($M = 48.57$, $SD = 3.15$) (Tabela 15 e Tabela 16).

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	PH_total	405,546 ^a	3	135,182	6,167	,001	,211
	SS_total	709,588 ^b	3	236,529	3,184	,029	,122
	VSeg	849,653 ^c	3	283,218	3,822	,014	,143
	VAA	1996,159 ^d	3	665,386	6,791	,000	,228

	VEvit	350,364 ^e	3	116,788	3,489,020	,132
Intercept	PH_total	20050,926	1	20050,926	914,781,000	,930
	SS_total	79028,062	1	79028,062	1063,706,000	,939
	VSeg	74631,620	1	74631,620	1007,267,000	,936
	VAA	26704,091	1	26704,091	272,539,000	,798
	VEvit	19987,480	1	19987,480	597,151,000	,896
inst	PH_total	63,595	1	63,595	2,901,093	,040
	SS_total	449,023	1	449,023	6,044,016	,081
	VSeg	624,386	1	624,386	8,427, 005	,109
	VAA	215,054	1	215,054	2,195,143	,031
	VEvit	53,490	1	53,490	1,598,210	,023
sexo	PH_total	28,592	1	28,592	1,304,257	,019
	SS_total	82,413	1	82,413	1,109,296	,016
	VSeg	794,791	1	794,791	10,727,002	,135
	VAA	142,376	1	142,376	1,453,232	,021
	VEvit	190,746	1	190,746	5,699,020	,076
inst * sexo	PH_total	30,239	1	30,239	1,380,244	,020
	SS_total	13,394	1	13,394,180	,672	,003
	VSeg	430,220	1	430,220	5,806,019	,078
	VAA	300,232	1	300,232	3,064,084	,043
	VEvit	283,437	1	283,437	8,468,005	,109
Error	PH_total	1512,399	69	21,919		

	SS_total	5126,357	69	74,295			
	VSeg	5112,430	69	74,093			
	VAA	6760,800	69	97,983			
	VEvit	2309,527	69	33,471			
Total	PH_total	59038,000	73				
	SS_total	251176,000	73				
	VSeg	255377,000	73				
	VAA	86874,000	73				
	VEvit	68901,000	73				
Corrected Total	PH_total	1917,945	72				
	SS_total	5835,945	72				
	VSeg	5962,082	72				
	VAA	8756,959	72				
	VEvit	2659,890	72				

a. R Squared = ,211 (Adjusted R Squared = ,177)

b. R Squared = ,122 (Adjusted R Squared = ,083)

c. R Squared = ,143 (Adjusted R Squared = ,105)

d. R Squared = ,228 (Adjusted R Squared = ,194)

e. R Squared = ,132 (Adjusted R Squared = ,094)

Tabela 15. Manova, análise bidireccional, efeitos inter grupos

Estimated Marginal Means

1. Institucionalização

Dependent Variable		Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
Variable	Institucionalização			Lower Bound	Upper Bound
PH_total	não	26,488	,657	25,178	27,799
	sim	29,650	1,736	26,187	33,113
SS_total	não	59,926	1,209	57,514	62,338
	sim	51,525	3,196	45,149	57,901
VSeg	não	59,106	1,207	56,698	61,515
	sim	49,200	3,192	42,832	55,568
VAA	não	29,486	1,388	26,716	32,256
	sim	35,300	3,671	27,978	42,622
VEvit	não	29,475	,812	27,856	31,093
	sim	26,575	2,145	22,295	30,855

2. sexo

Dependent Variable		Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
Variable	sexo			Lower Bound	Upper Bound
PH_total	Feminino	27,009	1,715	23,587	30,432
	Masculino	29,129	,709	27,715	30,543
SS_total	Feminino	53,926	3,158	47,625	60,227
	Masculino	57,525	1,305	54,922	60,128
VSeg	Feminino	48,565	3,154	42,273	54,857

	Masculino	59,742	1,303	57,142	62,341
VAA	Feminino	30,028	3,627	22,792	37,263
	Masculino	34,758	1,498	31,769	37,748
VEvit	Feminino	25,287	2,120	21,058	29,516
	Masculino	30,762	1,876	29,015	32,510

Tabela 16. Manova, análise bidireccional, efeitos inter grupos, em função do sexo

A terceira hipótese de estudo assumia que o ano escolar influencia as diferenças ao nível do autoconceito entre participantes institucionalizados e não-institucionalizados. Uma **análise bidireccional da covariância** foi utilizada para avaliar o impacto da institucionalização e do sexo (variáveis independentes) sobre o autoconceito, controlando-se o efeito da variável ano de escolaridade. Assim, o ano de escolaridade foi usado como covariável para controlar as diferenças individuais entre participantes institucionalizados e não institucionalizados no que diz respeito aos níveis de autoconceito.

Preliminarmente foram considerados e reunidos os critérios para assegurar que não tinham sido violadas as assunções e critérios de normalidade, linearidade, homogeneidade das variâncias, homogeneidade da regressão e eficácia da medida da covariável (Tabela 17 e 18).

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:PH Totais

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	372,127 ^a	3	124,042	5,260	,002
Intercept	1530,475	1	1530,475	64,894	,000
inst	8,526	1	8,526	,362	,549
ano	,141	1	,141	,006	,938

inst * ano	32,389	1	32,389	1,373,244
Error	2051,829	87	23,584	
Total	73880,000	91		
Corrected Total	2423,956	90		

a. R Squared = ,154 (Adjusted R Squared = ,124)

Tabela 17. Análise da homogeneidade entre a covariável e a variável dependente para cada grupo

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Institucionalização	0	não	60
	1	sim	31
sexo	1	Feminino	35
	2	Masculino	56

Descriptive Statistics

Dependent Variable: PH Totais

Institucionalização	sexo	Mean	Std. Deviation	N
não	Feminino	26,55	3,463	31
	Masculino	26,72	4,087	29
	Total	26,63	3,746	60
sim	Feminino	32,50	8,660	4
	Masculino	30,44	6,253	27
	Total	30,71	6,471	31

Total	Feminino	27,23	4,570	35
	Masculino	28,52	5,523	56
	Total	28,02	5,190	91

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable:PH Totais

F	df1	df2	Sig.
2,627	3	87	,055

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + ano + inst + sexo + inst * sexo

Tabela 18. Resultados da igualdade do erro das variâncias

Não se verificaram efeitos de interação significativos [$F = .606$, $p = .438$], com um efeito reduzido (partial eta squared = .007) (Tabela 19). A influência da covariável, ano de escolaridade, parece ser reduzida ou nula, quando se controla o efeito da institucionalização e do sexo [$p = .876 > .05$].

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:PH Totais

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	355,409 ^a	4	88,852	3,694	,008	,147
Intercept	1480,591	1	1480,591	61,556	,000	,417
ano	,590	1	,590	,025	,876	,000
inst	178,101	1	178,101	7,405	,008	,079

sexo	10,196	1	10,196	,424	,517	,005
inst * sexo	14,587	1	14,587	,606	,438	,007
Error	2068,547	86	24,053			
Total	73880,000	91				
Corrected Total	2423,956	90				

a. R Squared = ,147 (Adjusted R Squared = ,107)

Tabela 19. Ancova, bidireccional, entre grupos

Apesar de nenhum dos efeitos, institucionalização e sexo, parecerem estatisticamente significativos, verificou-se uma relação significativa entre os níveis de autoconceito e a institucionalização, quando eliminada a influência do ano de escolaridade [inst: $F = 7.405$, $p = .008$; sexo: $F = .424$, $p = .517$]. Os participantes institucionalizados mostraram níveis de autoconceito médios mais elevados que os participantes não-institucionalizados, e diferenças de género entre eles [$M = 32.43$, $SD = 2.49$ e $M = 30.34$, $SD = 1.18$, para os participantes do sexo feminino e masculino, respectivamente]. O mesmo não se verifica entre os participantes não-institucionalizados [$M = 26.59$, $SD = .926$ e $M = 26.79$, $SD = .998$, para os participantes do sexo feminino e masculino, respectivamente].

1. Institucionalização

Dependent Variable:PH Totais

Institucionalização	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
não	26,691 ^a	,723	25,254	28,127
sim	31,383 ^a	1,433	28,534	34,231

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: ano = 7,35.

2. sexo

Dependent Variable:PH Totais

sexo	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Feminino	29,512 ^a	1,305	26,917	32,106
Masculino	28,561 ^a	,672	27,225	29,897

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: ano = 7,35.

3. Institucionalização * sexo

Dependent Variable:PH Totais

Institucionalização	sexo	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
não	Feminino	26,593 ^a	,926	24,752	28,435
	Masculino	26,788 ^a	,998	24,804	28,772
sim	Feminino	32,431 ^a	2,492	27,477	37,384
	Masculino	30,335 ^a	1,176	27,996	32,673

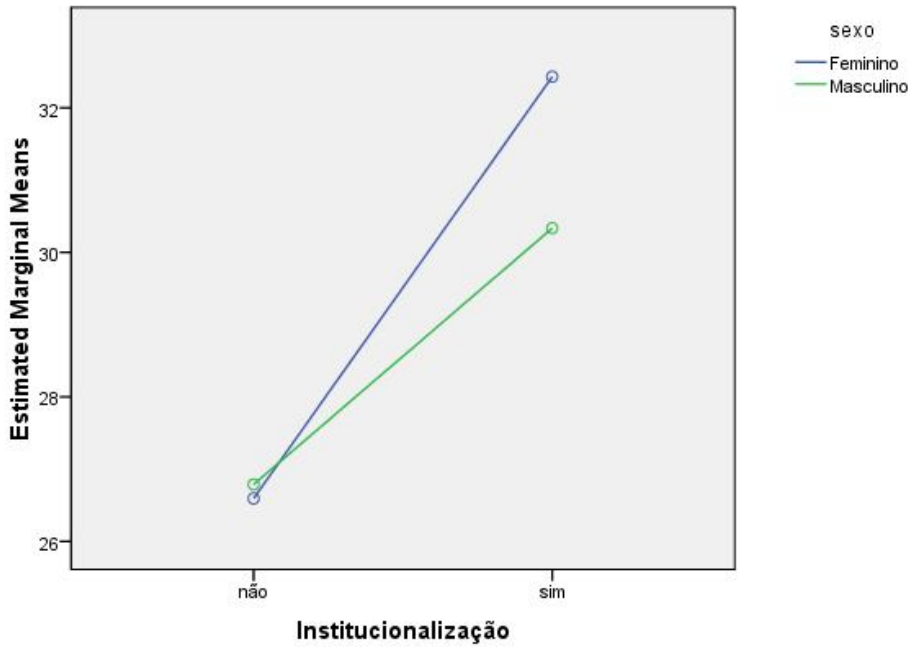
3. Institucionalização * sexo

Dependent Variable:PH Totais

Institucionalização	sexo	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
não	Feminino	26,593 ^a	,926	24,752	28,435
	Masculino	26,788 ^a	,998	24,804	28,772
sim	Feminino	32,431 ^a	2,492	27,477	37,384
	Masculino	30,335 ^a	1,176	27,996	32,673

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: ano = 7,35.

Estimated Marginal Means of PH Totais



4.3. Discussão dos Resultados

O principal objectivo do estudo constituiu analisar o impacto da institucionalização sobre o autoconceito, sobre o padrão de vinculação estabelecido com pessoas significativas e sobre a satisfação com o suporte social percebido, num grupo de adolescentes institucionalizados comparativamente com um grupo de adolescentes não-institucionalizados.

Na busca por diferenças de género no autoconceito global quer nos adolescentes institucionalizados, quer nos adolescentes não-institucionalizados, não se verificaram diferenças significativas, o que vai contra o que outros autores sugeriram de que existe diferenciação em função do sexo, mas não tendo especificado as referidas diferenças (e.g. Veiga, no prelo). Porém, quando se analisam diferenças de género no autoconceito específico, elas aparecem como significativas nos adolescentes institucionalizados, particularmente na dimensão da Popularidade, na qual as raparigas relatam valores mais elevados que os rapazes; assim como na dimensão da Aparência Física, na qual as raparigas pontuam menos. Este último resultado vai ao encontro dos estudos empíricos acima referidos, segundo os quais as raparigas parecem valorizar mais a dimensão de aparência física e sentem-se mais insatisfeitas com a mesma (e.g. Faria, 2005).

O impacto da institucionalização sobre o autoconceito, sobre o padrão de vinculação e sobre a satisfação com o suporte social percebido parece ser significativo. Quando os resultados para as variáveis dependentes são considerados separadamente, verificam-se diferenças significativas ao nível do padrão de vinculação segura em função do sexo. Assim, os rapazes apresentam valores mais elevados na vinculação segura que as raparigas. Relativamente às diferenças de género face aos estilos de vinculação, noutros estudos não foram obtidas diferenças de género estatisticamente significativas para qualquer das dimensões (e.g. Carvalho, 2007; Mayseless, 2005, citado por Carvalho, 2007), embora alguns estudos acerca da vinculação na adolescência tenham mostrado que as raparigas apresentaram uma vinculação mais segura que os rapazes, que, por sua vez, tenderam a mostrar mais evitação que as raparigas (e.g. Kerns, Tomich, Aspelmeier & Contreras, 2000, citado por Carvalho, 2007). Evidentemente estes estudos não analisavam outras variáveis que podem explicar as diferenças individuais aqui estudadas, como por exemplo o efeito da institucionalização. A manutenção de vínculos afectivos com elementos da família de origem de alguns dos participantes institucionalizados pode também ter contribuído para diferenças nos resultados em relação a outros participantes que não vêem mantidos estes laços.

Eliminando a influência do ano de escolaridade, encontrou-se uma relação significativa entre os níveis de autoconceito e a institucionalização, sendo que os

participantes institucionalizados mostraram níveis de autoconceito mais elevados que os participantes não-institucionalizados, contrariando todas as expectativas iniciais dadas as adversidades individuais desta população. Também se verificaram diferenças de género entre eles, as adolescentes institucionalizadas pontuaram mais alto no autoconceito global comparativamente com os rapazes. Estas diferenças de género não se verificaram entre os adolescentes não-institucionalizados, pelo que raparigas e rapazes apresentaram níveis de autoconceito global muito semelhantes.

De facto, a possibilidade de controlar o efeito do ano de escolaridade, o qual parecia estar a influenciar os níveis de autoconceito nos adolescentes institucionalizados, revelou-se muito importante. Primeiro, porque sabemos que a aprendizagem escolar pode estar comprometida em crianças e adolescentes institucionalizados (Blome, 1997, Zetlin et al., 2004, citado por Farruggia, Greenberger, Chen & Heckhausen, 2006), consequentemente a probabilidade de retenção é maior, o que por sua vez tem as suas implicações ao nível do autoconceito específico, nomeadamente, estatuto intelectual e por isso podia estar a condicionar os resultados. Segundo, o impacto que a família (Eccles, 1993, Marsh & Craven, 1992, Pierrehumbert, Plancherel & Jankech-Caretta, 1987, citado por Peixoto, 2004) e a qualidade das relações familiares (Peixoto, 2004) têm no desenvolvimento do autoconceito, suportam a ideia de que crianças com trajetórias de vida adversas teriam, *a priori*, níveis de autoconceito comprometidos pela condição de privação, o que não se verifica, efectivamente, no presente estudo. Tendo em conta o poder preditivo do autoconceito relativamente à performance dos indivíduos em diversas áreas de funcionamento, como por exemplo, o âmbito académico, o físico e o social (Faria, 2005), surgem, com estes resultados, implicações positivas para a população institucionalizada. A resiliência e o facto de este constructo estar ou não presente e em diferentes níveis de indivíduo para indivíduo, poder influenciar o modo como se interpretam as situações, a percepção ou não de suporte, a satisfação com o mesmo e consequentemente os níveis de auto-conceito. Os diferentes motivos de institucionalização e as diferentes histórias familiares dos participantes institucionalizados do estudo tornam a amostra menos homogénea pelo que poderão ser factor explicativo concorrente dos resultados que se obtiveram.

Não obstante os resultados encontrados, será necessário considerar as limitações do estudo, particularmente aquelas que são inerentes às características dos instrumentos utilizados, tais como a dicotomia das respostas aos itens na avaliação do autoconceito e o facto da medida do suporte social não estar tão ajustada à faixa etária em questão tanto quanto se desejaria. O carácter transversal do estudo, tendo em conta a adolescência e tudo o que esta mudança implica é considerado uma limitação no trabalho aqui presente, assim como o facto de não se ter tido em conta a idade de institucionalização, pois entre os

participantes institucionalizados existiram diferenças relativamente às idades em que foram institucionalizados e conseqüentemente diferenças nos períodos de permanência na instituição.

5. Conclusão

A experiência da institucionalização na adolescência parece afectar o autoconceito, o tipo de vinculação e a satisfação com o suporte social percebido. Nesta investigação procurou-se avaliar, entre outros, as diferenças de género no autoconceito global e específico, sendo que neste último e nos adolescentes institucionalizados, de facto, verificaram-se diferenças significativas, tal como vindo sendo descrito na literatura e são mais visíveis as diferenças à medida que se progride na escolaridade. Neste sentido, poderá ser interessante avaliar as diferenças significativas no autoconceito ao longo do tempo.

Futuramente, seria também pertinente avaliar se existem diferenças significativas no que concerne aos padrões de vinculação considerando as idades e motivos de institucionalização.

III

Competências de Avaliação

1. Introdução à Componente de Avaliação

Considerando a apresentação das competências de investigação adquiridas, são apresentadas de seguida as competências ao nível da avaliação psicológica, sendo esta parte integrante do Relatório de Estágio Curricular desenvolvido no 5º ano de Licenciatura de Psicologia Clínica e da Saúde. Esta componente pretende, no fundo, representar um projecto desenvolvido, co-construído e partilhado, iniciado em Outubro de 2007, no Serviço de Psicologia Clínica, Unidade de Pedopsiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Marcos, Braga, com a supervisão directa no local da Dr.ª Adília Araújo e sob a Orientação Curricular da Dr.ª Cláudia Silva.

As páginas que se seguem descreverão os dados mais relevantes do trabalho clínico desenvolvido, através da seguinte estrutura:

Numa primeira parte encontra-se o Enquadramento Institucional, estão em linhas gerais uma caracterização estrutural e dinâmica do Hospital de São Marcos e uma caracterização da acção da Consulta de Psicologia, mais especificamente do Serviço de Psicologia. Numa segunda parte é apresentado O Estágio Curricular, onde se dá conta do percurso de aprendizagem no estágio, iniciando-se com a integração pessoal na instituição, descrição geral das actividades de estágio, de seguida, o trabalho de avaliação psicológica e acompanhamento de alguns casos, bem como outras actividades realizadas no âmbito de estágio.

Neste sentido, pretende-se que o conteúdo apresentado represente, de uma forma fidedigna, parte de todo o trabalho e rigor que estiveram subjacentes ao desenvolver do Estágio Curricular, assim como demonstre as competências práticas desenvolvidas em contexto clínico.

2. Enquadramento Institucional

2.1. Caracterização breve da Instituição²

O Hospital de São Marcos (HSM) está integrado na rede hospitalar oficial, com a classificação equiparada, desde 1993, a Hospital Central. Situa-se na cidade de Braga, cujo distrito tem a superfície de 730 quilómetros quadrados e uma população de 830 292 habitantes (Manual de Integração do Aluno/Estagiário, 2007).

² Informação recolhida com base no site www.hsmbraga.min-saude.pt/, a 22 Outubro de 2007; no Boletim do Hospital de São Marcos e no Manual de Integração do Aluno/Estagiário.

O HSM foi fundado em 1508 pelo Arcebispo D. Diogo de Sousa, sendo na sua origem uma albergaria. A partir de Outubro de 1559, D. Frei Bartolomeu dos Mártires – outro Arcebispo de Braga – entregou a administração do hospital à Misericórdia, situação que subsistiu até 1975, data em que por força do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de Dezembro, foi integrado na rede pública hospitalar. Foi no HSM que se instituiu a primeira Escola de Cirurgia do País, muito anterior à sua congénere do Porto.

O HSM é formado por um conjunto de cinco edifícios principais e respectivos serviços de apoio, todos interdependentes e ligados por galerias de acesso, os quais foram construídos em épocas e estilos diferentes, nomeadamente o edifício Norte (onde se inclui o Palácio do Raio), inaugurado em 1508, edifício Sul, inaugurado em 1960, Centro de Reabilitação e Ortopedia, inaugurado em 1979, o Bloco Operatório Central, inaugurado em 1998 e o Edifício de Pediatria.

O HSM recebeu uma Acreditação inicial do *Health Quality Service* (HQS), a entidade inglesa, em Fevereiro de 2004, após três anos de introdução de melhorias da qualidade, sendo, até à data, o primeiro e único hospital português a conseguir a Acreditação Total pelo HQS à primeira tentativa.

Numa outra zona geográfica da cidade, no lugar de Vilar da Freguesia de S. Victor, está localizado o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM). Também este departamento obedece a uma estrutura de unidades e serviços, pelo que dispõe de: uma Unidade de Alcoologia; uma Unidade de Doentes Agudos; uma Unidade de Internamento de Psiquiatria e Alcoologia; uma Unidade de Terapia Ocupacional; a Consulta Externa de Psiquiatria Geral; o Serviço de Urgência; a Consulta Externa de Pedopsiquiatria; o Serviço de Psicologia; o Serviço Social; bem como um conjunto de Unidades Funcionais constituídas por uma Unidade de Psicóticos, uma Unidade de Gerontopsiquiatria, uma Unidade de Comportamentos Suicidários e uma Unidade de Psiquiatria Forense.

A protecção e a promoção da saúde mental são os objectivos primordiais do DPSM do HSM, sendo que o seu campo de actuação envolve fundamentalmente as áreas da prevenção secundária, assegurando o tratamento da psicopatologia e restabelecimento do equilíbrio psíquico, e da prevenção terciária dirigida à reabilitação, inserção social e redução das consequências da enfermidade.

O início da consulta de Psicologia no DPSM do HSM, há mais de 20 anos, marcou a possibilidade de um complemento técnico de saúde mental muito importante e necessário para o trabalho multidisciplinar que visa o diagnóstico, prognóstico e acompanhamento de diversas situações clínicas efectivas, sobretudo, em crianças e adolescentes.

O Serviço de Psicologia, o meu local de estágio, é constituído por algumas valências: a Consulta de Avaliação de Stress Pós Traumático, levada a cabo pela Dr.^a Cristiana Lopes,

bem como a consulta de acompanhamento da IVG desenvolvida pela mesma no Serviço de Obstetrícia; a Consulta de Psicologia Clínica e a Consulta de Psicologia Forense, ambas dirigidas pela Dr.^a Adília Araújo.

A Consulta de Psicologia Clínica, prestando serviço a uma consulta que se pretendia inicialmente ser dirigida ao desenvolvimento, entretanto, pela eficácia, competência técnica e humana reveladas e dado o número crescente de casos que exigiam avaliação/acompanhamento, estendeu o leque ao apoio psicoterapêutico a enumeras crianças e adolescentes e suas famílias.

Importa referir que este serviço, tanto pela proximidade física, como pela grande interdisciplinaridade com que se interligam os dois serviços (Psicologia e Pedopsiquiatria), recebe como principais fontes de referência pedidos de avaliação e acompanhamento de casos provenientes da Unidade da Pedopsiquiatria, embora se estabeleça um trabalho muito estreito também com os Serviços de Neurologia, Pediatria do Desenvolvimento, Grupo Endocrinológico Pediátrico e Nutrição. Naturalmente, e como sendo o único Serviço de Psicologia cujo público-alvo são as crianças e os adolescentes, também são acompanhados casos cujo pedido provém do médico de família.

Para além da preocupação premente no acompanhamento clínico de casos, a Dr.^a Adília Araújo tem vindo a desenvolver, em paralelo, outros projectos de reconhecido interesse e mérito. Nomeadamente, a organização de acções de humanização e formação, vocacionados para temas diversos, dirigidos a todos os clínicos e técnicos do HSM. Por outro lado, tem vindo a fornecer orientação e transmissão de competências técnicas e humanas em estágios académicos na consulta de Psicologia, em parceria com diversas instituições de ensino superior. Outro projecto em desenvolvimento, mais recentemente, prende-se com a criação de um serviço sob o formato de Intervenção em Grupo para adolescentes e adultos, em que se pretenderá estudar e otimizar este tipo de trabalho com as populações referidas. Por último, a Dr.^a Adília desenvolve também, em parceria com um dos clínicos da Unidade de Pedopsiquiatria, a Dr.^a Virgínia Rocha, sessões de Terapia Familiar e Conjugal.

2.2. A Acção da consulta de Psicologia

O espectro da acção da consulta de Psicologia, do DPSM do HSM, engloba as crianças e adolescentes, bem como as suas famílias, que frequentam uma ou várias consultas externas promovidas pelo HSM, sendo na sua maioria referenciadas por técnicos de saúde como necessitando de avaliação psicológica e/ou intervenção psicológica.

A consulta de Psicologia tem início com um processo de avaliação comum, caracterizado pela elaboração, com os pais ou cuidadores da criança ou adolescente em

causa, de uma ficha de anamnese. Esta pretende explorar e reunir num registo escrito, com carácter essencialmente desenvolvimental, a informação pertinente sobre a história de desenvolvimento do paciente identificado, pessoal e familiar, procurando decifrar as áreas problemáticas que motivaram a consulta de Psicologia ou outras entretanto reconhecidas. Este processo avaliativo resume um passo fundamental na planificação quer da avaliação, quer do estudo da forma mais ajustada de intervir junto da criança, adolescente ou sistema familiar.

Relativamente à avaliação psicológica da criança ou adolescente, utilizam-se procedimentos diferenciados consoante a problemática e a queixa apresentada, englobando, geralmente, a realização de diversas provas específicas, pretendendo identificar objectivamente um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico: as emoções, motivações, comportamento, cognições e competências e o próprio desenvolvimento mental. Os resultados da avaliação psicológica realizada são usualmente incluídos no processo clínico do utente de forma a facilitar a sua verificação pelo técnico de saúde que referenciou o caso ou são apresentados sob a forma de um relatório de avaliação escrito que informa sobre as competências e as dificuldades observadas nas áreas supra referidas. É também muito comum a realização de relatórios escritos dirigidos às instituições escolares incluindo informação solicitada e necessária à interdisciplinaridade.

A intervenção psicológica na Consulta de Psicologia, envolve, conforme as necessidades de cada caso particular, a criança ou adolescente, os pais ou cuidadores, os irmãos, a escola, os educadores ou professores ou outra personalidade ou instituição que possa ser relevante para a compreensão e resolução da problemática. A abordagem psicoterapeuta é, na sua maioria, de carácter breve com as excepções necessárias de acordo com a idiosincrasia dos casos.

As situações problemáticas que surgem mais frequentemente na Consulta de Psicologia, embora raras vezes encontrem expressão única podendo por isso surgir associadas ou interdependentes, são tipicamente: atrasos no desenvolvimento psicomotor, perturbações da aprendizagem, hiperactividade, ansiedade, estados depressivos, disfuncionamento familiar, violência doméstica, problemas de comportamento e dificuldades no ajustamento psicológico em geral. O formato de intervenção é geralmente individual ou familiar, de acordo com as exigências de cada caso.

3. O Estágio Curricular

3.1. Integração pessoal no estágio académico

Uma vez eleito como opção minha, foi primeiramente enviada uma auto-proposta, a qual foi, de seguida, acompanhada por um pedido oficial do então director de curso, Professor Doutor Loureiro, culminando este processo numa entrevista com a Dr.^a Adília Araújo, responsável do Serviço de Psicologia, coordenadora e supervisora do estágio, na qual se partilharam expectativas em relação ao trabalho a realizar, bem como a minha motivação pessoal e profissional para integrar a equipa de trabalho que compõe o estágio.

O primeiro contacto presencial com o HSM foi em 28 de Setembro de 2007, e o dia 22 de Outubro de 2007 marca o início do estágio académico, que decorreu até 13 de Junho de 2008.

3.2. Descrição geral das actividades de estágio

O estágio no Serviço de Psicologia Clínica foi desenvolvido em três âmbitos gerais, nomeadamente observação, avaliação e intervenção em casos clínicos. Assim, foi possível desenvolver procedimentos de avaliação psicológica em geral, e em específico com crianças e adolescentes. Este processo teve início com um período de observação das consultas realizadas pela Dr.^a Adília Araújo, o que me pareceu ser, de facto, uma maneira muito positiva e adequada de começar o trabalho e proporcionou uma grande aprendizagem. Para além de me permitir criar expectativas mais positivas e de mais confiança, uma vez que existia algum receio de como seriam os primeiros contactos com as crianças e com os pais, em consulta, e sobretudo pela possibilidade de acompanhar o trabalho clínico tão experiente e humano da Dr.^a Adília Araújo. Creio que foi uma etapa foi muito enriquecedora, pela mais-valia de treinar competências de observação de comportamentos diversos, da linguagem, de posturas, de expressões, de subtilezas e de gestos marcantes do comportamento não verbal. Devido ao seu conteúdo extenso e propósito específico da componente deste documento, não são aqui apresentados os casos observados.

Para além do período de observação, que decorreu até finais de Fevereiro, iniciei, em Novembro, um processo de colaboração na avaliação de casos clínicos que decorreu até ao final do estágio. Em Dezembro, tive a possibilidade de iniciar o acompanhamento de alguns casos clínicos com e sem avaliação psicológica desenvolvidas por mim e, ao longo de todo o estágio foram realizadas algumas avaliações psicológicas cujo acompanhamento não foi levado a cabo por mim. Ao longo do estágio tive oportunidade de contactar

directamente com 275 pacientes. Estão sintetizadas de seguida (Quadro 1) as horas de estágio distribuídas pelas respectivas actividades de estágio.

Actividades	N.º Casos	N.º Sessões	N.º Horas
Observação	144	144	112 Horas
Colaboração na avaliação de casos clínicos	98	113	113 Horas
Avaliação de casos clínicos	6	10	10 Horas
Acompanhamento de casos clínicos com e sem avaliação psicológica	27	95	100 Horas
Total			335 Horas

Quadro 1. Actividades de estágio e número de horas

Neste sentido, a seguinte apresentação tem início com os **casos clínicos acompanhados**, cujo processo de avaliação e de intervenção são descritos aprofundadamente. De seguida, podem encontrar-se as **avaliações psicológicas** cujo acompanhamento não foi levado a cabo por mim. Por último, sob a designação de **colaboração na avaliação de outros casos clínicos**, estão sintetizados casos clínicos nos quais colaborei, em parte, do processo de avaliação.

3.3. Casos Clínicos Acompanhados

De seguida, apresentar-se-ão os casos clínicos acompanhados durante o estágio. É de referir que o acompanhamento destes casos clínicos teve início com a recepção, pela consulta de Psicologia Clínica, de pedidos vindos de outras consultas, sobretudo da Consulta de Pedopsiquiatria – Crianças e Adolescentes, Pediatria, Endocrinologia e Neurologia, na expressão de uma necessidade multidisciplinar, explicitando o caso e as queixas que motivaram a referência para acompanhamento psicológico.

Caso Clínico André

I. Identificação

Nome: André

Data de nascimento: 29/06/1997

Idade: 10 anos

Naturalidade: Braga

Escolaridade: 5º ano

Nome dos pais, idade, escolaridade e profissão

Mãe: 36 anos, 6º ano, doméstica

Pai: 39 anos, 6º ano, construção civil

Irmãos: uma irmã com 16 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade

II. Fonte de referência: foi referenciado pelo serviço de Pediatria do Desenvolvimento do HSM.

Motivo da consulta: Enurese Nocturna Primária, pai antigo enurético.

Início do processo terapêutico: 20/02/2008

Fim do acompanhamento: não concluído

Número total de sessões: 3

Local: Gabinete 5 da Pedopsiquiatria

III. Síntese do caso:

O André tem 10 anos, frequenta o 5º ano de escolaridade e vive com os progenitores e uma irmã com 16 anos de idade.

A gravidez foi programada, decorreu dentro da normalidade, tendo também nascido de parto normal. Começou a andar por volta dos 15 meses e iniciou a fala com 24 meses, com algumas dificuldades na articulação. O controlo esfinteriano diurno foi conseguido quando tinha cerca de 3 anos, sendo que o nocturno nunca foi mantido por um período maior que 1 mês, tendo usado fralda de noite até aos 4 anos de idade. Por volta dos 3 anos de idade o André saiu do quarto dos pais e passou a dormir com a irmã, inclusivamente na mesma cama, situação que se prolongou até há bem pouco tempo pois *“tinha medo de dormir sozinho”*. A mãe refere que o André *“tinha medo de subir ao segundo piso da casa sozinho”*, principalmente de noite. O André refere que quando era mais pequeno os medos do escuro exacerbavam após a visualização de filmes ou desenhos animados com personagens ou situações violentas. De salientar que o padrão de sono revelou-se desde sempre normal.

Por volta dos 3 anos houve uma tentativa para integrar a criança num infantário, porém foi necessário adiar essa situação por um ano pois *“ele não se adaptou”*. A mãe refere que *“não queria lá ficar e chorava muito”*. Assim, com 4 anos ingressou no infantário cuja adaptação foi relativamente positiva ainda que no primeiro mês a separação em relação à figura materna tenha sido difícil.

A entrada na escola primária ficou marcada por uma adaptação difícil nos primeiros tempos. O André resistia à separação da figura materna, quase todos os dias, durante alguns meses. Mais recentemente, a mudança de escola e entrada no ciclo registou-se normalmente.

No âmbito das competências sociais e relacionamentos interpessoais, não se registam dificuldades de acordo com a mãe, porém quando questionado o André refere possuir apenas um amigo próximo. Foi subentendido que o grupo de pares é bastante restrito.

O André é um aluno com aproveitamento escolar mediano, as actividades escolares em casa são acompanhadas essencialmente pela mãe, com excepção de algumas disciplinas, como o Inglês, em que é a irmã quem auxilia a criança. As expectativas parentais face à escola parecem ser elevadas com excessiva valorização do papel de aluno sobre a criança. Algumas verbalizações da mãe acerca das expectativas face à escola são caracterizadas por termos comparativos com a irmã *“a irmã é que é fina, ele não, ele já não saiu assim”*, *“ele só pensa em brincar e anda por lá a estragar-me tudo”*. A tónica do discurso da mãe relativamente ao filho, foi durante todo o processo terapêutico, predominantemente negativa.

Relativamente a actividades extra-lectivas importa referir que a criança não integra qualquer modalidade desportiva ou grupo associativo, sendo que os tempos livre são passados a brincar no campo, andar de bicicleta ou ver televisão. A mãe explica que a zona de residência é bastante isolada, não tem oportunidades dentro do género, existem poucas crianças e não há condições de transporte para levar o André aos locais onde existem esse tipo de actividades.

Relativamente aos antecedentes patológicos encontram-se alguns problemas respiratórios como crises pontuais e esporádicas de bronquite ou asma, a mãe não especifica. Como antecedentes familiares, encontra-se o pai como antigo enurético.

IV. Processo avaliativo

Em relação ao processo avaliativo, no quadro seguinte (Quadro 2) apresentam-se os instrumentos de avaliação utilizados em cada sessão, os seus objectivos e um resumo dos resultados no decurso do processo terapêutico.

Intervenientes	Instrumentos de avaliação aplicados	Objectivos
Nº de sessão		
Data		

A. e mãe Sessão 1 20/02/2008	-Entrevista semi-estruturada de anamnese; -WISC III (Wechsler, 2003) (1ª parte).	-Conhecer a história de vida e de desenvolvimento da criança; -Conhecer o nível intelectual.
A. e mãe Sessão 2 26/03/2008	-WISC III (Wechsler, 2003) (2ª parte);	-Conhecer o nível intelectual;
A. e mãe Sessão 3 07/05/2008	-Desenho da Família (Corman, 1967).	-Explorar o domínio afectivo-emocional e adaptabilidade social.

Quadro 2. Processo avaliativo do caso clínico André

No quadro seguinte descrevem-se as áreas problemáticas identificadas no processo de avaliação da criança (Quadro 3):

Problemas Psicológicos	- Problemas de ajustamento intrapessoal e dificuldades sócio-afectivas; - Medos e ansiedade relacionados com o facto de ter assistido ao velório e ter uma predisposição ansiogénica; - Auto-estima frágil associada à Enurese;
Problemas Sociais	- Grupo restrito de pares;
Problemas Médicos/ Fisiológicos	- História de problemas respiratórios ou crises pontuais de bronquite e asma;
Problemas Escolares	- Apresenta um nível intelectual médio-inferior; dificuldades no raciocínio numérico, velocidade de execução psicomotora e memória visual imediata.
Problemas Familiares	- Pai antigo enurético; - Relação pais-filho ou mãe-filho excessivamente assimétrica;

Quadro 3. Descrição das áreas problemáticas do caso clínico André

Comentários quanto ao processo avaliativo

Nos momentos de avaliação, a principal preocupação foi recolher informações da história de vida e médica familiar e da criança, explorar se esta já conseguiu ou não controlo urinário, pois este é um factor crucial para a determinação do tipo de Enurese, e os factores que poderão estar na sua origem. Foi também pertinente analisar o comportamento enurético, ou seja, recolher informação respeitante às micções determinando a fase mictórica e a média semanal de episódios. Os episódios de EN do André acontecem por volta das 2 e 30h da noite, sem que a criança acorde por si própria com a micção ou molha

da cama, sugerindo talvez um sono profundo. Por semana, a criança tem em média 3 a 4 episódios mictóricos nocturnos.

É aconselhável estar atento a acontecimentos ou circunstâncias *stressantes* na família, na escola ou noutro contexto no qual a criança se insira, bem como compreender as preocupações da criança relativas à molha da cama e outros problemas que a possam perturbar. Foi importante, para fins terapêuticos, identificar as atitudes dos cuidadores e da família em geral relativas à molha da cama e conhecer as tentativas anteriores dos pais para ajudar a criança e essencialmente o ambiente afectivo da criança e grau de motivação para a mudança.

Relativamente à avaliação do funcionamento cognitivo (*WISC III*; Wechsler, 2003) apresenta um nível intelectual médio-inferior comparativamente ao que é esperado para a idade. Saliem-se sobretudo algumas dificuldades que dizem respeito ao raciocínio numérico, velocidade de execução psicomotora e memória visual imediata.

No Desenho da Família (Corman, 1967) (Figura VIII), o André representou a sua família real e foi colaborante durante toda a tarefa.

Na localização das figuras predomina maioritariamente a linha inferior da folha, não se denotando um alinhamento visível, o que pode transmitir geralmente sentimentos de inadequação, insegurança ou mesmo tendências depressivas e está mais ligado ao concreto, ao real. Em geral, a linha ou traço são relativamente

vigorosos e a sequência desenhada foi da esquerda para a direita, o mais comum e geralmente normativo.

O tamanho dos desenhos sugere uma relação dinâmica positiva com o ambiente, sendo que não é nem demasiado grande, nem excessivamente pequeno e ocupa, aproximadamente, um terço do papel.

A figura paterna ganha maior destaque em termos de tendências afectivas positivas. Esta valorização confirma-se também pela entrevista que seguiu o desenho, na qual a criança refere que gostava de ser o pai (“porque é grande e fixe”). Associando esta identificação de desejo consciente à colocação da figura do pai junto da mãe, ou seja, entre ele próprio e a mãe, poder-se-á sugerir desejos e tendências regressivas, necessidade de protecção. A figura da irmã é colocada totalmente à esquerda e relativamente afastada do sistema familiar, desenhada por último, com menor saliência, pelo que se pode inferir

Figura VIII. Desempenho do paciente na elaboração do Teste do Desenho da Família



alguma desvalorização ou tendências afectivas negativos por parte da criança em relação àquela. De salientar que, a proximidade gráfica entre as figuras representadas pode sugerir um ambiente afectivo marcado pela intimidade, verdadeira ou desejada por parte do André.

V. Conceptualização e Dinâmica do Caso

O André apresenta um quadro clínico de Enurese Nocturna Primária, bem como algumas dificuldades sócio-afectivas associadas, sendo que estas foram as principais dificuldades que motivaram a vinda ao departamento.

Na base das Perturbações do Controlo Esfincteriano está a noção de controlo dos esfíncteres, o qual corresponde a um processo de desenvolvimento que implica maturação fisiológica, desenvolvimento cognitivo, sócio-afectivo, bem como competências de auto-regulação e auto-controlo comportamental (Ajuriaguerra, 1974; Barros, 2004).

A Enurese é uma derivação latina do termo grego *enourein*, o qual significa “urinar em” e é considerada uma das queixas mais comuns nos consultórios de pediatria e psicologia clínica (Barros, 2004; Bragado, 2005). Ela é a emissão voluntária ou involuntária de urina na cama ou na roupa, por parte de crianças que possuem maturidade suficiente (5 anos de idade mental/cronológica é a idade limite aceite), na ausência de uma etiologia orgânica que explique aqueles episódios mictóricos (Ajuriaguerra, 1974; Oyola, Sacristán & Andaluz, 2000).

A Enurese pode ser caracterizada como Primária ou Secundária (segundo a classificação do DSM-III), consoante aconteça antes ou depois de um período de controlo de cerca de 6 meses (Ajuriaguerra, 1974; Bragado, 2005; Oyola, Sacristán & Andaluz, 2000; Nield & Kamat, 2004). A Enurese Primária ocorre antes de um período de continência, isto é, antes da criança controlar o seu esfíncter (Ajuriaguerra, 1974; Bragado, 2005; Oyola, Sacristán & Andaluz, 2000; Nield & Kamat, 2004), é o caso em questão.

A perturbação pode ainda ser classificada por Diurna ou Nocturna, de acordo com o período do dia em que ocorra (subtipos contemplados no DSM-IV) (Barros, 2004; Bragado, 2005; Marques, 2003; Oyola, Sacristán & Andaluz, 2000).

A EN pode causar grande infelicidade e *distress*, particularmente se os pais culpam ou punem a criança, provocando efeitos negativos nas crianças ao nível da sua auto-percepção e da sua relação com os pares e restringindo o seu envolvimento social (Bragado, 2005; Ullom-Minnich, 1996, citado por Geroski & Rodgers, 1998; Young, Brenner, Baker & Baker, 1995, citados por Geroski & Rodgers, 1998).

Em termos de dinâmica do caso, é possível colocar algumas hipóteses em relação aos factores envolvidos no surgimento e na manutenção desta problemática.

Relativamente aos factores predisponentes, parece ter contribuído para o desenvolvimento do referido quadro uma predisposição familiar, pois que, o pai foi antigo enurético, sendo que, de acordo com a literatura, o risco é de 43% quando só um dos pais apresentou EN quando criança (cf. Thiedke 2003; Bragado, 200). Assim, o risco de Enurese é cinco a sete vezes maior na descendência de um progenitor com história de Enurese (APA, 2002). Os processos desenvolvimentais pouco equilibrados e adaptados, nos quais não se reuniram as condições necessárias para a concretização das tarefas de desenvolvimento nos primeiros anos de vida, nomeadamente a aprendizagem da higiene também se associam frequentemente ao desenvolvimento da problemática em questão (Barros, 2004; Collier & Butler, 2002 citados por Nield & Kamat, 2004). Dada a história de Enurese associada ao progenitor, parece ter havido uma maior tendência para o adiamento da aquisição do controlo esfinteriano por parte da criança e do proporcionar de oportunidades de aprendizagem por parte dos cuidadores. Outros factores que podem estar associados ao desenvolvimento e manutenção da problemática do André, parecem ser as experiências de aprendizagem inadequadas, especificamente, influências ambientais que interferiram numa correcta aprendizagem, como a aplicação de contingências de reforço inadequadas (castigo, repreensão) que interferiram e atrasaram a aquisição ou o próprio controlo esfinteriano. De salientar que a Enurese chegou a ser considerada como uma condição psicológica, no entanto, defende-se mais recentemente que alguns problemas psicológicos são a consequência e não a causa do transtorno (Thiedke, 2003). A maior incapacidade associada à Enurese prende-se com a limitação da criança no que diz respeito às actividades sociais (por exemplo impossibilidade de dormir fora de casa) ou com o seu efeito ao nível da auto-estima, ostracismo social por parte dos pares e a insatisfação ou mesmo rejeição por parte dos cuidadores (APA, 2002; Butler, 2002, citado por Nield & Kamat, 2004), sendo que os mesmos são consequência e factor de manutenção do quadro de ENP.

Os medos recentes acerca da morte sentidos pela criança parecem estar relacionados com o facto de ter assistido, no final do ano passado, a um velório. Este acontecimento parece ter sido o precipitante da ansiedade manifestada actualmente pela criança, contribuindo e exacerbando assim uma predisposição anteriormente manifestada para este tipo de problemática. O André era, previamente a este acontecimento, uma criança com muitos medos, auto-estima e auto-confiança baixas, relacionados com a problemática da ENP (como já foi explicado anteriormente), verificando-se maior número de acidentes nocturnos sempre que as preocupações estão aumentadas.

Parecem existir também dificuldades no desenvolvimento sócio-afectivo e no processo de autonomia, os quais podem estar relacionados com as relações familiares e a

própria família como grupo de suporte social, podendo esta não estar a ser suficientemente suportiva. É sabido que o factor familiar é um forte preditor do bem-estar psicológico das crianças (Harpaz-Rotem, Rosenheck & Desai, 2006; Luecken, 2006). Os tipos de contexto e cenários assim como a qualidade das interacções familiares estão relacionados com os resultados desenvolvimentais daquelas (Burchinal et al., 2000, Peisner-Feinberg & Burchinal, 1997 citados por Daunhauer, Bolton & Cermak, 2005), confirmando-se a importância da família funcional como promotora de segurança, de estabilidade e de respostas psicológicas adaptativas (Liu, Diorio, Day, Francis & Meaney, 2000 citados por Luecken, 2006). Verificaram-se na díade mãe-filho algumas dificuldades na relação, parecendo esta distante e demasiado assimétrica (por exemplo, o André trata a mãe por “você”). As próprias verbalizações negativas e o uso de expressões comparativas com a irmã, não favorecem o desenvolvimento positivo do sentimento de competência, bem como não potenciam a auto-estima da criança.

Todavia, o André possui alguns factores protectores, indicados no quadro seguinte (Quadro 4), que apontam para a possibilidade de uma evolução positiva do quadro.

Factores protectores e recursos identificados no adolescente	-A motivação com que aderiu ao primeiro procedimento de intervenção (registo diário noites secas); -A disponibilidade e a vontade de estar na sessão terapêutica que pareceu demonstrar, e a sua postura aceitante, de abertura e de colaboração.
---	--

Quadro 4. Descrição dos factores protectores do caso clínico André

VI. Plano de intervenção

Em relação ao processo de intervenção, no quadro seguinte (Quadro 5) apresentam-se sintetizados os procedimentos utilizados em cada sessão, bem como os seus objectivos.

Intervenientes Nº de sessão Data	Objectivos	Procedimentos de intervenção
A. e mãe Sessão 1 20/02/2008	-Construção de níveis de confiança e estabelecimento inicial da relação terapêutica; -Promover estratégias comportamentais para intervir sobre a enurese: *Registo semanal de noites secas; *Exercícios de interrupção da micção;	-Demonstração de empatia, aceitação; -Elaboração de um registo de noites secas/molhadas; -Fornecimento de informação e

	*Prática positiva e treino de responsabilização; *Reforço positivo;	psicoeducação sobre as diferentes estratégias;
A. e mãe Sessão 2 26/03/2008	-Construção de níveis de confiança e estabelecimento da relação terapêutica; -Monitorização dos resultados da intervenção iniciada na sessão anterior.	-Demonstração de empatia, aceitação; -Entrevista não-estruturada, reforço positivo verbal.
A. e mãe Sessão 3 07/05/2008	-Monitorização dos resultados da intervenção; -Explorar o domínio afectivo-emocional e adaptabilidade social (Desenho da Família (Corman, 1967); -Preparar o encaminhamento do caso e fim da relação terapêutica.	-Demonstração de empatia, aceitação; -Entrevista não-estruturada, reforço positivo verbal.

Quadro 5. Processo de intervenção no caso clínico André

Uma vez que as causas da Enurese são multifactoriais (factores de aprendizagem, fisiológicos e psicossociais), encontram-se diversas opções para o tratamento (Bragado, 2005; Geroski & Rodgers, 1998). Os tratamentos mais recomendados podem contemplar desde intervenções familiares, simples e comportamentais, até terapêuticas farmacológicas e comportamentais complexas. O tratamento comportamental parece ter uma maior eficácia a longo prazo comparativamente com os tratamentos farmacológicos (Bragado, 2005; Vogel, Young e Primack, 1996 citados por Geroski & Rodgers, 1998). Independentemente da opção de tratamento, o *follow-up*, o suporte e o encorajamento são importantes componentes que devem ser contemplados no desenvolvimento de um plano terapêutico (Barros, 2004; Thiedke, 2003). Neste sentido, fez todo o sentido enveredar pela intervenção de cariz comportamental. Depois de alguma psicoeducação acerca da enurese, etiologia e prognóstico possível (Nield & Kamat, 2004), foi aconselhada a restrição de ingestão de líquidos durante a noite e antes da criança se deitar. Houve o cuidado de assegurar que, tanto a mãe como a criança, tinham compreendido as instruções e seriam capazes de executar adequadamente as prescrições comportamentais, tendo sido para isso utilizada uma linguagem clara e simples. Desde logo a mãe foi sensibilizada quanto ao facto de o castigo e a desaprovação/repreensão serem inapropriados e ineficazes, tendo sido sugerida a necessidade de recompensar pequenos sucessos e não focalizar a atenção no fracasso, cultivando sempre o sentimento de optimismo, eliminando assim alguns potenciais *stressores* na criança. No sistema de reforço positivo, a criança ganhou pontos por cada

noite seca (5 pontos) e quando atingiu um determinado número de pontos (correspondentes ao número de noites secas), recebeu um prémio (previamente combinado com a mãe) (Nield & Kamat, 2004; Thiedke, 2003). Foi feito recurso a um registo de auto-monitorização com nuvens e sois para 6 semanas, sendo que as nuvens representam as noites/dias molhados/os e os sois representam noites/dias secos/os (Figura IX). Este registo deve ser preenchido pela própria criança, implicando que a esta tenha um controlo voluntário sobre a sua micção – ter uma noite seca é bom e molhar a cama é mau (Barros, 2004). A auto-monitorização permite aos pais e à criança verificarem a adesão e cumprimento das estratégias recomendadas, estando estes registos relacionados directamente com os progressos comportamentais (Barros, 2004). É importante que o terapeuta ajude os pais a interpretar pequenos indicadores como alterações positivas que indiciam o início do ciclo de mudança no comportamento da criança (Barros, 2004), assim, os registos são também uma boa fonte de avaliação dos progressos.

Relativamente ao treino de responsabilização (Thiedke, 2003), foram dadas à criança responsabilidades como consequência da molha da cama, de acordo com a sua idade e nunca numa perspectiva punitiva. O André passou a lavar a roupa (por exemplo, as calças do pijama e roupa interior) na manhã seguinte à molha da cama, de uma forma manual, com água e sabão.

O fornecimento de informação acerca dos exercícios de interrupção da micção pretendeu que a criança aprendesse a relaxar e a contrair os esfíncteres vesicais, contribuindo assim para o aumento da consciência das sensações que estão associadas à micção (Schneider, King & Surwitt, 1994, citados por Barros, 2004). Mais especificamente, a criança, foi instruída a interromper o fluxo e a retomá-lo, enquanto urina, duas vezes em cada micção.



Figura IX. Registo de auto-monitorização com nuvens e sois para 6 semanas

VII. Reflexão final

Avaliação dos resultados da intervenção e factores que contribuíram para o mesmo

A remissão total do quadro não foi ainda conseguida uma vez que o processo de intervenção não foi finalizado. Mesmo assim surgiram algumas bases importantes para a mudança, tais como, a sensibilização parental acerca dos efeitos nefastos do castigo, repreensão e desaprovação face aos acidentes nocturnos e o conhecimento por parte da criança e da mãe acerca das estratégias para lidar com a problemática.

Apesar de não concluído o processo, através da monitorização dos resultados conseguida pela análise dos registos preenchidos pela criança, é possível verificar uma redução quantitativa significativa relativamente ao número de episódios mictóricos registados por semana, o que penso estar intimamente ligado à maior mais-valia desta intervenção: o apoio/reforço fornecido inesgotavelmente e a motivação para aderir aos procedimentos terapêuticos por parte do André.

Dificuldades sentidas na condução do processo de intervenção

Para além da falta de assiduidade nas sessões terapêuticas, a postura da mãe da criança tornou-se um desafio a superar ao longo do processo terapêutico. Uma postura desinvestida de afectividade e demasiado crítica em relação ao André, a referência a inúmeras queixas de comportamentos indesejáveis do filho, na sua presença, sem abordar características positivas, a desresponsabilização e delegação da responsabilidade no filho foram obstáculos e dificuldades na condução deste processo.

Reflexão crítica sobre todo o processo

Este caso clínico permitiu reflectir sobre a forma como a família exerce impacto na construção do conceito, sendo que este efeito é transversal em diferentes níveis: por um lado, as avaliações que os diferentes elementos familiares fazem acerca da criança estão relacionadas com as representações que ele vai construindo sobre si próprio (Eccles, 1993, Marsh & Craven, 1992, Pierrehumbert, Plancherel & Jankech-Caretta, 1987 citados por Peixoto, 2004); por outro, as dinâmicas das relações familiares propriamente ditas vão actuar sobre as diferentes dimensões do auto-conceito (Peixoto, 2004). É o suporte emocional fornecido pela família que está positivamente relacionado com a construção das representações sobre si próprio, nomeadamente com a percepção de competência (Wenz-Gross, Siperstein, Untch & Widaman, 1997 citados por Peixoto, 2004).

A família nuclear, particularmente os pais, considerados um grupo de suporte social crucial na orientação e acompanhamento psicológico e instrumental das tarefas diárias e emergência de situações (Seiffge-Krenke, 1993, citado por Conrad, Rothlisberger &

Christoph, 1996), nutre geralmente o desenvolvimento da auto-estima e saúde psicossocial nas crianças (Greenberg et al., 1983 citados por Conrad, Rothlisberger & Christoph, 1996). As crianças cujos ambientes familiares são estáveis, promovem experiências positivas e relacionamentos afectivos fortes, têm maior probabilidade de ter resultados desenvolvimentais positivos (Harden, 2004). Tal como pode constituir uma conjectura de factores protectores que intervêm positivamente no desenvolvimento global da criança, a família também pode ser uma fonte de stressores e adversidades (Groza, 1999, citado por Groza, Ryan & Cash, 2003; Nemeroff, 2004, Repetti, Taylor & Seeman, 2002, Luecken & Lemery, 2004 citados por Luecken, 2006).

Desta forma, o processo de intervenção elaborado pretendeu, para além de fornecer estratégias para lidar com a enurese propriamente dita, sensibilizar a mãe no sentido de se eliminarem os efeitos negativos que a família também pode exercer sobre as crianças. Mais especificamente, a psicoeducação e sensibilização parental incidiu na atenuação das verbalizações negativas e termos comparativos acerca do André e promoção do reforço positivo e culto do sentimento de optimismo, procurando-se assim eliminar alguns potenciais *stressores* na criança e alguns factores de manutenção da problemática.

Prognóstico e *follow-up*

A Enurese é um dos transtornos mais presentes na infância, embora diminua com o avançar da idade. Espera-se que a sensibilização parental e o fornecimento de estratégias de intervenção para a enurese possam permitir uma evolução positiva do caso. Ou seja, espera-se que os pais do André assumam o impacto que a ambivalência nos seus cuidados gera, bem como recorram às estratégias fornecidas e trabalhadas em sessão, nomeadamente as estratégias comportamentais para intervir sobre a enurese.

Relativamente ao *follow-up*, importa salientar que a intervenção não foi ainda concluída.

Indicações e sugestões para uma eventual continuação do caso

Sendo a falta de assiduidade nas sessões terapêuticas uma dificuldade com a qual foi necessário lidar ao longo deste processo, descrevem-se algumas sugestões para a continuação do caso.

A capacidade das crianças para gerirem as suas emoções e estados emocionais é considerada um factor protector (Moreira, 2005) pelo que seria benéfico desenvolver a intervenção neste âmbito: desenvolver na criança atitudes de análise e de meta-análise sobre os seus estados emocionais, identificando e distinguindo pensamentos de sentimentos com recurso à personificação dos conceitos; promover a compreensão, por parte da criança, de que os seus comportamentos são influenciados pelo que sente e pensa,

favorecendo, assim, uma maior capacidade para a criança simbolizar, diferenciar e expressar os seus diferentes estados emocionais.

As dificuldades ao nível das competências sociais resultam muitas vezes de défices no repertório comportamental e levam, conseqüentemente, a dificuldades no relacionamento interpessoal (Moreira, 2005). A assertividade ou competência social (Caballo, 1982, citado por Moreira, 2005) engloba quatro componentes: capacidade de dizer não; capacidade de pedir favores; capacidade de expressar sentimentos positivos e negativos; a capacidade para iniciar, manter e terminar conversação (Lazarus, 1973, citado por Moreira, 2005). Bandura (1976, citado por Moreira, 2005) defende que a assertividade se desenvolve pela aprendizagem social a partir dos modelos disponíveis, sendo que estes podem não ser assertivos, não estar disponíveis ou a criança não observou esta variável nos seus modelos significativos.

O desenvolvimento de competências de antecipação e tomada de decisão ou resolução de problemas é transversal a qualquer domínio. A intervenção neste nível pretenderia que a criança diferenciasse entre decisão e não decisão, assim como situasse o grau de consciência implícito em cada uma das situações apresentadas de uma forma ilustrada.

A baixa auto-estima é vista por muitos autores como um importante factor de risco para o desenvolvimento global (Coie et al., 1993 citados por Moreira, 2005), até porque é uma variável que medeia outras tais como a aprendizagem, o envolvimento em actividades, a superação de dificuldades, a responsabilidade, a autonomia, as relações sociais e, sobretudo o desenvolvimento da personalidade (Alcántara, 1997, citado por Moreira, 2005). É sabido que as crianças com problemas emocionais e comportamentais apresentam frequentemente baixa auto-estima (Harter et al., 1991 citados por Moreira, 2005). A auto-estima referida é um factor protector em situações em que a criança lida com stressores externos e é também um factor determinante do humor e da motivação, sendo que no seu desenvolvimento estão implicados o suporte social proveniente de figuras significativas (onde a família tem uma importância crucial), a relação entre a capacidade da criança em determinados âmbitos e a valorização que ela atribui ao sucesso (Harter, 1988, citado por Moreira, 2005).

A auto-estima está intimamente ligada com os aspectos avaliativos (afectivos), aos quais o indivíduo recorre para elaborar o seu próprio respeito (auto-conceito) (Vaz-Serra, 1995; Garaigordobil, Durá, & Pérez, 2005; Baumeister, 1994, citado por Bernardo & Matos, 2003). Ela tem muito que ver com a relação que se mantém entre os objectivos que estabelecemos e o sucesso ou êxito com que os alcançamos, portanto, está intrinsecamente

relacionada com as crenças de auto-eficácia e com as atribuições causais (Vaz-Serra, 1995).

Ao intervir sobre a auto-estima pretenderíamos melhorar as relações sociais, o nível de competência da criança, e o valor que ela atribui ao sucesso, tendo sempre em consideração que esta variável se constrói a partir da percepção que a criança tem acerca da imagem que as figuras significativas projectam dela, a partir da auto-observação do seu desempenho nas tarefas e actividades consideradas pela criança como importantes (Moreira, 2005).

Como já foi referido, muito associados à Enurese, seja na sua etiologia, seja na sua manutenção, estão os problemas emocionais, nomeadamente a ansiedade, auto-estima e auto-confiança baixas, pouca assertividade e dificuldades na gestão e expressão das emoções. Deste modo, a intervenção deverá incidir também na promoção do ajustamento psicológico da criança, nomeadamente ao nível da gestão e expressão de emoções, assim como competências sociais e assertividade. Para tal, poder-se-á recorrer aos manuais didácticos da colecção *Crescer a Brincar para o ajustamento psicológico*: “A aventura dos sentimentos e dos pensamentos” (Moreira, 2007) e “Olá, obrigado!” (Moreira, 2004), bem como o bloco de actividades do Crescer a Brincar (Moreira, 2002), mais especificamente as actividades que visam a promoção de uma auto-estima positiva. O recurso às histórias que compõem estes manuais permite a identificação e projecção nas situações e significados inerentes (Moreira, 2005). A narrativa pode constituir-se como um elemento em que as variáveis de observação, de projecção e de vivência permitem a organização em redor das significações resultantes de cada história (Gonçalves, 1996, citado por Moreira, 2005).

Seria também muito benéfico trabalhar com os pais, ou na impossibilidade de ambos poderem estar presentes, com a mãe. O trabalho com pais assenta na premissa de que algum deficit nas habilidades próprias dos papéis parentais são, pelo menos em certa medida, responsáveis pelo desenvolvimento e/ou manutenção de padrões de interacção familiares perturbadores e conseqüentemente de problemas apresentados pelos filhos (McMahon, 1995, O’Dell, 1974, Marinho, 2001, citados por Marinho, 2005). Neste sentido, poderiam ser proporcionados alguns momentos de psicoeducação e sensibilização parental, dirigidos essencialmente aos aspectos familiares (abordados anteriormente) que parecem manter algum *distress* associado à principal problemática do André.

Caso Clínico Daniel

I. Identificação

Nome: Daniel

Data de nascimento: 15.05.1991

Idade: 16 anos

Naturalidade: Braga

Escolaridade: 8º ano concluído com 13 anos; frequência de três semanas num curso de operário de máquinas agrícolas no ano lectivo de 2007/2008

Nome dos pais, idade, escolaridade e profissão

Mãe: 36 anos, 4º ano, empregada doméstica

Pai: 38 anos, 4º ano, empregado na construção civil no estrangeiro, desde há 14 anos (vem a casa 2 a 3 vezes por ano)

Irmãos: não tem

II. Fonte de Referência: referenciado pelo médico de família, em 2006, para a Unidade de Pedopsiquiatria. Em 2007 foram solicitados avaliação e acompanhamento psicológicos.

Motivo da consulta: Perturbação de Pânico ou Fobia Social com sintomatologia depressiva.

Início do processo terapêutico: 19.11.2007

Fim do acompanhamento: não concluído

Número total de sessões: 8

Local: Gabinete 5 da Pedopsiquiatria.

III. Síntese do Caso:

O Daniel tem 16 anos e vive com a mãe e avós maternos.

Relativamente ao desenvolvimento, a gestação decorreu normalmente, embora não programada foi posteriormente muito bem aceite e desejada. O parto foi normal e o Daniel iniciou a marcha por volta dos 18 meses, a fala articulada com 24 meses, sendo que o controlo esfinteriano diurno foi conseguido na mesma altura e o nocturno por volta dos 3 anos. A mãe refere que em criança, com 7 ou 8 anos, o Daniel tinha alguns medos nomeadamente medo da noite, tendo tido pesadelos que com o decorrer do tempo desapareceram.

No que diz respeito à história de doença podem identificar-se alguns incidentes, nomeadamente, o atropelamento seguido de dois dias com depressão da consciência quando tinha 5 anos; por volta dos 8 anos, a remoção cirúrgica de um pólipó no intestino. De salientar que nos exames médicos que tem realizado no HSM, nomeadamente na RM cerebral apresenta uma diminuta alteração de sinal frontal, sequela do TCE que sofreu nesse acidente. Toda esta situação médica e o próprio acidente foram vivenciados com muitas dificuldades, ansiedade e apreensão por parte de toda a família, mas especialmente por parte da mãe e do próprio. Mais recentemente foi detectado um problema no ouvido

interno que levou à realização de alguns exames médicos. Os primeiros resultados indicam que o problema médico não explica a sintomatologia apresentada na consulta externa de pedopsiquiatria, isto é, sensações de desmaio, náuseas, sensação de desequilíbrio, taquicardia e palpitações, interpretados pelos clínicos que o acompanham como ataques de pânico, embora tenha agravado estes sintomas. Haverá mais informação neste âmbito em breve pois aguardam-se os resultados de uma segunda avaliação médica. Será importante referir que o Daniel está medicado com anti-depressivo, ansiolítico e fármaco para intervir no problema do ouvido interno (Dumyrox, Pazolam). Existem também antecedentes familiares ao nível da psiquiatria, a mãe descreve-se como muito nervosa e preocupada desde sempre, com sensação constante de perigo eminente, estando medicada com benzodiazepinas pelo médico de família.

O Daniel esteve aos cuidados da mãe até à entrada na escola primária cujo percurso decorreu normalmente. A mãe refere que tinha bom aproveitamento escolar e muita motivação, “era um aluno aplicado”. Ingressou no 2º ciclo sem qualquer retenção e concluiu o 8º ano com cerca de 13 anos. Nesta altura o Daniel refere ter tido “alucinações visuais”, descreve-as como “visões de esqueletos” que surgiam de noite juntamente com “umas luzinhas”, refere também que desapareceram após algum tempo.

Não parecem ter existido quaisquer dificuldades ao nível das relações interpessoais durante o seu desenvolvimento, ou seja, não se encontram dificuldades no âmbito da socialização até ao precipitar das crises de pânico, quando o adolescente tinha cerca de 13 anos. Nesta altura o Daniel encontrava-se na escola, a frequentar o 7º ano, quando começou a sentir palpitações, taquicardia, tonturas, sensações de desmaio e pensava que “fa morrer”. Segundo mãe e o próprio adolescente, parecem não existir acontecimentos activadores desta primeira crise. A mãe relata este episódio enfatizando a dificuldade que tem para lidar com os ataques de pânico do filho, refere que o filho “fica descontrolado” e ela não sabe o que fazer para o ajudar. As dificuldades actuais no âmbito social prendem-se com o isolamento social e o medo constante associado à sensação de perigo eminente e ansiedade antecipatória.

O Daniel foi seguido durante um ano por um clínico psiquiatra em Guimarães, tendo surtido melhoras nítidas que se prolongaram por mais de um ano e permitiram a frequência e conclusão do 8º ano de escolaridade.

Durante o seu percurso pelo 9º ano o adolescente abandonou no 1º período devido às crises de pânico. No ano lectivo seguinte ingressou de novo no 9º ano de escolaridade, mas voltou a desistir após alguns meses pelos mesmos motivos. A mãe refere que as crises eram frequentes, cada vez mais intensas, culminando por diversas vezes em idas à urgência do hospital. No ano lectivo corrente o adolescente ingressou num curso profissional

de operador de máquinas agrícolas, cuja área foi eleita pelo facto de haver uma componente ao ar livre, onde o Daniel se sentiria melhor. Porém, após três semanas de frequência do curso o adolescente voltou a abandonar, cujos motivos se prenderam mais uma vez com as crises de pânico. Refere que não conseguia estar muito tempo fechado na sala e isso levou a abandonar também este ano lectivo. As maiores dificuldades quando estava em sala de aula diziam respeito ao medo de, a qualquer momento, “sentir-se mal”, ter uma crise, sendo que muitas vezes pedia ao professor para sair e apanhar ar no exterior.

O padrão de sono actual está relativamente alterado face aos ritmos circadianos ditos normais, o adolescente adormece por volta da uma hora e permanece a dormir até ao meio-dia aproximadamente, refere que ocupa o seu tempo no computador e na internet, aliás estas são as actividades diárias actuais. Importa referir que convive com os colegas pelos meios cibernéticos e por vezes presencialmente aos fins-de-semana, encontrando-os em casa dele ou deles. Neste âmbito, a mãe refere que o Daniel não colabora nas actividades domésticas diárias ou agrícolas com a família, embora muitas vezes seja solicitado. Por vezes aceita ir às compras com a mãe, contudo, não permanece muito tempo dentro da superfície comercial, indo de imediato para junto do carro no estacionamento. O adolescente refere que por vezes dá umas voltas de bicicleta ou encontra-se com os amigos num campo onde permanecem a jogar futebol, sendo que o Daniel fica a observar ou joga por breves períodos de tempo, pois tem medo de se “sentir mal”.

Relativamente ao padrão de alimentação parece ter havido um acréscimo de peso após o início da terapêutica farmacológica, sendo que actualmente é relativamente irregular em quantidades e horários, refere a mãe.

Importa referir que quando iniciou o tratamento para o problema ao nível do ouvido interno as crises de pânico intensificaram-se até ter sido alterada a medicação, sendo que nessa altura “esteve meio ano a fazer as refeições na cama, sem se levantar”, refere a mãe. A relação com os pais é caracterizada como afectuosa, bem como com os avós, há uma boa compreensão dos problemas do neto por parte daqueles e por isso maior tolerância no que diz respeito às exigências nas tarefas de casa e do campo. A mãe é percebida pelo adolescente como a figura de segurança, protectora, bem como a casa é local considerado mais seguro, ainda que lá também se desenvolvam crises de pânico. A relação com o pai parece estar restrita a uma convivência de 2 a 3 vezes por ano, desde os seus 2 anos de idade.

IV. Processo Avaliativo

Em relação ao processo avaliativo, no quadro seguinte (Quadro 6) apresentam-se os instrumentos de avaliação utilizados em cada sessão, os seus objectivos e um resumo dos resultados no decurso do processo terapêutico.

Intervenientes Nº de sessão Data	Instrumentos de avaliação aplicados	Objectivos
D. Sessão 1 19/11/2007	-Entrevista semi-estruturada de anamnese; - <i>WISC III</i> (Wechsler, 2003) (1ª parte).	-Conhecer a história de vida do adolescente; -Conhecer o nível intelectual.
D. Sessão 2 21/01/2008	-Entrevista não-estruturada; - <i>WISC III</i> (Wechsler, 2003) (2ª parte).	-Conhecer o nível intelectual.
D. Sessão 3 18/02/2008 (dirigida pela Dr.ª Adília)	- <i>TAT</i> (Murray, 1943), -Entrevista não-estruturada.	-Avaliação dinâmica da personalidade.
D. e mãe Sessão 4 11/03/2008	-Entrevista clínica semi-estruturada de diagnóstico.	-Estabelecer o diagnóstico diferencial (Fobia Social e Perturbação de Pânico com ou sem Agorafobia).
D. Sessão 5 25/03/2008	-Aplicação do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (<i>IACLIDE</i> ; Vaz Serra, 1995).	-Avaliar características depressivas presentes.

Quadro 6. Descrição do processo avaliativo do caso clínico Daniel

Comentários quanto ao processo avaliativo:

Relativamente à avaliação do funcionamento cognitivo (*WISC III*; Wechsler, 2003) apresenta um nível intelectual muito inferior relativamente ao que é esperado para a idade, salientando-se dificuldades na maioria das competências inerentes às provas verbais e de realização. Destacam-se as dificuldades ao nível do conhecimento geral factual, conhecimento categorial ou lógico abstracto, raciocínio matemático, expressão verbal e conhecimento das palavras, compreensão e adaptação a situações sociais. No âmbito da realização, o adolescente apresenta sobretudo dificuldades ao nível da velocidade de

que o Daniel revela dificuldades consideráveis, especialmente no que diz respeito aos sintomas de desempenho e biológicos. Mais especificamente, a perda de interesse pelas actividades, perda de energia, bem como o desassossego interior, sentimentos de culpa, visão negativa do futuro, maior fadiga, dificuldades de concentração, lentificação psicomotora, são os itens que pontuam mais gravemente, apresentando um grau leve de depressão.

No quadro seguinte (Quadro 7) descrevem-se as áreas problemáticas identificadas no processo de avaliação do adolescente:

Problemas Psicológicos	- Problemas de ajustamento intrapessoal, ao nível do desenvolvimento sócio-cognitivo; - Sintomatologia depressiva (desassossego interior, sentimentos de culpa, visão negativa do futuro, maior fadiga, dificuldades de concentração, lentificação psicomotora, largos períodos de inactividade).
Problemas Sociais	- Isolamento social, permanece, a maioria dos dias e grande parte do dia, em casa, nomeadamente no quarto ocupando-se do computador, internet e a ver televisão;
Problemas Médicos/ Fisiológicos	- Com cerca de 5 anos sofreu um atropelamento, conseqüente TCE e permaneceu 2 dias com depressão da consciência; - Por volta dos 8 anos foi submetido a uma cirurgia para remoção de um pólipo no intestino conseqüência do atropelamento 3 anos antes; - Durante a adolescência recorreu ao serviço de urgência, inúmeras vezes, devido às crises de pânico; - Foi-lhe diagnosticado um problema no ouvido interno em 2007;
Problemas Escolares	- Abandono escolar nos últimos três anos lectivos, ao nível do 9º ano; - Apresenta um nível intelectual relativamente abaixo do que é esperado para a idade, salientando-se dificuldades na maioria das competências inerentes às provas verbais e de realização da <i>WISC III</i> (Wechsler, 2003);
Problemas Familiares	- Relação restrita com o pai que se encontra a trabalhar no Luxemburgo, há cerca de 14 anos, vindo a Portugal apenas 2 a 3 vezes por ano.

Quadro 7. Descrição das áreas problemáticas do caso clínico Daniel

V. Conceptualização e Dinâmica do Caso

O Daniel apresenta um quadro clínico de Perturbação de Pânico com Agorafobia e sintomatologia depressiva.

A Perturbação de Pânico é um distúrbio muito invalidante (Smits, O'Cleirigh & Otto, 2006; Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Dattilio, 2001; Cote, 1993; Klerman et al., 1991, Polack & Marzol, 2000, citado por Nadiga, Hensley & Uhlenhuth, 2003) que se caracteriza por Ataques de Pânico inesperados e recorrentes em relação aos quais existe uma preocupação constante, tanto pelo seu possível aparecimento inesperado, como pelas

implicações disso (APA, 2002). Esta preocupação permanente leva a uma alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques (APA, 2002), nomeadamente alguns comportamentos de segurança e evitamentos agorafóbicos, descritos mais à frente. A perturbação está associada a uma redução considerável de qualidade de vida e funcionamento psicológico (Mendlowicz & Stein, 2000, Sherbourne, Wells & Judd, 1996, citado por Massimo-Biondi & Picardi, 2003; Simon et al., 2002, citado por Schmidt & Smith, 2005), emocional e físico (Levitt, Hofman, Grisham & Barlow, 2001), que, no caso do Daniel, parece estar na base da sintomatologia depressiva associada. Tanto mais se isola e altera o anterior padrão de funcionamento, deixando muitos “espaços” de vida sem ocupação de tempo, mais se acumulam as ruminções, os pensamentos negativos e os sentimentos de tristeza.

Importa, antes de mais, definir e caracterizar um ataque de pânico. Trata-se de um período discreto no qual se inicia de forma repentina uma apreensão intensa, medo ou terror, os quais são associados à sensação de catástrofe iminente (APA, 2002). Esta apreensão é acompanhada por diversos sintomas de ordem sintomática e/ou cognitiva, sendo que os sintomas apresentados pelo Daniel incluem palpitações, suores, dificuldades em respirar, sensações de sufoco, náuseas, tonturas ou sensações de cabeça oca, medo de perder o controlo ou de “enlouquecer” e medo de morrer. O ataque de pânico tem um início súbito atingindo o seu pico em geral em dez minutos e é frequentemente acompanhado por um impulso para a fuga (APA, 2002). De entre os diferentes tipos de ataques de pânico conhecidos, no caso em questão, estamos perante crises de pânico inesperadas, cujo início não se associa qualquer precipitante situacional, seja ele interno ou externo.

O Daniel apresenta também ansiedade quando está em locais ou situações nos quais a fuga possa ser difícil ou embaraçosa ou nos quais possa não ter ajuda no caso de ter uma crise de pânico – Agorafobia. Os medos agorafóbicos do Daniel englobam tipicamente situações como estar sozinho fora de casa, estar numa multidão (por exemplo, santuário de Fátima), estar num centro comercial, estar na escola, nomeadamente dentro da sala de aula; e, conduzem geralmente ao seu evitamento. Quando enfrentadas, estas situações provocam sofrimento considerável, sendo que, nalgumas delas, por vezes, é atenuado quando o Daniel está acompanhado pela sua figura de confiança, a mãe. Noutras situações o comportamento mais frequente é o de evitamento (por exemplo, permanece um pouco e depois vai para o exterior do edifício ou abandono escolar recorrente dos últimos três anos lectivos).

Em termos de dinâmica do caso, é possível colocar algumas hipóteses em relação aos factores envolvidos no surgimento e na manutenção desta problemática no adolescente.

Quanto aos factores predisponentes, coloca-se a hipótese de poderem ter contribuído para o referido quadro algumas predisposições. O comportamento da mãe e tia, muito preocupadas com questões relativas à saúde, fazendo interpretações catastróficas em relação aos sinais de doença que o filho/sobrinho foi emitindo ao longo do seu crescimento, podem ter contribuído para que o Daniel, através de um mecanismo de natureza vicariante, tenha interiorizado os receios e apreensões.

Alguns determinantes ambientais intimamente relacionados com os acontecimentos de vida stressantes (por exemplo o acidente, internamento, cirurgia consequente, sucessivos exames e contactos com o hospital) parecem ter contribuído para o desenvolvimento de um esquema de ameaça física ao domínio pessoal, e levar o Daniel a encarar o mundo como pouco previsível e um lugar perigoso.

A interpretação individual e disfuncional das sensações corporais assim como as distorções cognitivas, levam o Daniel a sentir-se ameaçado na maioria das circunstâncias e especialmente nas situações já referidas, o que por sua vez o conduz à fuga ou ao evitamento das mesmas. Estas respostas de protecção reduzem a curto prazo a ansiedade e mantêm por isso o quadro clínico através de um mecanismo de reforço negativo.

Uma possível conceptualização das crises de pânico do Daniel, utilizada nas sessões psicoeducativas, tem por base o modelo cognitivo da perturbação em causa (cf. Clark & Salkovskis, 1987, citado por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Clark & Salkovskis, 1987, citado por Hawton, Salkovskis & Clark, 1997). Assim, um estímulo desencadeante interno (por exemplo, um pensamento, imagem) ou externo (por exemplo, concentração de muitas pessoas) é percebido como ameaçador levando o Daniel a um estado de apreensão que resulta nas sensações corporais características da resposta ansiogénica. Estas, por sua vez, são interpretadas pelo mesmo de uma forma alarmista, o que faz com que se intensifiquem ainda mais e provoquem pensamentos catastróficos, e assim sucessivamente, num ciclo vicioso, numa espiral de ansiedade, que vai culminar num ataque de pânico. Uma vez que existe uma tendência para interpretar de forma catastrófica as sensações físicas e para temer essas sensações, o Daniel encontra-se quase sempre hipervigilante, focando a atenção internamente e dando-se conta de sensações que passam despercebidas à maioria das pessoas, o que contribui para agravar e manter o estado de ansiedade extrema. Os comportamentos de evitamento, já referidos anteriormente, fazem reduzir a curto prazo a ansiedade, mas de facto, constituem o principal factor de manutenção da perturbação.

Todavia, o Daniel possui alguns factores protectores, indicados no quadro seguinte (Quadro 8), que apontam para a possibilidade de uma evolução positiva do problema.

Factores protectores e recursos identificados no adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - A sua relação com a mãe, que parece próxima e positiva (mãe foi desde sempre a grande cuidadora, e está atenta ao seu bem-estar); - Verificou-se, ao nível da perspectiva temporal de futuro, que o adolescente possui planos relativamente definidos que se prendem com um futuro próximo e o regresso à escola, portanto, a força de vontade, a motivação podem ser recursos pessoais importantes para a evolução positiva do caso.
---	--

Quadro 8. Descrição dos factores protectores do caso clínico Daniel

Neste sentido, fez todo o sentido enveredar por um tipo de intervenção, entre muitos, que é talvez o mais referenciado na literatura pela sua eficácia na perturbação em questão, para além de que, em termos de formação académica, é aquele com o qual mais me identifico e por isso foi o escolhido – intervenção cognitivo-comportamental.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada a intervenção de primeira linha na Perturbação de Pânico (Gitlin et al., 1985, Beck, 1988, Ost, 1988, Craske, Brown & Barlow, 1991, citado por Ataoglu, Ozkan, Tutkun & Maras, 1999; Westen & Morrison, 2001, citado por Campbell-Sills & Stein, 2006; Gardenswartz, 2001; Balon, 2004; Meuret, Wilhem & Roth, 2004; Nadiga, Hensley & Uhlenhuth, 2003; Clum, Clum, 1993; Ricketts & Donohoe, 2000; Schmidt & Smith, 2005; Tarrier, Wells & Haddock, 1998).

De acordo com a abordagem do pânico de Clark (1987, citado por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Clark, 1987, citado por Hawton, Salkovskis & Clark, 1997), o factor principal de manutenção da perturbação é a interpretação errónea ou exacerbada das sensações físicas, pelo que a sua abordagem terapêutica é essencialmente cognitiva. Então, a TCC para a Perturbação de Pânico foca-se geralmente na eliminação dos aspectos que perpetuam a perturbação, quebrando o ciclo recorrente e vicioso da ansiedade antecipatória, do pânico e do evitamento agorafóbico, depois de se fazer conhecer ao indivíduo a natureza do problema (Rayburn & Otto, 2003; Meuret, Wilhelm & Roth, 2004). A mesma literatura refere que a TCC para esta perturbação deve consistir numa combinação de Psicoeducação, Exposição e uma série de Técnicas Cognitivas. Estas técnicas podem passar pela Reestruturação Cognitiva através do Teste Empírico dos Pensamentos Automáticos Negativos, com recurso por exemplo, ao Questionamento Socrático e os Registos de Auto-monitorização (Rayburn & Otto, 2003). Autores como Boussard, Gaspar, Labraga & D’Ottone (2002) dizem incluir-se na TCC para Perturbação de Pânico, psicoeducação, registos dos sintomas, técnicas para lidar com ansiedade (controlo de respiração, relaxamento), reestruturação cognitiva e exposição progressiva a situações ansiógenas. Ham, Waters & Oliver (2005) defendem que estão incluídos, na TCC, o relaxamento, a exposição *in vivo*, a exposição em imaginação, o treino de respiração, o *panic management* e a reestruturação cognitiva (Westen & Morrison, 2001, citado por Ham,

Waters & Oliver, 2005).

Porque a TCC pretende dirigir-se especialmente aos precipitantes dos sintomas de pânico, reduzindo a ansiedade, fazendo o indivíduo reavaliar as cognições e promovendo respostas comportamentais mais apropriadas (Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006); e porque a TCC não só incrementa a qualidade de vida do indivíduo a curto prazo, porque faz diminuir a frequência e severidade dos ataques de pânico, como também muda a sua vida a longo prazo, fornecendo ao indivíduo as ferramentas para compreender e lidar com a ansiedade (Levitt, Hoffman & Grisham, 2001; Dattilio, 2001), foi eleita para fundamentar a escolha das estratégias que são apresentadas de seguida. De salientar que o objectivo central de intervenção com o Daniel foi modificar comportamentos e cognições mal-adaptativos e substituí-los por crenças e condutas mais adequadas, potenciando-o com algumas estratégias pessoais para combater a ansiedade em situações futuras.

VI. Plano de Intervenção

Em relação ao processo de intervenção, no quadro seguinte (Quadro 9) apresentam-se sintetizados os procedimentos utilizados em cada sessão, bem como os seus objectivos.

Intervenientes Nº de sessão Data	Objectivos	Procedimentos de intervenção
D. e mãe Sessão 4 11/03/2008	-Construção de níveis de confiança e estabelecimento da relação terapêutica com o adolescente; -Activar e/ou avaliar a perspectiva temporal de futuro do adolescente em termos de objectivos e planos académicos ou profissionais e pessoais; -Psicoeducação: * O que é a ansiedade * O triplo sistema de resposta ansiogénica * A natureza e curso da doença * Inocuidade dos ataques de pânico (introduziu-se aqui um breve debate das crenças irracionais) * Necessidade de exercícios de casa * Procedimentos terapêuticos.	-Demonstração de empatia, aceitação, validação de sentimentos; -Escuta activa e atenção/foco no adolescente enquanto pessoa (não enquanto doente); -Linha da Vida; -Fornecimento de informação e discussão;
D. Sessão 5 25/03/2008	Psicoeducação: * Familiarização com o modelo cognitivo pânico e construção do modelo idiossincrático do Daniel *Papel da ansiedade antecipatória e dos comportamentos de evitamento e de segurança	-Construção do modelo de pânico idiossincrático e discussão acerca do papel de cada componente; -Listagem hierárquica dos

	<ul style="list-style-type: none"> * Precipitantes das crises de pânico * Identificação dos pensamentos automáticos negativos (registo de auto-monitorização) e construção de unidades subjectivas de desconforto; -Fornecimento de informação relativamente à estratégia de controlo da respiração; -Exercícios de relaxamento para implementar em casa. 	<p>pensamentos automáticos negativos e das situações ansiogénicas;</p> <p>-Fornecimento de informação e treino das técnicas em gabinete.</p>
D. Sessão 6 01/04/2008	<ul style="list-style-type: none"> -Reestruturação Cognitiva: *Teste empírico dos pensamentos automáticos negativos; * Questionamento Sócrático; * Registos de Auto Monitorização com introdução de pensamentos racionais alternativos; 	<p>-A partir dos pensamentos automáticos identificados na sessão anterior e dos registos de casa foi iniciada a confrontação com a evidência dos mesmos.</p>
D. Sessão 7 08/04/08	<ul style="list-style-type: none"> -Registo/Planeamento de actividades diárias; -Reestruturação Cognitiva: *Teste Empírico dos Pensamentos Automáticos Negativos; *Questionamento Sócrático; * Formulação de pontos de vista alternativos e lidar com as consequências; *Registos de Auto Monitorização; * Exercícios comportamentais - testes de exposição interoceptiva. 	<p>- A partir das Unidades Subjectivas de Desconforto elaboradas na sessão psicoeducativa;</p> <p>-Fornecimento de informação e treino das técnicas em gabinete.</p>
D. Sessão 8 21/04/2008	<ul style="list-style-type: none"> -Treino de Controlo Respiratório; -Técnicas de Distração; -Exposição gradual e sistematizada em imaginação. 	<p>-Fornecimento de informação e treino das técnicas em gabinete.</p>

Quadro 9. Processo de intervenção no caso clínico Daniel

A informação que os pacientes possuem por vezes é muito reduzida, logo, fornecer informação adequada do problema pode produzir melhorias e incrementar a motivação para o tratamento. A Psicoeducação é um método que consiste em explicar ao paciente a natureza do seu problema (Dannon, lancu & Grunhaus, 2002), ajudando-o a compreender o ciclo vicioso entre sintomas somáticos, pensamentos catastróficos e ansiedade (DiFilippo & Overholser, 1999; Rickets & Donohoe, 2000; Wells, 1997; Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Massimo-Biondi & Picardi, 2003), o que, por sua vez, leva à diminuição das vivências dos ataques de pânico (ao identificar os elementos e ao serem providenciados os racionais subjacentes aos procedimentos terapêuticos) (Rayburn & Otto, 2003; Beamish, Granello & Belcastro, 2002). As intervenções didácticas são úteis para tornar o doente mais colaborativo no tratamento (Dattilio, 2001; Andrews, Oakley-Browne, Castle, Judd & Baillie,

2003). Os objectivos da Psicoeducação passaram por: 1) Familiarizar o adolescente com a perturbação e a natureza da ansiedade, providenciando explicação teórica para os seus sintomas de uma forma didáctica; 2) Ajudar o adolescente a identificar os precipitantes das suas crises de pânico; 3) Identificar com ele os seus pensamentos automáticos negativos associados às crises de pânico; 3) Familiarizá-lo com os procedimentos terapêuticos (identificação dos pensamentos automáticos, crenças catastróficas acerca da perigosidade dos sinais corporais, atitudes disfuncionais); 4) Debater com o Daniel as suas dificuldades. Os aspectos abordados foram: a) O que é a ansiedade; b) O triplo sistema de resposta ansiogénica; c) A natureza e curso da doença; d) Inocuidade dos ataques de pânico; e) Necessidade de exercícios de casa; f) Procedimentos terapêuticos. g) Socialização com o modelo cognitivo e construção do modelo idiossincrático da PP do Daniel; h) Papel da ansiedade antecipatória e dos comportamentos de evitamento e de segurança; i) Precipitantes das crises de pânico; j) Identificação de pensamentos automáticos negativos. Primeiramente, foi seleccionado um incidente grave de crise de pânico recente, registando em conjunto o que aconteceu antes, durante e depois da crise, “desmontando” os antecedentes, o comportamento e consequentes dos picos de ansiedade do Daniel. Este foi também questionado acerca da possível causa que supõe estar por detrás do pânico (“*antes pensava que tinha cancro, depois acreditei durante muito tempo que tinha um problema cardíaco, a minha tia também diz que eu devo ter uma veia a funcionar mal*”). A questão tinha por objectivo introduzir a evidência da etiologia psicológica das crises, podendo o Daniel recorrer em casa a alguns exercícios comportamentais interoceptivos (por exemplo, hiperventilar durante dois minutos) e por si próprio constatar a inocuidade dos ataques de pânico. Esta estratégia não se revelou muito eficaz visto que existem problemas ao nível do ouvido interno que explicam alguma sintomatologia inerente ao quadro.

O adolescente foi familiarizado com um modelo cognitivo do pânico e de seguida foi construído, em conjunto, o seu próprio modelo. Enfatizou-se o ciclo vicioso, desde a ansiedade antecipatória até aos comportamentos de evitamento e de segurança, exemplificando-se com aspectos da vida diária do Daniel. Foi solicitado ao mesmo que procurasse explicar o modelo à mãe, no sentido de a familiarizar com o mesmo e testar a efectividade desta aprendizagem.

Também foram listados alguns pensamentos automáticos negativos e o grau com que o adolescente acredita nos mesmos. As situações ansiogénicas foram listadas numa hierarquia, da menos temida para a causadora de maiores níveis de ansiedade. Foi elaborado um sistema de registo de automonitorização das crises de pânico, treinado em gabinete, que pretende ter continuidade como exercício de casa. Estes registos facilitam a “desmontagem” das componentes do ciclo do pânico e por isso aumentam a consciência

para as mesmas, para além da sua utilidade para as sessões seguintes e o facto de serem uma boa fonte de avaliação do progresso terapêutico.

O objectivo das sessões de reestruturação cognitiva foi essencialmente a modificação das crenças disfuncionais, pensamentos automáticos negativos e comportamentos associados ao medo das sensações corporais e consequentemente a sua substituição por outros alternativos. Por outras palavras, pretendeu-se reestruturar o significado que o Daniel atribui às suas sensações corporais, desconfirmando as suas crenças e encontrando em conjunto com ele auto-verbalizações alternativas mais adequadas.

Antes de mais importa que o paciente conheça a relação entre pensar, sentir e comportar (Hawton, Salkovskis, & Clark, 1997), devendo ser encorajado a considerar a evidência das suas cognições e a encontrar possibilidades alternativas (Gorman et al., 1998;

Beamish, Granello & Belcastro, 2002, Levitt, Hoffman, Grisham & Barlow, 2001).

Nesse sentido, foi feita uma análise do conteúdo dos pensamentos, a partir dos Registos de Auto-Monitorização (Figura XI), no que diz respeito à sua validade e probabilidade de acontecimento temido, ou seja, as estratégias referidas de seguida visaram ajudar o Daniel a reconhecer os conteúdos dos seus pensamentos e a avaliar a sua eficácia. Assim pretendeu-se que o adolescente alcançasse a ideia de que os pensamentos catastróficos, para além de não terem utilidade nenhuma, contribuem para aumentar a

Registo de Crises de Pânico

Nome: Jaime Daniel Oliveira Martins

Onde estava? O que estava a fazer?	O que sentiu?	O que pensou?	O que fez?	O que aconteceu?
23/03 Estava no quarto com a mãe a falar de trabalho	- desiquilíbrio - tonturas - suor	"vou desmaiar" "não, isto não é nada"	fui à porta de casa falar / calar	a ansiedade diminuiu não se sentia tonta ficou a falar de novo
24/03 Estava no quarto de tarde 3 horas	- náuseas - tonturas - suor	"não sou agressivo" "é de ansiedade" "sou bom"	"foi até a porta da 3ª porta"	a ansiedade diminuiu mas continuei a sentir
27/03 Na sala de 4 horas (sábado de manhã)	- náuseas - tonturas - suor	"vou tonta" "de que posso fazer?"	Procurou fazer (tentou corrigir)	a ansiedade diminuiu vistos de tarde em tel
27/03 No 2º andar	- náuseas - tonturas	"vou tonta" "vou tonta" "vou tonta"	ficou =	=
27/03 No quarto	- tonturas - suor	"vou tonta" "vou tonta"	Nada	=
28/03 No 2º andar	- náuseas - tonturas - suor	"vou tonta" "vou tonta"	ficou =	ficou =
28/03 No quarto de manhã de manhã de manhã	- náuseas - tonturas - suor	"vou tonta" "vou tonta"	ficou =	ficou =

Handwritten notes on the left margin:
- 23/03: crise de pânico profunda
- 24/03: crise de pânico profunda
- 27/03: crise de pânico profunda
- 28/03: crise de pânico profunda

Figura XI. Desempenho do paciente nos Registos de Auto-monitorização

sua ansiedade e consequentemente produzir um ataque de pânico (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Devem, então, ser trabalhadas formas alternativas de pensar as sensações e avaliar as situações, sendo que elas devem ser sugeridas pelo próprio paciente (Ricketts & Donohoe, 2000). Estas metas foram desenvolvidas mediante:

- Confrontação verbal dos pensamentos automáticos

(diálogo socrático, análise lógica, teste de hipóteses, formulação de pontos de vista alternativos e lidar com as consequências)

1. “Que indícios tens para este pensamento?”
 2. “Em que te baseias para pensar isso?”
 3. “Há alguma forma alternativa de ver esta situação?”
 4. “Como pensaria outra pessoa a respeito da situação?” (como outra pessoa analisaria a situação)
 5. “Não estarás a concentrar-se demasiado em factos irrelevantes e a esquecer outros importantes?” (desempenhos bem sucedidos)
 6. “Estás a pensar em termos de tudo ou nada?” (avaliação de si e dos acontecimentos em extremos – pensamento dicotómico)
 7. “Qual a probabilidade de isto acontecer?”
 8. “E se acontecer, o que pode de pior acontecer?” (analisar detalhadamente as implicações de um determinado acontecimento promove a ideia de que se acontecer de facto, será menos desastroso do que o previsto e/ou de ocorrência menos provável)
 9. “Como achas que serão as coisas daqui a 3 anos?” (perspectiva e preparação para o futuro).
- Registo de Auto-Monitorização (RAM) com preenchimento da coluna para pensamentos racionais alternativos

Os RAM devem ser trabalhados em consulta com o doente em gabinete, devendo ser dada continuidade pelo mesmo em casa, até porque eles são boa fonte de avaliação do progresso do processo terapêutico, para além de recurso avaliativo do próprio doente e forma de intervenção também introduzindo-se uma coluna para pensamentos racionais alternativos. Neste sentido, o Daniel foi instruído para monitorizar continuamente as crises, registar as cognições ansiógenas e, nesta fase, registar também pelo menos um pensamento alternativo para cada pensamento automático negativo. A utilidade e necessidade dos registos foram, previamente, expostas ao adolescente na fase psicoeducativa.

Numa sessão posterior, após uma sensibilização acerca da necessidade de mudança dos ritmos circadianos actuais do adolescente, estabeleceu-se um acordo verbal com mãe e filho, em que: os dois iniciarão uma actividade desportiva (o Daniel natação, a mãe ginástica); o acordar do adolescente será por volta das 9h para passar a fazer as refeições com os restantes elementos da família; de manhã colaborará com a mãe nas suas actividades do campo e/ou domésticas, bem como da parte da tarde; o almoço será preparado com a colaboração do Daniel; ao final da tarde deverá passear os cães pelo campo; ao sábado de manhã deverá limpar e arrumar o seu quarto; ao domingo procurar

sair com a mãe fazendo um passeio ou estar com os amigos no centro da aldeia; uma hora por dia no máximo em que poderá estar no computador; uma hora por semana o adolescente desenvolverá uma aula de informática com a mãe; o treino de relaxamento e controlo da respiração deverá ser praticado uma vez por dia e ter continuidade ao longo do tempo. A reestruturação do dia-a-dia do Daniel surgiu como necessária, como estratégia de distração com implicações ao nível da evolução do quadro.

A reestruturação cognitiva é tanto mais eficaz quanto mais ela acontecer num contexto com elevados níveis de ansiedade, para isso deve ser obtido o consentimento do paciente para tentar induzir ataques de pânico em consulta (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Goldberg, 1998). O recurso às técnicas interoceptivas torna mais efectiva toda a reestruturação cognitiva (Dattillio, 2001).

O principal objectivo no tratamento do pânico é modificar as interpretações catastróficas que o paciente faz das sensações corporais que experiencia durante os ataques de pânico, pela constatação de que não aconteceu o que realmente pensa (Hawton, Salkovskis, & Clark, 1997; Hoffman & Spigel, 1999). Assim, surge aqui a possibilidade de recorrer aos exercícios comportamentais, tais como os testes de exposição interoceptiva, como forma de exercitar cognições e trabalhar alternativas enquanto se está ansioso, reduzindo assim a crença acerca da perigosidade dos sintomas (Rickets & Donohoe, 2000; Beamish, Granello & Belcastro, 2002). Trata-se essencialmente de testar a validade dos pensamentos negativos e com isso podemos estar a recorrer talvez à forma mais eficaz de alterar crenças na PP (Hawton, Salkovskis, & Clark, 1997).

É importante instruir o paciente previamente para se focar nas sensações corporais produzidas pelos exercícios (Hawton, Salkovskis, & Clark, 1997; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). De acordo com os mesmos autores, estes testes consistem em:

1. Hiperventilar (respiração rápida) durante 2 minutos, ou;
2. Abanar a cabeça rapidamente de um lado para o outro, ou;
3. Olhar fixamente para uma luz fluorescente durante 1 minuto, ou;
4. Fazer tensão em todos os músculos enquanto se está sentado numa cadeira.

Neste caso, optamos pelo exercício de abanar a cabeça rapidamente de um lado para o outro e respirar rapidamente. De seguida foi pedido ao Daniel que avaliasse a intensidade das sensações, que elaborasse uma lista de pensamentos ou imagens que surgiram no decorrer dos exercícios e dizer se teve ou não uma crise de pânico. Nesta fase, foi importante avaliar a existência de evitamento das sensações que o exercício provocou, e inicialmente verificou-se alguma resistência e evitamento de facto. Foi necessário fazer constatar o papel fundamental da hiperventilação no desenvolvimento do ataque de pânico e, mostrar com isso a necessidade de reavaliar o significado dos seus sintomas e recorrer

ao controlo da respiração (Hawton, Salkovskis, & Clark, 1997; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Apesar do exercício não ter culminado numa crise de pânico completa, foi possível simular as sensações habituais e com isso se verificou que, nada que receava que ameaçasse a sua sobrevivência, aconteceu (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Baseando-me na hipótese de que a respiração rápida (hiperventilação) faz diminuir os níveis de dióxido de carbono no sangue e conseqüentemente induz sintomas semelhantes aos dos ataques de pânico (sessões anteriores), houve necessidade de trabalhar uma respiração controlada em consulta e como exercício de casa (Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Bushnell, 1998; Gorman et al., 1998; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Hawton, Salkovskis, & Clark, 1997; Levitt, Hoffman, Grisham & Barlow, 2001; Meuret, Wilhelm & Roth, 2004; Rickets & Donohoe, 2000). Um dos objectivos desta sessão foi ensinar ao Daniel um padrão respiratório oposto ao da hiperventilação. Uma das estratégias efectivas para colmatar a hiperventilação é a respiração diafragmática, a qual restaura os níveis de dióxido de carbono no sangue e combate a três dimensões da resposta ansiogénica (triplo sistema de resposta) (Bushnell, 1998). A respiração diafragmática consiste no oposto da hiperventilação, ou seja, é uma respiração lenta e profunda. O terapeuta deve servir de modelo para ensinar a estratégia e deve informar sobre a necessidade de a mesma ser trabalhada em casa. Para iniciar o treino poderia fazer-se recurso à respiração para um saco de papel cujo efeito é nivelar os níveis de dióxido de carbono (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Levitt, Hoffman, Grisham & Barlow, 2001). É necessária cautela com esta técnica no sentido de verificar se é demasiado usada e como forma de comportamento de segurança por parte do doente (Rickets & Donohoe, 2000). As vantagens do treino de controlo de respiração passam pela sua simplicidade, o que permite fazer uso sem dificuldade e a possibilidade da sua utilização em qualquer situação, até porque a sua acção de diminuição da intensidade das sensações corporais é muito rápida (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Pela importância dos mecanismos de atenção na PP (hipervigilância, *auto-focus*, atenção selectiva, consciência corporal, sobrestimação dos aspectos internos e subestimação de aspectos externos), tornou-se pertinente trabalhar a capacidade e controlo da focalização da atenção (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). O objectivo destas estratégias foi ensinar ao Daniel a focar a atenção em objectos ou aspectos da situação em que está, afastando-a das sensações corporais e dos pensamentos, imagens de catástrofe iminente. Estas estratégias podem aplicar-se tanto às sensações corporais como aos pensamentos catastróficos (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Assim, o adolescente foi instruído para, quando notar o início das sensações corporais ou pensamentos catastróficos, recorrer a estratégias como:

1. Externalização Simples – distração através da simples descrição pormenorizada de algum estímulo do lugar ou indivíduo com quem está (por exemplo, se estiver a conversar com alguém procurar focalizar-se numa característica física da pessoa, como a cor dos olhos);
2. Exercícios Mentais – iniciar alguma actividade mental que requeira bastante atenção por parte do sujeito (por exemplo, contar de 3 em 3 por ordem decrescente a partir de 100);
3. Actividades Absorventes – actividades quotidianas que requeiram atenção (por exemplo, ler um livro, participar nas actividades diárias familiares)

No final foi importante debater com ele as vantagens e utilidade daqueles exercícios: a maneira como o foco externo diminui a atenção nas sensações corporais, desvia a atenção para outros estímulos e diminui a consciência das sensações físicas.

O principal objectivo do uso de técnicas de exposição é eliminar os comportamentos de evitamento e de segurança do paciente. Neste sentido, deve utilizar-se, não só a exposição a estímulos externos e situacionais (exposição *in vivo*), como também a estímulos internos, tais como as sensações corporais e cognitivas (exposição em imaginação, exposição interoceptiva) (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Rickets & Donohoe, 2000; Gorman et al., 1998; Rayburn & Otto, 2003; DiFilippo & Overholser, 1999). A exposição para intervir sobre o pânico é geralmente interoceptiva, enquanto para combater a agorafobia ela pode ser tanto interoceptiva como ambiental, sendo que a interoceptiva é tipicamente conduzida em gabinete e depois praticada pelo doente em sua casa e em situações realistas (Gorman et al., 1998). A exposição trabalhada na sessão foi a interoceptiva, a qual é composta por três passos essenciais: apresentação do racional ao doente, construção da hierarquia e indução dos sintomas (Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Hoffman & Spiegel, 1999). Verificando-se no Daniel alguma capacidade para lidar com os sintomas físicos e cognitivos provocados, foi sugerido que praticasse o exercício em casa (Beamish, Granello & Belcastro, 2002). Foi indicado que, para que não percepcione as crises de pânico como perigosas, é necessário passar por esta experiência durante a qual não constatou isso antes, porque não dispunha de tanta informação como dispõe neste momento (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Fez-se recurso às Unidades Subjectivas de Desconforto elaboradas nas sessões psicoeducativas, para que a exposição fosse gradual. Esta deve constituir-se como um recurso repetido para que a ansiedade à situação seja efectivamente eliminada; e deve ser, simultaneamente, prolongada (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Gorman et al., 1998; Rayburn & Otto, 2003; DiFilippo & Overholser, 1999) (indicações que não podem ser cumpridas em gabinete pelas dificuldades inerentes ao processo de estágio, nomeadamente o seu término e aspectos subjacentes à instituição). Fez-se, então, recurso a uma exposição sistemática e gradual no sentido de haver constatação de que se pode ter

controlo sobre as crises e que estas não são perigosas como as sentia anteriormente devido à interpretação catastrófica que fazia das sensações corporais (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Com este tipo de intervenção pretendeu-se que o Daniel ultrapassasse gradualmente os evitamentos agorafóbicos e constatasse que os locais e circunstâncias anteriormente temidos são seguros (Rayburn & Otto, 2003; Beamish, Granello & Belcastro, 2002), obviamente, se houver treino e continuidade na implementação das “ferramentas” que lhe foram fornecidas ao longo de todas as sessões.

VII. Reflexão final

Avaliação dos resultados da intervenção e factores que contribuíram para o mesmo

Penso que o principal objectivo de modificar as interpretações catastróficas que o Daniel faz das sensações corporais que experiencia durante as crises de ansiedade, não foi ainda conseguido, pelas dificuldades sentidas na condução do processo e uma vez que o processo de intervenção não foi finalizado. Também penso que a maior mais-valia desta intervenção foi o fornecimento de estratégias, consideradas, essencialmente, ferramentas para lidar, diminuir e se possível eliminar a ansiedade do Daniel.

Foi possível notar, no final do acompanhamento, alguns indicadores de resultado: uma aprendizagem efectiva de algumas estratégias debatidas durante as sessões, motivação para a mudança, níveis maiores de actividade e menor isolamento, sendo que a figura materna parece ter sido um agente fundamental destas pequenas mudanças. O facto das situações médicas se destacarem na vida do Daniel, sendo a sua saúde a sua principal preocupação, e da mãe, foram barreiras difíceis de atravessar em apenas cinco sessões de intervenção, sendo que a problemática requer um acompanhamento mais prolongado e sistémico, incluindo pelo menos e essencialmente a mãe.

Dificuldades sentidas na condução do processo de intervenção

A principal dificuldade que se constituiu como o maior desafio, foi a necessidade de desenvolver actividades e um discurso simplificado, adequado à capacidade limitada de elaboração cognitiva do Daniel e da mãe. Depois, a postura reservada, inicial, do Daniel, sem falar muito ou aprofundando pouco os temas propostos, foi um repto para trabalhar competências básicas de comunicação e melhorar a capacidade de *matching* com as características do adolescente. Também a limitação em termos de número de sessões imposta pelas condições de estágio e condições da instituição foram difíceis de gerir e constituíram-se como obstáculos em relação à evolução do caso.

Reflexão crítica sobre todo o processo

Este caso clínico permite pôr a descoberto a noção de que determinados acontecimentos de vida, pelo modo como se organizam e pelos significados que suscitam na idiossincrasia de cada um de nós, têm um impacto enorme e que se estendem ao longo do desenvolvimento. Neste caso, o acidente sofrido, os sucessivos contactos com sistemas de saúde e a preocupação constante com a sua saúde, parecem ter desenvolvido, nele e na mãe, uma apreensão excessiva e irracional acerca da saúde e até esquemas de vulnerabilidade ao mal e à doença. Estes esquemas referem-se à crença de que se está sempre à beira de uma enorme catástrofe, neste caso, médica. Este aspecto também levanta outra questão, a frustração em lidar com os resultados, nem sempre evidentes. Porém, penso ter contribuído para o enfraquecimento destes esquemas mal-adaptativos e ter fortalecido o Daniel, como pessoa, e as suas competências para lidar com a ansiedade.

Este caso também suscitou inúmeras pesquisas, entre as quais sobre o término das relações terapêuticas, pois senti enorme dificuldade em deixar de apoiar e acompanhar o Daniel pela minha percepção da sua necessidade de apoio e ajuda. O fim de um processo terapêutico pretende a autonomização do paciente e essas condições ainda não estavam asseguradas para que isso ocorresse. Porém, a condução do processo será agora levada a cabo pela Dr. ^a Adília, pelo menos durante mais uma sessão, na qual se discutirão os frutos do meu trabalho e analisar-se-ão os resultados com vista à continuação ou encaminhamento do caso.

Prognóstico e *follow-up*

Em termos de prognóstico, espera-se que as estratégias de intervenção dirigidas directamente à ansiedade e aquelas que pretenderam reestruturar a rotina diária do Daniel, permitam uma evolução positiva do caso. Mais especificamente, espera-se ter contribuído para o fortalecimento de competências para lidar com a ansiedade, bem como a sua efectiva utilização. Relativamente ao *follow-up*, importa salientar que a intervenção não foi ainda concluída.

Indicações e sugestões para uma eventual continuação do caso

Uma vez que não foi concluído, o presente caso clínico beneficiaria da continuação do processo de intervenção, o qual pudesse contemplar algumas dimensões relevantes para ajudar o Daniel a modificar a interpretação errónea ou exacerbada das sensações físicas e adoptar padrões de pensamento, particularmente acerca do seu estado de saúde, mais positivos. Isto poderá ser conseguido com as estratégias já utilizadas mas sem restrições de *timing* respeitando as necessidades e dificuldades individuais. Seria recomendada também

a intervenção com a mãe, continuando assim o processo de consciencialização acerca do impacto que as suas preocupações e padrões de pensamento negativos tem na evolução do caso, recorrendo a técnicas de reestruturação cognitiva com vista à desmistificação e modificação de crenças disfuncionais. Sobretudo fornecer apoio e *empowerment* a esta mãe.

Caso Clínico Alexandra

I. Identificação

Nome: Alexandra

Data de nascimento: 13/03/1995

Idade: 13 anos

Naturalidade: Braga

Escolaridade: 7º ano

Nome dos pais, idade, escolaridade e profissão

Mãe: 44 anos, 5º, empregada têxtil

Pai: 43 anos, 4º, Vendedor

Irmãos: uma irmã com 6 anos

Fonte de referência: foi referenciada pela Unidade de Pedopsiquiatria por problemas emocionais.

Motivo da consulta: transtorno emocional (inibição relacional, baixa auto-estima, falta de assertividade) e dificuldades de aprendizagem.

Início do processo terapêutico: 07/04/2008

Fim do acompanhamento: não concluído

Número total de sessões: 4

Local: Gabinete 5 da Pedopsiquiatria.

II. Síntese do caso:

A Alexandra tem 13 anos, frequenta o 7º de escolaridade, vive com os pais e uma irmã mais nova.

O parto foi difícil, forçada para nascer, o que levantou algumas complicações médicas e sequelas no osso craniano, nomeadamente hematomas e dificuldade em fechar.

A Alexandra iniciou a marcha e a fala sem dificuldades e o controlo esfíncteriano diurno foi conseguido por volta dos 2 anos, sendo que o nocturno ocorreu por volta dos 3 anos. A mãe refere que a Alexandra esteve aos cuidados de uma ama entre os 18 e os 21 meses e refere que a filha foi, alegadamente, vítima de agressões físicas, tendo havido

necessidade de se deslocar às urgências por diversas vezes devido a hematomas, dores e alterações de comportamento que a criança manifestava.

Até a irmã nascer, quando a Alexandra tinha 7 anos, a mãe dormia com ela. Desde então até aos dias de hoje dorme com a irmã, na mesma cama. A mãe refere que a saúde da filha foi, desde sempre, muito vulnerável e por isso dormia com ela para estar perto e poder vigiar melhor. A Alexandra sofre de anemia, a qual está estabilizada actualmente e também tem estrabismo. Teve a primeira menarca aos 10 anos.

Na sua passagem pelo infantário o que mais recorda são os colegas que lhe “puxavam o cabelo”, salientando-se uma adaptação difícil, marcada pela ansiedade de separação em relação à figura materna e dificuldades de adaptação e interpessoais.

No seu percurso pela escola primária sobressai um episódio de alguma agressão exercida pela professora sobre ela e sobre um colega, o qual fez desenvolver “medo dos professores e de participar nas aulas”. A Alexandra refere que, desde esse momento, passou a temer todos os professores e a exposição em sala de aula. O grupo de pares nessa altura circunscrevia-se a duas ou três amigas, embora no 4º ano também tenha estabelecido laços com outras três amigas, as quais, na passagem para o 5º, ficaram noutra turma e por isso afastaram-se.

Ao iniciar o 5º ano, o ciclo de pares reconstituiu-se mas entretanto, e de novo, há afastamento, ora porque uma colega ficou retida, ora porque outra mudou de turma. O ano lectivo corrente frequenta o 6º ano e há referência de que o grupo de pares é muito restrito, apenas uma amiga próxima, sendo que a Alexandra relata que passa os intervalos quase todos sozinha, mostrando com isto muitas dificuldades relacionais e de integração.

A relação com os professores manteve-se, desde a escola primária, difícil, no sentido em que a adolescente manifesta muita ansiedade e medo sempre que tem que comunicar com eles ou para a turma. Não existe referência de queixas comportamentais.

A adolescente apresenta dificuldades de aprendizagem, especificamente nas disciplinas de Matemática, Português e Físico-Química, pelo que frequenta explicações particulares cuja periodicidade é quase diária. Apesar dos recursos, no final do 2º período escolar teve 4 negativas. A Alexandra admite ter cada vez menor motivação para a aprendizagem e alguma procrastinação em relação às tarefas escolares.

Nos tempos livres, a Alexandra ocupa-se a jogar consola, brincar com a irmã e ao Domingo anda de bicicleta, visita as avós e socializa com os primos e tios. Neste mesmo dia são comuns os almoços em casa da avó e com a família abrangente, sendo que há referência de que a tia materna é uma figura muito significativa para a adolescente.

A Alexandra manifesta uma grande preocupação acerca das discussões entre os progenitores, tendo vindo a interferir nas mesmas e temendo muito o divórcio. Assiste

frequentemente à agressividade verbal do pai sobre a mãe e, segundo ela, recentemente essa mesma agressividade é também dirigida a ela, tendo sido já insultada pelo pai (“és uma burra, és uma porca”).

III. Processo avaliativo

Em relação ao processo avaliativo, no quadro seguinte (Quadro 10) apresentam-se os instrumentos de avaliação utilizados em cada sessão, os seus objectivos e um resumo dos resultados no decurso do processo terapêutico.

Nº de sessão/Data/ Intervenientes	Instrumentos de avaliação aplicados	Objectivos
Sessão 1 e 2 07/04/2008 14/04/2008 A.	-Entrevista semi-estruturada de anamnese; -Escala de Inteligência <i>WISC III</i> (Wechsler, 2003).	-Conhecer o desenvolvimento e história de vida da adolescente; -Despistar défices cognitivos e aceder aos níveis de competência verbal (compreensão) e de capacidade de realização face a novas situações (desempenho).
Sessão 3 21/04/2008 A. e mãe	-Teste do Desenho da Família (Corman, 1967);	-Explorar o domínio afectivo-emocional e adaptabilidade social.
Sessão 4 12/05/2008 A.	- <i>Children Depression Inventory</i> (CDI; Kovacs & Beck, 1977).	-Avaliar a presença e intensidade da sintomatologia depressiva.

Quadro 10. Descrição do processo avaliativo do caso clínico Alexandra

Comentários quanto ao processo de avaliativo:

Relativamente à avaliação intelectual, a Alexandra apresenta um nível cognitivo inferior ao que é esperado para a idade, destacando-se essencialmente dificuldades no raciocínio categorial e aritmético, na velocidade psicomotora e memória visual e ao nível da capacidade de estruturação espacial.

No Desenho da Família (Corman, 1967) a adolescente representou a sua família real e mostrou-se colaborante e motivada durante a tarefa.

Considerando que os sentimentos encontram expressão nas linhas, no uso do espaço, equilíbrio, integração e forma de execução, segue-se uma análise dos aspectos mais salientes desta aplicação do Desenho da Família (Figura XII).

A Alexandra começou por desenhar a figura paterna à esquerda, seguindo-se a materna, a irmã e por último ela própria. A orientação no espaço da representação gráfica seguiu uma sequência da esquerda para a direita, o que sugere geralmente um movimento progressivo.

Figura XII. Desempenho da paciente na elaboração do Teste do Desenho da Família



O tamanho do desenho sugere uma relação dinâmica positiva com o ambiente, sendo que não é nem demasiado grande, nem excessivamente pequeno e ocupa aproximadamente um terço do papel.

A personagem valorizada parece ser o pai, por ser o primeiro a ser desenhado e conter em si um traçado mais cuidado, pelo que ganha maior destaque em termos de tendências afectivas positivas. A colocação da figura da irmã entre as figuras parentais e ela própria, pode induzir alguma rivalidade fraterna, impressão que pode ser confirmada pelos dados da entrevista “gostava de ser a irmã para ser criança outra vez, para brincar e o meu pai tratava-me muito bem, dava-me muito mimo”.

Transpondo e enquadrando na história de vida da adolescente, esta interpretação parece corroborar-se pelos conflitos relacionais recentes com o pai, por um lado, e o facto de aquele ser uma figura extremamente importante para ela, por outro.

A sua figura no desenho é representada com menor saliência e com uma localização relativamente distanciada, pelo que se pode inferir uma auto-desvalorização ou sentimentos negativos em relação a si mesma.

Como já foi referido, nas personagens representadas denota-se um ligeiro afastamento da sua figura em relação às restantes do sistema familiar, podendo significar, simbolicamente, o desejo de maior distância emocional ou a necessidade de troca emocional equivalente entre eles. Elementos da família flutuantes e distantes uns dos outros configuram, tipicamente, um grupo familiar desunido, sem evidência de troca emocional equivalente entre eles.

O *Children Depression Inventory (CDI; Kovacs & Beck, 1977)* é o inventário de auto-avaliação mais comumente utilizado no exame da depressão junto de crianças e adolescentes entre os 6 aos 18 anos de idade. Foi construído a partir do *Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck, 1967)* e é constituído por 27 itens classificados numa escala de 3 pontos que oscila entre 0 (ausência de problema) a 2 (problema grave), relativamente a comportamentos experienciados ou manifestados nas duas semanas anteriores à consulta (Simões, 1999).

O instrumento abrange um conjunto amplo de sintomas incluídos em itens que examinam a disforia, o pessimismo, a auto-estima, a anedonia, preocupações mórbidas, ideação suicida, sentir-se sem valor, isolamento social, tendências ruminativas, desempenho escolar, conduta social, sintomas vegetativos (relacionados com o sono, apetite, cansaço, queixas somáticas). Os 27 itens do *CDI* produzem um resultado total que oscila entre 0 e 54 pontos. Embora não seja consensual, é possível utilizar um índice discriminativo (*cut-off score*) correspondente ao nível dos 10% de resultados mais elevados da distribuição, assim, um resultado maior ou igual a 19 é frequentemente indicado como um resultado que diferencia sujeitos com e sem depressão. De acordo com o estudo “Síndromas depressivos na infância e adolescência”, de Helena Marujo, o resultado médio obtido neste instrumento na população escolar portuguesa é igual a 22.06, com desvio padrão de 11.68. Assim podemos definir valores entre 10.38 e 33.74 como notas médias relativamente à intensidade da sintomatologia depressiva (Simões, 1999).

Importa referir que a Alexandra apresentou sintomatologia depressiva num grau médio a moderado. Mas também é de todo conveniente salientar que os resultados em medidas de depressão encontram-se correlacionados com os resultados de medidas de outros constructos como é o caso de medidas de auto-estima, estilo negativo de atribuições cognitivas, sendo que as cognições desempenham um papel crucial na caracterização da patologia depressiva (por exemplo, pensamentos de desvalorização), daí a necessidade para o recurso adicional a outros instrumentos e recurso a múltiplos informadores (o que não ocorreu). (Simões, 1999). Poder-se-ia dizer que os resultados deste instrumento estão provavelmente mais associados a um sentimento de mal-estar próximo do momento da aplicação do que a um padrão de comportamentos específicos associados à depressão.

No quadro seguinte (Quadro 11) descrevem-se as áreas problemáticas identificadas no processo de avaliação da adolescente:

Problemas Psicológicos	- Problemas de ajustamento intrapessoal, auto-estima frágil, ausência de assertividade;
	- Provável presença de sintomatologia depressiva em grau médio a moderado;
Problemas Sociais	- Grupo de pares restrito, refere que passa os intervalos entre as aulas sozinha; por

	diversas vezes criou laços com uma ou duas amigas, as quais por outras circunstâncias, se afastaram;
Problemas Médicos/ Fisiológicos	- Parto natural forçado, com sequelas ao nível do osso craniano; - Anemia; - Estrabismo e astigmatismo;
Problemas Escolares	- Dificuldades de aprendizagem, insucesso e desmotivação escolares; - Apresenta um nível intelectual relativamente inferior ao que é esperado para a idade, destacando-se essencialmente dificuldades no raciocínio categorial e aritmético, na velocidade psicomotora e memória visual e ao nível da capacidade de estruturação espacial;
Problemas Familiares	- Relação ambivalente com o pai, da sobreprotecção anterior é agora caracterizada por verbalizações negativas acerca do seu desempenho em casa e na escola, contribuindo para a manutenção de uma auto-estima frágil e baixa; - Conflitos conjugais.

Quadro 11. Descrição das áreas problemáticas do caso clínico Alexandra

IV. Conceptualização e Dinâmica do Caso

A Alexandra apresenta um transtorno emocional manifestado por inibição relacional, baixa auto-estima e falta de assertividade, sendo que estas foram as principais razões que motivaram a vinda ao departamento.

Embora já tenha sido abordado o conceito para o caso clínico do André, é importante referir que a auto-estima tem a ver com os aspectos avaliativos que um indivíduo elabora a seu próprio respeito (Gécas, 1982, citado por Castanyer, 2006). Uma definição de auto-estima deve incluir os sentimentos e pensamentos que temos acerca das nossas competências, habilidades para fazer uma diferença positiva, o grau de optimismo, as estratégias para lidar com desafios realistas e a nossa capacidade para aprender com os sucessos e fracassos, assim como a nossa capacidade para nos tratarmos a nós mesmos e aos outros com respeito (Brooks, 2006). Trata-se de um ciclo que opera entre a influência das experiências de sucesso e motivações para a acção e o efeito que os resultados dessas acções têm posteriormente na auto-estima (Brooks, 2006). No desenvolvimento da auto-estima intervêm três processos: a avaliação reflectida, a comparação social e a auto-atribuição (Castanyer, 2006). O primeiro refere-se à repercussão que tem sobre o indivíduo a avaliação feita de si pelos outros; a comparação social ocorre quando o indivíduo se compara com os seus pares sociais sem informação objectiva sobre dado comportamento seu, e a auto-atribuição prende-se com a tendência que as pessoas possuem para elaborar conclusões a seu respeito, quer pela observação das suas atitudes, quer em função do êxito ou fracasso dos seus esforços (Castanyer, 2006). Assim, a auto-estima pode representar

um contínuo cujos extremos podem ser muito positivos ou muito negativos (Castanyer, 2006).

A literatura refere que determinadas circunstâncias que ocorrem ao longo do desenvolvimento do indivíduo podem levá-lo a adquirir uma baixa auto-estima, entre elas:

-Quando uma figura significativa do seu meio ambiente lhe repete constantemente que os outros têm um desempenho sempre melhor do que ele a fazer as coisas;

-Quando na sua família não lhe dão a atenção devida, o reprimem na expressão dos seus pontos de vista e das suas emoções;

-Quando é preterido, injustificadamente, em relação a outros irmãos;

-Quando os seus progenitores prestam atenção ao que ele faz de errado e nunca ao que faz bem feito (Castanyer, 2006).

Muitos outros factores podem estar subjacentes, contudo, importa referir que, porque a auto-estima se desenvolve mediante processos de avaliação do próprio indivíduo, vão-se construindo crenças erróneas que distorcem a realidade na relação com o ambiente (Castanyer, 2006).

As possíveis consequências de uma auto-estima baixa podem passar por dificuldades em lidar com as ocorrências do dia-a-dia, reagir mal a críticas, ficar perturbado quando é rejeitado, adoptar uma atitude passiva perante a vida e sentir-se inferior quando se compara com os outros. Existe também a tendência de se atribuir o sucesso a factores externos (por exemplo, a sorte ou o acaso), e o fracasso a factores internos (por exemplo, as capacidades ou aptidões pessoais), fruto de um processo de enviesamento cognitivo (Castanyer, 2006). O risco de desenvolver transtornos psicopatológicos, face a acontecimentos indutores de *stress*, é também maior em indivíduos com auto-estima baixa (Brown, Harris & Bifulco, 1996, Brown, 1987, citado por Castanyer, 2006). Neste sentido, a auto-estima baixa está frequentemente associada a alcoolismo, consumo de drogas, comportamento agressivo e tendências suicidas (Turner & Roszell, 1994, citado por Castanyer, 2006).

A falta de capacidade para se defender, única e exclusivamente, não constitui um transtorno, muitas pessoas sentem-se inseguras nalgum campo da sua vida interpessoal. Ora, entre as crianças e no início da adolescência, ainda não vigoram as normas sociais e o desenvolvimento moral alcançados por um adulto, pelo que é onde surge com mais nitidez o afecto, mas também a crueldade. Assim se vêem muitas vezes os mesmos indivíduos a ser ridicularizados (Castanyer, 2006), o caso da Alexandra. Ou pela falta de assertividade ou pelo seu estrabismo e pela sua aparência física (“óculos fundo de garrafa”), sofreu e sofre ainda o estigma da falta de respeito.

Nas interações com as outras pessoas, ou com algumas em particular, os indivíduos com estas dificuldades emocionais sentem-se mais inseguros, subvalorizados, frustrados, etc. Contudo, o facto da interação resultar (in)satisfatória não depende tanto dos outros, mas da existência ou não de um conjunto de competências para responder adaptativamente à situação, ou seja, da existência de um conjunto de convicções, crenças e esquemas mentais que os façam sentir bem, valorizados e respeitados – assertividade (Castanyer, 2006). A pessoa não-assertiva, o caso da Alexandra, não defende os direitos e interesses pessoais, respeita os outros, mas não se respeita a si mesma (Castanyer, 2006). E isso é visível no comportamento exterior da Alexandra (por exemplo, evitar o contacto ocular, insegurança em saber o que fazer e dizer); nos padrões de pensamento (por exemplo, pensa que é uma pessoa sacrificada, ignora o que realmente sente, pensa ou deseja); e, nos sentimentos e emoções (por exemplo, sentimentos de culpa face aos pais pelos seus resultados escolares, pelas discussões conjugais). As formas típicas de resposta não assertiva da Alexandra são o bloqueio (“fico paralisada e tenho uma branca”) e a ansiedade (gestos estereotipados, gaguez ou dificuldade em articular).

As competências de assertividade aprendem-se, são hábitos ou padrões de comportamento aprendidos por imitação e reforço (Castanyer, 2006), na história de aprendizagem da Alexandra parece ter ocorrido uma insuficiência de reforço relativamente aos comportamentos assertivos pelo que parece não ter aprendido a valorizar este tipo de comportamento como algo positivo. Mais especificamente, o factor predisponente da baixa auto-estima e conseqüente falta de assertividade, parece ter sido o reforço de comportamentos não assertivos, sendo desde sempre uma criança tímida e indefesa, a precisar sempre de ajuda, criaram-se também laços de dependência e sobreprotecção parental muito fortes, e desta forma a Alexandra parece não ter aprendido a ser assertiva ou aprendeu de forma inadequada. Estas dificuldades parecem ser mantidas pela avaliação negativa que pessoas significativas fazem dela, nomeadamente a figura paterna e pelos resultados escolares baixos, os quais, contribuem conseqüentemente para as expectativas de auto-eficácia e auto-confiança baixas, bem como, são percebidos como motivo para desapontamento parental. Também os padrões de pensamento irracionais impedem a adolescente de actuar de forma assertiva e contribuem para a manutenção do problema. Crenças como “é preciso ser querida e apreciada por toda a gente” fazem surgir pensamentos automáticos como “eu não sei nada”, os quais, em conjunto, fazem-na submeter as suas acções e convicções ao seu cumprimento.

V. Reflexão final

Dificuldades sentidas na condução do processo de avaliação

As dificuldades sentidas no decorrer deste acompanhamento são em muito semelhantes às do caso clínico do André, embora singulares pela idiossincrasia dos sujeitos. Assim sendo, destacaria a falta de assiduidade nas sessões terapêuticas, relacionada com o facto de a Alexandra nem sempre ter alguém para a trazer ao hospital e pelos momentos de avaliação escolar que atravessava.

Importante será dizer que a mãe acompanhou a Alexandra apenas numa sessão e a nosso pedido, sendo que para as restantes sessões ela veio acompanhada por uma vizinha. Na sessão com a mãe, foi possível verificar uma postura desinvestida de afectividade e algo crítica em relação à filha na sua presença, abordando muitas características negativas da Alexandra e subestimando positivas. Sobretudo desresponsabilizou o comportamento recente do marido face à Alexandra e delegou a responsabilidade quase exclusivamente na filha relativamente às discussões familiares e resultados escolares.

Indicações e sugestões para uma eventual continuação do caso

Tendo sido a falta de assiduidade nas sessões terapêuticas e o *timing* inerente ao processo de estágio académico dificuldades que impediram a implementação do plano de intervenção, é sugerido um protocolo terapêutico cujos procedimentos estão descritos de seguida.

Antes de mais importa referir que seria conveniente conduzir uma avaliação mais profunda e elaborar um quadro ainda mais compreensivo das variáveis auto-estima, depressão e dinâmicas familiares. A utilização de um instrumento de medida do auto-conceito seria uma forma de iniciar esse processo avaliativo.

Ora, para que as interacções com o ambiente sejam, para a Alexandra, satisfatórias é necessário que ela se sinta valorizada e respeitada e, isso dependerá das aptidões para responder correctamente aos desafios e dependerá também de um conjunto de crenças mais adaptativas. Assim, a intervenção com a adolescente deve pretender, de uma forma geral, edificar uma melhor capacidade de auto-afirmação, fortalecendo a auto-estima e incrementando com isso a satisfação nas relações interpessoais.

A intervenção poderá desenvolver-se com recurso a estratégias de solução de problemas e treino de competências sociais, com ênfase na assertividade, bem como estratégias de reestruturação cognitiva. Poder-se-á verificar útil, durante o processo, fornecer e treinar em gabinete algumas técnicas de redução da ansiedade.

As **estratégias de solução de problemas** iniciam-se com a delimitação da problemática, deslindando a intrincada rede de circunstâncias que envolvem o comportamento problema através da discussão e actividades escritas de identificação e “desmontagem” das situações com vista a uma formulação correcta do problema. Esta operacionalização contempla as três componentes principais de um comportamento: cognitiva, motora e emocional. Para auxiliar este processo foram desenvolvidos auto-registos. Uma das vantagens dos auto-registos, por oposição a outras formas de medir os comportamentos problemáticos, consiste no facto de a pessoa não ter de recordar situações passadas para alcançar conclusões sobre o problema, com a consequente distorção que isso implica, dado que anota os episódios à medida que eles vão ocorrendo. Assim, o grau de fiabilidade da informação é maior, é uma boa fonte de avaliação inicial (frequência, intensidade, duração, estímulos antecedentes, locais, persistência nos contextos) e de intervenção mediante a inclusão de respostas alternativas para as situações sociais geradoras de desconforto. Esta constituirá-se numa fase de reconhecimento dos problemas (Gonçalves, 2004), em que a Alexandra seria treinada na identificação dos problemas através de exercícios escritos e *role-play* com recurso a situações-problema concretas da sua vida diária.

Com ajuda dos registos seria possível identificar algumas distorções cognitivas na formulação e definição dos problemas (por exemplo, inferências arbitrárias, abstracção selectiva, maximização). Neste ponto seriam introduzidas algumas estratégias de **reestruturação cognitiva**. Para tal, considera-se importante a consciencialização da importância que as crenças, nomeadamente as irracionais, têm nos indivíduos, acessíveis através dos pensamentos automáticos. A análise dos registos, dos pensamentos, permitirá detectar a que ideia irracional corresponde cada um deles e assim escolher pensamentos alternativos aos irracionais com vista à sua substituição. Neste ponto, recomenda-se que a intervenção insista no treino e aplicação dos pensamentos alternativos escolhidos aplicáveis na sua vida quotidiana, que pela prática visa tornar-se um processo mais automático.

Numa segunda fase pode fornecer-se e treinar **estratégias de confronto e de solução de problemas** através de: relativização do problema e atribuição a causa de natureza transitória e controlável; concepção do problema como um desafio, uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento; promoção de expectativas de auto-eficácia em relação ao problema; promoção de uma atitude de comprometimento de tempo e esforço face ao problema. Foram desenvolvidos alguns exercícios de solução de problemas nos quais a Alexandra identificará o problema e seleccionará pelo menos três soluções. Depois é-lhe pedido que registre boas e más consequências para cada solução apresentada, sendo que no final é escolhida por ela a melhor solução. O treino de solução de problemas visa

sobretudo desenvolver os défices comportamentais na Alexandra, ou seja, tudo o que diz respeito ao comportamento exterior exibido por ela, e com isso promover uma melhoria nas relações interpessoais que estabelece ao nível familiar e social. Os exercícios escritos e de *role-play* poderão ser desenvolvidos em função dos tipos de situações nas quais tem maiores dificuldades, apuradas a partir dos registos. É crucial serem treinados diferentes tipos de respostas assertivas para cada situação.

Assumir que as habilidades sociais são comportamentos fundamentalmente aprendidos implica que, face a um problema de falta de assertividade, por exemplo, sejam propostas estratégias de aprendizagem e modificação de comportamentos interpessoais (Goldstein et al., 1989, Michelson et al., 1987, Monjas, 1997, Trianes, Jiménez & Muñoz, 1997, citados por Monjas & Caballo, 2005). Estas estratégias podem compor, então, um **treino de competências sociais**. O treino de competências sociais é uma terapia cognitivo-comportamental cujos objectivos gerais passam por melhorar as competências sociais da Alexandra, aumentar o seu envolvimento em situações sociais para ela sentidas como difíceis e reduzir as expectativas negativas em relação a situações de avaliação social.

Erwin (1994, citado por Monjas & Caballo, 2005) refere que o treino de competências sociais produz melhorias significativas o nível da interacção social e nas capacidades cognitivas para lidar com a solução de problemas, assim recomenda a combinação de programas de treino multimodais, podendo incluir-se no trabalho com a Alexandra as seguintes competências: 1) iniciação, resposta à iniciação e manutenção de conversas; 2) a assertividade (fazer pedidos aos colegas em situações de brincadeira/aula, dizer “não”, expressar e receber sentimentos positivos e negativos, discordar da opinião dos outros, comunicar desejos, lidar com a vergonha e com críticas); 3) auto-conceito e auto-estima (eu sou assim, eu valho muito, auto-instruções positivas, pensar positivo e atribuição de sucessos e fracassos). As técnicas que demonstraram ser eficazes neste âmbito e dentro das quais as que parecem adequar-se ao caso em questão são: 1) a dessensibilização sistemática, 2) o treino de auto-instruções, 3) a instrução verbal, 4) a modelação, a prática, e 5) o reforço e a prescrição de tarefas para casa. Este programa poderá ser implementado com a seguinte sequência: 1) instrução verbal, dialogo e discussão; 2) modelagem da habilidade a ser treinada; 3) prática pela representação de papéis, por exemplo, em diversas situações para garantir a transferência e generalização dos comportamentos adquiridos; 4) retroalimentação e reforço; 5) tarefas de casa, por exemplo, planear oportunidades para praticar a habilidade em situações diferentes, sendo que estas tarefas devem ser cuidadosamente progressivas. Monjas e Caballo (2005) exemplificam com a habilidade de “iniciar uma conversação”. Na instrução verbal pretende-se chegar ao conceito que está por detrás da habilidade e à constatação acerca da importância que tem para a Alexandra a

aplicação desta competência. Durante a modelagem é demonstrado como se põe em prática a iniciação de uma conversação, expondo a adolescente a diferentes modelos adequados, sempre que possível devem representar-se exemplos sugeridos pelo sujeito de intervenção. A retroalimentação diz respeito à informação relativamente à prática e o reforço diz respeito à informação qualitativa da exibição do comportamento-alvo.

Para fazer face a situações percebidas pela Alexandra como ameaçadoras poderá ser necessário fornecer e treinar em gabinete algumas **estratégias de redução de ansiedade**. Sugere-se aqui para, cada sessão, devem reservar-se no seu final 5-10 minutos para exercícios de relaxamento com recurso ao método de treino de imagens mentais e relaxamento profundo. A respiração controlada e o relaxamento para crianças e adolescentes podem, assim, revelar-se muito úteis, pelo que foi sugerido um guião de relaxamento no então relatório de estágio.

3.4. Avaliações psicológicas

No decorrer das actividades de estágio, foram referenciados casos clínicos de outras consultas, nomeadamente das consultas de Neurologia, Pediatria e Pedopsiquiatria com o pedido de realização de uma avaliação psicológica, de forma a conhecer melhor a origem de determinadas dificuldades cognitivas e/ou emocionais de algumas crianças e adolescentes.

Neste âmbito, realizei três avaliações psicológicas, cuja descrição é realizada no quadro seguinte (Quadro 12), onde se encontra a identificação de cada criança ou adolescente, as datas do processo de avaliação realizado, os instrumentos utilizados.

Identificação da criança/adolescente	Data	Referência e Motivo da avaliação	Instrumentos de avaliação aplicados
João 15 anos e 1 mês Caso 1	De 13/02/08 a 12/03/08	Serviço de Neurologia Dificuldades cognitivas acentuadas e rendimento escolar baixo; Síndrome de Recklinghausen ou Neurofibromatose (NF) diagnosticada aos 12 anos.	-Entrevista semi-estruturada de anamnese; - <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003); - Desenho da Família (Corman, 1967); - Desenho Livre; - Como é que eu sou? Adaptação do <i>Self Profile for Adolescents</i> de Susan Harter.
Júlia 9 anos e 1 mês Caso 2	De 15/04/08 a 05/05/08	Grupo Endocrinológico Pediátrico; Puberdade precoce central e dificuldades emocionais.	-Entrevista semi-estruturada de anamnese; - <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003); - <i>CAT-H</i> (Bellak & Bellak, 1949).
Joana 7 anos e 7 meses Caso 3	De 08/04/08 a 29/04/08	Unidade de Pedopsiquiatria; Queixas de alterações de comportamento em casa e	-Entrevista semi-estruturada de anamnese; - <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003);

Quadro 12. Descrição das avaliações psicológicas**Comentário relativamente à elaboração de relatórios de informação clínica**

Uma breve referência à elaboração dos relatórios da avaliação psicológica. Um processo de avaliação psicológica termina com a comunicação oral e/ou escrita dos seus resultados. É necessário ter muito cuidado e responsabilidade com a linguagem utilizada, uma vez que o relatório da avaliação terá provavelmente bastante impacto para a criança, ao longo do seu desenvolvimento, e para os seus agentes educativos; há que ter em conta que outros profissionais de saúde podem não fazer a mesma leitura dos resultados e podem fixar-se nos resultados quantitativos, pelo que a clareza e ausência de ambiguidade são aspectos fundamentais na elaboração destes componentes da avaliação. Para além de veículo de comunicação, o relatório deve ser um documento científico e ser útil (Fernandez-Ballesteros, 1993).

De salientar que, para a entrevista semi-estruturada de anamnese, foi criado um guião simplificado de anamnese, com alguns tópicos de informação relevante a recolher, a partir da proposta compreensiva utilizada pela Dr.^a Adília Araújo (Figura XIII).

Identificação
Nome: _____
Idade: _____ Data de nascimento: _____ Escolaridade: _____
Retenções: _____
Pai, idade, escolaridade e profissão: _____ _____
Mãe, idade, escolaridade e profissão: _____ _____
Irmãos, idade, escolaridade, profissão: _____

Fonte de referência: _____

Motivo da consulta: _____

Queixa apresentada: _____

Avaliação: _____

Intervenção: _____

Saúde e Percurso Desenvolvimental

(gravidez, parto, idade andar, idade falar, idade tirar a fralda, idade dormir sozinho, história de doença, tratamentos, sono, alimentação, medos e ansiedade, relações interpessoais, adaptação à escola, relação com os professores e colegas, motivação para a aprendizagem, comportamento na sala de aula e na escola, actividades de lazer e interesses; rotina diária)

Situação Familiar

(genograma familiar, relação com os pais, irmãos ou outros familiares significativos, problemas ou doenças na família, envolvimento parental nas actividades escolares, expectativas dos pais face à escola, recursos em casa de apoio ao estudo)

Outros Dados Recolhidos

Síntese do Problema

Figura XIII. Guião de Anamnese

Caso 1

Nome: João

Data de nascimento: 10.01.1993

Idade: 15 anos e 1 mês

Data da Observação: 13/02/2008; 05/03/2008; 12/03/2008

Motivo do Pedido e Queixa /Problema

O João foi referenciado ao Serviço de Psicologia Clínica pelo Serviço de Neurologia do HSM face às dificuldades de aprendizagem e baixo rendimento escolar. Foi-lhe diagnosticado Neurofibromatose (NF) ou Síndrome de Von Recklinghausen quando tinha 12 anos de idade.

Dados da Anamnese

O João tem 15 anos, frequenta o 7º ano, vive com a mãe e o irmão mais velho, tem 17 anos e frequenta o 11º ano de escolaridade.

Relativamente às questões desenvolvimentais poder-se-á dizer que o seu desenvolvimento foi, em geral, tardio, tendo iniciado a marcha com 11 meses e a fala com 4 anos. Frequentou a APPCDM, dos 7 aos 12 anos, onde completou o 1º ciclo. Nessa altura foi-lhe diagnosticado NF. Da escola existe referência das dificuldades acentuadas nas várias disciplinas, assim como é descrito com comportamento social inibido, apático, inseguro e pouco comunicativo.

Exame Psicológico

I. Desenvolvimento Intelectual

Neste enquadramento foi, a 13 de Fevereiro, submetido à Escala de Inteligência WISC III (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) com o objectivo de se despistarem défices cognitivos e aceder aos níveis de competência verbal (compreensão) e de capacidade de realização face a novas situações (desempenho).

O João mostrou-se muito inibido e inseguro, não desenvolvendo qualquer interacção por iniciativa própria, apenas quando questionado sobre algum assunto.

Os resultados obtidos indicam um desempenho cognitivo muito inferior ao intervalo médio estabelecido para a sua idade. Salientam-se dificuldades na maioria das competências avaliadas, sendo que se destacam ao nível do conhecimento geral factual, conhecimento categorial ou lógico abstracto, raciocínio numérico, expressão verbal e conhecimento das palavras, compreensão e adaptação a situações sociais. No âmbito da realização, o jovem apresenta dificuldades, sobretudo, ao nível do reconhecimento e identificação visuais, sequenciação temporal, percepção visual e coordenação motora, velocidade psicomotora e estruturação espacial.

II. Domínio afectivo-emocional e adaptabilidade social: Desenho da Família e Desenho Livre

No Desenho da Família (Corman, 1967) o João representou a sua família real, foi colaborante durante a tarefa embora não tenha feito qualquer verbalização no decorrer da mesma (Figura XIV). No Desenho Livre o jovem representou uma casa com garagem, portão e duas árvores de fruto, uma de cada lado da casa (Figura XV). Em ambos os desenhos o João mostrou algum tempo de latência na resposta.

No Desenho da Família poder-se-á dizer que as figuras estão tendencialmente colocadas sobre o eixo divisório na esquerda, sugerindo assim provável busca de satisfação emocional, predomínio do afecto e não tanto a busca de satisfação intelectual. Na localização dos desenhos predomina maioritariamente a linha inferior da folha sendo que é também um aspecto que está associado ao concreto e menos à fantasia. Em geral, a linha

Figura XIV. Desempenho do paciente na elaboração do Teste do Desenho da Família

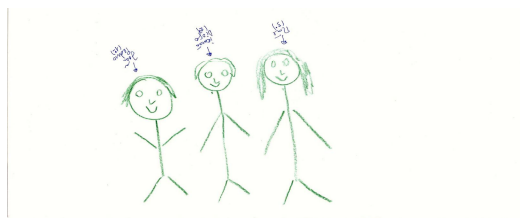
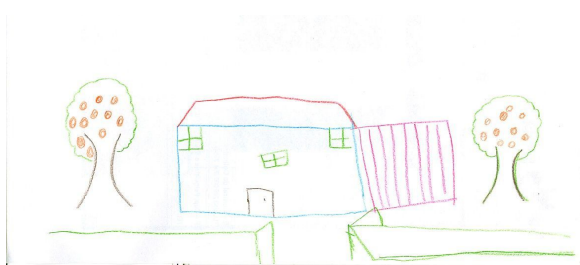


Figura XV. Desempenho do paciente na elaboração do Desenho Livre



ou traço são relativamente vigorosos e a sequência desenhada foi da esquerda para a direita, o mais comum e geralmente normativo. Já no Desenho Livre a opção foi de iniciar o desenho pela casa num espaço central do papel, seguindo-se as restantes representações, as árvores, a garagem e o portão. No Desenho da Família as figuras humanas estão representadas sob a forma de esboços, silhuetas esquemáticas, pelo que sugerem uma fase gráfica pré-esquemática associada a alguma rigidez e estereotipia. Poder-se-á dizer que o estilo patente nos desenhos do João é essencialmente realístico e contido, pois que as suas opções do desenho (por exemplo, esboços para representar figuras humanas e a casa com árvores de fruto) estão muito associadas ao raciocínio realista, concreto.

No Desenho da Família o João optou por se desenhar a si próprio pelo que pode transparecer uma certa auto-valorização, ainda que, se atendermos ao tamanho das personagens, a figura do irmão e principalmente a figura materna, ganham maior destaque em termos de tendências afectivas positivas. Esta valorização confirma-se também pela entrevista que seguiu o desenho em que o jovem refere que gostava de ser o irmão (“gostava de ser como ele”). Associando esta identificação de desejo consciente à

colocação da figura do irmão junto da mãe, ou seja, entre ele próprio e a mãe, poder-se-á sugerir um conflito de rivalidade fraterna.

O tamanho dos desenhos sugere uma relação dinâmica positiva com o ambiente, sendo que não é nem demasiado grande, nem excessivamente pequeno e ocupa, aproximadamente, um terço do papel.

A proximidade entre as três personagens representadas no Desenho da Família é indicativa de intimidade entre elas, real ou desejada.

III. Auto-Conceito: “Como é que eu sou?” – Adaptação do Self Perception Profile for Adolescents de Susan Harter

Foi aplicada a escala de avaliação do auto-conceito para crianças e adolescentes durante a qual o jovem se mostrou contido mas colaborante.

O perfil de auto-percepção mostra que a competência percebida é baixa-média, sendo que as subescalas que pontuam dentro da faixa considerada média são “comportamento” e “auto-estima global”; pontuando dentro do intervalo considerado como competência percebida baixa estão as subescalas “competência académica”, “aceitação social”, “competência atlética” e “aparência física”.

Súmula dos Resultados

O processo de observação e avaliação psicológica permitiu detectar algumas áreas problemáticas especificamente ao nível do funcionamento cognitivo e afectivo.

A impressão geral proveniente dos desenhos sugere dificuldades intelectuais, rivalidade fraterna e insegurança afectivo-emocional, uma impressão que concorda com o sentimento de competência percebido, com os resultados da avaliação de nível e com a situação real do João.

Propostas/Sugestões Terapêuticas

O João beneficiaria de uma estimulação psicopedagógica contínua e intensiva proporcionada por uma equipa multidisciplinar onde se incluíam técnicos da terapia ocupacional, linguagem e psicólogo.

Relativamente à intervenção de cariz psicológico, os objectivos incidiriam nas competências sociais e comunicativas, bem como na promoção do ajustamento psicológico. Seria de todo vantajoso também estender a aprendizagem em grupo, de uma forma cooperativa e integrante para o jovem.

O contacto com outras pessoas com NF, por exemplo, na Associação Portuguesa de Neurofibromatose, e a eventual participação nas actividades proporcionadas pela mesma, constituiriam experiências positivas de partilha para o João.

Caso 2

Nome: Júlia

Data de nascimento: 12.03.1999

Idade: 9 anos e 1 mês

Data da Observação: 15.04.2008; 28.04.2008; 05.05.2008

Motivo do Pedido e/ou Queixa /Problema

Face à puberdade precoce central e dificuldades emocionais, foi solicitada avaliação/acompanhamento pelo Grupo Endocrinológico Pediátrico do HSM.

Dados da Anamnese

A J. tem 9 anos, frequenta o 3º ano de escolaridade, vive com a mãe, padrasto e irmão com 3 anos de idade. Está em Portugal desde os 4 anos e desde essa altura esteve com o pai apenas uma vez, no último Natal, numa viagem que fez ao Brasil, terra natal da mãe. Importante será dizer que o intuito da viagem com a mãe ao Brasil não foi apenas esse, e que a J. se mostrou também ela pouco envolvida na relação com o pai. Para além disso, mantém um contacto restrito com o pai, e, de acordo com a mãe, aquele mostra-se pouco interessado em promover a sua relação com a filha, restringindo-a a alguns telefonemas por ano, nas épocas festivas. De referir também que mantém contacto com a avó paterna, passando algumas tardes por vezes com ela pois ela encontra-se perto da sua zona de residência.

No seu desenvolvimento não se salientam quaisquer dados, apenas a dificuldade em aceitar o nascimento do irmão, o medo de dormir sozinha que ainda se verifica, e a puberdade precoce central com a primeira menarca no início deste ano. A mãe descreve-a como uma criança com distractibilidade fácil, dificuldades de aprendizagem, facilmente irritável por um lado e muito reservada, contida nas suas emoções e desejos, por outro lado. Outro aspecto importante é o facto de as suas relações interpessoais se delimitarem aos colegas da escola, família nuclear e colegas da catequese. Tem um grande número de primos e outros familiares maternos mas encontram-se todos no seu país de origem.

Exame Psicológico

I. Desenvolvimento Intelectual

Neste enquadramento foi, a 15 de Abril, submetida à Escala de Inteligência WISC III (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) com o objectivo de se despistarem défices cognitivos e aceder aos níveis de competência verbal (compreensão) e de capacidade de realização face a novas situações (desempenho). Apresentou um comportamento organizado mas contido, especialmente na primeira sessão.

Os resultados da avaliação intelectual obtidos indicam um desempenho cognitivo muito inferior em relação ao que é esperado para a sua idade (QIV= 68; QIR= 70; QI= 65). Destacam-se, entre outras, dificuldades ao nível do nível de conhecimento geral factual, raciocínio aritmético, velocidade de execução psicomotora e memória visual imediata, bem como, na estruturação espacial.

II. Domínio afectivo-emocional e adaptabilidade social: CAT-H (Bellak & Bellak, 1949)

As narrativas manifestaram sobretudo conteúdos latentes cujos temas retratam situações características da vida diária da criança, onde se puderam projectar as relações com as figuras mais significativas, as figuras parentais. Os temas abrangeram a alimentação, as atitudes face às figuras parentais, fantasias agressivas, regressivas medos e atitudes dos pais face a estes problemas tipicamente infantis.

Salientaria a percepção de ausência de equivalência afectiva para com o subsistema fraterno; tendências regressivas/apelativas associadas à rivalidade fraterna; uma relação de proximidade, real ou desejada, com a figura paterna.

Súmula dos resultados

O processo de observação e avaliação psicológica permitiu detectar algumas áreas problemáticas especificamente ao nível do funcionamento cognitivo e sócio-afectivo, sendo nítida uma imaturidade afectiva à qual estão associadas as dificuldades ao nível do processo de autonomia e desenvolvimento global, características regressivas/apelativas e dificuldades emocionais.

Propostas/Sugestões Terapêuticas

A criança beneficiaria de um acompanhamento psicoeducativo continuado e intensivo, implicando maior envolvimento parental nas tarefas escolares, bem como sessões de psicoeducação e promoção de estratégias educacionais junto dos mãe.

A promoção de competências sociais ou treino de habilidades sociais pretenderia incrementar e melhorar a sua rede relações interpessoais. O treino de solução de problemas através da criação de alternativas de resposta face a situações-problema concretas típicas

da vida diária de uma criança promoveria planos de resposta para lidar com as adversidades. Por último, e por esta ordem, seria muito favorável uma abordagem à gestão e expressão de pensamentos e sentimentos, com personificação dos conceitos e recurso a uma linguagem externalizadora.

Caso 3

Nome: Joana

Data de nascimento: 26.09.2000

Idade: 7 anos, 7 meses

Data da Observação: 08.04.2008; 22.04.2008 e 29.04.2008

Motivo do Pedido e/ou Queixa /Problema

Face às queixas relativas às alterações de comportamento em casa e um possível quadro depressivo, foi solicitada avaliação pela Unidade de Pedopsiquiatria do DPSM – HSM.

Dados da Anamnese

A Joana tem 7 anos, frequenta o 2º ano, vive com os pais, avós maternos e uma irmã, a qual tem 5 anos de idade.

Relativamente aos dados desenvolvimentais, a Joana iniciou a marcha e a fala com cerca de 12 meses, sendo que o controlo esfinteriano diurno foi conseguido por volta dos 18 meses, nocturno com 2 anos aproximadamente, sem se registarem quaisquer dificuldades. A Joana dorme com a irmã desde o seu nascimento, tendo estado até então no quarto dos pais. A mãe refere que tem medo do escuro e por isso necessita de uma luz de presença durante a noite.

No seu percurso pelo infantário e a entrada na escola primária registaram-se com dificuldades iniciais na adaptação, nomeadamente ansiedade de separação em relação à figura materna. No que diz respeito às relações interpessoais a criança não manifesta dificuldades no estabelecimento de relações, contudo, refere com relativa frequência que tem “medo de perder as amigas”.

O padrão de sono parece normal, embora com algumas dificuldades, por vezes, em adormecer (insónias iniciais?). Já no âmbito da alimentação verificam-se acentuadas dificuldades em se alimentar perante qualquer tipo de refeição.

No que diz respeito à aprendizagem, apresenta dificuldades de aprendizagem, distractibilidade e um rendimento escolar actual baixo, pelo que recebe apoio escolar duas

horas por semana na escola, sendo também acompanhada pela mãe nas tarefas escolares em casa.

Como antecedentes pessoais destacam-se algumas complicações médicas e respectivos internamentos, tais como uma cirurgia renal e um pneumonia, ambas no decorrer da primeira infância.

As queixas da mãe relativas à criança prendem-se com, por um lado, manifestações de comportamento desafiante com a família e dificuldades em lidar com a frustração, por outro lado, características tendencialmente mais depressivas e manifestações de comportamento apelativo/regressivo.

Exame Psicológico

I. Desenvolvimento Intelectual

Neste enquadramento foi, a 8 de Abril, submetida à Escala de Inteligência WISC III (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) com o objectivo de se despistar défices cognitivos e aceder aos níveis de competência verbal (compreensão) e de capacidade de realização face a novas situações (desempenho).

A criança apresentou um comportamento organizado e colaborante, embora muito inibida na primeira sessão, mostrou-se sociável nas sessões posteriores.

Os resultados da avaliação intelectual obtidos indicam um desempenho cognitivo médio inferior em relação ao que é esperado para a sua idade. Salientam-se sobretudo as dificuldades ao nível da memória visual imediata e velocidade de execução psicomotora. A expressão verbal ou desenvolvimento da linguagem está também ela em dificuldades, destacando-se a sua importância pelo seu acentuado poder preditivo do nível intelectual geral.

II. Domínio afectivo-emocional e adaptabilidade social: CAT-H (Bellak & Bellak, 1949)

As histórias manifestaram sobretudo conteúdos latentes cujos temas retratam situações características da vida diária da criança, onde se puderam projectar as relações com as figuras mais significativas, neste caso, as figuras parentais. Os temas abrangeram a alimentação, as atitudes face às figuras parentais, fantasias agressivas, medos e atitudes dos pais face a estes problemas infantis.

Salientaria a percepção de um ambiente familiar pouco suportivo ou percepção de ausência de equivalência afectiva para com o subsistema fraterno e, tendências regressivas/apelativas associadas à rivalidade fraterna.

Súmula dos resultados

O processo de observação e avaliação psicológica permitiu detectar algumas áreas problemáticas especificamente ao nível do funcionamento cognitivo e sócio-afectivo, sendo nítida uma imaturidade global à qual estão associadas as dificuldades ao nível do processo de autonomia, características regressivas/apelativas e dificuldades emocionais.

A impressão geral proveniente da interpretação dos resultados sugere também insegurança afectivo-emocional associada à rivalidade fraterna, uma impressão que concorda com o sentimento de confiança e insegurança emocional manifestados recentemente pela criança.

Propostas/Sugestões Terapêuticas

A criança beneficiaria de um acompanhamento psicoeducativo continuado e intensivo, implicando maior envolvimento parental nas tarefas escolares, bem como sessões de psicoeducação e promoção de estratégias educacionais junto dos pais.

3.5. Colaboração na Avaliação de outros Casos Clínicos

Para além da realização de avaliações psicológicas, surgiram muitas outras oportunidades de contacto com a realidade clínica, e que dizem respeito a casos clínicos nos quais colaborei, em parte, do processo de avaliação, pelo que tiveram início e/ou continuidade com a Dr.^a Adília Araújo. Uma descrição da data de colaboração, dos intervenientes na sessão, das queixas ou motivo de avaliação, das metodologias de avaliação utilizadas, e das reflexões e aprendizagens na sessão, para cada um dos casos clínicos, encontra-se no quadro seguinte (Quadro 13).

Data da Colaboração na avaliação e intervenientes	Queixa(s)/ Motivo de avaliação	Metodologias de avaliação utilizadas	Reflexões e aprendizagens na sessão
12/11/07, 3/12/2007, 10/12/2007 e 12/02/2008 Criança (♂) de 7 anos e tia	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003); -Aplicação do CAT-H (Bellak & Bellak, 1965)	-Com crianças muito agitadas parece ser importante a postura de tranquilidade e paciência mas também de alguma firmeza; - Motivar e reforçar são estratégias importantes para organizar a criança e fazê-la persistir; estabelecer alguns limites do que a criança pode ou não fazer na sessão é também importante e útil (embora como principiante me tenha sido difícil em alguns momentos ser autoritária e dizer “não”), já que a ajuda a organizar-se e a ter rumos para o seu comportamento (quando tudo é permitido

e não há limites, o comportamento pode ser caótico, de não ter qualquer direcção ou contenção).
 -A necessidade de impor limites mostrou-se mais uma vez importante face a um comportamento apelativo e de exploração desorganizada do espaço e estagiária. Mostrou desistência fácil nitidamente por falta de interesse e quando confrontado com isso notou-se algum empenho mas depressa desviou a atenção e verbalizou vontade de ir embora. Os resultados podem ter ficado comprometidos nomeadamente nas tarefas de realização o que levanta a necessidade de mudar de estratégia avaliativa.

14/11/07 Adolescente (♀) de 14 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria por dificuldades de aprendizagem e rendimento escolar baixo	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	<p>- É importante seguir o ritmo de trabalho idiossincrático de cada sujeito, a cadência das respostas, o surgimento de cansaço, a “preguiça” e recusa em realizar alguns itens, as perguntas curiosas sobre o teste e sobre as respostas aos itens, as hesitações, as certezas “isto é fácil”, as inseguranças “não sei”/“não consigo”, etc... É de facto muito rica a informação qualitativa (para além da quantitativa) sobre a criança/adolescente que podemos retirar da aplicação de uma prova como a <i>WISC-III</i>, basta um olhar atento sobre a postura, as verbalizações, as atitudes da criança, no decurso da aplicação da prova.</p> <p>- Para seguir esse pulsar único de cada criança/adolescente, o treino de aplicação e o conhecimento da prova, bem como a flexibilidade dentro do cuidado de standardização da aplicação são aspectos essenciais, que já se evidenciaram na fase de observação do estágio, mas que agora se aceitam verdadeiramente, como tarefas de uma aprendizagem contínua que é o estar com cada nova criança/adolescente.</p>
14/11/07 e 11/02/2008 Criança (♂) de 7 anos e psicóloga da instituição onde vive	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades escolares e emocionais	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003) -Aplicação do CAT-H (Bellak & Bellak, 1965)	<p>O nosso crescimento emocional (e em tantas outras dimensões) está irrevogavelmente ligado ao comportamento dos nossos cuidadores, de afecto ou negligência, de incentivo ou de diminuição do valor pessoal, etc., as possibilidades de relacionamento e de expressão emocional e afectiva entre gerações são inúmeras. Por isso, a história do crescimento de tantas crianças é uma história de peso, de emoções e sentimentos mal contidos e mal geridos, de crenças distorcidas, num entrelaçar na história de vida dos pais e avós. E alguns acontecimentos são difíceis de compreender e de gerir pela criança, e ficam intactos, não sendo divididos em pedaços mais bem assimilados pela criança; e mais tarde, pode surgir a expressão de sintomas, porque a criança provavelmente ainda não elaborou cognitivamente e emocionalmente, esses conteúdos difíceis e penosos.</p> <p>Os conteúdos são pouco elaborados, a expressão verbal pobre e o disfuncionamento familiar projectado num dos irmãos predominaram quase todas as placas.</p>

14/11/07 Criança (♀) de 7 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades de aprendizagem	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	-Também em provas estandardizadas é necessária flexibilidade de aplicação e simplificar a linguagem, já que por vezes surgem crianças com dificuldades em compreender logo os objectivos e tarefas propostas.
14/11/07 Criança (♂) de 7 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades de aprendizagem	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	-Importância do reforço positivo utilizado adequadamente e do estabelecimento de limites no funcionamento da sessão; -Importância do treino na aplicação de provas para dar mais atenção às reacções/ comportamento/ postura da criança.
19/11/2007 Adolescente (♂) de 16 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Despiste de Perturbação do Comportamento	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	Apesar da sensibilização e confrontação sobre a agressividade comportamental parece que a baixa capacidade de <i>insight</i> , práticas educativas inconsistentes por parte da mãe e o modelo do pai (alcoolismo e violência doméstica), contribuem para o despoletar e para a manutenção da problemática.
20/11/2007 Criança (♂) de 10 anos e mãe	Pedido de reavaliação por dificuldades relacionais e afectivas Serviço de Psicologia Clínica	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	A inibição e desistência fácil aliados às dificuldades intelectuais levam à necessidade de encorajamento constante e aplicação dos testes repartida por diferentes sessões para que se assegure um nível mínimo de desempenho.
22/11/2007, 26/11/2008 e 12/12/2007 Criança (♂) de 8 anos e avó	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica por dificuldades de aprendizagem e emocionais	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	A aplicação de uma mesma técnica é tão diferente em função da criança, é importante captar estes aspectos qualitativos, da reacção, atitudes, comportamentos face ao teste, dados como a persistência ou não nas tarefas, o humor e o estado emocional da criança.
26/11/2007, 4/12/2007 e 11/12/2007 Criança (♂) de 7 anos e pais	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Encoprese Dificuldades na motricidade fina; Dificuldades na adaptação à escola.	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	-A criança apresentou muita resistência em se separar dos pais para a sessão, contudo o recurso aos testes mais lúdicos e de realização da prova facilitou alguma desinibição e ajudou a estabelecer a relação com a criança. -Relativamente à primeira sessão, a criança apresentou-se menos inibida e mais comunicativa, o que parece reflectir um estabelecimento de uma relação positiva, de confiança, entre a estagiária e o paciente.
27/11/2007 e 15/01/2008 Adolescente (♂) de 14 anos e mãe afectiva	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica Luto patológico e dificuldades de aprendizagem	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	Com a aplicação e cotação de vários protocolos desta prova vai sendo mais fácil relacionar as dimensões que cada subteste avalia, e estabelecer pontes que possam esclarecer mais sobre o funcionamento cognitivo do sujeito.
28/11/2007 e 4/12/2007 Criança (♀) 9 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Despiste de Perturbação do Espectro do	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	-Apesar de alguma inibição comportamental, ausência de comunicação espontânea, défice de atenção, esta criança não parece reunir critérios para diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo conforme foi assinalado para despiste. -Continuaremos na próxima sessão a

	Autismo		avaliação intelectual e depois afectiva, sendo de extrema importância observar a criança perante tarefas diferentes e na relação.
29/11/2007 Pré-adolescente (♂) 11 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades de aprendizagem Queixas de comportamentopositor em casa	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	Esta criança mostrou-se extremamente colaborativa e empenhada no seu desempenho, com resultados muito positivos nos testes já aplicados, facto que não tem sido comum entre as diferentes aplicações da mesma prova levadas a cabo por mim.
5/12/2007 e 12/12/2007 Criança (♂) 6 anos	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Enurese Nocturna Primária	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	-Apesar das diversas problemáticas a criança relacionou-se rapidamente, mostrou-se extremamente afável e envolvida nas tarefas. -Por vezes sinto que é necessário, com algumas crianças, permitir terminar a tarefa mesmo depois de esgotar o tempo de aplicação (ainda que o registo seja o desempenho até à altura), sobretudo com crianças empenhadas em ter sucesso e que desejam nitidamente ter um bom desempenho. É importante promover experiências de sucesso e evitar a frustração durante a aplicação deste tipo de provas.
17/12/2007 e 2/01/2008 Pré-adolescente (♂) de 12 anos e mãe	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica Diabetes Melitus, Tipo I Rendimento escolar baixo e dificuldades em lidar com as restrições alimentares da doença	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	Conforme abordado nas últimas sessões, esta família efectuou diligências junto de uma associação de jovens diabéticos a fim de integrar nas suas actividades este adolescente. Foi com muito entusiasmo que a notícia foi-nos dada visto que nesta interrupção de aulas para o Natal já se vão ver envolvidos nos encontros agendados, nascendo assim uma oportunidade do próprio adolescente se integrar com outros com as mesmas dificuldades, assim como da mãe socializar com outras mães cujos filhos possuem DM.
02/01/2008 Criança (♂) de 8 anos e pai	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Anóxia perinatal Dificuldades de aprendizagem	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	
08/01/2008 Pré-adolescente (♀) de 11 anos	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades de aprendizagem e ansiedade de realização escolar	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	A pré-adolescente respondeu aos itens verbais com alguma hesitação e na maioria das vezes sob a forma de pergunta, em tom interrogativo como quem está à espera de aprovação e a precisar de reforço. Este comportamento pode ter na sua base problemas emocionais como a ansiedade.
16/01/2008 e 23/01/2008 Adolescente (♂) de 13 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Comportamento de oposição e	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	Muito introvertido, colaborou nas tarefas sem se expressar muito, penso que consegui conquistar um pouco da sua confiança e estabelecer uma relação ainda que muito ténue. A interacção é reduzida e a expressão que transmite é de desconfiança, o que pode

	heteroagressividade de sobre pessoas e animais		estar associado à percepção que tem da figura paterna como agressiva (informação anterior).
21/01/2008 Adolescente (♂) de 13 anos e mãe	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica Desinvestimento escolar e queixas de comportamento desafiante	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	A desistência fácil e o déficit de atenção foram aspectos salientes no comportamento do adolescente.
22/01/2008 Criança (♀) de 7 anos e avó	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica Perda recente da mãe; ansiedade de separação em relação à avó; dificuldades de aprendizagem	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	
22/01/2008 Criança (♂) de 7 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade da Pedopsiquiatria Heteroagressividade de com pares	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	
28/01/2008 e 29/01/2008 Criança (♂) de 6 anos e avó	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica Episódios de enurese diurna relacionados com ansiedade em relação à professora	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	
28/01/2008 e 07/02/2008 Criança (♂) de 6 anos e mãe	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica agressividade com pessoas e animais	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003); -Aplicação do <i>CAT-H</i> (Bellak & Bellak, 1949);	Uma possível formação de personalidade psicopatológica parece estar patente pelos temas recorrentes de violência como forma de resolução de todas as adversidades também elas tendencialmente agressivas e perigosas. A escalada de comportamento desafiante-opositor foi nítida, com necessidade de interrupção da prova, após limites sucessivos impostos pela estagiária e pela mãe.
30/01/2008, 13/02/2008 e 05/03/2008 Pré-adolescente (♀) de 11 anos e pai	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica Queixas de comportamentopositor Psicopatologia, agressividade e abandono maternos	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003); -Aplicação do <i>CAT-H</i> (Bellak & Bellak, 1949);	

06/02/2008 e 13/02/2008 Criança (♂) de 8 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria TCE com politraumatismos aos 6 anos DA no cálculo	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	Inicialmente inibida, a criança colaborou e mostrou interesse pelas tarefas que lhe foram sendo propostas.
18/02/2008 e 25/02/2008 Criança (♂) de 10 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades de aprendizagem	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	Uma criança bem disposta e sociável desde o primeiro contacto.
20/02/2008 Pré-adolescente (♂) de 11 anos e pais	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Queixas de comportamento opositor Dificuldades ao nível das regras/estratégias educacionais	-Aplicação do <i>CAT-H</i> (Bellak & Bellak, 1949);	Nas narrativas é nítida a ausência de regras sociais básicas ou percepção dos progenitores como figuras de autoridade.
04/03/2008 e 02/04/2008 Criança (♂) de 8 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Quiasma óptico com extensão das fitas ópticas e provável diagnóstico de glioma das vias ópticas associado a Neurofibromatose Tipo I	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003);	
10/03/2008 Criança (♂) de 7 anos e pais	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades de aprendizagem e despiste de DHDA	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003);	
25/03/2008 e 02/04/2008 Pré-adolescente (♂) de 11 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Alterações de comportamento História de meningite e tuberculose	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003);	
26/03/2008 e 23/04/2008 Pré-adolescente (♂) de 11 anos e	Pedido de avaliação do Serviço de Psicologia Clínica	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003);	

padrasto	Morte do pai e dificuldades relacionais com o padrasto		
01/04/2008 e 08/04/2008 Adolescente (♂) de 14 anos	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Queixas de comportamento ansioso, agitação psicomotora e dificuldades de aprendizagem	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003);	
09/04/2008 Adolescente (♂) de 13 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Dificuldades de aprendizagem e insucesso escolar	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	A desistência fácil face às dificuldades nas tarefas deve ser combatida com o reforço e encorajamento adequados.
15/04/2008 e 30/04/2008 Criança (♂) de 9 anos e mãe	Pedido de avaliação da Unidade de Pedopsiquiatria Heteroagressividade dirigida aos pais pelo desejo excessivo de ter um irmão; desmotivação escolar.	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	
16/04/2008 e 23/04/2008 Criança (♂) de 4 anos e mãe	Pedido de avaliação da Pediatria por atraso na linguagem	-Aplicação da <i>WPPSI-R</i> (Wechsler, 2003)	Com crianças tão pequenas a necessidade constante de reforço positivo verbal e encorajamento são muito importantes. Também o recurso ao jogo simbólico a actividades lúdicas prévias à aplicação da prova, auxiliam o estabelecimento inicial da relação e incrementam a motivação para as actividades posteriores.
14/05/2008 Criança (♀) de 9 anos e mãe	Pedido de avaliação da Pedopsiquiatria por microcefalia e enurese diurna primária	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003)	
20/05/2008 Criança (♀) de 8 anos e mãe	Pedido de avaliação da Pedopsiquiatria Despiste de Perturbação do Espectro do Autismo	-Aplicação da <i>WISC-III</i> (Wechsler, 2003).	

Quadro 13. Colaboração na avaliação de outros casos clínicos

3.6. Outras Actividades realizadas no âmbito do estágio

O estágio no Hospital de São Marcos permitiu um contacto muito rico com uma realidade clínica vasta, tanto no contexto do hospital como noutros contextos, instigou um caminho para a investigação, para novas descobertas e aprendizagens, e envolveu um conjunto de actividades que representam mais-valias que não poderiam deixar de ser referidas. As actividades realizadas serão descritas em três grupos: actividades de desenvolvimento de materiais terapêuticos para pais e para o trabalho de estágio; actividades realizadas no hospital; e actividades fora do contexto hospitalar.

Em relação ao desenvolvimento de materiais, sobretudo numa fase inicial do estágio tornou-se pertinente conhecer materiais diversos de avaliação de várias dimensões na criança, bem como os seus objectivos e idades de aplicação. Assim, realizou-se um quadro resumo dos instrumentos de avaliação psicológica disponíveis no gabinete e disponibilizados na faculdade; resumiram-se algumas didácticas para pais sobre como lidar com os comportamentos da criança com enurese, contrato de intervenção na enurese, registo das noites secas/molhadas, contrato comportamental e sistema de *smiles* com registo diário do comportamento, horário/planeamento das actividades diárias, ficha de revisão da sessão e folha de registo da Escala de Avaliação de Métodos de Estudo (Vasconcelos, 2003). Esta possibilidade de concretização de materiais permitiu, não só adquirir mais conhecimentos sobre como expressar as técnicas de modificação comportamental numa linguagem prática e acessível aos pais e utiliza-las no acompanhamento de casos clínicos, mas também uma utilização prática em casos clínicos da Dr.^a Adília Araújo, na recomendação aos pais da leitura das didácticas e de tentar aplicá-las em casa.

Em relação ao contexto do Hospital, tiveram lugar um conjunto de actividades diversas e enriquecedoras, pelos ensinamentos técnicos que promoveram, e algumas essencialmente pelo contacto com outros profissionais de saúde, suas práticas clínicas e suas perspectivas de pensar e cuidar a criança doente/com dificuldades. Nomeadamente:

(1) Começo por referir a cotação/interpretação de algumas provas de avaliação sócio-cognitiva e emocional da criança e do adolescente, actividade prevalente do início, mas também durante todo o estágio, num momento em que se tornou fundamental a familiarização com os instrumentos de avaliação, nomeadamente com os seus objectivos, idades de aplicação, mais-valias e *handicaps*, bem como a sua aplicação e cotação de

forma a obter resultados da avaliação realizada. Esta actividade de cotação de provas manteve-se ao longo de todo o estágio, sobretudo durante a colaboração na avaliação de casos. Este treino de cotação foi sem dúvida uma actividade útil e necessária, por permitir ter um conhecimento mais aprofundado acerca dos instrumentos e do que estes pretendem medir. Mas sobretudo porque o treino de cotação diferentes protocolos, com diferentes padrões de resposta, tornou-se possível aperfeiçoar a própria técnica de cotação, sendo que inicialmente surgiram bastantes dúvidas e receios quanto à melhor cotação (sem favorecer ou desfavorecer os resultados), e no final do estágio a facilidade de cotação revelou-se superior.

(2) Realização de algumas visitas ao edifício da Psiquiatria, nomeadamente à sala da consulta de avaliação de Stress Pós-Traumático, para observar a Dr.^a Cristiana Lopes no processo de avaliação de traumatizados de guerra.

(3) A observação da aplicação da prova de desenvolvimento mental de *Griffiths* pela Dr.^a Adília Araújo (materiais de 0-2 anos) revestiu-se de grande interesse, porque permitiu verificar a versatilidade da prova, e a pertinência e adequação dos materiais que a prova contém, sobretudo em idades precoces, dado que as tarefas são aceites com satisfação pelas crianças. Em termos de procedimento, a Dr.^a Adília tinha uma folha de registo com as várias competências organizadas consoante os meses de idade (ou seja, para cada mês as habilidades que a criança deve conseguir adquirir e conseguir realizar, como conseguir estar de pé sozinho, sem estar apoiado, ter capacidade de preensão fina, que palavras diz, se consegue cantarolar, se consegue dar passos sozinho, são alguns exemplos). O registo realiza-se na forma de *checklist*, em que se assinala *sim* ou *não*, consoante a competência é ou não demonstrada pela criança. Sempre que esta demonstra uma das habilidades, é possível avançar para as seguintes, mas a aplicação em princípio será interrompida se não conseguir realizar três tarefas consecutivas, reiniciando-se a avaliação algum tempo mais tarde. Destacaria que, com a observação destas avaliações, surgiram outras observações, vivências e pensamentos pela possibilidade de interagir e modelar formas de interacção com as crianças mais pequenas.

(4) Nas reuniões multidisciplinares sobre os casos clínicos, os médicos em internato apresentam os seus casos clínicos, em termos de historial médico, da família, sintomas, diagnóstico provável, e procedimentos médicos aplicados a partir do momento do internamento. Posteriormente, o Dr. Bessa-Peixoto (Director Clínico do departamento) levanta uma discussão sobre as terapêuticas farmacológicas mais adequadas a realizar, e

equaciona a possibilidade de dar alta ou não, ou faz uma estimativa do tempo de hospitalização/internamento. A mais-valia de participar nestas reuniões está relacionada com a familiarização com a linguagem, os procedimentos médicos, e aquisição de conhecimentos médicos básicos, o que traz, a meu ver, aprendizagens importantes que contextualizam o trabalho hospitalar e podem ser complementos ao trabalho realizado na consulta de Psicologia.

(5) Comparência em sessões semanais, de orientação do estágio, com a Dr.^a Adília Araújo. Estes momentos tiveram como principal propósito a partilha de informação e discussão de casos clínicos mais complexos, de crianças e adolescentes que frequentam a consultas de psicologia no hospital. Nestas sessões procurava-se sobretudo partilhar informação sobre a avaliação realizada com a criança ou adolescente, trocar ideias sobre a evolução dos casos e a melhor forma de prosseguir a intervenção, sendo discutidos os casos acompanhados por mim. Discutiram-se inúmeros outros aspectos interessantes e que promoveram crescimento, desde procedimentos e posturas terapêuticas face a determinados casos clínicos, aspectos do funcionamento do Hospital, características normativas da fase de adolescência, até a formas de rentabilizar o trabalho em Psicologia no contexto hospitalar.

Em relação às actividades realizadas fora do contexto hospitalar, realçam-se:

(1) Participação nas reuniões semanais de supervisão na universidade, com a orientadora de estágio, Professora Doutora Cláudia Silva, que contaram com o desenvolvimento de temas em Psicologia, ou com a apresentação da conceptualização de alguns casos clínicos. Estas reuniões revelaram-se uma experiência interessante, uma vez que as restantes colegas do grupo de estágio, estiveram inseridas também elas em contextos hospitalares, mais especificamente em serviços de Pedopsiquiatria, nos quais se intervém com base noutras perspectivas ou correntes da psicologia, recorrendo portanto a um enquadramento teórico e a técnicas de avaliação e intervenção diferenciadas, pelo que estas reuniões possibilitaram o contacto com diferentes orientações. Embora esta linha de pensamento e de aprendizagem envolva conceitos diferentes dos da linha cognitivo-comportamental - a formação de base comum a todas as orientandas, penso que foi uma mais-valia poder conhecer técnicas e estratégias, e até interpretações diferentes, de forma a construir meios de avaliação e intervenção mais integrativos e vocacionados para as características e necessidades das crianças. Tornou-se um espaço de partilha de dúvidas, receios, preocupações éticas, de sentires e de avanços e recuos. Um espaço onde senti

devolvidas as competências que tentámos aplicar, a escuta activa, a validação, a empatia. Foi sem dúvida um espaço de compreensão sem o qual o trabalho do estágio ficaria revestido de muito mais ansiedade e desprovido de muita riqueza, técnica e humana.

IV

Competências de Intervenção

127

1. Introdução à Componente de Intervenção

De seguida é apresentado o trabalho desenvolvido ao longo do 5º ano da Licenciatura em Psicologia, ministrada pelo Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, e que pretende demonstrar competências de intervenção. Neste sentido, esta componente é constituída pelo programa de intervenção desenvolvido no âmbito do Seminário de Intervenção, intitulado **“Partir do zero: Programa de Intervenção Comportamental Intensivo Precoce para Perturbações do Espectro do Autismo”**, sob a docência da Professora Doutora Marina Afonso.

O programa de intervenção precoce que aqui se apresenta constitui um modesto manual de intervenção para as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), dirigido a crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo.

O **Autismo** é uma Perturbação Global do Desenvolvimento, uma disfunção no desenvolvimento cerebral, a qual tem origem pré-natal, manifesta-se na infância, persiste ao longo da vida e pode conduzir a uma grande variedade de expressões clínicas (Bedia, Primo, Aguilera, Borbujo, Cilleros, Ferrari, Velarte, Fernández, Muñoz, Rey, Martín, Biggi & La Paz, 2006; Le Couteur, Haden, Hammal & McConachie, 2008; Tsai, 2004). Sabe-se actualmente que a manifestação dos seus sintomas não obedece a um contínuo de maior ou menor intensidade, mas sim a subtipos de alterações – **Perturbações do Espectro do Autismo** (Docampo, Castro & Alvarez, 2006; Du Verglas, 1988 citado por Cabezas, 2005; Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Hewitt, 2006; Klin, 2007; Le Couteur, Haden, Hammal & McConachie, 2008; Murphy et al., 2000 citado por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), os quais afectam uma gama muito ampla de áreas de desenvolvimento em diversos níveis de intensidade (Cabezas, 2005; Hewitt, 2006) e estão tipicamente associados a diversos graus de deficiência intelectual (Cabezas, 2005; Gallagher, 2006; Le Couteur, Haden, Hammal & McConachie, 2008). Toda esta heterogeneidade tem as suas implicações para a escolha da intervenção aqui proposta.

Na ausência de um repertório comportamental básico das crianças com PEA, o programa de intervenção que aqui se apresenta pretende, de uma forma geral, desenvolver habilidades de que, tipicamente, estas crianças carecem, cuja orientação segue uma linha comportamental, sistémica e desenvolvimentista.

Numa primeira fase, apresentam-se genericamente as principais disfunções associadas à problemática e é desenvolvido o enquadramento teórico da intervenção que a seguir se propõe.

Posteriormente, o leitor pode encontrar a caracterização geral do programa e a secção de intervenção, dirigida às competências a desenvolver, e principais estratégias de suporte para alcançar tais objectivos.

2. As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA)

As disfunções subjacentes às PEA passam pelos défices ao nível da interacção social recíproca, da comunicação (verbal e não-verbal) e padrões de interesses e/ou comportamentos restritivos, estereotipados ou repetitivos (por exemplo, resistência à mudança, maneirismos motores, respostas atípicas às experiências sensoriais) (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Bedia et al., 2006; Bellini, Peters, Benner & Hopf, 2007; Hepburn, DiGusepi, Rosenberg, Kaparich, Robinson & Miller, 2008; Hillman, 2006; Johnson, Handen, Butter, Wagner, Mullick, Sukhodolsky, Williams, Swiezy, Arnold, Aman, Scahill, Stigler McDougle, Vitiello & Smith, 2007; Pereira, 2007; Rúa, 2007; Tardif, Lainé, Rodriguez & Gepner, 2007; Tsai, 2004; Whitbread, 2007).

A **redução na interacção social** é visível, por exemplo, na frequência, intensidade e duração dos comportamentos não-verbais (contacto ocular fugaz e irregular, expressão facial, postura corporal); no insucesso na relação com os pares ou na relação inadequada face ao nível de desenvolvimento; na ausência de procura espontânea de partilha de interesses, divertimentos ou actividades com outras pessoas; e/ou na falta de reciprocidade social ou emocional (APA, 2002; Bellini, Peters, Benner & Hopf, 2007; Hillman, 2006; Kasari et al., 1990 citado por Rogers, 2005; Soares, 2006; Sousa, 2006; Tsai, 2004). É visível também uma dificuldade ao nível da empatia, em se situar em relação aos outros e em compreender e prever o seu comportamento (Sousa, 2006; Tsai, 2004). As incapacidades de socialização não afectam “apenas” a capacidade de uma criança para se envolver num jogo ou fazer amigos, a sua influência estende-se ao trabalho em pequenos grupos ou em parceria com um companheiro, às relações criança-terapeuta/educador, entre outras mais (Hewitt, 2006).

No domínio da comunicação, os deficits podem ir de uma ausência total de comunicação verbal, a um discurso fluente com défices “apenas” ao nível da pragmática (Hillman, 2006; Jordan, 2000; Murdock, Cost & Tieso, 2007; Tsai, 2004). Assim, pode existir uma **redução qualitativa na comunicação**: atraso ou ausência no desenvolvimento da linguagem falada; uso estereotipado ou repetitivo da linguagem; quando falam, existe redução na capacidade de iniciar ou sustentar uma conversação (por exemplo, ao nível da pragmática do discurso); falta de reciprocidade, relacionada com a utilização social da linguagem verbal e não-verbal; ausência de jogo simbólico variado e espontâneo ou jogo

social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento; dificuldades na interpretação literal, na compreensão de metáforas e ironias ou na “leitura” de significados a partir do contexto (APA, 2002; Hewitt, 2006; Rogers, 2005; Soares, 2006; Sousa, 2006).

Os **padrões repetitivos e estereotipados** de comportamento, interesses e actividades tomam lugar numa adesão a rituais não funcionais, os quais se expressam na preocupação cingida a um ou mais padrões de interesse reduzidos ou não normais; na adesão a rotinas ou rituais específicos não funcionais; em maneirismos motores estereotipados e repetitivos; e/ou na preocupação persistente com partes de objectos (APA, 2002; Hillman, 2006; Soares, 2006; Tsai, 2004). A previsibilidade é também uma faculdade alterada nas crianças com PEA, havendo uma necessidade de um ambiente estruturado e constante que lhe permita “saber o que vai acontecer”, o que resulta na referida resistência à mudança (Sousa, 2006). Os medos surgem muitas vezes associados à não compreensão do que rodeia a pessoa, e portanto, uma importante implicação para a intervenção é a necessidade de criar rotinas e hábitos organizados de trabalho (Sousa, 2006).

No **nível cognitivo** salientam-se as dificuldades relacionadas com a atenção, a organização e generalização, ou seja, a criança responde apenas a uma parte restrita do meio envolvente (“túnel da atenção”); manifesta dificuldades em perceber o que a rodeia e em prever acontecimentos e; a sua aprendizagem refere-se sempre a uma situação específica, falhando na generalização a novas situações (Sousa, 2006).

Nas **alterações sensoriais** salientam-se a inconsistência das reacções à estimulação e a hiper ou hipo-sensibilidade a determinados estímulos (Sousa, 2006; Tsai, 2004). Há mesmo quem defenda que as crianças com PEA têm uma perturbação marcante no processamento auditivo (percepção e compreensão) e no processamento de outras sensações – hiper e/ou hipo-reactividade, tais como a informação visual, espacial, táctil, proprioceptiva e vestibular (Soares, 2006).

Uma **deficiência de imaginação** afecta bastante a capacidade de uma criança com PEA para “fazer de conta”, para se envolver em jogos imaginativos ou criativos com os outros e para resolver problemas (Hewitt, 2006). Para além disso, esta incapacidade pode também conduzir os indivíduos a exibirem uma compreensão limitada das consequências, tanto positivas como negativas e não desenvolverem, por isso, um banco de memórias de situações da vida real que lhes permite outra capacidade – previsibilidade (Hewitt, 2006). A resistência à mudança, a “rigidez de pensamento” que impede a transferência de quaisquer competências ou estratégias de abordagem a situações anteriormente adquiridas está também relacionada com a capacidade de imaginação (Hewitt, 2006).

A evidência clínica aponta para o facto de o Autismo ser resultado de alterações generalizadas do desenvolvimento de diversas funções do sistema nervoso central, não se

tratando pois de uma causa biológica única, devendo-se considerar uma **etiologia multifactorial** onde estão implicados factores hereditários com uma contribuição genética complexa e multidimensional que dá lugar a uma grande variabilidade de expressão comportamental (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; González & Menchaca, 2007; Larsson et al., 2005; Newschaffer & Cole, 2005; Tsai, 2004). A mesma literatura refere que os genes por si só não podem explicar todas as variações que se verificam nos desvios tão precoces, há que ter em conta a interacção entre o potencial genético e o biológico do nível pré e perinatal, assim como a relação com muitas patologias genéticas.

O **processo avaliativo do Autismo** deve ser tomado numa perspectiva interaccionista e desenvolvimentista que analise os atrasos e desvios da criança (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), assim como incluir informações de múltiplas fontes e contextos ambientais (por exemplo, relatos dos pais, dos professores, observação da criança em diferentes ambientes) (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Filipek et al., 1999 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). Também é recomendado que as avaliações das PEA sejam multidisciplinares, sempre que possível, envolvendo profissionais da psicologia, psiquiatria, pediatria, neurologia, terapia da linguagem e terapia ocupacional (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Docampo, Castro & Alvarez, 2006).

Os benefícios da **identificação precoce** das PEA são reconhecidos pelos pais e profissionais envolvidos (Le Couteur, 2003; Vikram, 2003) e constituem um passo essencial para a integração social (Cowley, 2000). Existem novas possibilidades para diagnosticar o Autismo numa idade mais precoce, muito antes dos sintomas clássicos se tornarem aparentes por volta dos 2 ou 3 anos de idade (Chairman & Baird, 2002, Howlin & Asgharian, 1999 citados por Drew, Baird, Baron-Cohen, Cox, Slonims, Wheelwright, Swettenham, Berry & Charman, 2002; Lord et al., 1995, Lord & MacGill-Evans, 1995, Cox et al., 1999, Stone, Ousley, Hepburn, Hogan & Brown, 1999 citados por Le Couteur, 2003; Lord, 1997, Stone et al., 1999, Charman et al., 1997, Cox et al., 1999 citados por Vikram, 2003; Medical Research Council [MRC], 2001; Stone et al., 1999, Teitelbaum et al., 1998 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), o que parece ser especialmente importante dada a aparente eficácia das intervenções intensivas precoces, comportamentais e educacionais (Drew et al., 2002; Howling, 2002, Lord et al., 2005 citados por Magiati, Charman & Howlin, 2007; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Pereira, 2007).

Neste sentido, a **intervenção terapêutica** nas PEA deve ter início mais cedo possível, ser intensiva, abranger os contextos naturais da criança e envolver activamente as famílias (Fenske et al., 1985, Prizant & Wetherby, 1988, Rogers, 1998 citados por Ozonoff,

Rogers & Hendren, 2003; Fuentes, 2004; Lovaas, 1987 citado por Kazdin, 2000; Lovaas, 1987 citado por Volkmar, Lord, Klin & Cook, 2002; Whitbread, 2007).

3. Justificação/Pertinência do Programa

Enquanto o Autismo continua a gerar mais perguntas que respostas, um facto aceite internacionalmente é a importância da detecção e intervenção precoces, dado os seus efeitos claramente positivos sobre o seu prognóstico (Dawson & Osterling, 1997, National Research Council, 2001, Rogers, 1998 citados por Bedia et al., 2006; Fuentes, 2004; Greenspan & Brazelton, 2000; Jordan, 2001 citado por Aldred, Green & Adams, 2004; Kabot et al., 2003, Smith, 1999 citados por Hillman, 2006). Assim, se um diagnóstico precoce for seguido de uma intervenção também ela precoce (por exemplo, antes dos 3 anos de idade), o prognóstico e evolução serão tanto melhores, nomeadamente ao nível do controlo do comportamento, relativamente às dificuldades de comunicação e as competências instrumentais e funcionais em geral – autonomia (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Bedia et al., 2006). Uma intervenção compreensiva que inclua o treino parental, modificação do comportamento, educação especial, estimulação sensorial, terapia da linguagem, treino de competências sociais e farmacoterapia, resulta geralmente em efeitos positivos significativos na vida destas crianças (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, Tsai, 2001 citados por Tsai, 2004). Apesar de não existir cura para as PEA, é então possível reduzir algumas das limitações associadas a esta perturbação (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Christian, 2006; Hewitt, 2006) e parece que a capacidade para melhorar competências funcionais está mais relacionada com a qualidade da intervenção e menos com a capacidade da criança (Rogers, 2005).

Tem sido colocada uma enorme ênfase na identificação precoce e tratamento das crianças em idade pré-escolar através de programas de educação especial em ambientes extremamente estruturados (pré-escola ou centros de dia) e no trabalho próximo da família para a ajudar a lidar com a problemática e a aumentar a interacção com a criança com PEA (Jocelyn et al., 1998, Kobayashi et al., 2001, Koegel et al., 1996, Ozonoff & Cathcart, 1998, Zanolli et al., 1996 citados por Tsai, 2004). A investigação actual sugere que as crianças com PEA podem melhorar muito com determinadas intervenções das quais se salientam as comportamentais intensivas, ao nível da linguagem, treino de competências sociais e intervenções de base escolar/educacional (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Christian, 2006; Green, 1996 citado por Pereira, 2007; Kasary & Rotheram-Fuller, 2005 citado por Hillman, 2006; Lovaas, 1987, McEachin, Smith & Lovaas, 1993 citados por Magiati, Charman & Howlin, 2007; Lovaas et al., 1976 citado por Tsai, 2004; MRC, 2001;

Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). A sua eficácia geralmente depende de um conjunto de características tais como serem precoces, intensivas (pelo menos 25 horas semanais ou 5 dias por semana, incluindo os contextos naturais), individualizadas, ajustadas ao nível de desenvolvimento e envolvendo os pais (Christian, 2006; Dawson & Ostering, 1997, Rogers, 1998 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Lovaas, 1987, McEachin, Smith & Lovaas, 1993, Scheinkopf & Siegal, 1998 citados por Tsai, 2004; MRC, 2001). De salientar que alguma investigação sobre a eficácia das intervenções refere que as abordagens naturalistas acarretam uma generalização mais rápida e uso espontâneo das aprendizagens linguísticas por exemplo (Delprato, 2001 citado por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Whitbread, 2007).

A maioria dos casos de crianças com PEA requer intervenções amplas, intensivas e a longo prazo (Fuentes, 2004; Kasari et al., 2001, Fuentes et al., no prelo citados por Bedia et al., 2006). De acordo com alguns trabalhos mais relevantes, a intervenção precoce mais eficaz é aquela que se baseia num vasto conhecimento sobre a natureza da perturbação, combinado com o conhecimento das diferentes técnicas de intervenção que podem utilizar-se em cada caso, com a aplicação de um programa individualizado, baseado numa avaliação detalhada da criança e necessidades do seu perfil (Marcus, Garfinkle & Wolery, 2001 citado por Bedia et al., 2006; Greenspan & Brazelton, 2000; Prizant & Rubin, 1999). Não existe um programa único e igual para todas as pessoas afectadas, a diversidade entre elas (gravidade, problemas associados, idade, condições da perturbação, entre outros) desaconselha planear um tratamento educativo idêntico para todas as crianças (Christian, 2006; Fuentes, 2004; Greenspan & Brazelton, 2000; Prizant & Rubin, 1999). Assim, as crianças com PEA respondem bem aos programas educativos especializados e estruturados, desenhados à medida das suas necessidades e diferenças individuais – abordagem funcional (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Greenspan & Brazelton, 2000; Prizant & Rubin, 1999).

Importante será dizer que um plano individual de apoio à pessoa com PEA não deve suspender-se ao chegar à idade adulta. De novo, e sempre, em função das suas características pessoais, o adulto com Autismo requer uma educação continuada, um acompanhamento personalizado de apoios sociais que possibilitem uma vida com qualidade (Fuentes, 2004).

Alguma literatura sugere que as intervenções centradas na criança e na sua família, cuja abordagem parte de uma perspectiva global dos problemas básicos do Autismo (por exemplo, défices nas competências comunicacionais, na interacção social, repertório restrito de interesses), em coordenação com os serviços de saúde, com equipas especializadas de tratamento e com os agentes educativos como elementos activos no processo, podem

conduzir a resultados muito positivos, não só na melhoria das capacidades adaptativas da criança e da sua família, como também enquanto fortalecimento das redes de apoio e dos recursos comunitários (Bedia et al., 2006; Drew et al., 2002).

No que diz respeito à intervenção propriamente dita, apesar da vasta diversidade de modelos de intervenção e terapias, a ênfase tem estado nos métodos psicoeducacionais baseados nas teorias da aprendizagem, sobretudo aprendizagem vicariante e operante (Andaluz, 2000; Pereira, 1996 citado por Pereira, 1998, 2007).

As grandes linhas de intervenção com terapias psicológicas no Autismo baseiam-se em métodos comportamentais integrados em estruturas e conteúdos psicoeducacionais (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Le Couteur, 2003; MRC, 2001; Pfeiffer & Nelson, 1992 citado por Pereira, 1998) e é conhecida a importância das intervenções psicoeducativas com vista à aquisição das competências sociais, comunicativas e cognitivas básicas (Christian, 2006; Committee on Educational Interventions for Children with Autism, 2001, Rogers, 1998 citados por Volkmar, Lord, Klin & Cook, 2002; Rogers, 1998 citado por MRC, 2001).

As intervenções comportamentais provenientes da teoria da aprendizagem influenciaram fortemente os tratamentos para crianças com Autismo, sendo que as abordagens do comportamento operante que enfatizam o aumento da intensidade, frequência e duração de comportamentos ou a sua substituição, são muitas vezes incluídas em programas terapêuticos (Andaluz, 2000; Pereira, 1998). As técnicas comportamentais referidas nalguma literatura são o *time-out*, o reforço negativo, o custo de resposta (Andaluz, 2000), o reforço positivo, *prompting* e modelagem (Prizant & Rubin, 1997, Koegel & Koegel, 1995, Anderson & Romanczyk, 1999 citados por Le Couteur, 2003).

A terapêutica do comportamento operante tem sido efectiva na iniciação de comportamentos funcionais sociais e na diminuição de comportamentos mais severos de auto-agressividade (Andaluz, 2000; Favell, 1983 citado por Kazdin, 2000), quando aplicadas as suas técnicas precocemente e de uma forma intensiva (Christian, 2006; Lovaas, 1987 citado por Kazdin, 2000; Lovaas, 1987 citado por Volkmar, Lord, Klin & Cook, 2002; Harris & Handleman, 1988, Howlin, 2001 citados por Le Couteur, 2003), facilitando assim o envolvimento no processo e por isso está muitas vezes incluída nos programas educacionais (Lovaas, 1987 citado por Volkmar, Lord, Klin & Cook, 2002).

A maioria dos programas comportamentais incorpora a aprendizagem e treino de competências sociais para colmatar as dificuldades ao nível do funcionamento interpessoal, passando muito por abordagens em sala de aula, utilização de pares sem deficiência e professores como modelos de interacção social apropriada (Kazdin, 2000; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Strain, Kohler, & Goldstein, 2005). Neste tipo de intervenção não só se treinam competências com as crianças, mas também providenciam suporte e treino aos pais

(Christian, 2006; Lovaas, 1987 citado por Volkmar, Lord, Klin & Cook, 2002; Pereira, 1998). O envolvimento activo da família é essencial na intervenção nas PEA, assim como o suporte fornecido deve continuar para lá do processo de avaliação (Christian, 2006; Fuentes, 2004; Le Couteur, 2003). Os pais podem ser agentes importantes na educação e socialização das suas crianças, integrando-se como co-terapeutas nos processos de intervenção (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Pereira, 1998; Schopler & Reichler, 1971 citados por Le Couteur, 2003), por isso torna-se necessário o treino contínuo das famílias de acordo com as mudanças individuais da criança (Christian, 2006; Fuentes, 2004; Le Couteur, 2003). Assim, os pais podem ser extremamente úteis na generalização das aprendizagens e na manutenção de certos ganhos terapêuticos, como também ajudar a incrementar o ritmo de aprendizagem dos seus filhos (Hamblin, 1971, Kozloff, 1973, Lovaas, 1987 citados por Pereira, 1998).

Os programas educacionais que mostraram ser mais efectivos com crianças em idade pré-escolar possuem base comportamental, empregam uma abordagem estruturada de ensino, focalizam-se nas competências específicas do desenvolvimento (de acordo com as necessidades do perfil individual), no aumento da comunicação e compreensão sociais e são implementados muitas vezes com recurso aos pares como mediadores (Bartélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Jordan, 2000; Le Couteur, 2003; Strain, Kohler, & Goldstein, 2005). Importa referir as intervenções no comportamento social mediadas pelos companheiros, não fossem elas a maioria dos trabalhos publicados, corroborando a ideia da inclusão escolar das crianças com PEA (Bass & Mulick, 2007; Goldstein & Strain, 1988, Odom & Strain, 1986, Strain et al., 1979 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Lord, 1995, Wolfberg & Shuler, 1993 citados por Le Couteur, 2003; Mesibov & Shea, 1996, Zanolli et al., 1996 citados por Tsai, 2004; Strain, Kohler, & Goldstein, 2005). Trata-se de estratégias com elevado potencial de aprendizagem, generalização e manutenção em turmas mistas pré-escolares empiricamente estudadas (Goldstein et al., 1992, Hoyson et al., 1984, Odom & Strain, 1986, Odom et al., 1999, Strain et al., 1977 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Strain, Kohler, & Goldstein, 2005). Alguns autores demonstraram que a simples exposição diária em sessões de jogos com parceiros da mesma faixa etária, levava a manifestação de mais comportamentos sociais das crianças com autismo (Lord & Magill-Evans, 1995, Lord & Hopkins, 1986 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). Se forem ensinadas estas técnicas aos pais com vista à interacção entre irmãos, as melhorias ao nível social podem ser nítidas (Strain & Danko, 1995, Strain et al., 1994 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003).

As técnicas mediadas por companheiros são especialmente eficazes porque geralmente suprimem a necessidade de se transferirem aprendizagens dos adultos para os

companheiros e assim combatem-se algumas limitações a este nível, na intervenção (Danko et al., 1998 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). Porém, não existe evidência que mostre que a colocação/inclusão total ou a tempo inteiro, das crianças mais pequenas com PEA em contextos escolares, sem o adequado suporte e estrutura, trará resultados positivos (Guralnick & Groom, 1988, Hundert, Mahoney, Mundy & Vermon, 1998 citados por Hundert, 2007; Le Couteur, 2003). No mínimo, acredita-se, e está devidamente confirmado, que se previne o isolamento social futuro (Bass & Mulick, 2007; Le Couteur, 2003), embora todas as decisões devam ser tomadas tendo em conta as necessidades da criança e as características dos contextos (Le Couteur, 2003). Reforçaria aqui os benefícios da **inclusão** das crianças com PEA em ambientes educacionais, tanto pela possibilidade de igualdade de oportunidades, como pela melhor preparação para a vida (Hewitt, 2006; Tsai, 2004). Porém, uma inclusão de sucesso só pode ser conseguida quando se toma em consideração as formas únicas e alternativas de pensar e de encarar o mundo destas crianças (Hewitt, 2006), isto é, quando são consideradas em verdade as diferenças individuais desta população.

É certo que ainda permanecem muitas questões sem resposta tais como o suposto mérito e benefícios dos diferentes programas de intervenção (Le Couteur, 2003), mas a verdade é que o **modelo comportamental** parece ser o único modelo psicológico de tratamento com demonstrações observáveis de eficácia em crianças com PEA (Lovaas & Smith, 1996; Schreibman & Koegel, 1981 citado por Pereira, 2000). Se é verdade que o desenvolvimento, dito normal, das crianças se desenrola através da interacção organismo-meio, a qual permite a aquisição de comportamentos e a aprendizagem das funções dos estímulos (Lovaas & Newsson, 1976, Lovaas, Shreibman, Koegel, 1974, Pereira, 1999 citados por Pereira, 2000), em termos terapêuticos, a perspectiva comportamental incide exactamente sobre a manipulação dos determinantes do comportamento, ou seja, sobre os antecedentes, mediacionais e consequentes (Pereira, 2000). Mais especificamente, os comportamentos podem ser explicados mediante leis de aprendizagem: quando são reforçados mostram curvas de aquisição semelhantes às obtidas por qualquer organismo, quando o reforço é retirado, são exibidas curvas de extinção (Lovaas et al., 1965 citado por Lovaas & Smith, 1996). Mesmo os comportamentos que não são aprendidos como consequência da intervenção estão também relacionados com antecedentes e reforços identificáveis (por exemplo, os comportamentos auto-destrutivos podem estar a ser negativamente reforçados permitindo que a criança evite uma situação aversiva ou positivamente reforçados pelo controlo da atenção dos outros) (Lovaas & Smith, 1996).

É importante fazer referência a algumas abordagens terapêuticas não abrangidas neste trabalho, mas consideradas pela literatura como importantes na redução dos sintomas

comportamentais associados às PEA. A saber, as terapias que incluem a música, a arte ou terapias com animais, podendo ser implementadas em grupo ou individualmente. Para além de se criarem oportunidades de comunicação, desenvolvendo com isso a interacção social e proporcionando aquisições importantes, estas terapias prestam o seu grande contributo às crianças com PEA ao nível das oportunidades para o desenvolvimento de relações, em ambientes protegidos. Contudo, com excepção destes possíveis efeitos, não existe garantia comprovada da sua eficácia terapêutica (Fuentes, 2004).

No presente programa contemplar-se-á uma **intervenção de tipo psicoeducacional** na medida em que se proporcionarão as estratégias necessárias à aquisição de comportamentos considerando os contextos relacionais escola-casa-família-comunidade. Incidir-se-á na **aquisição um repertório comportamental básico**, ou seja, competências que são pré-requisitos para o desenvolver de outras aprendizagens mais complexas, ao nível da comunicação, interacção social, dificuldades cognitivas, alterações sensoriais e comportamentos indesejados. Pretende-se, como **objectivo geral**, promover a autonomia e melhorar a integração social destas crianças. O programa também se destina ao desenvolvimento de competências de generalização e manutenção das aprendizagens em diferentes contextos, sociais e físicos, numa perspectiva preventiva que inclui a participação dos pais e pares, para além de se proporcionar o respectivo suporte/apoio àqueles.

4. Caracterização Geral do Programa

4.1. População-alvo:

Apesar das necessidades longitudinais e transversais de intervenção com pessoas com PEA, este programa é dirigido a **crianças** com uma média de idades por volta dos **três anos**.

Porque a generalização das aprendizagens remete para a implementação das estratégias com a criança em contextos ditos naturais, a continuidade da intervenção caberia aos pais depois de devidamente treinados. Assim, contemplar-se-ão momentos de intervenção com os **pais**, dirigidos essencialmente ao treino de competências de generalização e manutenção de aprendizagens. Mas inicialmente, e sempre que se justificar, as sessões com os pais incidirão na psicoeducação, suporte, ventilação e reflexão de sentimentos. Assim, à medida que são apresentadas no programa diversas estratégias de suporte a implementar com a criança dirigidas às diferentes dimensões em défice aqui abrangidas, deverão ocorrer sessões de ensino e treino das mesmas com os progenitores, de forma a garantir a generalização e manutenção das aprendizagens e potenciar os pais com “ferramentas” para lidar com a criança.

4.2. Implementação/Aplicação:

No programa constam **diferentes dimensões de intervenção**: comportamentos indesejados, comunicação, interacção social, dificuldades cognitivas, alterações sensoriais, nas quais cada estratégia de suporte e respectiva aprendizagem deve ser tomada, conforme se avança, como linha de base da aprendizagem posterior. **Não se apresentam sessões estruturadas** de intervenção porque as necessidades das crianças com PEA abrangem uma série de competências comuns, mas em défice em diferentes graus e com diferentes problemas associados. A aposta do programa está numa **abordagem compreensiva desenvolvimental** de intervenção, pelo que esta deve ser sustentada por um modelo que conceptualize os défices desenvolvimentais a partir de uma perspectiva funcional da criança e família afectadas. Neste sentido, deve ser construído um plano de intervenção individual orientado com estratégias clínicas, sendo que algumas são apresentadas neste programa.

O **carácter intensivo** desta intervenção remete para, pelo menos, 25 horas semanais ou 5 dias por semana, incluindo os contextos naturais. “Intensidade” aqui não se define apenas pelo número de horas passadas na interacção/instrução um-a-um, mas também inclui os períodos de tempo passados com a criança ajudando-a a generalizar competências através de experiências espontâneas e interacções inerentes ao dia-a-dia da mesma.

Não é estabelecido um termo pelas razões já apontadas anteriormente, as quais se prendem com as necessidades e idiosincrasias das pessoas afectadas com a problemática. Existem diferentes graus de PEA, não há duas crianças afectadas exactamente da mesma maneira, algumas crianças apresentam dificuldades que exigem mais atenção e uma intervenção especial numa determinada área, durante um período de tempo mais prolongado, enquanto que noutra criança esse processo pode ser mais rápido e fácil.

Como consequência da diversidade de características individuais, níveis de funcionamento, incapacidades associadas e diferentes probabilidades de evolução, a planificação do tratamento deve ser individualizada. A intervenção que aqui se apresenta é de **aplicação individual** cuja linha de base é a idiosincrasia do sujeito. Embora o desenvolver de um programa exija uma base comum, recomenda-se que seja adaptado, flexível à criança com quem se vai trabalhar. O trabalho desenvolvido individualmente com a criança assenta num dos modos de actuação mais conhecido neste âmbito, o ensino de tentativas discretas, cujo procedimento é muito estruturado e caracterizado por uma interacção um-a-um, uma operacionalização clara e concisa, ajudas específicas para facilitar o acontecimento comportamental e a sua finalização através de um determinante, sujeito, este mesmo, a um programa específico de contingências.

É sabido que a intervenção educativa com crianças com PEA deve contemplar todas as áreas e esferas do desenvolvimento, assim como estender-se a todos os ambientes da criança (para permitir a generalização das aprendizagens), deve ser continuada e flexível, atendendo à individualidade de cada um. Também está demonstrada, e foi referida anteriormente, a eficácia da aprendizagem por observação com pares e professores, quando se trata de crianças pequenas. Neste sentido, parece mais adequado utilizar a metodologia de interacção um-a-um, inicialmente e especialmente se a criança não é ainda social e interactiva, e progressivamente introduzir, à medida que a criança se vai tornando mais capaz na interacção social, a interacção com os pares e os pequenos grupos de trabalho.

Para a implementação deste programa recomenda-se, por um lado, uma estruturação física, temporal, da situação de ensino, ou seja, em condições ideais, deverá ser implementado num **contexto específico de aprendizagem**, por exemplo numa **sala de ensino com ambiente estruturado**.

O termo “estruturado” refere-se ao grau de ambiguidade e confusão removidos da situação de ensino-aprendizagem. Isto é conseguido através da modificação do ambiente físico, por exemplo, uso de pistas visuais e esquemas de trabalho. O ensino estruturado é um sistema para organizar o ambiente, desenvolvendo actividades apropriadas e ajudando a criança a compreender o que é esperado dela. Inclui por isso uma rotina de trabalho. São três as componentes do ensino estruturado que incorporam este programa: 1) a estruturação física do espaço, com áreas de aprendizagem, acessibilidade dos materiais; 2) sistemas/planos de trabalho que comunicam à criança a actividade, o início e o fim da mesma, o que acontece após o seu término, e por isso incrementam o sentido de previsibilidade e de sequência temporal; 3)

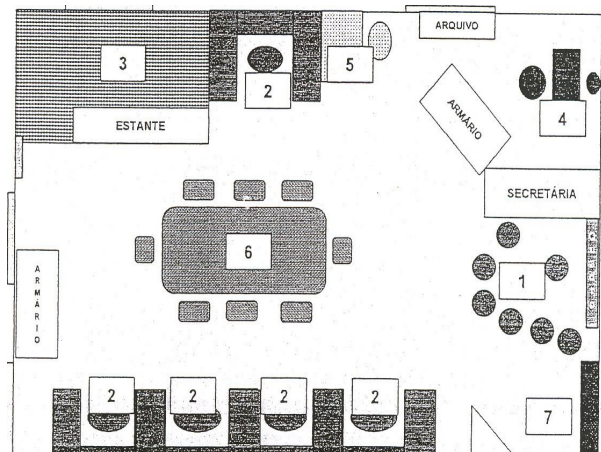


Figura XVI. Exemplo de uma planta de uma de sala de aula TEACCH. 1) Reunião; 2) Trabalho individual; 3) Brincar; 4) Aprender; 5) Computador; 6) Trabalhar em grupo; 7) Área de transição (Retirado de Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).



Figura VXII: Exemplo de uma sala TEACCH (Retirado de Pedrosa, 2006).

estrutura/organização visual, como por exemplo o horário diário ou os modelos/pistas visuais, minimizam a ansiedade e maximizam a clareza, compreensão e interesse.

A **sala** (Figuras XVI, XVII e XVIII) deverá ser um espaço com áreas claramente definidas e separadas por fronteiras físicas (com armários, biombos, entre outros) de forma a mostrar à criança o que se pretende dela. A estrutura visual da sala ajudará a criança a focar atenção nos aspectos mais relevantes das tarefas. Devem criar-se espaços com significado, incluindo áreas que correspondem a actividades específicas determinadas pelo material existente nesse espaço. Assim a criança saberá o que se espera dela quando vai para essa área. O ambiente deve ser destituído de distractores visuais e sonoros que dificultem a identificação de pistas relevantes e necessárias para a criança realizar as actividades.



Figura XVIII. Exemplo de uma sala TEACCH (Retirado de Pedrosa, 2006).

As **actividades** também devem estar estruturadas no tempo para fornecer à criança o sentimento de previsibilidade e de sequência temporal. Por exemplo, uma criança tira do seu plano de trabalho uma imagem ilustrativa da primeira actividade, executa na área de



Figura XIX. Exemplo de uma área de trabalho (Retirado de Christian, 2006, pp. 38).

trabalho as etapas da actividade e uma vez terminada, arruma o material no sitio e dirige-se para a área de transição, onde está o horário. A necessidade de princípios e finais de actividades bem definidos deve ser contemplada com recurso por exemplo a um período de descanso e de recompensa entre actividades. Progressivamente a criança aprenderá a trabalhar por períodos cada vez mais longos até executar todas as tarefas que estão incluídas no plano de intervenção.

A **área de trabalho** (Figura XIX) deve estar rotulada com o nome da criança para a ajudar a compreender que esta área é o seu próprio espaço de trabalho. Poderá tirar-se proveito da utilização de um **sistema de tabuleiros empilhados** (Figura XX), numa tentativa de evitar o excesso de informação visual simultânea, em que o tabuleiro de entrada

é o do topo. Para além desta estratégia ajudar a manter a área de trabalho arrumada, também dá à criança uma sensação visual do seu trabalho realizado uma vez que vê o tabuleiro de saída a ficar mais cheio e o tabuleiro de entrada mais vazio. Algumas crianças necessitarão de ser fisicamente guiadas para colocarem os trabalhos no tabuleiro de saída, pelo menos inicialmente, contudo, à medida que forem mais cooperativas e se habituarem a este método, as tarefas e expectativas podem ser adequadamente intensificadas.



Figura XX. Exemplo de um sistema de tabuleiros (Retirado de Pedrosa, 2006).

Na **área de transição** devem estar disponíveis, por exemplo nos quadros afixados, horários visuais, se necessário separados para o período da manhã, do meio-dia e da tarde. Tal estratégia deverá ser utilizada quando não se justifica a implementação de um sistema de pistas visuais, dependerá do nível de desenvolvimento da criança. De qualquer forma, é importante uma estruturação visível do dia, seja mediante horário escrito, seja ilustrado (para crianças tão pequenas como é o caso do programa que se apresenta neste trabalho, o melhor será optar pelas pistas visuais ilustradas).

Os **materiais** de que a criança vai precisar devem estar em pequenos recipientes para serem usados na estação de trabalho, apenas disponibilizados quando forem necessários e por isso armazenados longe da vista da criança. Aconselha-se que lhe seja apenas fornecidas quantidades mínimas de materiais de trabalho.

Dado que as aprendizagens das crianças com PEA se constroem em rotinas organizadas e necessitam de um ambiente estável, deve preconizar-se a integração inversa, ou seja, em vez de estas desenvolverem actividades nas salas do regular, deverão ser as outras crianças a deslocarem-se, pelo menos inicialmente, à sala (Christian, 2006; Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.; Hewitt, 2006).

Por outro lado, o programa está desenhado para tomar lugar num **contexto de inclusão** (numa pré-escola), dado que se contempla o treino das aprendizagens nos contextos naturais da criança (casa e escola) e a aprendizagem por modelação com os pares sem deficiência, facilitando-se a aprendizagem das competências em contextos onde elas ocorrem naturalmente como parte integrante da rotina diária e colmatando-se limitações de outras intervenções cujos contextos são restritos a um local e a um adulto.

Dado que as PEA atingem uma vasta gama de áreas funcionais e de desenvolvimento, um programa de intervenção deve ser planeado e desenvolvido por diversos profissionais, entre

os quais se encontram os especialistas de educação, psicologia, medicina, terapia ocupacional, terapia da linguagem e outras disciplinas (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Cabezas, 2005). A **participação interdisciplinar** é de vital importância neste âmbito, embora neste trabalho nos dedicaremos apenas à intervenção de cariz psicológico, ressalva-se aqui a necessidade de trabalhar em conjunto com outros técnicos de outras áreas transversais no desenvolvimento com vista à integração da criança no meio em que está envolvida. É então recomendada a combinação de diferentes níveis de intervenção.

4.3. Estratégias base:

Do ponto de vista educacional, as necessidades das crianças com PEA centram-se em quatro principais áreas: 1) padrões comunicacionais; 2) relações sociais; 3) alterações sensoriais e; 4) dificuldades cognitivas. Assim, na ausência de repertórios comportamentais, pretende-se que estes possam ser induzidos na criança gradualmente, até se atingir o comportamento final desejado, estabelecendo-se, previamente, uma hierarquia de prioridades das necessidades individuais, familiares e em função dos recursos disponíveis.

Algumas técnicas podem fazer diminuir intensidade de comportamentos indesejáveis (por exemplo heteroagressividade, choro excessivo), retirando/alterando os antecedentes e reforços que os mantêm ou introduzindo consequências aversivas à sua emissão. O **reforço positivo, o prompting e a modelagem** estão subjacentes, como uma pedra basilar de toda a educação/intervenção que aqui se propõe. Outras importantes implicações para a evolução positiva da criança são a necessidade **de consistência e coerência por parte de todos os profissionais intervenientes** no processo educativo, assim como a promoção de uma aprendizagem activa, fomentando a autonomia.

4.4. Objectivos gerais do programa (Quadro 14):

Objectivos Gerais do Programa

Favorecer um desenvolvimento social e comunicacional adaptado aos diversos contextos onde a criança afectada está inserida;

Facilitar a interacção social e os processos de socialização;

Desenvolver a capacidade de linguagem receptiva e expressiva, assim como potenciar o processo de comunicação espontânea;

Reduzir os problemas de comportamento e transtornos emocionais associados que interfiram com o desenvolvimento e aprendizagem;

Ensinar competências adaptativas e treinar funções cognitivas e emocionais que fomentam a sua flexibilidade;

Fomentar a capacidade para solucionar problemas;

Ampliar os interesses e actividades da criança;

Prestar apoio e dar informação à família, profissionais e pares implicados, ajudando a ultrapassar as dificuldades à medida que aparecem;

Proporcionar informação essencial sobre a problemática e sobre os métodos de actuação aos pais: manuseamento de estratégias de generalização e manutenção de aprendizagens.

Quadro 14. Objectivos gerais do programa

4.5. Recomendações gerais para a intervenção:

Na intervenção com crianças com PEA algumas pistas são sugeridas, de uma forma geral. Relativamente à **atenção ou envolvimento mútuos**, dever-se-á seguir e entrar na actividade da criança, de uma forma persistente, assim como tratar o que a criança faz como intencional. Durante a intervenção, para procurar a sua atenção, o profissional deverá colocar-se à frente da criança, entrar e aderir nas actividades perseverativas ou interesses naturais e emocionais da mesma, não considerar o “não” ou o evitamento como uma rejeição, nunca interromper ou mudar de assunto enquanto houver interacção e, insistir sempre numa resposta (*floor time*). O objectivo principal destas interacções espontâneas é mobilizar a atenção, o envolvimento e criar interacções para solucionar problemas (Greenspan & Brazelton, 2000; Sousa, 2006).

No âmbito do **planeamento motor**, devem-se tratar todos os comportamentos como se fossem intencionais, criar problemas para resolver e fornecer um destino para as acções. Relativamente à **simbolização**, deve-se procurar responder a desejos reais através do “faz de conta”, dar significado simbólico a objectos e gestos, desenvolver as ideias da criança e, por exemplo, falar com os bonecos (Sousa, 2006).

Todas as **instruções verbais** devem ser curtas, simples, específicas e directas (Hewitt, 2006) e esta regra aplica-se à intervenção em qualquer das dimensões do programa. É preciso conceder alguns segundos após a emissão da instrução e sempre que for necessário repetir a instrução verbal. O profissional deve assegurar-se de que usa exactamente a mesma fraseologia, pois uma alteração, mesmo que numa única palavra, pode ser interpretada pela criança como sendo um pedido totalmente diferente (Hewitt, 2006). Isto também é importante na comunicação entre todos os envolvidos na educação da criança, todo devem usar as mesmas regras.

Procurar **escolher prioridades de intervenção** com a criança e com a família é fundamental numa abordagem dedicada às diferenças e necessidades individuais como esta que aqui se apresenta.

5. Partir do Zero: Programa de intervenção comportamental intensivo precoce para as Perturbações do Espectro do Autismo

A implementação da intervenção aqui proposta parte do princípio de que foi levada a cabo uma avaliação multidisciplinar, iniciando-se o programa com a fase de estabelecimento da relação terapêutica, de suporte à família, psicoeducação e familiarização com a intervenção.

5.1. Intervenção com a família

Existe evidência suficiente de que as PEA causam um enorme impacto sobre as famílias para além da sobrecarga que recai, especialmente, sobre as mães. As exigências sobre as famílias prendem-se, entre muitas, com o lidar com a doença de um filho, necessidades financeiras, dificuldades em lidar/educar o filho, dúvidas relativas ao tratamento e prognóstico (Johnson et al., 2007). Não é de todo fácil aceitar a perturbação, sendo que a sua aceitação depende, geralmente, da idade da criança, das competências/dificuldades que aquela apresenta, o número de filhos e idade do casal, a saúde dos elementos da família, até mesmo da situação económica (Jordan, 2000), a severidade da perturbação, suporte social da mãe, locus de controlo percebido pela mãe e apoio dos serviços de saúde (Henderson & Vandenberg, 1992 citado por Tsai, 2004). A acrescentar a todas estas dificuldades, os familiares e pais das crianças com Autismo estão tipicamente mais propensos a desenvolver depressão, ansiedade, elevados níveis de stress (Bitsika & Sharpley, 2004, Rodrigue, Morgan & Geffken, 1990 citados por Hillman, 2006; Gold, 1993, Koegel et al., 1992 citados por Tsai, 2004; McKinney & Peterson, 1987 citado por Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001) e problemas conjugais (DeMyer, 1979 citado por Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001; Higgins et al., 2005 citado por Hillman, 2006). Portanto, capacitar as famílias para lidar com todos estes aspectos é uma parte central da intervenção e tem efeitos positivos na própria evolução da criança (Dillenburger, Keenan, Gallagher & McElhinney, 2002).

A **mediação cognitiva** parece desempenhar um importante papel nas reacções de stress (Grinker & Spiegel, 1945, Janis, 1954, Lazarus, 1993 citados por Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001) e pode ser conceptualizada em dois principais processos: avaliação e *coping* (Holroyd & Lazarus, 1982 citado por Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001). Apesar da ansiedade se referir a uma ou mais situações, não são as situações em si que são ansiogénicas, mas o significado que lhes é confinado. Assim sendo, o desenvolvimento da ansiedade e do stress é um processo sobretudo de avaliação cognitiva (Marques-Teixeira, 1999; Gonçalves, 1994), logo **intervir ao nível das cognições** pode

ajudar a reduzir o stress vivenciado face às circunstâncias adversas destas famílias (Lazarus & Alfret, 1964 citado por Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001) e reestruturar crenças e expectativas abaladas com relação ao luto da criança normal. Se o impacto dos acontecimentos continuar a ser percebido como stressor, poderá também ser minimizado através do **ensino e treino de estratégias de coping efectivas** (Lazarus & Alfret, 1964, Speisman, Lazarus, Mordkoff & Davidson, 1964 citados por Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001).

Fomentar e promover a **rede de suporte social dos pais** pode também auxiliar a luta contra o stress destas famílias, sabe-se que o suporte social está inversamente relacionado com a depressão e a ansiedade (Bristol & Schopler, 1983, Gill & Harris, 1991, Gray & Holden, 1992 citados por Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001).

Os pais de crianças com PEA podem desempenhar um importante papel de generalização e manutenção das competências que estejam a ser trabalhadas com a criança durante a intervenção (Girolametto, Sussman & Weitzman, 2007; Greenspan & Brazelton, 2000; Prizant & Rubin, 1999). O facto de, normalmente, a criança não transferir competências já aprendidas para novos ambientes realça a necessidade de um envolvimento por parte dos pais (Christian, 2006; Dawson & Ostering, 1997, Rogers, 1998 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Fuentes, 2004; Hewitt, 2006; Le Couteur, 2003; MRC, 2001), para além de que permite aos pais uma aprendizagem e treino de estratégias e “ferramentas” extremamente úteis a longo prazo. Assim, o treino parental deve ser desenhado com o objectivo de maximizar a validade ecológica da intervenção com a criança e diminuir a possibilidade de ocorrência de outros riscos ou problemas na família.

Neste sentido, **com os pais**, numa primeira fase de implementação do programa e nalguns períodos paralelos ao trabalho de intervenção com a criança, seria conveniente estabelecer **momentos de suporte, apoio e psicoeducação**. Uma abordagem centrada na família deve procurar desenvolver as capacidades da mesma, de forma a responder às necessidades específicas da criança e conseqüentemente atenuar o sofrimento de toda a família. Para que se consiga um envolvimento efectivo, a parceria educacional da criança deve basear-se na partilha, no profundo respeito, na negociação, na informação, nas aptidões da família/criança, na confiança e responsabilidade de ambas as partes. Muito importante também será o conhecimento e manuseamento, por parte dos pais, de estratégias de intervenção para lidar com a criança, conseguido através do **ensino e treino das estratégias incorporadas neste programa**, pelo que, durante a sua apresentação será feita referência à necessidade de as trabalhar com os pais, paralelamente. Este trabalho parental pode ser conseguido mediante instrução directa, sessões de observação (para discutir e comparar o seu método de trabalho com o do profissional), modelagem, *role-*

play e visualização de vídeos (por exemplo, vídeos com procedimentos de intervenção parental errados a fim de se enunciarem e debaterem as estratégias correctas, sendo que desta forma é possível avaliar as aquisições dos pais e proporcionar oportunidades para o profissional clarificar alguma potencial confusão). É muito importante que os pais e técnicos envolvidos na educação da criança afectada se ajustem mutuamente para que utilizem as mesmas técnicas e ensino/aprendizagem de acordo com os objectivos seleccionados de acordo com o nível da criança. Isto reforça mais uma vez a necessidade de trabalhar com a família e com as restantes disciplinas de intervenção.

Durante a intervenção com os pais, também não deverão ser esquecidas, prioridades cruciais da vida diária desta faixa etária e competências que ocorrem apenas em casa, como por exemplo, a higiene, alimentação, o controlo de esfíncteres, e o sono.

As capacidades importantes para a vida diária devem ser ensinadas num **contexto funcional**, isto é, num contexto em que a utilização dessas capacidades tem uma finalidade, o que ajuda a ultrapassar o problema da transferência de conhecimentos e competências (Jordan, 2000). Neste sentido, devem ser fornecidas e estratégias de suporte aos pais à medida das necessidades da criança e da família.

Uma intervenção interdisciplinar precoce, que tenha a concordância dos pais e que seja por estes plenamente apoiada, é a forma mais sensata de abordar algumas questões. Por exemplo, no que diz respeito à **higiene**, para serem atingidos resultados óptimos, é melhor abordar de forma firme e consistente qualquer tarefa de higiene pessoal como mais uma tarefa de aprendizagem, ou seja, deve ser dividida em pequenos estádios ou passos, facilmente exequíveis, a linguagem deve ser adaptada e devem ser usados avisos visuais e sequenciação, etc, consoante se revelar necessário. Devem ser usados incentivos e recompensas em consonância com o que tiver sido acordado entre os pais e o profissional. Em todas as áreas de funcionamento, quanto mais frequentemente qualquer nova rotina for encorajada, mais familiar ela se torna para a criança com PEA, tornando-se desta forma mais fácil e rápido para ela o processo de compreensão dessa rotina, permitindo-lhe reagir de forma mais apropriada (Hewitt, 2006). Por isso, é útil existir um período de sobre-aprendizagem, em que a criança aprende a executar a tarefa na mesma situação e com os mesmos materiais/objectos, após um período de precisão como critério (Jordan, 2000). As variações devem ser introduzidas muito gradualmente, segundo várias dimensões e uma de cada vez (Jordan, 2000).

Relativamente ao **controlo dos esfíncteres**, deve ser aconselhado aos pais o treino do bacio e da sanita e não há nada neste treino que seja específico para as crianças com PEA, a menos que existam dificuldades motoras ou dificuldades em digerir os alimentos (Jordan, 2000).

De seguida estão resumidas outras directrizes gerais de intervenção com a família (Quadro 15).

Recomendações gerais para a intervenção na família

- Dotar os pais de capacidade de interacção com o problema da criança;
- Fornecer serviços de atendimento e suporte, transmitindo sentimentos de desculpabilização;
- Proporcionar à família um modo de vida mais equilibrado e menos limitado;
- Estabelecer uma atmosfera de confiança;
- Incentivar os pais a intervir no processo;
- Satisfazer as necessidades de informação usando uma linguagem acessível, honesta e essencial;
- Ser sensível à dor dos pais, proporcionando-lhes oportunidades de superação da dor;
- Aconselhar grupos/associações de pais com filhos com PEA;
- Ensinar os princípios da gestão de reforços, extinção de comportamentos indesejados e comportamentos alternativos positivos;

Quadro 15. Recomendações gerais para a intervenção na família (Adaptado de Drew et al., 2002; Johnson et al., 2007; Jordan, 2000).

5.2. Familiarização com o programa

A familiarização com o programa, por parte da criança e da família, com o profissional e com o contexto da intervenção pode ser uma importante técnica para colmatar a generalizada resistência à mudança característica das crianças com PEA (Hewitt, 2006) e integrar os pais na intervenção propriamente dita.

Para começar este processo, poderá ser feita uma visita inicial à escola/local de intervenção fora do horário escolar, acompanhada por um dos progenitores (Hewitt, 2006).

Também pode ser fornecida aos pais uma fotografia do exterior do edifício e outra dos membros importantes do corpo de profissionais dado que este procedimento fortalece este género de abordagem (Hewitt, 2006). Dependendo da reacção da criança à sua primeira visita podem revelar-se necessárias mais sessões “de prova” da sala de trabalho e do resto do ambiente escolar (Hewitt, 2006). A criança deve ser encorajada a pegar num brinquedo ou a dedicar-se a uma actividade sobre a qual revele maior interesse (Hewitt, 2006).

Outras visitas posteriores são úteis para a criança se familiarizar com as restantes estruturas do contexto, como o refeitório, os gabinetes, entre outros (Hewitt, 2006). Logo que a criança esteja familiarizada com o meio físico, o passo seguinte deverá ser a apresentação a alguns dos seus pares e/ou companheiros (Hewitt, 2006). Isto poderá ser conseguido pelo esforço de um ou dois pais compreensivos que estejam dispostos a deixar

os seus filhos permanecer na escola mais ou menos quinze minutos após o fim das aulas (Hewitt, 2006).

É importante assegurar que qualquer sessão de familiarização termina com uma tonalidade muito positiva para que seja considerada uma experiência globalmente positiva para a criança (Hewitt, 2006).

5.3. Intervenção ao nível dos comportamentos indesejados

Porque estes comportamentos interferem com as actividades diárias, a educação, esforços de aprendizagem da criança, aceitação social e oportunidades de inclusão (Amorim, 2003; Christian, 2006; Conroy, Dunlap, Clarke & Alter, 2005 citado por Blair, Umbreit, Dunlap & Jung, 2007; Johnson et al., 2007; Jordan, 2000), são o primeiro alvo de intervenção aqui apresentado.

Devem ser reservados os direitos primeiramente às intervenções comportamentais dada a sua eficácia comprovada em programas implementados nos domicílios ou em centros comunitários, cuja técnica mais conhecida é a **análise funcional do comportamento** (Blair, Umbreit, Dunlap & Jung, 2007; Dillenburger, Keenan, Gallagher & McElhinney, 2002; Green, 1996, Smith, 1996 citados por Prizant & Rubin, 1999; Smith, 1999 citado por Hillman, 2006; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Pereira, 1998; Pereira, 2000).

Admite-se que estes comportamentos estereotipados e/ou de auto-agressão servem

Ficha de Análise Funcional do Comportamento

Nome: _____ Data: _____
 Página _____ de _____

	Contexto	Actividade	Antecedente	Comportamento	Consequência	Comentários
H.Início: _____ H.Fim: _____ Intensidade: _____						
H.Início: _____ H.Fim: _____ Intensidade: _____						
H.Início: _____ H.Fim: _____ Intensidade: _____						

uma função adaptativa como por exemplo a comunicação de necessidades ou desejos, resultando em determinados ganhos ou em fugas a acontecimentos indesejados (Christian, 2006; Jordan, 2000; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). São autênticas mensagens (Christian, 2006; Hewitt, 2006) e é geralmente recomendado que estas questões comportamentais sejam abordadas antes de outras aprendizagens (Jordan,

Figura XXI. Exemplo de uma Ficha de Análise Funcional do Comportamento (Retirado de Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).

2000; Hewitt, 2006). Quando estes comportamentos são extremos podem ser perigosos para a própria criança e para os outros (Christian, 2007). Assim, aprender a distinguir o significado dos diferentes comportamentos conduz a uma melhor compreensão da criança e das suas necessidades individuais (Jordan, 2000; Hewitt, 2006). É evidente que tais

comportamentos são mantidos por consequências comportamentais ou internas (Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).

A **análise funcional** é um processo que examina a relação entre o comportamento e o seu ambiente, é a verdadeira manipulação das variáveis ambientais que reduzem, eliminam ou provocam o comportamento (Christian, 2006; Jordan, 2000; Prizant & Rubin, 1999; Sugai et al., 2000 citado por Blair, Umbreit, Dunlap & Jung, 2007).

Neste sentido, alguns dos objectivos desta técnica são definir o comportamento-alvo, apurar a intensidade e frequência do mesmo, determinar os antecedentes e consequentes desse comportamento (Figura XXI) (Blair, Umbreit, Dunlap & Jung, 2007; Christian, 2006; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Prizant & Rubin, 1999). A mesma literatura refere que, a “simples” alteração dos antecedentes de um comportamento, impede a ocorrência do comportamento indesejado e leva à sua substituição por comportamentos alternativos que servem o mesmo propósito dos comportamentos indesejados. A análise funcional pode ser conduzida de várias maneiras, uma delas é o conhecido sistema de recolha de informação ABC (antecedentes, comportamento e consequentes) (Christian, 2006; Jordan, 2000). É importante não recorrer a processos punitivos, mas antes utilizar abordagens de suporte comportamentais positivas (*positive behavioral support – PBS*³), respeitando o repertório comportamental da criança que, por si só, já é restrito e não eliminando, mas ensinando novas competências para servir a função comunicativa daqueles comportamentos indesejados (Christian, 2006; Didden et al., 1997, Horner et al., no prelo, Koegel et al., 1996, O’Neil et al., 1996 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Jordan, 2000). O procedimento de intervenção mais comum baseado na análise funcional do comportamento é o **ensino de tentativas discretas**, “método de Lovaas” ou modificação do comportamento. É um procedimento muito estruturado e caracterizado por uma **interacção um-a-um**, (desenvolvido numa mesa de trabalho) uma operacionalização clara e concisa, ajudas específicas para facilitar o acontecimento comportamental e a sua finalização através de um determinante, sujeito, este mesmo, a um programa específico de contingências (Christian, 2006; Prizant & Wetherby, 1998). Consiste em séries de lições repetidas, incorporam o antecedente, uma instrução que configura geralmente um pedido à criança, o comportamento ou a resposta da mesma, e uma consequência, reacção do profissional baseada na resposta daquela (Christian, 2006; Prizant & Wetherby, 1998). Neste tipo de

³ As abordagens de suporte comportamentais positivas são provenientes das abordagens comportamentais, segundo as quais o plano de suporte contempla a avaliação da função comunicativa do comportamento, incorpora métodos de alteração/redução de comportamentos que respeitam a dignidade da pessoa, ensina novas competências que servem a mesma função comunicativa que o comportamento indesejado, inclui também elementos da família ou alguém que possa providenciar suporte tal como elementos da comunidade, pares (Christian, 2006).

intervenções são utilizados reforços concretos seleccionados a partir das preferências da criança, muitas crianças inicialmente respondem a reforços concretos como comida. Mais tarde, este tipo de reforços deve ser substituído progressivamente por outros, como por exemplo, fichas de pontos, reforço verbal, abraço (Christian, 2006; Prizant & Wetherby, 1998). A parte final do ensino de tentativas discretas é uma curta pausa entre a consequência e a próxima instrução, denominada por intervalo entre tentativas (Christian, 2006; Prizant & Wetherby, 1998). É importante alargar este treino, esta prática, a vários contextos, preferencialmente, aos naturais da criança (Christian, 2006), pelo que se deverão fornecer os respectivos materiais e didácticas aos pais e procurar treinar com eles estas estratégias de manipulação ambiental. Os pais poderão ser chamados como observadores do trabalho com a criança por alguns períodos de tempo. Ensinar e treinar os pais com as técnicas da análise funcional do comportamento leva geralmente à redução dos problemas de comportamento e melhorias ao nível da comunicação, bem como de outras competências adaptativas (Lerman et al., 2000, Moes & Frea, 2002, Smith, Buch, Gamby, 2000, Symon, 2005 citados por Johnson et al., 2007). Algumas actividades são sugeridas (Quadro 16: Actividades para incrementar a socialização “Interagir com Fantoques”).

Dimensões implicadas	Socialização; interacção individual;
Objectivo(s)	Incrementar a interacção social, as capacidades de jogo imaginativo; Usar apropriadamente o fantoche para interagir com o de outra pessoa;
Materiais	2 fantoches;
Procedimento	Colocar um dos fantoches na mão e usa-lo para brincar com a criança, fazer-lhe cócegas e representar uma conversação social simples utilizando voz falsa. Encorajar a criança a responder ao boneco de forma apropriada. Tentar que ela olhe para o fantoche e não para a cara do profissional. Quando a criança perceber a ideia, deve dar-se o outro fantoche e mostrar-se como usa-lo. Tentar fazer com que a criança use o seu fantoche para interagir com o outro. Experimentar fazer cócegas com o fantoche no da criança para ver como se ela reage ao boneco e não ao profissional.

Quadro 16. Actividades para incrementar a socialização: “Interagir com Fantoques” (Adaptado de Amorim, 2003).

5.4. Intervenção ao nível da Linguagem

Enquanto a comunicação é o precursor normal da aquisição da linguagem, nas PEA a linguagem pode desenvolver-se sem que as crianças tenham ideia de como a utilizar para comunicar ou compreenderem de que modo pode ser utilizada pragmaticamente, para além

do sentido literal das palavras/frases (Jordan, 2000). Têm também dificuldade em interpretar as expressões faciais, as posturas corporais e até ao nível da regulação do espaço pessoal (Jordan, 2000).

O funcionamento linguístico é um dos dois mais importantes determinantes do prognóstico dos sujeitos com Autismo (Volkmar, Lord, Klin & Cook, 2002; Lotter, 1974, Rutter, 1984, Venter et al., 1992 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), sendo que nas situações em que a linguagem é muito limitada por volta dos 5 anos de idade está prevista maior incapacidade na idade adulta (Lotter, 1974, Rutter, 1984 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). Tendo em conta que cerca de 75% a 95% das crianças pequenas com Autismo conseguem desenvolver as capacidades linguísticas porque sujeitas a intervenções específicas nesse âmbito (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), é de todo pertinente recomendar estratégias nesse sentido. O objectivo desta secção de intervenção é desenvolver competências de comunicação mais efectivas, verbais e não-verbais, cuja respectiva aprendizagem pode resultar num declínio significativo dos problemas de comportamento. Importante será dizer que toda e qualquer estratégia de ensino neste âmbito deverá ser inserida num contexto de comunicação, sugerindo-se assim que as intervenções linguísticas sejam adaptadas para que se tornem “naturais”, integradas numa comunicação genuína.

É de todo pertinente introduzir momentos de intervenção paralelos, junto dos pais, focalizando a atenção, neste ponto específico, na aprendizagem de competências de ensino de uma comunicação funcional (em função do grau de disfunção linguística e do nível de desenvolvimento da criança devem ser ensinadas aos pais as estratégias que a seguir estão expostas, por exemplo o uso de sistemas de pistas visuais) e de técnicas para promoverem a generalização e manutenção das aquisições da criança (criar situações e aplicar estratégias para consolidar as aprendizagens que a criança vai desenvolvendo durante a intervenção, neste caso, no que diz respeito à linguagem). Com o trabalho paralelo com os pais pretende-se, antes de mais, que estes passem a encorajar a criança para a participação social interpretando e respondendo às suas tentativas de comunicação como se elas fossem totalmente intencionais e compreendidas.

A seguir encontram-se algumas características das crianças com PEA, no âmbito da linguagem expressiva e receptiva, e são resumidas algumas estratégias gerais de suporte a recorrer durante a intervenção/educação da criança (Quadro 17: Estratégias de suporte para comunicação expressiva e Quadro 18: Estratégias de suporte para a comunicação receptiva).

5.4.1. Comunicação Expressiva

Características da criança com PEA	Estratégias de suporte para a Comunicação Expressiva
Não verbaliza	<p>Avaliar as funções comunicativas;</p> <p>Desenvolver e usar sistemas de comunicação progressivos e apropriados à criança;</p> <p>Ensinar o que é a comunicação, as suas funções mais práticas (ver tópico “Ensinar as Funções da Comunicação” apresentado a seguir ao presente quadro);</p> <p>Usar linguagem concisa, concreta que incorpore o nível de linguagem da criança;</p> <p>Ensinar competências de imitação (ver tópico ver tópico “Ensinar Competências de Imitação” apresentado a seguir ao presente quadro);</p> <p>Usar gestos associados à linguagem, usar exageradamente expressões faciais;</p> <p>Esperar pela resposta da criança, colocar um olhar expectante - boca aberta, sobrancelhas carregadas, estabelecendo contacto ocular;</p> <p>Tentar usar entoação e volume exagerados, isso captará atenção da criança;</p> <p>Encorajar o contacto ocular, mas não forçar a criança a responder com contacto ocular, fornecendo simplesmente frases directivas do tipo “olha para mim”;</p> <p>Minimizar o uso de questões directas;</p> <p>Observar o que a criança está a fazer e emitir comentários apropriados, por exemplo, a criança põe um boneco em cima da mesa, dizer “O bebé vai dormir”;</p> <p>Criar situações de comunicação nas quais a criança terá que falar para conseguir/alcançar o que pretende;</p> <p>Responder a qualquer tentativa verbal ou não verbal do comunicação da criança, responder consistentemente e reforçar o esforço para comunicar;</p> <p>Os elogios verbais podem ser alternados com um simples gesto (por exemplo, mão fechada com o polegar apontado para cima), transmitindo um sinal de recompensa visual;</p>
Se fala, pode não usar adequadamente o discurso para comunicar	<p>Conhecer as tentativas não verbais e apresentar expressões comunicativas;</p> <p>Usar significados e materiais naturais;</p> <p>Manter a aprendizagem da linguagem como uma actividade divertida;</p> <p>Usar gestos e expressões faciais;</p> <p>Expandir a linguagem adicionando uma palavra ou tópico, repetindo-os diversas vezes;</p> <p>Comentar apropriadamente sobre o que a criança está a fazer, fornecendo-lhe como que um diálogo interno;</p> <p>Usar álbum de fotos para discutir acontecimentos passados e calendários para discutir sobre acontecimentos futuros;</p>

	Modelar formas de comunicar em vez de corrigir;
Ecolália ⁴	<p>Avaliar de que modo a ecolália está a ser usada e qual a forma que assume;</p> <p>Linguagem simples, evitar discurso longo, avaliar funções comunicativas, entoação e pausas, relacionar a ecolália com aspectos do ambiente, usar e ensinar gestos;</p> <p>Fornecer informação visual para ilustrar o significado das questões ou instruções e questões mais abertas;</p> <p>Responder a questões ecolálicas literalmente para modelar a resposta correcta;</p> <p>Ensinar a aplicação de conceitos com frases incompletas;</p> <p>Certificar que os significados correctos estão a ser associados às palavras correctas;</p> <p>Ensinar a usar ecolália de uma forma funcional (ver tópico “Ecolália Funcional” apresentado a seguir ao presente quadro);</p>
Discurso/interrogação repetitivos	<p>Tentar compreender o que a criança está a comunicar e reconhecer as suas necessidades (por exemplo através da Ficha de Análise do Comportamento, referida na secção “Intervenção ao nível dos comportamentos indesejados”;</p> <p>Ensinar a fazer perguntas ou pedidos;</p> <p>Redireccionar e focalizar, introduzir e expandir o repertório;</p>
Modulação anormal da voz	Modelagem, instruções directas
Inversão pronominal (“eu” e “tu”)	<p>Ensinar o uso de nomes;</p> <p>Usar gestos para ensinar pronomes;</p> <p>Recorrer a vídeos e fotografias;</p>
Expressão não-verbal pobre	<p>Responder a qualquer tentativa de comunicação, usar e ensinar gestos;</p> <p>Expandir as competências da linguagem pragmática da criança;</p>
Dificuldade na expressão de emoções	Ensinar estratégias de <i>coping</i> , avaliar o significado do comportamento
Dificuldades na conversação: esperar pela sua vez, manter	<p>Ensinar competências para a criança participar em conversas com os outros;</p> <p>Ensinar regras/técnicas de conversação como iniciar, terminar uma conversação, iniciar ou mudar de assunto, esperar pela sua vez (ver tópico</p>

⁴ Ecolália é a repetição das palavras ou frases escutadas, podendo ser imediata ou retardada, a primeira refere-se à repetição que ocorre imediatamente após a palavras originais, a segunda pode ocorrer horas, dias ou semanas após. Ambas exercem funções comunicativas para a criança com PEA (Christian, 2006) e traduzem a não compreensão do que lhes foi dito oralmente (Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).

tópico, ausência de referências	<p>“Esperar pela sua vez” apresentado a seguir ao presente quadro), saber ouvir;</p> <p>Ajudar a criança a compreender e antecipar a perspectiva dos outros;</p> <p>Expandir as funções da linguagem, ou seja, compreensão do humor, sarcasmo, e idiomas, através do uso de linguagem figurativa, solução de problemas linguísticos, narração;</p>
---------------------------------	---

Quadro 17. Estratégias de suporte para a Comunicação Expressiva (Adaptado de Christian, 2006, pp. 31,32; Green & Stephen, 1996 citado por Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.; Jordan, 2000, pp. 43 - 60).

Ensinar as funções da comunicação

Primeiro deve-se avaliar e atribuir significado às expressões não comunicativas da criança, por exemplo, a criança chora todas as manhãs e bate em si própria quando tem fome, embora não queira expressar isso. Nesse caso, sempre que ela começa a chorar, em vez de dizer “deves ter fome!” (porque ensinará a criança a chorar antes de lhe darem comida), dever-se-á ensinar-lhe a comunicar que está com fome de um modo diferente, dando ao profissional um cartão com um desenho de comida, por exemplo. O sucesso desta intervenção depende em muito do profissional deduzir ou não correctamente o que a criança deseja dizer, comunicar numa determinada situação.

Nos casos em que a criança tem deficiências mais acentuadas no que diz respeito às tentativas de comunicação, a função da comunicação a ensinar prioritariamente é a de pedir. No início pode ensinar-se o agarrar a mão do profissional e lançá-la na direcção do que deseja, depois deve-se ensinar a criança a parar e a olhar para o profissional até que a criança começa a lançar esse olhar dirigido ao profissional de uma forma espontânea. De salientar que é necessário ampliar isto a vários contextos, pelo que deve ser explicado e treinado também com os pais simultaneamente. Posteriormente, a criança deve ser levada a, com a mão que pretende agarrar, gradualmente, proceder ao acto de comunicação que consiste em apontar e olhar. Se se ensinar a apontar sem previamente ensinar o seu significado, isso levará a criança a apontar indiscriminadamente para as coisas (Jordan, 2000).

Ensinar competências de imitação

A capacidade de imitação é basilar para toda a aprendizagem e desenvolvimento, sem ela a criança não pode aprender a falar ou adquirir outros comportamentos adaptativos. Esta capacidade envolve repetições directas e simples, tais como, inicialmente, vocalizações ou bater palmas e posteriormente, aprendizagens mais complexas.

No âmbito da intervenção na linguagem serão expostas algumas actividades que incidem na imitação da motricidade fina e global – competências básicas de imitação que funcionam como requisito prévio para aprender outros processos de imitação mais complexos. De salientar que, antes de intervir, deve fazer-se uma avaliação de todas as imitações existentes (Amorim, 2003).

Actividade de imitação avançada com plasticina (Quadro 19)

Dimensões implicadas	Imitação vocal; Motricidade fina, manipulação; Percepção visual;
Objectivo(s)	Aprender a aumentar a atenção aos movimentos do profissional e desenvolver força nos dedos; Imitar a construção de três figuras simples de plasticina;
Materiais	Plasticina;
Procedimento	Colocar 6 pedaços médios de plasticina na mesa. Colocar 3 em frente à criança e guardar os restantes 3. Com uma peça fazer um objecto simples familiar, como por exemplo uma taça. Fazer com que a criança imite a construção “Faz como eu”. Dirigir-lhe as mãos se necessário e de seguida continuar a moldar a taça do profissional para que a criança tenha um modelo para imitar. Quando a criança tentar imitar a construção colocar de lado as duas “taças” e recompensa-la. Seguir o mesmo procedimento com os restantes pedaços de plasticina, dizendo sempre o nome do objecto em questão de forma repetida. Encorajar a criança a imitar.

Quadro 19. Actividade de Imitação avançada com plasticina (Adaptado de Amorim, 2003).

Actividade de imitação de movimentos de animais (Quadro 20)

Dimensões implicadas	Imitação; Motricidade global;
Objectivo(s)	Melhorar a imitação motora mais complexa e encorajar a imitação de memória; Imitar os movimentos de 3 animais;
Materiais	3 animais de peluche ou 3 figuras ilustradas com animais (animais que possuam movimentos bastante diferentes);
Procedimento	Mostrar um dos animais e deixar os outros num local visível para que a criança veja que é uma tarefa que terá sequência. Mostrar por exemplo um pássaro e dizer “Olha o pássaro. O pássaro voa.” Aqui, o profissional deverá imitar o bater das asas de um pássaro com os seus braços e dizer “Um pássaro voa.” Tentar fazer com que a criança imite, ajudando-a a

fazer os movimentos, se for necessário. Repetir a mesma actividade com os restantes animais. Após alguma repetição, é suposto a criança começar a ligar o nome do animal à figura e à actividade a realizar e quando começar a imitar estas acções com alguma facilidade, deve mostrar-se um dos animais e hesitar alguns segundos para ver se ela se antecipa nos movimentos.

Quadro 20. Actividade de imitação de movimentos de animais (Adaptado de Amorim, 2003).

Jogo da estátua (Quadro 21)

Dimensões implicadas	Imitação; Motricidade global;
Objectivo(s)	Melhorar a motricidade global; Imitar pessoas ou bonecos em diferentes posições;
Materiais	Figuras de pessoas em diferentes posições; Mostrar a imagem de uma pessoa de pé e assumir essa posição, ajudando a criança a fazer o mesmo. Se for possível, uma terceira pessoa poderá
Procedimento	ajudar a posicionar a criança e os seus membros para que ela possa estar sempre a olhar para o modelo. Iniciar com posições diferentes e mais simples, complexificando progressivamente.

Quadro 21. Jogo da estátua (Adaptado de Amorim, 2003).

Actividade de imitar mudanças de som (velocidade e volume) (Quadro 22)

Dimensões implicadas	Imitação; Percepção, audição; Motricidade fina, manipulação; Melhorar a atenção e desenvolver conceitos de imitação alto/baixo e devagar/depressa;
Objectivo(s)	Imitar mudanças de velocidade e volume de um padrão enquanto bate com uma colher numa panela;
Materiais	2 colheres e 2 panelas; Sentados numa mesa, frente a frente, colocar uma panela e uma colher e começar a bater com esta na panela a um ritmo regular e moderado. Fazer com que a criança imite as batidas, ajudando-a a começar se necessário.
Procedimento	Tentar bater na panela ao mesmo ritmo que a criança e quando os ritmos estiverem quase iguais, começar a bater na panela do profissional a um ritmo cada vez mais rápido, assegurando que a mudança foi nítida. Se a criança não igualar o ritmo ao do profissional, este deverá com a outra mão ajudar a criança e guia-la ao ritmo pretendido, dizendo “Bate mais

depressa”. Quando a criança aumentar o ritmo, mesmo que seja com a assistência do profissional, deve-se diminuir novamente o ritmo e ver se ela o imita. Repetir a actividade muitas vezes até que a criança consiga prestar atenção à velocidade e imitar com sucesso. Recorrer ao mesmo procedimento para ensinar o volume.

Quadro 22. Actividade de imitar mudanças de som (velocidade e volume) (Adaptado de Amorim, 2003).

Ecolália funcional

A razão pela qual as crianças com PEA tendem a apresentar um elevado número de expressões ecológicas, as quais traduzem a não compreensão do que lhes foi dito oralmente, deve-se ao facto de ser frequente um maior desenvolvimento da memória auditiva não acompanhada pela respectiva compreensão do significado ou descodificação desses estímulos (Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).

Ensinar a usar ecolália de uma forma funcional

Pedidos

Se a criança toca, pega numa bola ou abana o braço do profissional dirigindo-se à bola, deve-se modelar, dizendo “bola” ou “quer a bola” ou “[nome da criança] quer a bola” enquanto se dá a bola à criança. Se a criança diz “queres um bolo?”, o profissional deve dizer “[nome da criança] quer um bolo” enquanto se dá o bolo à criança. Ela pode espontaneamente mais tarde dizer “[nome da criança] quer um bolo”, o que continua a ser um eco mas é um passo intermediário mais apropriado entre a questão ecológica como um pedido e uma forma mais natural como “eu quero um bolo”.

Escolhas

Para a criança que não consegue responder a uma escolha verbal como “Queres bolachas ou uma maçã?”, omitir a questão durante algum tempo. Mostrar os dois itens e dizer “bolachas....maçã...[nome da criança] quer...” Se a criança nomear um dos itens e pedir o outro, é necessário confirmar a sua escolha, dando o que ele escolheu (por exemplo, a maçã) e dizendo “[nome da criança] quer uma maçã”. Evitar dizer “Tu queres uma maçã” ou “Está bem, aqui está a tua maçã”, porque a criança pode usar a frase de forma espontânea como um pedido da próxima vez que quiser uma maçã. Se a criança não responder ao pedido de confirmação anterior, deve nomear-se o item enquanto se o dá à criança “Maçã” e fazer uma pausa para ver se há ecolália. Se não se regista ecolália neste ponto repete-se o nome do item e dá-se à criança a maçã.

Cumprimentar

Evitar dizer “Olá “[nome da criança]!” à criança que vai repetir a frase. Apenas deve dizer-se “Olá” ou “Adeus” sem anexar nomes. Se precisar chamar a sua atenção antes pode dizer-se “[nome da criança]” e a seguir “Olá”. A mesma atenção pode ser atribuída a expressões como “Até amanhã” ou “Até logo”. Aos pais pode ser ensinado o uso de expressões sem nomes próprios ou outros que possam ser repetidos e não soem bem, como “Até logo filho” deve ser substituído por “Até logo”.

Rejeições/proibições

Se a criança puxa a comida para fora ou grita quando se lava a cara, deve ajudar-se a criança a afastar a comida, dizendo “Não bolo! Não quero bolo!”, “Stop!” ou “Não quero lavar a cara!”. Por vezes pode aceitar-se a recusa, mas noutros casos, deverão ser repetidas as regras à criança. Nesses casos, deve dizer-se algo empático como “Não gosto de lavar a cara”... “A cara da [nome da criança] está suja. Temos de a lavar”.

Comentários

Modelar comentários é útil não só para a construção do vocabulário e dos conceitos mas também como actividade social e pré-conversacional, através de várias oportunidades para usar a ecolália como uma ferramenta de ensino e potenciando a criança com linguagem apropriada a situações semelhantes durante as actividades que realiza sozinha. Quando ela está, por exemplo, a completar um *puzzle* pode dizer-se “Aqui está o cavalo...vamos pô-lo ali...uhh-oh, não cabe...aqui, já está!”.

Enquanto se contam histórias e fazem-se comentários às mais diversas situações, deve-se apontar e fazer a criança mais tarde apontar, sempre que possível para objectos concretos relacionados, por exemplo a frase inclui a palavra “sapatos”, apontar para os da criança (Christian, 2006; Jordan, 2000).

Técnica de conversação “Esperar pela sua vez”

Para ensinar a esperar pela sua vez para falar pode recorrer-se, inicialmente, a jogos baseados na imitação mútua, podem começar por ser uma imitação do profissional dos sons emitidos pela criança e logo que ela repare nisso e pare para esperar que o profissional tome a sua vez, mudar progressivamente os sons no sentido de encorajar a criança a prestar atenção aos sons emitidos pelo adulto e a imitá-los.

Também podem desenvolver-se jogos com objectos, como por exemplo fazer passar de mão em mão um objecto que signifique ser a vez de falar da pessoa que o tem, em pequeno grupo.

Estas actividades pretendem ajudar a regular os períodos de tempo atribuídos à criança para falar (Jordan, 2000).

5.4.2. Comunicação Receptiva

Características da criança com PEA	Estratégias de suporte para a comunicação receptiva
Por vezes parece fazer audição selectiva	Providenciar algum tipo de toque físico ou emparelhar com <i>inputs</i> verbais;
Requer tempo adicional para compreender ou responder a um estímulo verbal isolado	Dar tempo (para cima de 30 segundos), emparelhar estímulos verbais com pistas e materiais visuais;
Dificuldade em interpretar e responder gestos e informação sociais	Usar linguagem simples (vocabulário e estrutura) e linguagem que seja familiar para a criança; Exagerar no fornecimento de pistas, enfatizar a atenção na informação social, ensinar directamente competências sociais; Usar gestos associados à linguagem, usar exageradamente expressões faciais; Falar com a criança com orações curtas e concisas, isso vai maximizar a compreensão e providencia ao mesmo tempo um modelo a imitar; Usar músicas e cantar;
Interpretação literal	Limitar o uso de idiomas, duplos significados e formalidades linguísticas; Recorrer às histórias cómicas ilustradas e histórias sociais (descritas mais à frente); Minimizar as questões directas (por exemplo, “O que é isto?” “O que é que queres?”);

Quadro 18. Estratégias de suporte para a comunicação receptiva (Adaptado de Christian, 2006, pp.32).

Exercícios educativos de resposta com *pivot* (*pivotal response training, PTR*) (Koegel et al., 1998, Pierce & Schreibman, 1997 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Prizant & Rubin, 1999) e **exercícios educativos com recurso a incidentes** (McGee et al., 1983 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Prizant & Rubin, 1999). Para estes exercícios são ensinados comportamentos *pivot* de comunicação a generalizar às

situações (por exemplo, fazer pedidos) (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). A actuação desenvolve-se no ambiente natural da criança implementando-se após qualquer comunicação iniciada pela própria com vista ao estabelecimento de comunicação mais elaborada (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003).

Trocas afectivas e interações sociais

Inerentes aos princípios do desenvolvimento da criança, as quais recorrem aos jogos e controlo das interações os pilares fundamentais das **abordagens desenvolvimentistas-pragmáticas** passam por motivar a criança para comunicar mostrando-lhe que a comunicação e o interagir com os outros são gratificantes (Prizant & Wetherby, 1998 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). Todavia a evidência empírica destas abordagens é reduzida e carece de mais investigação (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Greenspan, 2001 citado por Caldeira da Silva et al., 2003).

Sistemas de pistas visuais

Destinados a crianças que ainda não falam ou usam o discurso de uma forma incipiente, com objectivo de trabalhar as capacidades de comunicação funcional (Christian, 2007; Jordan, 2000; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), os símbolos pictóricos com figuras de comunicação são verdadeiras estratégias eficazes para fazer a criança com PEA iniciar um pedido (Christian, 2006; Jordan, 2000; Reichle et al., 1996 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). As pistas visuais apresentam o conceito abstracto de tempo de uma forma concreta, comunicando o início dos acontecimentos/actividades e a sequência das mesmas, isto é, o que vem a seguir. Esta técnica auxilia a promoção da capacidade de previsão, planeamento e sequenciação, incrementa a comunicação efectiva e diminui a frequência de comportamentos indesejados (Christian, 2006). Nas crianças para as quais é mais difícil falar, estes sistemas são uma forma de atribuir significados aos símbolos e nestes casos estas crianças ficarão mais estimuladas para aprender a falar desde que os pais também usem incessantemente estes sistemas de comunicação alternativos (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). Desta forma, estas crianças poderão pelo menos comunicar desejos e experiências, perceber minimamente as comunicações das outras pessoas, ter um maior sentido de previsibilidade e conseqüentemente diminuir os comportamentos inapropriados (Johnson et al., 2007). Não requerem materiais dispendiosos ou complexos e podem ser facilmente implementados pelos pais e educadores. (Christian, 2006).

O primeiro passo na construção de pistas visuais deve ser a avaliação do nível de compreensão da criança das diferentes formas de comunicação visual.

A hierarquia da comunicação visual deve ser a seguinte (do menos abstracto para o mais abstracto):

- 1- Objectos (objecto inteiro, objecto em miniatura, objecto parcial);
- 2- Fotos;
- 3- Símbolos;
- 4- Palavras escritas.

Se por exemplo a criança compreende algumas fotos mas geralmente está num nível de objectos, a pista pode consistir numa combinação de objectos e fotos.

Quando a criança demonstrar compreensão dos objectos, a pista pode ser emparelhada com uma foto para ensinar à criança o significado da foto. O objecto pode ser eliminado ou removido da pista visual quando a criança demonstrar compreensão da foto. Emparelhar com palavras escritas e símbolos pictóricos. A criança pode necessitar da pista visual afixada numa parede visível ou pode necessitar de a transportar consigo para onde quer que vá. A pista deve ser elaborada da esquerda para a direita, ou do topo para baixo. Pode anexar-se o nome da criança, escrito, colando com velcro o cartão com o nome sobre a pista que indica a actividade actual. Quando a tarefa descrita na pista tiver sido completada, a criança deve ser encorajada a remover o cartão com o nome e colocar na actividade seguinte – isto parece transmitir à criança uma sensação visual de “facto consumado” e do trabalho realizado ao longo do dia. Ao longo do dia, das actividades, o uso de pistas pela criança deve ser suscitado pela ida à área de transição.

Importante de salientar é a necessidade de, com crianças mais pequenas, incluir nos horários visuais períodos de tempo para actividades



Figura XXII. Exemplos de símbolos visuais utilizados no horário (Retirado de Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).

preferidas, sendo que estes podem ser usados enquanto recompensa ou incentivo para as crianças completarem tarefas e actividades menos agradáveis. Nunca esquecer que as crianças com PEA respondem geralmente melhor a avisos e instruções visuais do que verbais, ou seja, o que elas podem ver ou tocar deve ser real, pelo que pode revelar-se

necessário ensinar ou conceber estas técnicas de avisos visuais em diferentes contextos (em casa, após sensibilização e fornecimento de didáticas sobre a estratégia com os pais).

As pistas visuais ilustradas podem ser úteis para ilustrar também algumas regras sociais que são, muitas vezes, para estas crianças difíceis de interpretar, por exemplo, recorrendo a um recorte uma imagem de revista alusiva ao tema em questão “Proibido bater”.

Dentro do âmbito, pode ser útil ensinar a criança a pedir ajuda em situações de dificuldade e assim evitar com isso a emissão de comportamentos inapropriados, de modo a chamar atenção dos outros. Pôr o braço no ar e usar um cartão de ajuda são técnicas de aviso visual apropriadas, pelo que devem ser treinadas com a criança.

O uso de horários visuais minimiza os problemas de memória e atenção, reduz os problemas relacionados com a organização temporal, compensa os problemas relacionados com a linguagem receptiva, possibilita uma maior autonomia e incrementa a motivação da criança (Christian, 2006; Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.; Hewitt, 2006).

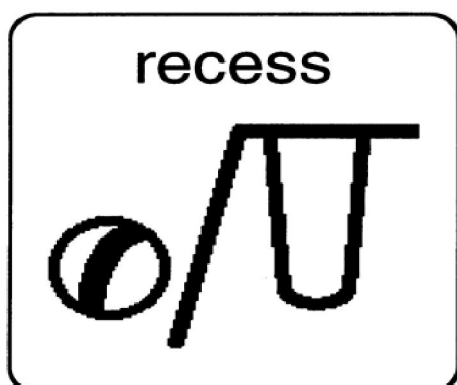


Figura XXIII. Pista visual indicativa do recreio (Retirado de Christian, 2006, pp. 40).

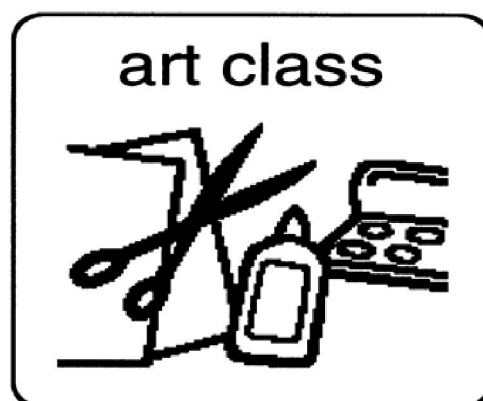


Figura XXIV. Pista visual indicativa da actividade de trabalhos manuais (Retirado de Christian, 2006, pp. 40).

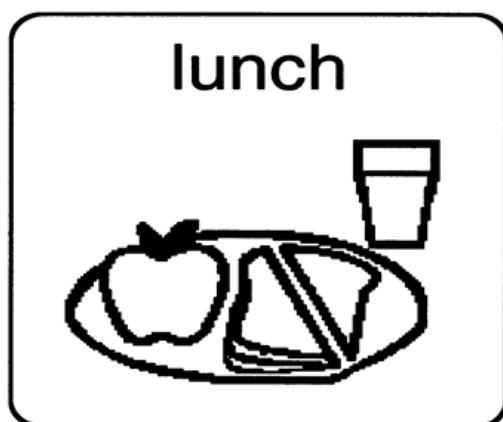


Figura XXV. Pista visual indicativa do almoço (Retirado de Christian, 2006, pp. 40).

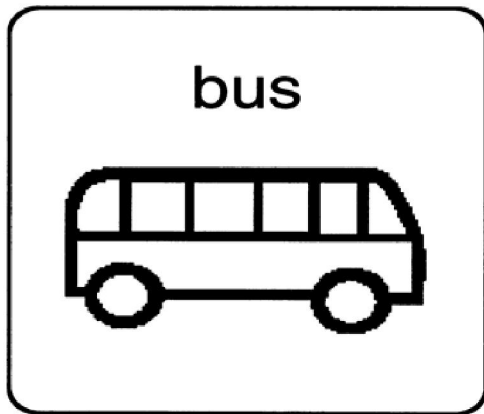


Figura XXVI. Pista visual indicativa do período de transporte de autocarro (Retirado de Christian, 2006, pp. 40).

O horário dá à criança a sequência das actividades durante o dia, o **plano de trabalho**

(Figuras XXVII e XXVIII) informa-a do que vai fazer numa determinada área. Com o plano de trabalho a criança, progressivamente, precisará apenas da supervisão do profissional e por isso esta técnica contribui para a promoção da autonomia.

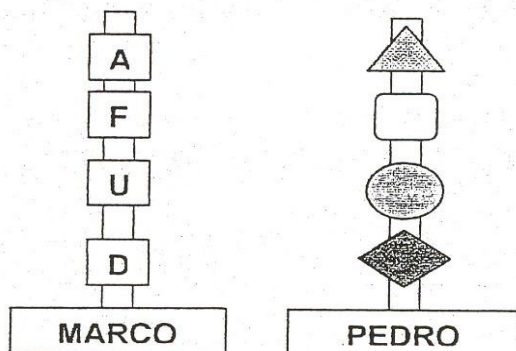


Figura XXVII. Exemplo de Planos de Trabalho (Retirado de Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).

Na área de trabalho individual e de ensino 1:1, a criança deve ter um plano de trabalho previamente organizado e estipulado pelo

profissional, no qual está a sequência de tarefas. A forma como o plano de trabalho é simbolizado deve depender do nível de desenvolvimento da criança, assim, pode ser representado por objectos, figuras, letras, números (seguindo a hierarquia da comunicação visual apresentada anteriormente). Os símbolos apresentados correspondem aos que estão nos tabuleiros com as tarefas a realizar (Figura 11) (Equipa de Autismo da Região Centro, s.d.).



Figura XXVIII. Exemplo de um plano de trabalho (Retirado de Pedrosa, 2006).

Tentativas de comunicação

As tentativas de comunicação são situações estruturadas para fazer a criança iniciar formas comunicativas (Christian, 2006). De seguida são apresentadas sugestões de actividades para o uso desta técnica.

- 1- Iniciar um jogo social familiar com a criança até que esta expresse algum prazer com a actividade, de seguida parar o jogo e esperar;
- 2- Encher um balão e esvaziar-lo lentamente; colocar o balão na mão da criança e segurar neles junto à boca da criança e esperar;
- 3- Dar um brinquedo ou comida que a criança não goste e esperar;
- 4- Colocar uma comida significativa para a criança numa caixa transparente mas que a criança não consiga abrir; depois colocar a caixa em frente da criança e esperar;
- 5- Rolar uma bola até à criança; antes da criança devolver a bola pela terceira vez, imediatamente fazer rolar até à criança um brinquedo diferente;
- 6- Ajudar a criança a completar um *puzzle*; depois de completadas três peças correctamente, dar à criança uma peça que não diz respeito aquele jogo e portanto não caberá no espaço disponível;
- 7- Encorajar a criança para alguma actividade com uma substância que possa ser facilmente entornada, partida ou quebrada; de imediato fazer com que a substância derrame em cima da mesa ou no chão na frente da criança e esperar;
- 8- Colocar um objecto barulhento numa caixa opaca e abanar; segurar a caixa e esperar;
- 9- Proporcionar materiais para actividades de interesse da criança compatíveis com o uso de instrumentos para as completar, por exemplo, pedaços de papel para colar ou cortar; segurar o instrumento enquanto a criança precisa dele e esperar;
- 10- Encorajar a criança numa actividade de interesse que necessite do uso de materiais (lápiz de cor, cera, marcador, tesoura, etc); ter uma terceira pessoa que entra na sala e leva o material consigo, vai sentar-se no outro lado do espaço de trabalho enquanto segura na mão o objecto que a criança precisa; esperar (Adaptado de Wetherby & Prizant, 1989 citado por Christian, 2006).

Reforçaria novamente a necessidade destas aprendizagens serem complementadas pela manutenção e generalização a diversos ambientes e parceiros de comunicação, prescrevendo-se por exemplo aos pais actividades para continuarem o tratamento em casa (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), para tal, são apresentadas de seguida algumas sugestões (Quadro 23 a Quadro 27).

Actividades de realização cognitiva e linguagem receptiva e expressiva

Encontrar objectos escondidos (Quadro 23)

Dimensões implicadas	Realização cognitiva; linguagem receptiva;
Objectivo(s)	Incrementar a compreensão de substantivos e proposições e desenvolver a capacidade para seguir instruções verbais; Seguir instruções verbais para encontrar objectos comuns;
Materiais	Objectos comuns da sala;
Procedimento	Iniciar a actividade escondendo 2 ou 3 objectos familiares para a criança e dando instruções simples envolvendo o objecto que a criança deve procurar e a área onde deve fazê-lo “Dá-me o copo que está debaixo da mesa”. Deve-se reforçar sempre que a criança encontra e entrega os objectos. À medida que a criança progride neste tipo de actividades poder-se-á alargar a mais locais da sala e recorrer a mais proposições (atrás, dentro...).

Quadro 23. Encontrar objectos escondidos (Adaptado de Amorim, 2003).

O que não pertence (Quadro 24)

Dimensões implicadas	Realização cognitiva; Categorização;
Objectivo(s)	Incrementar o reconhecimento de categorias; Retirar um objecto que não pertence à categoria dos outros 3;
Materiais	2 caixas médias, grupos de 4 objectos, 3 com funções ou características semelhantes (por exemplo, banana, maçã, laranja e um carro em miniatura; bolo, bolacha, rebuçado e um livro);
Procedimento	Sentar na mesa com a criança e colocar os 4 objectos em frente a ela. Demonstrar como encontrar um item que não pertence àquela categoria dizendo: “Qual é que não pertence? A maçã é para comer. A banana é para comer. A laranja é para comer. O carro não é para comer.” De seguida, deve colocar-se os frutos na caixa e o carrinho noutra diferente. Repetir o procedimento com os outros 4 objectos, pedindo à criança que coloque numa caixa o que pertence e noutra o que não pertence. De salientar que é importante trabalhar uma categoria de cada vez e com objectos familiares à criança.

Quadro 24. Encontrar objectos escondidos (Adaptado de Amorim, 2003).

Montar partes do corpo (Quadro 25)

Dimensões implicadas	Realização cognitiva; linguagem receptiva; coordenação óculo-manual; realização verbal e vocabulário;
Objectivo(s)	Incrementar a compreensão dos conceitos corporais; Ordenar as partes corporais;
Materiais	Papel colorido, tesouras e cartolina;
Procedimento	Devem ser recortadas várias partes do corpo, pelo menos 3 exemplares da cabeça, do tronco e das pernas. Conforme a criança for progredindo podem incluir-se aspectos faciais, mãos, pés, entre outros. Primeiro deve chamar-se atenção da criança e mostrar-lhe como se colocam as peças, nomeando cada peça. Depois desmancha-se a figura e pede-se à criança que coloque as peças, guiando a sua mão para o local correcto, repetindo a tarefa até ela conseguir colocar as 3 peças sem ajuda.

Quadro 25. Encontrar objectos escondidos (Adaptado de Amorim, 2003).

Tamanho (Quadro 26)

Dimensões implicadas	Desempenho verbal; vocabulário; Realização cognitiva, linguagem receptiva;
Objectivo(s)	Desenvolver o uso adequado de adjectivos para melhorar a familiaridade com conceitos de tamanho; Dizer ou assinalar “grande”/”pequeno” em resposta à questão “De que tamanho é?”;
Materiais	2 objectos idênticos de diferentes tamanhos (por exemplo, cubos ou botões);
Procedimento	Logo que a criança consiga identificar receptivamente objectos de acordo com o tamanho, pedir-lhe que tente identificar o tamanho expressivamente. Para isso, deve colocar-se 2 cubos na mesa em frente da criança e dizer “Dá-me o grande”. Cada vez que a criança acertar é necessário reforçar. Depois deve pegar-se no cubo e perguntar “De que tamanho é este cubo?” Se a criança não responder dizer “É grande. Agora diz tu.” Reforçar de imediato se ela tentar dizer. Deve-se trabalhar estes dois tamanhos intensamente, mas apenas trabalhar expressivamente um dos conceitos até a criança o assimilar. Mais tarde é que se deve começar a pedir que identifique ambos.

Quadro 26. Encontrar objectos escondidos (Adaptado de Amorim, 2003).

Ele e ela (Quadro 27)

Dimensões implicadas	Desempenho verbal; vocabulário; Realização cognitiva, categorização;
----------------------	---

Objectivo(s)	Desenvolver o uso adequado de pronomes pessoais e incrementar a discriminação ele/ela; Usar ele e ela adequadamente quando identifica o masculino e o feminino nas figuras;
Materiais	Desenhos de revistas com homens e mulheres, rapazes e raparigas em actividades familiares para a criança e figuras cujo sexo é facilmente identificável;
Procedimento	Apresentar o conjunto de figuras à criança. Mostrar uma figura com um homem numa actividade que ela conheça “Olha, ele está sentado”. Enfatizar o pronome de forma clara e mais entoada. Repetir o procedimento para a figura feminina. Depois deve-se colocar ambas as figuras lado a lado enquanto se repete os pronomes apontando. Repetir o procedimento com todas as figuras. Procurar levar a criança indicar em que grupo deve colocar uma determinada figura.

Quadro 27. Encontrar objectos escondidos (Adaptado de Amorim, 2003).

5.5. Intervenção ao nível das Competências Sociais

O comportamento social define-se por tudo aquilo que consiste na capacidade de partilhar o prazer da companhia dos outros e na capacidade de responder e de iniciar interacções dentro dos diferentes contextos. As crianças com PEA encontram dificuldades nestes aspectos o que conduz a problemas adicionais no ensino, na aprendizagem (Jordan, 2000), pode acarretar rejeição dos pares, ansiedade e depressão (Bellini, 2006, La Greca & Lopez, 1998, Tantam, 2000, Welsh, Park, Widaman & O’Neil, 2001 citados por Bellini, Peters, Benner & Hopf, 2007). Assim se justifica a extrema necessidade de intervir nesta dimensão para melhorar a interacção social através de actividades um-a-um, ou seja, ensino directo, mas também actividades mediadas pelos pares para promover a compreensão social e competências de jogo social (Tsai, 2004). A aprendizagem e treino com as crianças ditas normais, com recurso a jogos e actividades, envolve o treino de pares para responder ao comportamento social da criança afectada (Bellini, Peters, Benner & Hopf, 2007) e o uso de estratégias de reforço positivo com a criança com PEA (Tsai, 2004). Uma intervenção desenhada para promover a interacção social com os pares tem efeitos muito positivos no comportamento social (McConnel, 2002, Rogers, 2000 citado por Lee, Odom & Loftin, 2007) e efeitos colaterais noutro tipo de comportamentos, como por exemplo, redução de comportamentos disruptivos (Oke & Schreibman, 1990 citado por Lee, Odom & Loftin, 2007) e no uso da linguagem (Pierce & Schreibman, 1997 citados por Lee, Odom & Loftin, 2007).

O profissional deve facilitar os contactos sociais durante o decorrer de actividades, deve criar oportunidades de contacto social com os pares para que se aprendam e

praticuem competências sociais apropriadas. As crianças com PEA não aprendem naturalmente a socializar, elas têm que ser ensinadas a reconhecer pistas sociais e como reagir às mesmas. As técnicas para intervir nas habilidades sociais podem passar pela modelagem, *role play*, histórias sociais, conversa cómica ilustradas, visualização de vídeos, pistas e regras visuais, e gestão de reforços. O primeiro passo nesta intervenção deverá começar por uma avaliação específica dos comportamentos-alvo que precisam ser aprendidos e treinados. É importante ensinar uma tarefa de cada vez, construindo, progressivamente, um repertório comportamental. Cada nova competência deve ser “desmontada” em pequenos passos ou componentes e deve ser alvo de aprendizagem através de múltiplos métodos para assegurar a sua generalização a diferentes situações ou contextos (Tsai, 2004).

De seguida são apresentadas algumas recomendações gerais para promover a socialização (Quadro 28).

Recomendações gerais para a promoção da socialização

A interação incrementará se forem reduzidos os comportamentos ritualísticos;

Não deixar a criança isolar-se e insistir na sua participação na actividade que escolheu;

Estruturar e facilitar oportunidades para a interação social com pares, através de modificações do ambiente físico e social e treino dos mesmos;

A criança responde melhor a situações positivas em que o profissional assume uma postura condescendente e em que a tarefa está estruturada de modo a que a criança compreenda o que é esperado dela;

Orientar as brincadeiras da criança e providenciar suporte, consoante as necessidades, modelando e dirigindo o jogo ou fornecendo antecedentes verbais;

Ensinar regras sociais para os jogos (instruções directas): como começar, manter e terminar; como ser flexível e cooperativo; como partilhar, não ofender os outros, ser simpático;

Recorrer a outras crianças como pistas para indicar o que fazer;

Encorajar a participação para os jogos interactivos, como por exemplo, esconder e procurar;

Jogar em áreas que possam ser estruturadas para promover a interação, evitando espaços grandes abertos; o espaço deve ser claro e definido, com cartões indicativos, delimitar o espaço pessoal no tapete sentando a criança no interior de um arco de educação física revestido a papel de alumínio⁵; os brinquedos, jogos e materiais devem estar visíveis e acessíveis à criança;

Criar um grupo social de suporte que consista nos pares da criança;

Providenciar pistas visuais para a criança seguir;

Ensinar estratégias que ajudem a expressar e compreender emoções;

Ensinar a criança a “ler” situações sociais usando técnicas como as histórias sociais, por exemplo;

⁵ Aplica-se aos momentos de actividades de pequeno grupo como nas histórias sociais, conversas cómicas ilustradas, entre outras.

Ensinar comportamentos sociais apropriados através de *role-play* e modelagem;

Ensinar a criança como fazer e manter amigos, entrar num grupo, acompanhar o tema focado pelo grupo, partilhar informação;

Evitar a dependência excessiva do profissional, fomentando a autonomia progressivamente;

Quadro 28. Recomendações gerais para a promoção da socialização (Adaptado de Bellini, Peters, Benner & Hopf, 2007, pp. 154; Christian, 2006, pp. 52; Jordan, 2000, pp. 33 - 40).

A intervenção ao nível das competências sociais deve ser dirigida de forma a ir ao encontro das necessidades individuais da criança, dos défices específicos neste âmbito (Bellini, Peters, Benner & Hopf, 2007), pelo que, de seguida são descritas algumas técnicas no sentido de se escolher quais a utilizar de acordo com a criança e ponto de desenvolvimento com a qual se vai trabalhar.

A técnica das histórias sociais

É uma estratégia genérica, implementada por adultos e administrada num contexto individual ou de pequeno grupo, consiste na apresentação de histórias escritas, por vezes ilustradas, que transmitem regras e comportamentos sociais apropriados (Adams, Gouvousis, VanLue & Waldron, 2004; Barry & Burlew, 2004; Barry & Burlew, 2004; Gray & Garand, 1993 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Gray & Garand, 1993 citado por Crozier & Tincani, 2007; Gray, 1995, 2004 citado por Christian, 2006). A técnica foi originalmente desenvolvida para ensinar às crianças com PEA como brincar ao mesmo tempo que se incrementam as suas competências para interagir com os outros (Adams, Gouvousis, VanLue & Waldron, 2004; Gray, 1995 citado por Barry & Burlew, 2004), mas também é efectiva na diminuição dos comportamentos sociais inapropriados (Adams, Gouvousis, VanLue & Waldron, 2004). Está demonstrada a sua utilidade no aumento da capacidade de partilha, das iniciativas sociais apropriadas e na diminuição da agressividade (Kuttler et al., 1998, Norris & Dattilo, 1999, Swaggert et al., 1995 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Adams, Gouvousis, VanLue & Waldron, 2004; Christian, 2006). As histórias são escritas pelos pais ou pelos profissionais, e servem uma função de “leitura da mente”, a criança de ser auxiliada na identificação das pistas, descrição de conceitos abstractos ou outros pontos de vista, definindo uma rotina ou regra, explicitando o racional implícito na expectativa, e aplaudindo finais (Gray, 1995 citado por Christian, 2006).

Apresentam-se de seguida algumas orientações para a criação e implementação das histórias sociais (Christian, 2006; Gray, 2000 citado por Crozier & Tincani, 2007):

- 1- O significado de uma história social deve partilhar informação social, fazendo recurso a personagens, e fazer alusão aos alcances das personagens;

- 2- A história social deve conter uma introdução que claramente identifique o assunto ou tópico, um desenvolvimento e uma conclusão que reforce e sintetize a informação;
- 3- A história social deve levantar questões como “o quê”, “quem”, etc;
- 4- A história social deve ser escrita na primeira ou terceira pessoa;
- 5- A história social deve conter linguagem positiva;
- 6- A história social deve incluir frases descritivas, com a opção de incluir alguém ou mais do que os cinco tipos de sentenças – perspectivas (informação sobre pensamentos e sentimentos dos outros), cooperativas (indicam quem pode assistir a criança numa situação semelhante), directivas (proporcionam informação sobre o que o leitor deve fazer), afirmativas (podem ser usadas para reassegurar o leitor), e/ou sentenças de controlo (usam analogias para explicar situações);
- 7- A história social deve ser mais ou menos longa à medida das capacidades e interesses da criança;
- 8- A história social pode incluir ilustrações individualmente que auxiliam o processo de compreensão dos significados do texto.

Conversas cómicas ilustradas

As conversas cómicas ilustradas são uma conversação entre duas ou mais pessoas, incorporam o uso de silhuetas esquemáticas com balões de pensamento e falas (Figura XIX). Esta estratégia fornece uma representação visual de uma conversa de forma a melhorar a compreensão da criança. A ilustração pode incluir símbolos, figuras e palavras escritas. As conversas cómicas ilustradas não devem ser utilizadas para qualquer conversação, sendo mais úteis quando há uma necessidade de compreensão de informação importante, quando existe um mal-entendido na interpretação de uma informação, ou para resolver um problema. É útil também para ensinar competências sociais. Quando a criança parece compreender a conversação podem ser associadas cores à expressão de sentimentos, por exemplo verde para a felicidade, azul para a tristeza e preto para a raiva. A criança deve ser orientada pelo profissional ou pelos pares nas interpretações literais, e isto providência à criança oportunidade para compreender a situação numa perspectiva diferente. Por fim, a conversa deve ser sintetizada e, se necessário, concluída com a identificação de novas soluções para o problema encontrado (Christian, 2006).

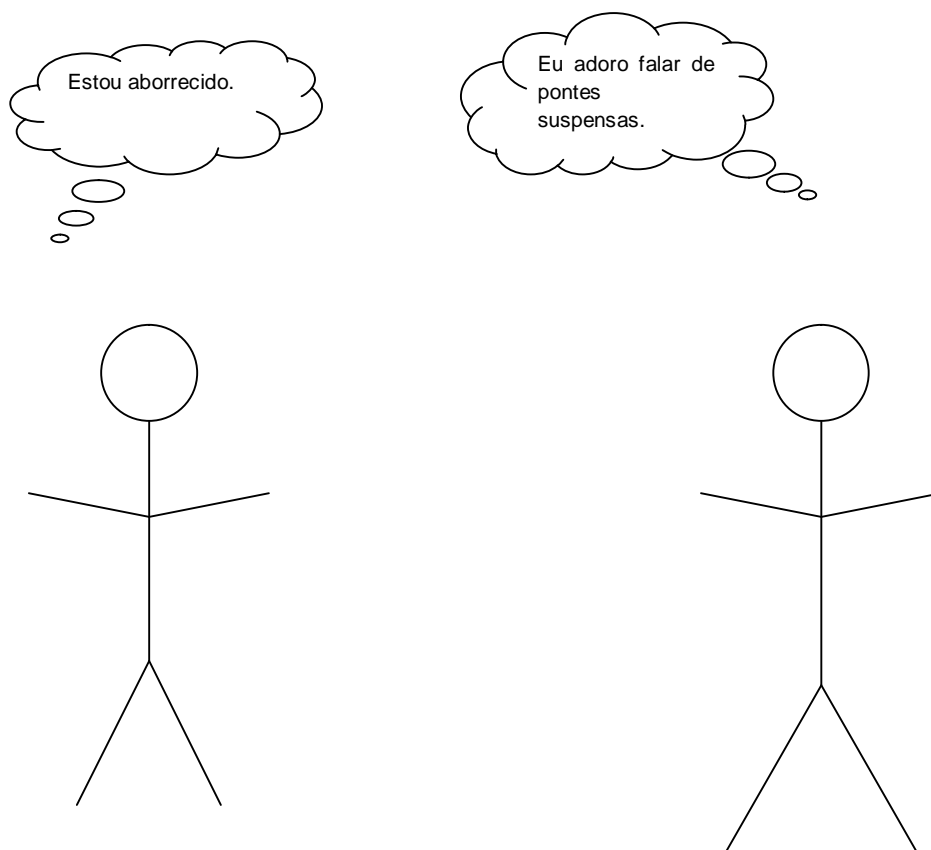


Figura XIX. Excerto de uma conversa cômica ilustrada (Adaptado de Christian, 2006, pp. 54).

Sistema de pistas visuais

Consiste em placas ou cartões com figuras, símbolos e/ou palavras (Krantz & McClannahan, 1999, Lalli, Casey, Goh & Merlino, 1994 citados por Kimball, Kinney, Taylor & Stromer, 2004) que apresentam sequencialmente as actividades que se seguem (Krantz & McClannahan, 1999 citados por Kimball, Kinney, Taylor & Stromer, 2004) (Figura XIII a XVI).

Jogos sociais

Ensinar, treinar competências através de jogos sociais tem produzido mudanças positivas no jogo, linguagem e habilidades sociais (Goldstein et al., 1988, Baker et al., 1998 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Thorp et al., 1995 citado por Tsai, 2004).

Os jogos sociais consistem em jogos comportamentais que envolvem a interacção social com pelo menos um sujeito, sendo que devem seguir três principais fases. A primeira diz respeito à orientação, enquanto a criança brinca com alguns materiais, a outra observa mas não entra na actividade; a segunda fase implica uma maior proximidade, brincam e

jogam com os mesmos materiais, no mesmo local e procura-se que se envolvam na mesma actividade; por último, o objectivo é estabelecer-se um foco comum, envolvendo a criança directamente em actividades comuns com um ou mais pares, partilhando materiais, dando e fazendo pedidos (Power, 2000, Yang, Wolfberg, Wu & Hwu, 2003 citados por Bass & Mulick, 2007).

O jogo social como técnica de intervenção com crianças com PEA também produz efeitos positivos na área sócio-emocional e cognitiva (Jordan, 2003 citado por Bass & Mulick, 2007). Recorrer aos pares para ensinar o jogo social proporciona a possibilidade de generalizar competências pelo seu carácter funcional e naturalista (Stokes & Baer, 1977 citado por Bass & Mulick, 2007; Strain, Kohler, & Goldstein, 2005) e não requer uma fase adicional de transferência de aprendizagens (Rogers, 2000 citado por Bass & Mulick, 2007).

Modelação por vídeo

A modelação por vídeo tem mostrado aquisições e generalizações das capacidades de comportamento social mais efectivas que as técnicas *in vivo* (Charlop-Chrsity et al., 2000, Haring et al., 1987 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), pelo que também deverá ser incluída na intervenção com a criança neste programa. Esta técnica tem-se mostrado, sobretudo, efectiva no ensino de competências sociais e de comunicação (Charlop & Milstein, 1989, Hepting & Goldstein, 1996, Taylor, Levin & Jasper, 1999 citados por Kimball, Kinney, Taylor & Stromer, 2004), é uma actividade prazerosa e proporciona oportunidade para visualizar outras crianças como modelos (Weiss & Harris, 2001 citado por Kroeger, Schultz & Newsom, 2007).

5.6. Intervenção ao nível do estilo de aprendizagem/dificuldades cognitivas

A rigidez de comportamento e pensamento são também evidentes nas crianças com PEA que funcionam num nível elevado. Estas crianças podem aprender de um modo habitual sem nenhuma consciência da aprendizagem, passando a depender das indicações que os outros ou o meio lhes vão fornecendo para a acção, ficando assim o padrão comportamental distorcido cada vez que esse processo é nalgum aspecto alterado ou interrompido. Assim, podem ensinar-se às crianças hábitos e competências automáticas, mas uma verdadeira intervenção exige uma aprendizagem profunda capaz de lhe modificar as estruturas cognitivas, ou seja, o modo como pensam e aprendem (Jordan, 2000). A seguir reúnem-se algumas estratégias de suporte dirigidas às dificuldades cognitivas, ou seja, pretendem auxiliar o processo e estilo de aprendizagem da criança (Quadro 29).

Características da criança com PEA	Estratégias de suporte para dificuldades cognitivas/estilo de aprendizagem
Compreender informação visual	Usar gestos, demonstrar e providenciar antecedentes físicos, pistas visuais e auditivas;
Compreender informação especial	Ser organizado ajuda a aprendizagem organizada;
Compreender regras concretas	Ser directo, claro e consistente;
Recordar informação	Reforçar; Utilizar estratégias semânticas para facilitar a memória, relacionando aquilo que se pretende que a criança recorde com algo significativo para ela;
Compreender símbolos	Usar símbolos sistematicamente, símbolos com palavras;
Compreender o início e fim e as relações causa-efeito	Mostrar claramente o início e o fim das actividades, ensinar rotinas;
Compreender informação temporal	Usar pistas concretas, visuais ilustradas, para ensinar conceitos e relaciona-los com a experiência pessoal da criança; Dar tempo para responder;
Compreender conceitos abstractos e informação abstracta	Usar pistas, antecedentes e consequentes consistentes;
Imitação	Ensinar em ambientes naturais, diversos locais e materiais, com as novas competências, mudar uma dimensão da tarefa de cada vez;
Capacidade para generalizar	
Talento especial, arte, música ou matemática	Capitalizar o talento, usa-lo como forma de integração em diferentes grupos sociais.

Quadro 29. Estratégias de suporte para a promoção do estilo de aprendizagem/ dificuldades cognitivas (Adaptado de Christian, 2006, pp. 29).

5.7. Intervenção ao nível das alterações sensoriais

A integração sensorial é o processo pelo qual o sistema nervoso recebe, organiza e integra informação sensorial com vista a formulação de uma resposta a uma situação partícula. O desenvolvimento da capacidade de integração sensorial começa no útero e continua após o nascimento. Existem três principais sistemas sensoriais: o vestibular (resposta aos movimentos e gravidade), o táctil (toque) e o proprioceptivo (músculos) (Christian, 2006).

É comum referir-se que as crianças com PEA têm uma disfunção integrativa que resulta em dificuldades no processamento sensorial dos *inputs* provenientes do meio e conseqüentemente na tradução desses *inputs* em acções efectivas. Como existe dificuldade em perceber e responder aos acontecimentos, estas crianças procuram “moderar” os seus níveis de excitação entrando em comportamentos ritualísticos, tais como balançar o corpo para a frente e para trás (Tsai, 2004).

Importante será dizer que a integração sensorial proporciona fundamento para aprendizagens e comportamentos mais complexos (Christian, 2006), daí incluírem-se aqui algumas estratégias de suporte a desenvolver na implementação deste programa. De salientar que este tipo de intervenção é, geralmente, dirigido pelos técnicos de terapia ocupacional, contudo, tendo em vista uma intervenção interdisciplinar e porque é importante para o processo de aprendizagem geral, contemplam-se aqui sugestões genéricas (Quadro 30) e de seguida algumas sugestões de actividades.

Características da criança com PEA	Estratégias de suporte para as alterações sensoriais
Extremamente passiva ou hiperactiva	Ser detective, observar que tipo de lugares, pessoas, actividades, estímulos, parecem fazer a criança mais ou menos activo e atento;
Pode experienciar de formas diferentes <i>inputs</i> sensoriais	Ser sensível ao tipo <i>inputs</i> sensoriais que a criança parece evitar; Minimizar o contacto com estímulos aversivos; Pode ser necessário reduzir estímulos como a intensidade da luz, os ruídos, de forma a diminuir o <i>stress</i> , o medo; gradualmente reintroduzir as condições naturais;
Padrões de sono alterados	Ajudar a família a estabelecer rotinas, incluir reforço directo por participar na rotina;
Interesse por determinadas partes dos objectos	Providenciar objectos que possam ser úteis na aprendizagem de outras competências; Providenciar actividades que incorporem os movimentos da criança; Ensinar o uso funcional dos objectos;
Alterações dos níveis de excitação	Estar atento aos sinais da excitação; Desenvolver e ensinar o uso do sistema de comunicação.

Quadro 30. Estratégias de suporte para as alterações sensoriais (Adaptado de Christian, 2006, pp. 30).

Muitos problemas de aprendizagem e do comportamento característicos das crianças com PEA resultam da percepção desordenada ou do processamento deficitário da informação sensorial. Estas dificuldades manifestam-se ao nível dos sentidos como a audição, visão, tacto, olfacto e gosto. A maior dificuldade das crianças com PEA, neste âmbito, prende-se com a integração das diferentes modalidades de informação sensorial, sendo que ela pode variar em muito de criança para criança, por exemplo, uma criança pode responder a uma modalidade sensorial e não o fazer noutra modalidade. Porque as dificuldades no funcionamento sensorial, especialmente ao nível das capacidades auditivas

e visuais, podem levar a outras dificuldades adaptativas e têm uma estreita relação com as funções cognitivas, são apresentadas aqui algumas actividades com ênfase na percepção auditiva e visual (Amorim, 2003).

Actividade de percepção de sons (Quadro 31)

Dimensões implicadas	Percepção, audição; Imitação, motricidade fina, manipulação;
Objectivo(s)	Melhorar a percepção auditiva; Perceber um número de sons diferentes e imitar esses sons;
Materiais	Nenhum
Procedimento	Sentados frente a frente na mesa de trabalho, o profissional deve chamar atenção da criança dizendo o seu nome e batendo com os nós dos dedos na mesa. Depois de fazer uma pequena pausa entre cada batida para que os sons sejam distintos, deve-se encorajar a criança a fazer o mesmo, guiando a sua mão para bater na mesa. Elogiar e recompensar por cada tentativa. Repetir o procedimento mas com duas e depois três batidas. Na quarta vez, deve bater-se novamente duas vezes mas sem ajudar a criança. Se ela tentar bater mais que duas vezes dizer “Não” e bater duas vezes, ajudando a criança a fazer igual. Aconselha-se a repetição do procedimento até a criança conseguir copiar, de forma consistente, o número de vezes que o profissional bateu. Quando a criança se habituar à tarefa, bater no topo da mesa para que ela possa ouvir as diferentes batidas que deveria realizar.

Quadro 31. Actividade de percepção de sons (Adaptado de Amorim, 2003).

Jogo do dominó (Quadro 32)

Dimensões implicadas	Percepção visual, reconhecer visualmente conjuntos; Interacção individual;
Objectivo(s)	Jogar dominós com outra pessoa; Emparelhar conjuntos e esperar pela sua vez;
Materiais	Conjunto de dominós e conjunto de cartas pintadas com os padrões dos dominós; Colocar as cartas numa linha, na mesa e dar à criança uma carta de cada vez para colocar na pilha correcta (pilhas ordenadas pelo número de pintas). Quando a criança conseguir realizar essa tarefa sem dificuldade, deve-se mostrar que cada carta é como uma das metades duma peça de dominó. Deve começar-se a praticar o emparelhamento de uma carta com uma metade duma peça de dominó até que a criança consiga fazer isso com diferentes peças. De seguida, pode iniciar-se um jogo do mesmo tipo
Procedimento	

em que seja a criança e o profissional, um de cada vez. Coloca-se 6 peças de dominó num tabuleiro e os jogadores tiram um e verificam se combina com as cartas que estão entretanto dispostas na mesa. Se não combinar com nenhuma, tirar uma peça extra da pilha de forma a combinar conjuntos e aprender a jogar por turnos.

Quadro 32. Jogo do dominó (Adaptado de Amorim, 2003).

5.8. Intervenção social/emocional

Estão reunidas de seguida algumas estratégias gerais de suporte para lidar com as emoções durante a intervenção com a criança (Quadro 33).

Características da criança com PEA	Estratégias de suporte para lidar com as emoções
Por vezes parece mais interessado nos objectos que nas pessoas	Ser aberto e partilhar interesse por objectos, mostrando como os objectos podem ser partilhados ou usados cooperativamente;
Capacidade de jogo simbólico limitada, falhas na criatividade, flexibilidade e espontaneidade Brincadeira ou jogo repetitivo, ritualista, padrão de interesses limitado	Escolher esquemas simples no início e encorajando a participação; progressivamente ir alargando o leque de jogos; Identificar actividades que dão oportunidade à criança para usar os seus interesses e nível mais elevado de competência;
Pode demonstrar ligação de formas únicas	Reconhecer e responder às formas pelas quais a criança demonstra afecto;
Aparente falha nas referências partilhadas	Fornecer <i>feedback</i> quando isso não ocorrer, proporcionar pistas visuais, instruir directamente, modelar;
Por vezes é difícil de “consolar” Foge ao contacto físico	Utilizar técnicas apaziguantes: fazer movimentos suaves, ser sensível, algumas crianças podem precisar de espaço, algum toque, tranquilidade, outras crianças podem preferir que se fale ou cante; Conceder a possibilidade de se isolar pelo menos inicialmente, ou inversamente, não permitir que a criança se isole, insistindo de forma terna e compreensiva;
Demonstra falhas na antecipação da resposta	Estabelecer rotinas e pratica-las, <i>role-play</i> , pistas adicionais;

Dificuldade na mudança ou transições	Usar pistas visuais, enfatizar inícios e finais das actividades e fazer transições claras; ajudar a criança a organizar-se para e durante a transição;
Pode demonstrar auto-estimulação ou comportamentos estereotipados	Providenciar objectos que podem ser segurados da forma preferida pela criança ou providenciar <i>inputs /feedbacks</i> semelhantes; Arranjar actividades que incorporem os movimentos da criança; Reduzir ou incrementar outra estimulação; Usar antecedentes, pistas e intervenção comportamental para reduzir a frequência do comportamento;
Demonstra dificuldade na aprendizagem e no uso de regras sociais	Fazer regras claras e mais concretas possível; Providenciar bons modelos (pares), instruções directas para as competências sociais; usar <i>role-play</i> ; Ensinar os pares acerca das diferenças;
Pode demonstrar aparente falta de empatia	Ensinar e treinar expressões de empatia e esperar tempo suficiente para a expressão;
Dificuldade em reconhecer emoções	Ensinar a identificar expressões faciais estereotipadas e que exprimem as emoções mais visíveis como “triste”, “contente”, “surpreendido” e “zangado” (embora isto não ajude a reconhecer emoções em si ou emoções mais subtis, a verdadeira compreensão tem que vir da identificação das emoções reais na criança e nos outros);
Pode demonstrar elevados níveis de ansiedade	Ensinar sistematicamente estratégias de relaxamento, usar dessensibilização sistemática;
Expressa o desejo de fazer contacto social mas de uma forma inadequada	Ajudar a criança a estabelecer uma rede social, providenciar oportunidades para interacção social regular e sistemática com os pares; através de actividades de interesse para a criança e pares; escolher actividades que requerem interacções sociais simples; Ensinar sistematicamente competências sociais; Agir como intérprete para a criança; sensibilizar os pares para as necessidades da criança.

Quadro 33. Estratégias de suporte para lidar com as emoções (Adaptado de Christian, 2006, pp. 32-34; Jordan, 2000, pp. 93- 97).

6. Avaliação dos progressos

A educação especial precoce tem uma grande história no uso da avaliação para planear e avaliar os efeitos da intervenção (McLean, Wolery & Bailey, 2004 citado por

Cadigan & Missal, 2007). Monitorizar os progressos e a resposta à intervenção deve ser uma parte integrante do planeamento de um programa de intervenção que se destine a crianças com necessidades educativas especiais (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004 [IDEIA] citado por Cadigan & Missal, 2007). E isto é ainda mais importante quando essa intervenção é dirigida a crianças com PEA devido à existência de diferenças individuais significativas e à variedade da expressão clínica (Kasari, 2002 citado por Cadigan & Missal, 2007).

Historicamente, a avaliação do desenvolvimento infantil tem seguido uma linha isolada de áreas de avaliação, como por exemplo, a avaliação do desenvolvimento motor, da linguagem, da cognição, da capacidade de solução de problemas espaciais e do funcionamento social (Greenspan & Brazelton, 2000). No entanto, os aspectos específicos do desenvolvimento são muito importantes numa avaliação integral, pelo que é mais adequado envolver nesse processo todas as capacidades funcionais e a forma como a criança faz uso delas (Greenspan & Brazelton, 2000).

A intervenção que aqui se apresentou procura, sobretudo, obter resultados pessoais e funcionais, ambos orientados para uma maior autonomia e preparação para aprendizagens mais complexas.

Os resultados pessoais são aqueles que se centram em prioridades da criança e da sua família, os quais se devem medir, considerando as diferentes situações e áreas das suas vidas, através de diversas fontes como as pessoas que rodeiam a criança afectada (Cuadrado, 2006). Para tal, sugere-se aqui a metodologia de entrevistas com a família e/ou cuidadores principais, a observação directa e naturalista, inclusivamente a observação das interacções pais-criança a fim de se avaliarem as generalizações e manutenções das aquisições parentais e da criança. Poderá recorrer-se também às fichas de análise do comportamento preenchidas pelos diferentes agentes de intervenção ao longo do processo, como sejam os técnicos de outras disciplinas, os pais e o profissional que dirigiu o programa de intervenção, a fim de se monitorizarem os resultados e reajustar prioridades/necessidades para continuar a intervenção.

Os resultados funcionais dizem respeito ao aumento de comportamentos adaptativos necessários ao funcionamento global no contexto da criança e da sua vida diária, sendo que estes podem medir-se através de escalas estandardizadas que permitem comparar a criança com um grupo normativo (Cuadrado, 2006), os mesmos que poderão ser utilizados na avaliação diagnóstica.

Neste sentido, pode ser útil a avaliação da capacidade cognitiva da criança, do seu estilo de aprendizagem (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Vikram, 2003; Klin, 2007), cujos objectivos devem passar por traçar um perfil das forças e fraquezas cognitivas da criança,

redireccionar a intervenção educacional e levantar hipóteses prognósticas, podendo ser levada a cabo mediante as escalas Wechsler (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Vikram, 2003). Deve atender-se aos aspectos motivacionais e comportamentos frequentes de abandono da tarefa, para não referir o uso pouco habitual da linguagem, e por isso recorrer-se a interrupções de reforço e sessões múltiplas de aplicação (Koegel et al., 1997 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003). Nos casos em que as dificuldades de comunicação são mais acentuadas pode recorrer-se à *Kauffman Assessment Battery for Children* (K-ABC; Kauffman & Kauffman, 1983) ou, se a capacidade verbal é mesmo limitada, à *Leiter International Performance Scales – Revised* (Roid & Miller, 1997), cujo leque de idades de aplicação é mais amplo e as exigências no que diz respeito à capacidade verbal são mais reduzidas ou ausentes, respectivamente (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Vikram, 2003). Para além de ser necessário uma avaliação global por um técnico da fala-discurso, o profissional pode recorrer a algumas metodologias como o *Peabody Picture Vocabulary Test – Third Edition* (PPVT – III; Dunn & Dunn, 1997) para avaliar a linguagem receptiva e o *Expressive One Word Picture Vocabulary Test* (Brownell, 2000) para avaliar a linguagem expressiva (Barthélemy, Fuentes, Gaag & Visconti, 2002; Oxonoff, Rogers & Hendren, 2003). No que diz respeito à avaliação da comunicação pragmática pode fazer-se uso das *Communication and Symbolic Behavior Scales* (CSBS; Wetherby & Prizant, 1993) e o *Test of Language Competence* (TLC; Wing & Secord, 1989) (Ozonoff & Miller, 1996 citados por Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003).

É importante avaliar também na criança a capacidade para cuidar de si própria e para funcionar independentemente nos seus ambientes habituais, isto é, a escola e o domicílio, pois esta avaliação do comportamento adaptativo é crucial para o redireccionar da intervenção (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Klin, 2007). Os instrumentos mais utilizados nesta prática são as *Vineland Adaptive Behavior Scales* (Sparrow et al., 1984), o *Adaptive Behavior Assessment System* (ABAS; Harrison & Oakland, 2000), ou as *Scales of Independent Behavior – Revised* (SIB-R; Bruininks et al., 1996) (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Vikram, 2003).

Salientaria o *Psychoeducational Profile Revised* (PEP-R; Shopler, Reichler, Bashford, Lasing & Marcus, 1994), o qual permite obter informação em 7 áreas do desenvolvimento e 4 do comportamento (escala de desenvolvimento: imitação, percepção, motricidade fina, motricidade global, integração óculo-manual, realização cognitiva, realização verbal; escala do comportamento: relação e afecto, jogos e interesse pelos materiais, modalidades sensitivas e linguagem). O instrumento é composto por brinquedos e jogos apresentados à

criança no contexto de actividades estruturadas de jogo e é aplicável dos 6 meses aos 7 anos (Leitão, 2004).

7. Conclusão/Reflexão

Confrontadas com um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, muitas famílias questionam-se sobre qual o tipo de intervenção psicoeducacional é a mais efectiva para os seus filhos. A resposta não é simples tendo em conta a variedade de tratamentos existentes e a ausência de evidência empírica ou limitações associadas à avaliação das suas eficácias. Um ponto de consenso na literatura é a importância da identificação e intervenção precoces e o apoio e recurso à família como agentes de intervenção.

Como não há uma abordagem única que seja totalmente eficaz para todas as crianças, este programa procura ser uma mescla que combina diferentes componentes de outros programas. De uma forma genérica, de entre alguns mais comuns, as suas aplicações dirigem-se a contextos de actuação e de aprendizagem muito restritivos e demasiado estruturados, não contemplam mais do que um contexto; outros, dizem-se naturais, recorrem aos pares como mediadores e decorrem ora no domicílio, ora em centros comunitários; e outros são de implementação em contextos inclusivos, com ambientes semi-estruturados, recorrem ao ensino de estratégias aos pais para assegurar a generalização e manutenção de aprendizagens, incluem actividades com pares e são baseados na relação.

Este é um programa eclético naquilo em se propõe intervir. A flexibilidade da intervenção aqui proposta foi necessária dada a heterogeneidade da população em questão. Procurou-se dar uma resposta global aos défices que as crianças com PEA geralmente apresentam e assim prepara-las para aprendizagens posteriores mais complexas e para a sua inclusão total. O programa incorpora técnicas comportamentais para promover comportamentos adaptativos, mas também conhecimentos provenientes das abordagens pragmáticas do desenvolvimento no recurso, por exemplo, às transições sociais mais naturais e às oportunidades de interacção iniciadas espontaneamente pela criança, e por isso é um tipo de intervenção menos directivo.

Ao procurar abarcar as diferentes dimensões tipicamente afectadas nas Perturbações do Espectro do Autismo, e tendo em conta a variedade de expressão clínica resultante das mesmas, este programa contem as suas limitações. Mas uma intervenção eficaz depende da compreensão exacta das necessidades da criança e da escolha das estratégias específicas que a poderão ajudar. Acredito que o Autismo não é uma barreira intransponível, ainda que possam existir dificuldades adicionais e com isso seja mais

dificultada a tarefa da intervenção. O meu contributo para tal passa pelas sugestões aqui deixadas. Porque a cura ainda não é possível, mas as melhorias podem ser visíveis, mesmo que seja partindo do zero!

Reflexão Final

É assim a experiência de estágio, uma amostra do tanto que temos para aprender, para reflectir, para ajudar, para nos tornarmos mais confiantes e eficazes, mais auto-conhecedores...

É um caminho que se revelou rápido.

Claro que valeu a pena por tudo, claro que aprendi muito mais do que de repente me lembro ou que possa totalmente expressar em palavras, claro que fui ficando maior com os mais pequenos...

Aproxima-se o fim desta jornada e, por entre sorrisos e algumas lágrimas, chega a nostalgia mas também o contentamento de ter valido tanto a pena.

Não é uma tarefa fácil coordenar as ideias num texto bem encadeado sobre as reflexões que as vivências deste ano permitiram gerar, porque são muitas as ideias que chegam e pretendem ser transmitidas, em uníssono. Mas há algumas reflexões que reúnem as vivências mais fascinantes desta caminhada:

A mais valia do estágio no Hospital de São Marcos...

Começo por ressaltar a mais-valia deste estágio em contexto hospitalar, as vivências neste espaço de sofrimento, algumas só observadas, permitem descobrir e aprender lições que podemos transferir para a vida do dia-a-dia. Trabalhar neste espaço permitiu contactar com uma diversidade de problemáticas, do âmbito da Psicologia, e do âmbito da medicina, e crianças e adolescentes com padrões de resposta muito diferentes, porque idiossincráticos. Chegaram pessoas à consulta de diferentes regiões, provenientes de meio urbano e rural, muito frequentemente com poucos recursos sócio-económicos, e de outros países, de zonas diferenciadas em termos de hábitos, de cultura, e de valores. Chegaram casos familiares complexos, exigentes, requerendo uma intervenção multidisciplinar, e apelando a uma maior capacidade de gestão emocional e de recursos pessoais.

Primeiros contactos com a Psicoterapia...

No âmbito deste estágio surgiram as primeiras reflexões sobre a prática psicoterapêutica, e a descoberta de que fazer psicoterapia não é algo que nos deixe leves e

indiferentes; existem muitos aspectos das vivências dos pacientes que têm impacto em nós e que nos deixam momentaneamente presos, e que requerem um processo de elaboração dos pensamentos e emoções, e a criação de estratégias para libertar alguns pensamentos sobre as sessões. Muitas vezes saí do hospital cansada, a sentir a cabeça cheia, o corpo esgotado, o pensamento conturbado com algumas histórias e acontecimentos perturbadores. Há histórias carregadas de dor e de perda, e de peso, há rostos para os quais a vida parece sorrir muito pouco. Muitas vezes saí precisando de respirar, de partilhar, repleta de vontade de aproveitar a vida, de bendizê-la, de viver olhando-me e às pessoas que me rodeiam de forma diferente, querendo dar-me e aos outros oportunidades renovadas. E por vezes, surgiu uma vontade de explodir em palavras, como se os assuntos não coubessem em mim, e precisassem ser transferidos para alguém que os compreenda a eles, e a mim. Acabo por concluir, ao longo dos dias, semanas e meses aqui descritos, que o trabalho terapêutico é cansativo, exigente, por vezes extenuante, nunca de ânimo leve. Mas a possibilidade de ser terapeuta é fascinante, porque o contacto terapêutico com o ser humano, embora desgastante, é também de uma riqueza quase inexplicável e irrepetível. Cada momento junto da pessoa do paciente, constitui uma oportunidade de aprendizagem e de crescimento, e de contribuir com uma capacidade mediadora e clarificadora.

Todas as consultas são assim ocasiões de se observar relacionamentos, interacções, dinâmicas comunicacionais, padrões de afectividade e de desinvestimento. Surgem histórias de percursos complicados, de saúde frágil, de emoções e relacionamentos conturbados; histórias de famílias desagregadas, desunidas, desinvestidas. Surgem crianças com uma grande vivência de internamentos, de doenças, de comorbilidades; e pais bastante disfuncionais, que na maioria das vezes não têm consciência de serem eles a manter as reacções problemáticas dos filhos...

Alguns pensamentos inquietos...

O ritmo dos dias, a cadência das consultas, o estar com as crianças, uma e depois outra, por vezes parece que há pouco tempo para parar e pensar muito em cada família, no hospital observo que as solicitações são inúmeras; por outro lado, verifica-se alguma falta de apoio à consulta de Psicologia no Hospital, e, nesta consulta, o trabalho da Dr.^a Adília Araújo é autónomo e exclusivo: recebe os telefonemas e faz o atendimento, a marcação de consultas, faz as fotocópias do material utilizado, envia os relatórios para as diferentes consultas ou para os agentes educativos, surgindo por vezes muitas tarefas para realizar num mesmo tempo.

Numa outra linha de pensamento, de que forma é perspectivado o psicólogo em contexto hospitalar; que visão têm deles os outros profissionais e saúde e os pacientes?

Penso que é ainda necessário desenvolver um esforço de clarificação do papel e da actuação do psicólogo neste contexto, porque por parte das crianças e adolescentes, e famílias ainda surge a associação do psicólogo a um “médico”, ou a “um curioso que quer saber da vida dos outros”, a alguém a quem só vai quem está “doente” ou “é maluco”. Estas crenças continuam enraizadas e por vezes interferem com o progresso terapêutico. Quanto à percepção pelos outros profissionais de saúde, o trabalho multidisciplinar ajuda a que cada um se envolva e actue dentro da sua área específica de competências, fomentando a partilha de informação e a optimização do processo de tratamento fornecido a cada criança e adolescente. Ou deveria ser assim...

Algumas aprendizagens...

Aprendi, entre muitas coisas, a olhar e a conceber a criança e o adolescente para além do seu problema, para o que cada um tem de mais particular, de mais seu. Porque a criança é um ser competente, e cada vez mais desejoso, desde idades precoces, de um papel activo na vida dos adultos. É fundamental permitir a valorização das construções e experiências infantis, e incentivar, no processo terapêutico, as necessidades experienciadas pela criança, de segurança, de confiança, de vontade de partir à descoberta do crescer.

E, quase sem notar, compreendi que, em muitas sessões com os pais, se aplicaram de forma muito prática conceitos e conteúdos teóricos, nomeadamente referentes ao comportamento dos seus dos filhos, que foram sendo trabalhados ao longo do tempo da licenciatura, e que validam muitas aprendizagens cuja utilidade e pertinência fomos desvendando ao longo deste projecto.

Novas propostas...

A complexidade do trabalho na área da psicologia exige “muitas mãos” na sua construção, bem como, o insurgir de novos pedidos de avaliação/acompanhamento implica recursos humanos, no mínimo, suficientes. Para não falar da necessidade de infra-estruturas físicas adequadas, materiais de avaliação e intervenção...É nítida a necessidade de maior colaboração, ora de estagiários, ora de mais profissionais, no desenrolar da acção da consulta de psicologia do HSM, a qual conta desde sempre apenas com um clínico.

Crescimento...

Olhando agora de forma mais global, em retrospectiva para as escolhas de avaliação e intervenção que realizei nos casos clínicos, dou conta que, em alguns momentos, teria agora escolhido algumas alternativas diferentes, e teria procurado explorar melhor alguns

temas com algumas crianças e adolescentes, o que é também um sinal de positivo de crescimento.

Sobretudo, desejo continuar a caminhar nestes trilhos da Psicologia Pediátrica, e aperfeiçoar a procura de formas de intervenção apoiantes, justas e fidedignas, que valorizem e potenciem tudo aquilo que a criança, o adolescente ou a família têm de melhor, e de mais singular. Para que surjam mudanças positivas.

Em jeito de balanço, e de despedida, relembro o insurgir de um esforço de concretização de objectivos importantes do trabalho nesta área de intervenção tão fundamental e fascinante. Tendo presente os objectivos de intervenção em Psicologia Pediátrica, enunciados por Barros (2003), deixo o convite a um rápido relance pelo projecto, tecido por “várias mãos”, do qual me orgulho fazer parte:

1. Observámos crianças saudáveis, cuja avaliação psicológica realizada pretende estar a par de novas conquistas ou de percalços no grande percurso que é o desenvolvimento e, acompanhámos crianças/adolescentes em situações mais complexas, quer na luta pela adaptação a uma condição crónica, que se impõe e vem para ficar; quer pelas dinâmicas e modelagens familiares cujas principais dificuldades ganham expressão nos mais pequenos;

2. Procurámos ajudar adolescentes (a contas com problemas emocionais), e as suas famílias, em funções interventivas, mas também educativas e preventivas, a caminharem para o objectivo de alcançar um estilo de vida mais saudável;

3. Colaborámos com várias Consultas do Hospital de São Marcos, na avaliação psicológica e despiste de vários problemas de comportamento e desenvolvimento, encaminhámos os resultados para permitir uma intervenção mais compreensiva dos problemas, mobilizámos recursos contemplados pela Lei, para apoiar as crianças com dificuldades no seu processo educativo, ou encaminhámos a criança para serviços onde as suas necessidades pudessem ser preenchidas;

4. Observámos o facilitar (e procurámos facilitar) a adaptação de crianças/adolescentes, suas famílias e contextos em que se inserem, às situações de doença crónica ou prolongada. A nossa meta foi conseguir que estas crianças/adolescentes descubram e desenvolvam estratégias para lidar, de forma mais positiva e esperançada, com as limitações impostas pela doença, aderindo aos tratamentos e prescrições médicas;

6. Fizemos parte de uma equipa que cumpriu um objectivo, de investir, de formar e supervisionar o nosso trabalho, das nossas preocupações éticas, dos nossos receios, avanços e recuos, e conquistas. Esta mesma equipa estende estes objectivos a outros profissionais de saúde cuja área de intervenção se entrecruza com áreas da Psicologia Clínica. Colaborámos também, em investigação, em tentativas de articulação de variáveis que possam trazer à luz novos dados, novas respostas.

Realizar este relatório, integrar este processo de obtenção de grau de mestre foi sobretudo mais um passo de concretização do desafio que é poder ser psicólogo em contexto europeu pois o processo de Bolonha veio uniformizar os modelos de conhecimento e prática na e em Psicologia, facilitando a mobilidade dos profissionais.

Este trabalho consolida um desejo e tentativa permanente de actualização e reciclagem, de reconhecimento da qualificação profissional. E porque o Processo de Bolonha pretende promover a mobilidade de profissionais no espaço europeu, aumenta em mim o desejo pessoal de poder vir a ter uma experiência profissional noutra país, dada a enorme “sede” de conhecer outras realidades clínicas, aprofundar conhecimentos específicos e transversais e poder contribuir para a melhoria dos serviços prestados na área da psicologia.

Referências Bibliográficas

Adams, L., Gouvousis, A., VanLue, M. & Waldron, C. (2004). Social story intervention: improving communication skills in a child with an autism spectrum disorder. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*. Vol. 19, 87-94.

Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson et C. Éditeurs.

Aldred, C., Green, J. & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 45, 1420-1430.

Alexandre, D. & Vieira, M. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em Estudo*. Vol. 9, (2), pp. 207-217.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4 Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Amorim, D. (2003). *Sugestões de actividades*. Manuscrito não-publicado, Equipa de Autismo, Hospital Pediátrico e Direcção Regional de Educação do Centro, Coimbra.

Andaluz, R. (2000). Transtornos generalizados del desarrollo: El Autismo infantil y otros problemas psicóticos. In Sacristán, J. (Ed.). *Psicopatología Infantil Básica: Teoría e Casos Clínicos* (pp. 195-209). Madrid: Psicología Pirâmide.

Andrews, G., Oakley-Browne, M., Castle, D., Judd, F. & Bailie, A. (2003). Summary of guideline for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Australian Psychiatric*. Vol. 11, pp. 29-33.

Ataoglu, A., Ozkan, M., Tutkun, H. & Maras, A. (1999). Alprazolam and cognitive behavior therapy in treatment of panic disorder. *Turk J. Med. Sci*. Vol. 30, pp. 167-171.

Balon, R. (2004). Developments in treatment of anxiety disorders: psychotherapy, pharmacotherapy and psychosurgery. *Depression and Anxiety*. Vol. 19, pp. 63-76.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2 Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Barros, L. (2004). *Perturbações de Eliminação na Infância e na Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Barry, L. & Burlew, S. (2004). Using social stories to teach choice and play skills to children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. Vol. 19, 45-51.

Barthélemy, C., Fuentes, J., Gaag, R. & Visconti, P. (2002). *Descripción del autismo*. San Sebastian: Asociación Internacional Autismo-Europa.

Bass, J. & Mulick, J. (2007). Social play skill enhancement of children with autism using peers and siblings as therapists. *Psychology in the Schools*. Vol. 44, 727-735.

Basto, A. (2006). *Boletim do Hospital de São Marcos*, Vol. XXII, (1). Braga: Estúdio de Artes Gráficas.

Beamish, P., Granello, D. & Belcastro, A. (2002). Treatment of panic disorder: practical guidelines. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 24, pp. 224-237.

Bedia, R., Primo, P., Aguilera, E., Borbujo, J., Cilleros, M., Ferrari, M., Velarte, M., Fernández, Z., Muñoz, L., Rey, F., Martín, M., Biggi, J. & La Paz, M. (2006). La detección precoz del autismo. *Intervención Psicossocial*. Vol. 15, 29-47.

Bellini, S., Peters, J., Benner, L. & Hopf, A. (2007). A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*. Vol. 28, 153-162.

Berger, M. (2003). *A criança e o sofrimento da separação*. Lisboa: Climepsi.

Bernardo, R. & Matos, M. (2003). Adaptação portuguesa do physical self-perception profile for children and youth e do perceived importance profile for children and youth. *Análise Psicológica*. Vol. 2, (21), pp. 127-144.

Blair, K., Umbreit, J., Dunlap, G. & Jung, G. (2007). Promoting inclusion and peer participation through assessment-based intervention. *Topics en Early Childhood Special Education*. Vol. 27, 134-147.

Boussard, M., Gaspar, E., Labraga, P. & D'Ottone, A. (2002). Pautas terapêuticas de los transtornos de ansiedad. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*. Vol. 66, pp. 130-152.

Bowlby, J. (1969). Apego e perda. Vol. 1. São Paulo: Martins Fontes.

Bragado, C. (2005). Características clínicas, avaliação e tratamento da enurese. In Cabalo, V. & Simón, M., *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos*, (pp. 99-134). São Paulo: Livraria Editora santos.

Brooks, R. (2006). Self-esteem and resilience in children. *Charles and Helen Schwab Foundation*. Retirado em Janeiro 2008 de <http://www.schwablearning.org/>.

Bushel, J. (1998). Guidelines for assessing and treating anxiety disorders. *National Health Committee*. pp. 1- 80.

Cabezas, H. (2005). A criança com autismo: um programa estruturado para a sua educação. In Cabalo, V. & Simón, M. (Eds.). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp. 321-345). São Paulo: Livraria Santos Editora.

Cadigan, K. & Missal, K. (2007). Measuring expressive language growth in young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*. Vol. 27, 110-118.

Caldeira da Silva, P. et al. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R.. *Análise Psicológica*. Vol. 1, 31-39.

Campbell-Sills, L. & Stein, M. (2006). Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *APA Committee on Practice Guidelines*. Retirado em Maio 2007 de http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.

Carvalho, M. (2007). *Vinculação, temperamento e processamento da informação: implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência*. Braga: Universidade do Minho.

Castanyer, O. (2006). *A assertividade: expressão de uma auto-estima saudável* (7 Ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.

Christian, J. (2006). *Autism Spectrum Disorders Handbook*. South Dakota: Sanford School of Medicine - The University of South Dakota.

Conrad, Rothlisberger & Cristoph (1996). Social support in healthy adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 25, pp. 17-31.

Corman, L. (1985). *Le test du dessin de famille*. Paris: Presses Universitaires de France.

Cote, G. (1993). Le traitement cognitivo-comportamental du trouble de panique: une recension critique des écrits. *Canadian Journal of Behavioral Science*. Vol. 25, pp.45-60.

Cowley, G. (2000). Understanding autism. *Newsweek*. Vol. 136, pp. 46.

Crozier, S. & Tincani, M. (2007). Effects of social stories on prosocial behaviour of preschool children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. Vol. 37, 1803-1814.

Cuadrado, J. (2006). Autismo: Modelos educativos para una vida de calidad. *Psicología Educativa*. Vol. 12, 5-20.

Dannon, P., Iancu, I. & Grunhaus, L. (2002). Psychoeducation in panic disorder patients: effect of a self-information booklet in a randomized masked-rater study. *Depression and Anxiety*. Vol. 10, pp. 16-71.

Dattilio, F. (2001). Crisis intervention techniques for panic disorder. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 55, pp. 388- 406.

Daunhauer, L., Bolton, A. & Cermak, S. (2005). Time-use patterns of young children institutionalized in Eastern Europe. *OTJR*. Vol. 25, (1), pp. 33-41.

DiFilippo, J. & Overholser, J. (1999). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder: confronting situational precipitants. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol. 29, pp. 99-113.

Dillenburger, K., Keenan, M., Gallagher, S. & McElhinney, M. (2002). Autism: Intervention and parental empowerment. *Child Care in Practice*. Vol. 8, 216-219.

Docampo, L., Castro, M. & Alvarez, M. (2006). El Diagnóstico en el proceso de evaluación en las personas con trastornos generalizados del desarrollo y el espectro autista: la calidad y la ética como principios. In Machado, C., Almeida, L. S., Gonçalves, M. & Ramalho, Vera (Cords.). *XI Actas da Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 377-385). Braga: Psiquilibrios.

Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S., Cox, A., Slonims, V., Wheelwright, S., Swettenham, J., Berry, B. & Charman, T. (2002). A pilot randomised control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism: Preliminary findings and methodological challenges. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 11, 266-272.

Dunn, M., Burbine, T., Bowers, C. & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*. Vol. 37, 39-53.

Equipa de Autismo da Região Centro (s.d.). *Perturbações do Espectro do Autismo*. Manuscrito não-publicado, Hospital Pediátrico e Direcção Regional de Educação do Centro, Coimbra.

Essau, C. (2007). Ansiedade em crianças e adolescentes: uma perspectiva desenvolvimentista. In Santos, P. (Ed.), *Temas candentes em psicologia do desenvolvimento*, (pp. 247-263). Lisboa: Climepsi Editores.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*. Vol. 4, (24), pp. 361-371.

Farruggia, S., Greenberger, E., Chen, C. & Heckhausen, J. (2006). Perceived social environment and adolescents' well-being and adjustment: comparing a foster care sample with a matched sample. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 35, (3), pp. 349-358.

Fernandez-Ballesteros, R. (1993). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fuentes, J. (2004). *Transtornos del espectro autista*. [On-line]. Retirado em 5 Novembro de 2007 do Grupo de Estúdio de Transtornos del Espectro Autista, Instituto de Investigación de Enfermedades Raras: http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedadesraras/enfermedadesraras_presentacion.jsp.

Gadia, C., Tuchman, R. & Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*. Vol. 80, 83-94.

Gallagher, L. (2006). Autism: complex genetics – complex phenotype. *Journal of Intellectual Disability Research*. SSBP 11th Annual Scientific Meeting.

Garaigordobil, M., Durá, A. & Pérez, J. (2005). Psychological symptoms, behavioural problems, and self-concept/self-esteem: a study of adolescents aged 14 to 17 years old. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 1, pp. 53-63.

Gardenswartz, C. (2001). *Prevention of panic*. Los Angeles: University of California.

Geroski, A. & Rodgers, K. (1998). Collaborative assessment and treatment of children with enuresis and encopresis. *Professional School Counselling*. Vol.2, pp. 128.

Girolametto, L., Sussman, F. & Weitzman, E. (2007). Using case study methods to investigate the effects of interactive intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of Communication Disorders*. Vol. 40, 470-492.

Goldberg, C. (1998). Cognitive-behavioral therapy for panic: effectiveness and limitations. *Psychiatric Quartely* Vol. 69, pp. 23-44.

Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas* (3 Ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Gonçalves, M. & Simões, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In Soares, I. (Ed.), *Psicopatologia do*

desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida, (pp. 43-87). Coimbra: Quarteto Editora.

Gontard, A., Freitag, C., Seifen, S. & Pukrop, R. (2006). Neuromotor development in nocturnal enuresis. *Developmental Medicine and Child Neurology*. Vol. 48, pp. 744.

González, B. & Menchaca, N. (2007). Neurobiología del autismo: Estudio de neuropatología y neuroimagen. *Actas Esp Psiquiatr*. Vol. 35, 271-276.

Gorman, J., Shear, K., Cowley, D., Cross, C., March, J., Roth, W., Shehi, M. & Wang, P. (1998). Treatment of patients with panic disorder. *APA Practice Guidelines*.

Gouveia, J. P., Carvalho, S. & Fonseca, L. (2004). *Pânico: da compreensão ao tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Greenspan, S. & Brazelton, T. (2000). *Clinical practice guidelines*. Maryland: The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.

Groza, V., Ryan, S. & Cash, S. (2003). Institutionalization, behaviour and international adoption: predictors of behaviour problems. *Journal of Immigrant Health*. Vol. 5, pp. 5.

Ham, P., Waters, D. & Oliver, N. (2005). Treatment of panic disorder. *American Family Physician*. Vol. 71, pp. 733-739.

Harden, B. (2004). Safety and stability for foster children: a developmental perspective. *The Future of Children*. Vol. 14, (1), pp. 30-48.

Harpaz-Rotem, I., Rosenheck, R. A. & Desai, R. (2006). The mental health of children exposed to maternal mental illness and homelessness. *Community Mental Health Journal*. Vol. 42.

Hawton, K., Salkovskis, P. & Clark, D. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.

Hepburn, S., DiGusepi, C., Rosenberg, S., Kaparich, K., Robinson, C. & Miller, L. (2008). Use of a teacher nomination strategy to screen for autism spectrum disorders in general education classrooms: A pilot study. *J Autism Disord*. Vol. 38, 373-382.

Hernández, J. et al. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev. Neurol.* Vol. 41, 237-245.

Hewitt, S. (2006). *Comprender o Autismo: Estratégias para alunos com Autismo nas escolas regulares*. Porto: Porto Editora.

Hillman, J. (2006). Supporting and treating families with children on the autistic spectrum: The unique role of the generalist psychologist. *Psychotherapy: Theory, Practice, Training*. Vol. 43, 349-358.

Hofman, S. & Spigel, D. (1999). Panic control treatment and its applications. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. Vol. 8, pp. 3-12.

Hospital São Marcos (2007). *Manual de integração do aluno/estagiário*. Braga: Estúdio de Artes Gráficas.

Hundert, J. (2007). Training classroom and resource preschool teachers to develop inclusive class interventions for children with disabilities: Generalization to new intervention targets. *Journal of Positive Behavior Interventions*. Vol. 9, 159-173.

Johnson, C., Handen, B., Butter, E., Wagner, A., Mulick, J., Sukhodolsky, D., Williams, S., Swiezy, N., Arnold, L., Aman, M., Scahill, L., Stigler, K., McDougle, C., Vitiello, B. & Smith, T. (2007). Development of a parent training program for children with pervasive development disorder. *Behavioral Interventions*. Vol. 22, 201-221.

Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Kazdin, A. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. (Vol. I). Oxford: APA, University Press.

Kimball, J., Kinney, E., Taylor, B. & Stromer, R. (2004). Video enhanced activity schedules for children with autism: A promising package for teaching social skills. *Education & Treatment of Children*. Vol. 27, pp.280.

Klin, A. (2007). Autismo e síndrome de asperger: Uma visão geral. *Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)*.

Kreppner, J., O'Connor, T., Dunn, J. & Anderson-Wood, L. (1999). The pretend and social role play of children exposed to early severe deprivation. *The British Journal of Developmental Psychology*. Vol. 17, Part 3, pp. 319-333.

Kreppner, J., O'Connor, T. & Rutter, M. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome?. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol. 29, (6), pp. 513- 529.

Kroeger, K., Schultz, J. & Newsom, C. (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *J Autism Disord*. Vol. 37, 808-817.

Larsson, H. et al. (2005). Risk factors for autism: Perinatal factors, parental psychiatric history and socioeconomic status. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 161, 916-925.

Le Couteur, A., Haden, G., Hammal, D. & McConachie, H. (2008). Diagnosing autism spectrum disorders in pre-school children using two standardised assessment instruments: The ADI-R and the ADOS. *J Autism Dev Disor*. Vol. 38, 362-372.

Le Couteur, A. (2003). *National Autism Plan for Children (NAPC)*. London: The National Autistic Society.

Lee, S., Odom, S. & Loftin, R. (2007). Social engagement with peers and stereotypic behaviour of children with autism. *Journal of Positive Behaviour Interventions*. Vol. 9, 67-79.

Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg & Leibing (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy and indications. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 60, pp. 233-260.

Leitão, L. (2004). Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre equitação psico-educacional (EPE) e autismo. *Análise Psicológica*. Vol. 2, 335-354.

Leo, D. (1983). *A interpretação do desenho infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Levitt, J., Hofman, E., Grisham, J. & Barlow, D.(2001). Empirically supported treatments for panic disorders. *Psychiatric Annals*. Vol. 31, pp. 478-488.

Lovaas, O. & Smith, T. (1996). *Una teoria conductual comprehensiva del autismo como paradigma para investigación y tratamiento*. Retirado de <http://www.comportamental.com/articulos/61.pdf> em 5 Novembro de 2007.

Luecken, L. (2006). Early family adversity and cognitive performance in aging: a lifespan developmental model. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Vol. 25, pp. 33-53.

Magiati, I., Charman, T. & Howlin, P. (2007). A two-year prospective follow-up study of community-based early intensive behavioral intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 48, 803-812.

Marinho, M. (2005). Um programa estruturado para o treinamento dos pais. In Caballo, V. & Simón, M., *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos*, (pp.417-443). São Paulo: Livraria Santos Editora.

Marques, M. (2003). Psiquiatria da infância. In Palminha, J. & Carrilho, E. (Coordenadores). *Orientação diagnóstica em pediatria: dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial*. Vol. 2. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Marques-Teixeira, J. (1999). Clínica da Ansiedade: Aspectos Práticos. *Saúde Mental*. Vol. I , 35-42.

Massimo-Biondi & Picardi, A. (2003). Increased probability of remaining in remission from panic disorder with agorafobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioral therapy: a follow-up study. *Psychosomatics*. Vol. 72, pp. 34-43.

Meuret, A., Wilhem, F. & Roth, W. (2004). Respiratory feedback for training panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*. Vol 60, pp. 197-207.

Medical Research Council [MRC] (2001). *Review of Autism Research, Epidemiology and Causes*. Retirado de

<http://www.mrc.ac.uk/Utilities/Documentrecord/index.htm?d=MRC002394> em 5 Novembro de 2007.

Monjas, I. & Caballo, V. (2005). Psicopatologia e tratamento da timidez na infância. *In* Cabalo, V. & Simón, M., *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos*, (pp. 271-297). São Paulo: Livraria Editora santos.

Moreira, P. (2002). *Crescer a brincar*. Coimbra: Quarteto Editora.

Moreira, P. (2004). *Olá, obrigado! competências sociais e assertividade*. Porto: Porto Editora.

Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto Editora.

Moreira, P. (2007). *Aventura dos sentimentos e dos pensamentos: diferenciação emocional, cognitiva e comportamental*. Porto: Porto Editora.

Murdock, L., Cost, H. & Tieso, C. (2007). Measurement of social communication skills of children with autism spectrum disorders during interactions with typical peers. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. Vol. 22, 160-173.

Nadiga, D., Hensley, P. & Uhlenhuth, E. (2003). Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. *Depression and Anxiety*. Vol. 17, pp. 58-64.

Nelson, C. (2007). A Neurobiological perspective on early human deprivation. *Child Developmental Perspectives*, Vol. 1, (1), pp. 1-23.

Newschaffer, C. & Cole, S. (2005). Risk factors for autism: Perinatal factors, parental psychiatric history and socioeconomic status. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 161, 926-928.

Nield, L. & Kamat, D. (2004). Enuresis: how to evaluate and treat. *Clinical Pediatrics*. Vol. 43, pp. 409-415.

Oyola, J., Sacristán, J. & Andaluz, R. (2000). Transtornos del control esfinteriano: enuresis y encopresis. In Sacristán, J. (Editor) *Psicopatología Infantil Básica*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ozonoff, S., Rogers, S. & Hendren, R. (2003). *Perturbações do espectro do autismo: Perspectivas da investigação actual*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, Vol. 3, (17), pp. 547-558.

Pais-Ribeiro, J. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, Vol.1, (20), pp. 67-75.

Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Pallant, J. (2001). *SPSS: Survival Manual*. Buckingham: Open University Press.

Pedrosa, S. (2006). TEACCH. Retirado de http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/files/Necessidades_Educativas.ppt em Março 2008.

Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*. Vol. 1, (22), pp. 235-244.

Pereira, E. (1998). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Pereira, E. (2000). Autismo: conceito e terapêutica. In Soares, I. (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 225-262). Coimbra: Quarteto Editora.

Pereira, E. (2007). Questões diagnósticas e de intervenção nas perturbações globais do desenvolvimento. In Santos, P. (Ed.), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento* (pp.265-274). Lisboa: Climepsi Editores.

Perry, J., Sigal, J., Boucher, S. & Paré, N. et al. (2006). Seven institutionalized children and their adaptation in late adulthood: the children of Duplessis. *Psychiatry*. Vol. 69, (4), pp. 283-336

Plano de Intervenção Imediata (2006). *Relatório de caracterização das crianças e jovens em situação de acolhimento em 2006*. Segurança Social.

Prizant, B. & Rubin, E. (1999). Contemporary issues in interventions for autism spectrum disorders: A commentary. *JASH*. Vol. 24, 199-208.

Rayburn, N. & Otto, M. (2003). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a review of treatment elements, strategies, and outcomes. *CNS Spectrums*. Vol. 8, pp. 356-361.

Rickets, T. & Donohoe, G. (2000). Anxiety and panic. *Handbook of Counselling and Psychotherapy*. (1 Ed.). London: SAGE Publications.

Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, C., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*. Vol. 4, (22), pp. 643-665.

Rogers, S. (2005). Play interventions for young children with autism spectrum disorders. In Reddy, L., Files-Hall, T. & Schaefer, C. (Eds.) *Empirically Based Play Interventions for Children* (pp.215-239). Washington, DC: American Psychological Association.

Rosário, P. (2004). *(Des)venturas do Testas: estudar o estudar*. Porto: Porto Editora.

Rosário, P. (2006). *(Des)venturas do Testas: testas para sempre*. Porto: Porto Editora.

Rúa, M. (2007). Transtornos del espectro autista: Intervención psicoeducativa integrada en el currículum. *Revista Española de Pedagogía*. (237), 333-350.

Rygaard, N. (2006). *A criança abandonada*. Lisboa: Climepsi Editores.

Rutter, M. Kreppner, J. & O'Connor, T. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179, pp. 97-103.

Schmidt, N. & Smith, J. (2005). Do medications matter in the context of cognitive-behavioral therapy for panic disorder?. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. Vol. 19, pp. 347-355.

Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psicológica*. Vol. 21, pp. 27-64.

Smits, J., O'Leirigh, C. & Otto, M. (2006). Combining cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for the treatment of panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. Vol. 20, pp. 75-85.

Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios.

Soares, R. (2006). *O Autismo e as pessoas com Autismo*. Retirado de <http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/files/AUTISMO.ppt> em Março 2008.

Sousa, H. (2006). *As necessidades educativas especiais das crianças com Autismo*. Retirado de http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/files/Necessidades_Educativas.ppt em Março 2008.

Strain, P., Kohler, F. & Goldstein, H. (2005). Learning experiences...an alternative program: Peer-mediated interventions for young children with autism. In Reddy, L., Files-Hall, T. & Schaefer, C. (Eds.) *Empirically Based Play Interventions for Children* (pp.573-587). Washington, DC: American Psychological Association.

Tardif, C., Lainé, F., Rodriguez, M. & Gepner, B. (2007). Slowing down presentation of facial movements and vocal sounds enhances facial expression recognition and induces facial-vocal imitation in children with autism. *J Autism Dev Disord*. Vol. 37, 1469-1484.

Tarrier, N., Wells, A. & Haddock, G. (1998). *Treating complex cases: the cognitive-behavioral therapy approach*. New York: John Wiley & Sons.

Thiedke, C. (2003). Nocturnal enuresis. *American Family Physicians*. Vol. 67, pp. 1499-1506.

Thompson, R. (2002). Attachment theory and research. In Lewis, M. (Ed), *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook*, (pp. 164-170). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Tsai, L. (2004). Autistic Disorder. In Wiener, J. & Dulcan, M. (Ed.), *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. (pp. 261-315). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Vasconcelos, C. (2003). *Como abordar o estudo acompanhado*. Porto: Areal Editores.

Vaz-Serra (1995). Inventário clínico de auto-conceito. In Almeida, L. S., Simões, M. R. & Gonçalves, M. (Eds.). *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT.

Veiga, F. H. (1989). Escala de autoconceito: Adaptação portuguesa do "Piers-Harris Children's Self-Concept Scale". *Psicologia*, VII, (3), pp. 275-284.

Veiga, F. H. (no prelo). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Revista de Educação e Psicologia*, (2).

Vikram, D. (2003). *Standards and guidelines for the assessment and diagnosis of young children with autism spectrum disorder in British Columbia*. Retirado de <http://www.health.gov.bc.ca> em 5 Novembro de 2007.

Volkmar, F., Lord, C., Klin, A. & Cook, E. (2002). Autism and the Pervasive Developmental Disorders. In Lewis, M. (Ed), *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook* (pp. 587-597). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: John Wiley & Sons.

Whitbread, K. (2007). Inclusive education and autism. *The Inclusion Notebook*. Vol. 6, 1-18.