

# **COMPONENTE I**

## **COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO**

---

## INTRODUÇÃO À COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

---

A presente investigação “Tradução e adaptação para a língua portuguesa da bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados de H. Goodglass (2005)*” encontra-se inserida no âmbito da cadeira de Seminário de Investigação II, sob a docência do Professor Doutor Luís Mais, a qual se integra no Currículo do 5º ano da Licenciatura em Psicologia, ministrada pelo Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

A linguagem e as relações anátomo-funcionais têm sido estudadas pela Neuropsicologia Clínica, Experimental e Cognitiva (cf., Ropper & Brown, 2005) e como estagiária na Consulta de Neuropsicologia Clínica, Serviço de Neurologia, no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., foi-me permitido contactar com diversos pacientes de patologias neurológicas e psiquiátricas diversificadas. Neste sentido, e após uma revisão atenta da literatura, verificou-se a ausência da tradução para a língua portuguesa da Bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados de H. Goodglass (Goodglass, 2005)*, sendo constituída também pelo Teste de Vocabulário de *Boston (Goodglass, 2005)*. Procedeu-se à adaptação para a língua portuguesa dos instrumentos que fazem parte da Bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados de H. Goodglass (Goodglass, 2005)*, nomeadamente: Teste de *Boston* para o Diagnóstico da Afasia – Formato Ampliado (*Standard*); Teste de *Boston* para o Diagnóstico da Afasia – Formato Abreviado e Teste de Vocabulário de *Boston*. No entanto, realizou-se a adaptação e inclusivamente a aplicação do Teste de *Boston* para o Diagnóstico da Afasia – Formato Ampliado (*Standard*) e do Teste de Vocabulário de *Boston* que integra também esse mesmo formato. Estes instrumentos representam um progresso para o estudo da afasia e das perturbações relacionadas. Neste sentido, a Bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados de H. Goodglass* inicialmente designada para avaliar os comportamentos linguísticos que têm demonstrado serem discriminativos na identificação de síndromas afásicos. Esta avaliação inclui subtestes que compreendem a Narrativa, a Compreensão Auditiva, a Repetição, a Denominação, a Leitura, a Escrita e as Praxias. Neste sentido, a presente investigação está organizada em três partes: a primeira parte, que engloba uma tentativa de revisão teórica acerca dos vários tipos de Síndromas Afásicos; a segunda parte, a Parte Empírica, na qual é apresentada os procedimentos metodológicos e uma terceira parte, que integra a discussão dos resultados e conclusões acerca da aplicação da tradução experimental do instrumento. Bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados de H. Goodglass (2005)*, o Teste de *Boston* para o Diagnóstico da Afasia – Formato Ampliado (*Standard*); Teste de *Boston* para o Diagnóstico da Afasia – Formato Abreviado e Teste de Vocabulário de *Boston*.

# CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

## 1. A LINGUAGEM

Ao longo de vários anos a linguagem humana tem vindo a ser estudada como um processo complexo que envolve múltiplas estruturas cerebrais (Luria, 1979; Leal & Martins, 2005), tendo uma base nitidamente neuroanatômica (Kirshner, 2004). Este processo permite a transmissão de informação através da mediação de símbolos arbitrários conhecidos por palavras (Luria, 1979; Mesulam, 2000). Sendo a linguagem um instrumento fundamental para a vida do indivíduo, uma necessidade inerente à evolução humana e um veículo privilegiado do pensamento (Gil, 2004; Ropper & Brown, 2005), ao verificar-se uma modificação funcional, esta reflecte-se em dificuldades na expressão linguística, na compreensão auditiva e outras alterações associadas (León-Carrión, 1995; Fonseca, Guerreiro & Castro-Caldas, 2002). Deste modo, quando se verifica uma alteração no funcionamento normativo dessas mesmas estruturas poderemos estar perante alterações da linguagem, as afasias (Junqué & Barroso, 1995; Goodglass, 2005; Pinel, 2005, Cortés, 2006).

O estudo das perturbações da linguagem abrange uma análise dum atributo humano superior, ou seja a capacidade de comunicar para além da simbologia (Kirshener, 2004).

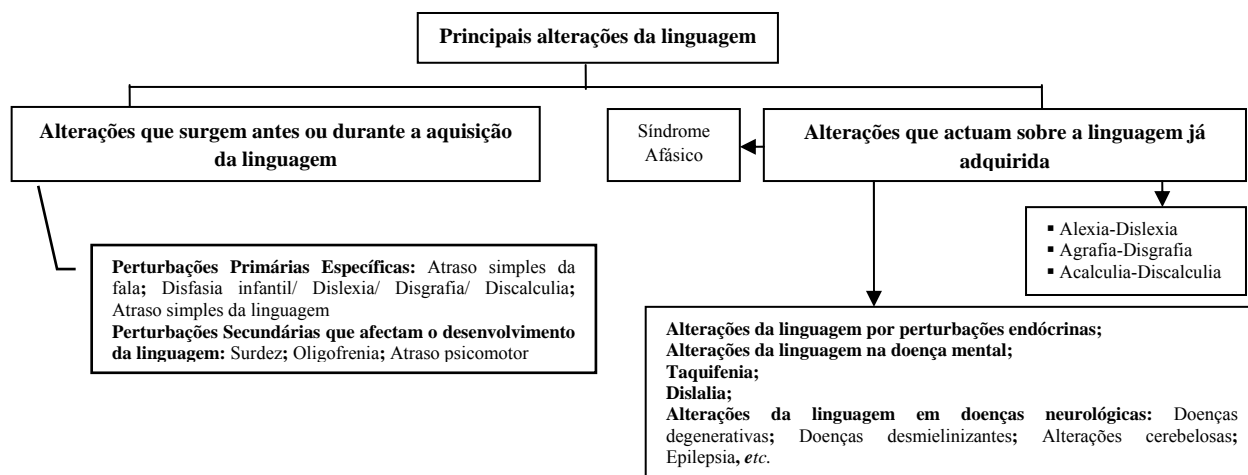
A linguagem normativa pode considerar-se como dependente de uma interacção complexa entre representações simbólicas, capacidades sensitivo motoras e padrões sintácticos adquiridos (Goodglass, 2005). Desta forma, a nível neurológico, podemos considerar a linguagem como o resultado de uma organização neuronal, sendo esta responsável pela integração e pela emissão das mensagens linguísticas (Vendrell, 2001). A afasia é considerada uma perturbação multimodal que afecta a compreensão auditiva, a linguagem oral expressiva, leitura e escrita, no entanto não pod ser considerada como uma perturbação específica pois outros processos cognitivos, como por exemplo a memória auditiva de curto prazo e atenção se encontram também envolvidas (Berthier, 2005). Apesar desta definição, de um modo geral existe uma concordância relativamente à definição de Afasia, tendo vindo a ser definida por perda ou alteração da linguagem como consequência de algum tipo de anomalia a nível cerebral (Ardila, 2006; Kertesz, 1985 *cit. in* Bruna & Suhevic, 2004; Saygin, Wilson, Dronkers & Bates, 2004; Cupello & Miranda, 2003; Johnstone, Holland & Larimore, 2000; Benson, 2003), provocando perturbação no processamento linguístico (Ardila, 2005; Damásio & Damásio, 2000; Ross, 1999). Alguns autores (Junqué & Barroso, 1995; Benson, 1996 *cit. in* Altschuler, Multari, Hirstein & Ramachandran, 2006; Ross, 1999; Damásio & Damásio, 2000; Junqué, Bruna & Mataró, 2003; Kirshner, 2004; Ardila, 2005; Leal & Martins, 2005; Mansur, Radanovic, Araújo, Taquemori & Greco, 2006; Ferro & Pimentel,

2006; Faroqi-Shah & Thompson, 2007), defendem que esta perda caracteriza-se pela presença de problemas na fala, na compreensão e/ou a expressão de símbolos verbais (Engelhardt, Laks & Rozenthal, 1996) e na denominação podendo também comprometer a linguagem escrita ou qualquer tipo de linguagem, como por exemplo a linguagem de sinais (Damásio, 1992). No entanto, outros aspectos da linguagem podem também ser afectados nomeadamente a sintaxe, o léxico e a morfologia das palavras (Benson, 2003). A causa da afasia é de origem neurológica e pode apresentar várias etiologias (*e.g.*, vascular, infecções, tumores cranianos, doenças degenerativas, doenças desmielinizantes e perturbações do foro tóxico) (Cupello & Miranda, 2003) sendo a mais proeminente nos casos de Acidente Vascular Cerebral, Traumatismos Crânio-Encefálicos, e de forma menos pontual, em Neoplasias Cerebrais ou Doenças Infecciosas (Janicek, Schwartz, Carvalho, Garoda & Holman, 1993; Ferro & Pimentel, 2006). Tal como já foi referido, a afasia surge em consequência de uma perturbação adquirida na linguagem oral, no entanto esta pode surgir durante ou depois desta (Ardila, 2006) (Esquema 1).

Outro aspecto a referir, é o facto de uma perturbação da linguagem nem sempre significar que a lesão destruiu a função correspondente, nem que afectou alguns dos elementos imprescindíveis que permitem a funcionalidade normativa desta função (Vendrell, 2001). Neste sentido, as capacidades linguísticas do afásico devem ser consideradas como um resultado final da interacção entre as funções alteradas e o conjunto de possibilidades preservadas no cérebro do paciente (Vendrell, 2001).

As perturbações que se verificam na comunicação e que se devem a uma parálise ou descoordenação da musculatura da fala ou da escrita, ou uma visão ou audição deficitárias, não são em si mesmo, perturbações afásicas, no entanto tais alterações poderão acompanhar a afasia tornando complexas desta forma as manifestações clínicas do déficite de linguagem propriamente dito (Goodglass, 2005).

**Esquema 1. Principais alterações da Linguagem**  
(Traduzido e Adaptado de Bartolomé, Fernandez & Ajamil, 2006, p.217)



Perante a variada sintomatologia, é necessário que a Afasia seja considerada uma perturbação multimodal (Vendrell, 2001), uma vez que poderá afectar diferentes modalidades sensoriais como a compreensão oral (auditiva), a expressão oral, a leitura, a escrita (visual) e as capacidades gestuais (motora e propioceptiva), não sendo necessariamente com igual gravidade, dependendo da localização da lesão cerebral (Leal & Martins, 2005; Leal, 2003; Vendrell, 2001). Neste sentido, a perturbação não se reduz à expressão ou compreensão falada, mas também à escrita (Bruna & Suhevic, 2004; Mumenthaler & Mattle, 2004; Vendrell, 2001), o que faz com que o estudo detalhado de um paciente afásico não deve limitar-se ao estudo da sua linguagem, mas também ao do conjunto das suas funções neuropsicológicas (Vendrell, 2001). De acordo com Ferro & Pimentel (2006), é um síndrome heterogéneo que pode variar no tipo e na intensidade. Assim sendo, nas afasias ligeiras os pacientes poderão apresentar apenas alguma dificuldade em evocar as palavras que pretendem dizer (sendo um discurso caracterizado por pausas, hesitações ou trocas). No entanto, em afasias mais graves, os pacientes podem ter o seu discurso reduzido a alguns sons, sendo incapazes de efectuar qualquer comunicação. Para compreendermos as perturbações da linguagem torna-se imprescindível uma breve revisão das componentes linguísticas (Kirshner, 2004). Segundo vários autores (Caldas, 2000; Damásio & Damásio, 2000; Johnstone, Holland & Larimore, 2000) as componentes linguísticas estão directamente implicadas na definição das perturbações da linguagem, visto que a Afasia pode afectar diversos aspectos do processamento da linguagem, nomeadamente da Linguagem Expressiva (*Semântica, Sintaxe Léxico; Morfologia das palavras*) e da Linguagem Receptiva (*Compreensão da Leitura, Compreensão auditiva*).

As Afasias são classificadas em não fluentes e fluentes de acordo com as características do discurso (Quadro 1). Em geral, as afasias não fluentes correspondem a lesões cerebrais anteriores (frontais ou pré-rolândicas) e as afasias fluentes a lesões posteriores (temporo-parietais ou pós-rolândicas) (Leal & Martins, 2005; Caldas, 2000).

**Quadro 1.** Características do discurso espontâneo na afasia: fluente e não-fluente.

(Adaptado de Caldas, 2000, p.171; Mumenthaler & Mattle, 2004, p. 456; Leal & Martins, 2005, p. 361)

Características	Afasia Não Fluente	Afasia Fluente
<b>Débito/Velocidade</b>	Reduzido (menos de 50 palavras por minuto)	Normal (mais de 90 palavras por minuto)
<b>Esforço produtivo</b>	Aumentado	Normal
<b>Articulação</b>	Perturbada (Disartria)	Normal
<b>Comprimento das frases</b>	Excesso de substantivos	Redução do número de substantivos
<b>Prosódia</b>	Alterada (Disprosódica)	Normal
<b>Características do léxico</b>	Excesso de substantivos	Redução do número de substantivos
<b>Parafasias</b>	Raras (fonológicas)	Frequentes (todos os tipos)

## 1.1. Principais Síndromes Afásicas

Frequentemente, vários ou até mesmo todos estes aspectos característicos da linguagem ficam comprometidos a cada paciente, apesar do ênfase variar, por exemplo num paciente o maior problema poderá centrar-se na construção de frases significativas, no déficite na selecção de palavra, ou incapacidade de formulação de uma frase de acordo com a gramática. A combinação da sintomatologia afásica constitui diferentes tipos de Afasia (Damásio & Damásio, 2000) (Quadro 2).

**Quadro 2.** Principais Síndromes Afásicas\* (*Traduzido e Adaptado de Damásio & Damásio, 2000, p. 297*)

	<b>Discurso</b>	<b>Compreensão</b>	<b>Repetição</b>	<b>Outros sintomas</b>	<b>Localização</b>
<b>Afasia do Tipo Broca</b>	Não fluente; disperso; requer grande esforço; fraca melodia.	+	-	Hemiparesia Direita (braço > perna); o paciente está consciente da dificuldade, talvez presença de depressão	Frontal Esquerdo (posterior inferior)
<b>Afasia do Tipo Wernicke</b>	Fluente; abundante; bem articulado; melódico.	-	-	Ausência de sintomas motores; os pacientes poderão se apresentar agitados, eufóricos ou paranóicos.	Temporal Esquerdo (posterior e superior)
<b>Afasia de Condução</b>	Fluente com alguns déficits ao nível articulatório	+	-	Habitualmente nenhuns; o paciente poderá apresentar perda sensorial ou dificuldades no braço direito; déficite ao nível facial direito poderá ser observado.	Giro Esquerdo Supramarginal, ou Córtex auditivo esquerdo e Ínsula
<b>Afasia Global</b>	Escasso; monossílabos e estereotípias	-	-	Presença ou de Hemiplegia direita, mas poderá ter afasia Global mas sem a presença de Hemiplegia	Com presença de Hemiplegia, grande lesão esquerda perisilviana; Sem Hemiplegia: lesões separadas ao nível frontal e temporo-parietal.
<b>Afasia Transcortical Motora</b>	Não Fluente	+	+		Anterior ou superior à Área de Broca, poderá envolver parte da Área de Broca.
<b>Afasia Transcortical Sensorial</b>	Fluente; limitado	-	+		Posterior ou Inferior à Área de Wernicke.
<b>Afasia Atípica (“gânglios basais”)</b>	Disártrico mas frequentemente fluente	-	-/+	Hemiparesia Direita (braço > perna)	Cabeça do Núcleo Caudado; parte anterior da Cápsula.
<b>Afasia Atípica (“Tálamo”)</b>	Fluente, poderá ser logorreico	-	+	Déficits atencionais e mnésicos na fase aguda	Tálamo Antero-lateral

\*+ Intacto ou largamente preservado; - Prejudicado

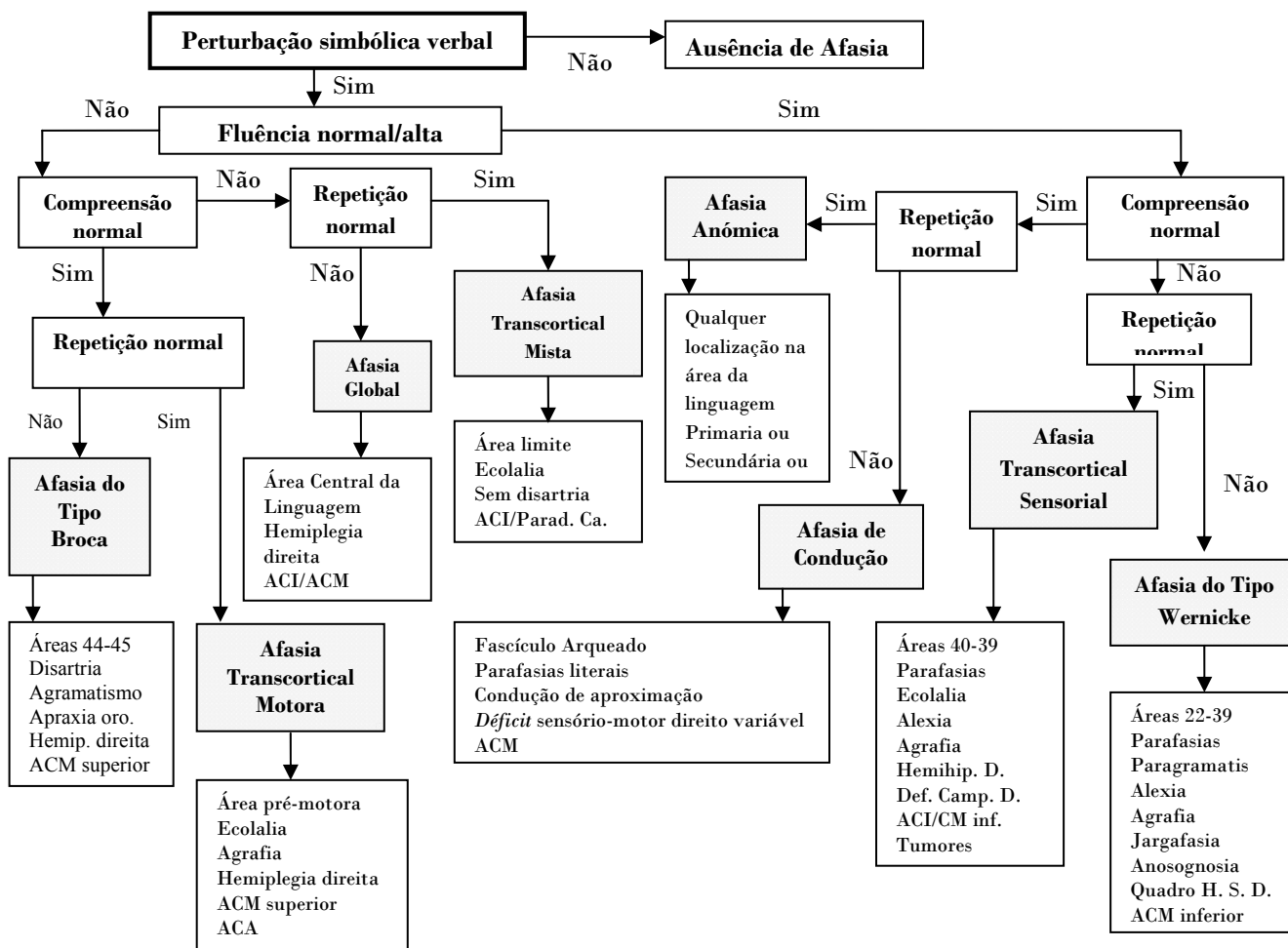
No entanto, na denominação dos vários tipos de Afasia têm sido utilizadas classificações diferentes, na referência de síndromes clínicos distintos (Esquema 2). De forma a simplificar o problema e tendo em conta Bartolomé & Ardila (2005) o melhor será optar por dicotomias básicas simples (Quadro 3).

**Quadro 3.** Principais dicotomias assinaladas na literatura para distinguir as duas grandes variantes das Afásias (*Traduzido e Adaptado de Ardila, 2005, p. 43*)

Expressiva	Receptiva
Motora	Sensorial
Anterior	Posterior
Não Fluida	Fluida
Perturbação Sintagmática	Perturbação Paradigmática
Perturbação na codificação	Perturbação na descodificação
Tipo Broca	Tipo Wernicke

## Esquema 2. Árvore de Decisão Diagnóstica em Afasias

(Traduzido e Adaptado de Bartolomé, 2000, p.485; Bartolomé, Fernandez & Ajamil, 2006, p.218)



Neste sentido, no que concerne à identificação da semiologia do tipo afásica, pelo aspecto multimodal da linguagem, segundo Luria (1976; 1977; 1979) o fenómeno de pluripotencialidade, a avaliação deverá focalizar-se em aspectos diferenciais e em múltiplas tarefas de forma a identificar os *déficits* em causa.

## 2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM AFASIAS

Na avaliação das afasias podemos distinguir baterias de testes que têm como objectivo a realização de uma avaliação integral da linguagem e as provas dirigidas na avaliação de aspectos específicos da mesma (por exemplo, a denominação) (Goodglass, 2005).

Existem algumas provas que são consideradas as mais frequentemente utilizadas na Avaliação das Afasias (Quadro 4).

**Quadro 4.** Algumas Provas de diagnóstico das Afasias (Traduzido e Adaptado de Ardila, 2006, p. 176)

### Baterias de Testes

*Boston Diagnostic Aphasia Examination*

*Examen Multilingüe de las Afasias*

*Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia, 1989*

*Porch Index of Communicative Ability PICAC 1967*

*Prueba de Afasia para Bilingües*

*The Western Aphasia Battery*

**Testes de competências linguísticas específicas**

*Boston Naming Test, 1983*

*Prueba de las Fichas*

*Pruebas de Lectura, Escritura y Gramática en Español*

Tal como referido anteriormente, para a avaliação das afasias existem alguns instrumentos largamente utilizados a nível internacional, no campo da Neurolinguística e da Neuropsicologia Clínica, entre os quais se destaca a *Western Aphasia Battery*, bem como a *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE) (Goodglass & Kaplan, 1983). O estudo das perturbações da linguagem permitem estabelecer uma relação directa entre as funções psicológicas e a anatomia e fisiologia do cérebro (Ropper & Brown, 2005). Penfield e Roberts apresentam nos seus estudos de estimulação eléctrica cortical em pacientes sujeitos a cirurgia de crânio aberto a clara extensão das zonas corticais envolvidas na produção e compreensão da linguagem (Johnsrude, 2002). O *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE), é uma das medidas mais utilizadas por psicólogos e técnicos de saúde, na avaliação das capacidades linguísticas (Kaplan, Goodglass & Weintraub, 1983).

A nível nacional, por sua vez existem instrumentos que se encontram adaptados para a língua portuguesa nomeadamente: a Bateria de Avaliação de Afasias de Lisboa (Damásio, 1973 *cit. in* Leal, 2003); Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português (PALPA-P) (Castro, Gomes & Caló, 2007); a AAT – *Aachen Aphasia Test* (Lauterbach, Martins & Ferreira, 2004), e a PAL-PORT: *Psycholinguistic Assessment of Language – Bateria de Avaliação Psicolinguística da Linguagem – Versão portuguesa* (Festas, Leitão, Formosinho, Albuquerque, Vilar, Martins *et al.*, 2006). Actualmente a única bateria de avaliação de afasias aferida para a população portuguesa é a Bateria de Avaliação das Afasias de Lisboa (BAAL; Damásio, 1973 *cit. in* Leal, 2003). Através de uma análise comparativa entre a BAAL e a *Bateria de Evaluación de Afasias y Transtornos Relacionados* (Goodglass, 2005), foi-nos possível verificar que estas duas baterias apresentam algumas tarefas que seguem, de forma ligeiramente semelhante, padrões de avaliação. No entanto a BAAL distingue-se da *Bateria de Evaluación de Afasias y Transtornos Relacionados*, precisamente por apesar de apresentar uma Escala de medição de Severidade (*i.e.*, Escala de Gravidade de Afasia), não associa à sua análise quantitativa a formulação de um perfil tal como apresentado pela bateria desenvolvida por H. Goodglass (Leal, 2003). Sendo este um aspecto diferenciador desta bateria em função das mencionadas anteriormente.

### **3. PERTINÊNCIA DO ESTUDO**

O presente estudo pretende iniciar os trabalhos de tradução e adaptação terminológica do instrumento “*Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados*” de H. Goodglass (2005), por forma a permitir o estudo e compreensão da forma integral de como o instrumento se comporta quando aplicado a uma população específica – a população portuguesa jovem-adulta normativa. É importante referir que a este nível existe um acréscimo na investigação, dentro do estudo das Afasias, da população de referência que apresenta maior incidência desta patologia, ou seja os idosos. No entanto, esta realidade contribui para a negligência do estudo de uma faixa etária de pessoas que se encontram em grande funcionamento (*i.e.*, jovens-adultos), quando são acometidos por um Acidente Vascular Cerebral, um aneurisma, ou uma má formação arteriovenosa, não sendo largamente fundamentado o grau de afecção das funções linguísticas bem como a identificação de condições clínicas e subclínicas inerentes (Cao, Ferrari, Patella, Marra & Rasura, 2007). É importante referir que considerando as várias condições neuropatológicas subjacentes à produção de alterações na linguagem, encontram-se as doenças cardiovasculares, nomeadamente os Acidentes Vasculares Cerebrais (Ardila, 2006) e em Portugal, verifica-se um acréscimo desta realidade (Mackay & Mensah, 2004), sendo conceptualizada como uma patologia típica do envelhecimento, e que aumenta a probabilidade de ocorrência de forma proporcional com o incremento da idade, no entanto existem casos desta mesma condição clínica em jovens (Brass, 1993).

É importante referir pela oportunidade de contactar com o contexto clínico hospitalar, estando inerente o contacto com diversos pacientes de patologias neurológicas e psiquiátricas diversificadas e após uma revisão atenta da literatura, verificou-se a ausência da tradução para a língua portuguesa da Bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados* de H. Goodglass (Goodglass, 2005), sendo constituída também pelo Teste de Vocabulário de *Boston* (Goodglass, 2005), facto que também contribuiu para o interesse no desenvolvimento do presente estudo.

### **4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO INSTRUMENTO**

O *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE), é uma das medidas mais utilizadas por psicólogos, na avaliação das capacidades linguísticas (Kaplan, Goodglass & Weintraub, 1983).

Foi originalmente publicado por Kaplan *et al.* em 1978, todavia foi submetido a uma posterior revisão, adaptado em 1983, na qual foram realizadas pequenas modificações no *Boston Naming Test*, sendo esta prova constituída por uma tarefa de denominação de imagens que pretende avaliar os *déficits* na recuperação das palavras, sendo considerado um teste de *screening* na

avaliação das capacidades de linguagem (*i.e.*, capacidade para nomear imagens), sendo constituído por cerca de sessenta imagens nas quais o sujeito deve proceder à respectiva identificação (Mansur, Radanovic, Araújo, Taquemori & Greco, 2006). O *Boston Diagnostic Aphasia Examination* é considerado uma bateria multifactorial, compreensiva, elaborada para a avaliação de uma variedade de *déficits* que ocorrem na linguagem, e que habitualmente surgem como consequência de uma lesão orgânica cerebral. Está elaborada para a avaliação da Afasia numa população que se encontre em internamento ou em ambulatório, sendo assim a população adulta a população alvo. O seu objectivo não reduz à definição funcional da Afasia, mas às componentes dos *déficits* linguísticos (sintomas) que se mostram úteis para designar os vários síndromas afásicos (Goodglass, 2005). Foi orientada para diagnosticar a presença e identificar o tipo de afasia, levantando inferências, no que concerne à localização da lesão cerebral subjacente (Goodglass & Kaplan, 1972). Neste sentido, este teste avalia várias modalidades perceptuais (*e.g.*, auditiva, visual e gestual) e as funções de processamento (*e.g.*, compreensão, articulação e manipulação).

Esta abordagem permite uma análise e medição neuropsicológica das capacidades linguísticas relacionadas e as capacidades, a partir de bases ideográficas e nomotéticas, bem como uma abordagem compreensiva da configuração sintomática que esteja relacionada com condições neuropatológicas. Relativamente à sua validade, foram elaboradas análises discriminativas comparando exemplares evidentes de síndromas isolados. Neste sentido, casos de Afasia do Tipo Broca, do Tipo *Wernicke*, Afasia de Condução e Afasia Anómica foram seleccionados. Assim sendo foram seleccionadas dez variáveis para fornecer dados mais úteis. A partir destas, cinco foram apuradas para uma análise discriminativa (*i.e.*, identificação de partes do corpo, repetição de frases, parafasias verbais, agilidade articulatória e produção automática de frases). Na presente edição, na qual existe uma proposta de tradução para o português, existem algumas alterações, nomeadamente: a) inclusão de um Formato Abreviado e de um Formato Ampliado juntamente com o Formato *Standard* habitual, que também já sofreu algumas alterações, tendo em conta o seu conteúdo e a distribuição dos vários subtestes; b) a incorporação do Teste de vocabulário como um subteste mais direccionado para a avaliação da Expressão Oral dedicado às provas de Denominação, sendo complementada com uma prova de reconhecimento por confrontação visual; c) utilização de um Índice de Competência da Linguagem, a partir das pontuações mais significativas de compreensão e expressão oral e d) um novo sistema de codificação dos erros para análise qualitativa da fala afásica.

No formato ampliado, encontra-se incorporado no Teste de Boston novas provas que permitem uma exploração mais singular das dificuldades específicas de vários âmbitos da linguagem,

surgindo novos Índices de complexidade e de Agramatismo derivados de uma análise do discurso narrativo, o qual é incluído no final do subteste de Apraxia, elaborado a partir de algumas provas que anteriormente se designavam de “provas não verbais complementares”. Nesta edição, é importante referir que as novidades introduzidas requereram necessitaram de um notável trabalho de adaptação de/das provas de linguagem, claramente suportado quando se torna necessária a passagem de um idioma para outro, de uma cultura para outra.

Existe uma versão experimental desenvolvida por Mansur, Radanovic, Taquemori, Greco & Araújo (2005), na qual desenvolveram um estudo acerca das capacidades de compreensão na linguagem oral a partir do *Boston Diagnostic Aphasia Examination – Versão Portuguesa*: um guia de referência para a população brasileira. Nesse sentido, analisaram o desempenho de 162 cento e sessenta e dois sujeitos normais, subdivididos em grupos de acordo com a idade e escolaridade, na tarefa oral do *Boston Diagnostic Aphasia Examination* traduzido e adaptado para a população brasileira, de modo a obter um perfil do desempenho nessa mesma população, bem como pontuações *cut-off* para cada tarefa, e determinar a melhor combinação de tarefas que permitem a distinção entre o normativo e o afásico, servindo como guia para os clínicos. A amostra normativa foi comparada com sessenta e nove sujeitos afásicos. Este estudo permitiu a referência a valores que são mais representativos da população brasileira.

No entanto, a validação original da Bateria para a população americana, não verificou particular interesse no que concerne ao ajuste dos resultados para os subgrupos de diferentes níveis sócio-culturais. Pineda, Rosselli, Ardila, Mejia, Romero e Pérez (2000), num estudo desenvolvido na Colômbia, observaram a importância desta correção a nível cultural, fazendo com que num anterior estudo desenvolvido por Radanovic, Mansur & Scaff (2004), não fossem identificadas diferenças significativas no estudo desenvolvido por Pineda *et al.* (2000), tendo sido apenas necessário o aumento da amostra, de modo a incluir níveis educacionais diferentes.

Esta bateria em muitos estudos não é utilizada na sua totalidade, sendo largamente utilizado o Teste de Nomeação Boston (*Boston Naming Test – BNT*).

O Teste de Nomeação de *Boston* (TNB), foi inicialmente aplicado a 104 indivíduos cuja idade variou entre os 18 e os 59 anos, e 46 indivíduos com escolaridade maior ou menor do que 12 anos (Kaplan, Goodglass & Weintraub, 1983 *cit. in* Mansur, Radanovic, Araújo, Taquemori & Greco, 2006). Actualmente existem numerosas publicações com as mostras entre 100 a 300 indivíduos, de diferentes condições demográficas. Na aplicação do TNB em amostra brasileira, Romero (2000, *cit. in* Mansur *et al.* 2006) identificou dez problemas de ilustração, e atribui as dificuldades de nomeação desses itens a factores culturais e propôs a sua substituição.

# CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

## 1. ESTUDO EMPÍRICO

**1.1. Objectivos:** Os objectivos de uma investigação indicam o que se pretende conhecer, medir, ou seja, as metas que se deseja alcançar, que podem ser gerais que traduzem procedimentos mais gerais e objectivos específicos que procuram descrever procedimentos mais pormenorizados ou aspectos detalhados (Silva & Menezes, 2001; Ribeiro, 2007). Assim, de seguida serão apresentados os principais objectivos inerentes à presente investigação (Tabela 1).

**Tabela 1.** Objectivos inerentes à investigação.

Objectivos Gerais	Objectivos específicos
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tradução e adaptação para a língua portuguesa da Bateria de <i>Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados de H. Goodglass (2005)</i>;</li><li>2. Aplicação do Teste de Boston para o Diagnóstico de Afasia Formato Ampliado (<i>Standard</i>);</li><li>3. Explorar o efeito da tradução realizada e consequente aplicação, através da verificação das diferenças significativas em 30 sujeitos normativos, homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos, apresentando diferentes níveis educacionais (12º ano completo e Frequência Universitária).</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identificar os parâmetros de normatividade (Dentro do Normativo ou Abaixo do Normativo) nas várias Escalas e subescalas, tendo em conta os parâmetros de normatividade da população espanhola;</li><li>2. Identificar se existem diferenças significativas no desempenho do sexo masculino ou do sexo feminino nas diferentes subescalas analisadas;</li><li>3. Identificar se existe diferenças significativas no desempenho dos sujeitos que apresentam 12º ano completo ou Frequência Universitária, nas diferentes subescalas analisadas;</li><li>4. Identificar se existe diferenças significativas no desempenho dos sujeitos que apresentam idade Até aos 25 anos ou idade Superior a 25 anos, nas diferentes subescalas analisadas;</li><li>5. Identificar se existe diferenças significativas no desempenho dos sujeitos que são provenientes do Meio Rural ou são provenientes do Meio Urbano, nas diferentes subescalas analisadas;</li><li>6. Identificar se existe uma relação entre as várias subescalas tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Rural;</li><li>7. Identificar se existe uma relação entre as várias subescalas tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Urbano;</li></ol>

### 1.2. Hipóteses do estudo

- Hipótese 1 (H1): Os sujeitos avaliados apresentam um desempenho Abaixo do Normativo nas várias Escalas e Subescalas, comparados com os parâmetros de normatividade dos sujeitos avaliados na população espanhola;
- Hipótese 2 (H2): Os sujeitos do sexo feminino apresentam pior desempenho nas subescalas das Escalas do TBDA comparados com os sujeitos do sexo masculino;
- Hipótese 3 (H3): Os sujeitos com o 12º ano completo apresentam pior desempenho nas subescalas das Escalas do TBDA comparados com os sujeitos que apresentam Frequência Universitária;
- Hipótese 4 (H4): Os sujeitos com idade Até aos 25 anos apresentam pior desempenho nas subescalas das Escalas do TBDA comparados com os sujeitos que apresentam idade Superior a 25 anos;
- Hipótese 5 (H5): Os sujeitos provenientes do Meio Rural apresentam pior desempenho nas subescalas das Escalas do TBDA comparados com os sujeitos que são provenientes do Meio Urbano;
- Hipótese 6 (H6): Existe uma relação diferenciada entre as várias subescalas tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Rural ou do Meio Urbano.

**1.3. Amostra:** A amostra do presente estudo compreendeu 30 sujeitos adultos voluntários, que se disponibilizaram para passar pelo processo de avaliação. Aos participantes foi conferido o consentimento informado, sendo este um aspecto importante para o desenvolvimento da investigação em Psicologia (Ribeiro, 2007). A versão traduzida para o português foi aplicada a 30 voluntários (15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino), que preenchem as seguintes condições: saudáveis, independentes para as actividades de vida diária, sem antecedentes de patologias neurológicas ou psiquiátricas, formação académica equivalente ao 12º ano do ensino secundário, falantes nativos do português e morando em território português há mais de 5 anos. Os participantes foram recrutados aleatoriamente entre estudantes das licenciaturas na Universidade da Beira Interior, de outros estabelecimentos de ensino superior e familiares de estudantes.

#### **1.4. Instrumentos utilizados**

Para a presente investigação foi utilizado o Teste de Boston para ao Diagnóstico da Afasia – Formato Ampliado (*Standard*) (*Boston Diagnostic Aphasia Examination*, Goodglass, 2005).

Este tipo de teste é provavelmente a prova mais utilizada durante os últimos anos para o diagnóstico das afasias (Goodglass, 2005). O original encontra-se em inglês, no entanto em espanhol existem duas traduções realizadas pela Editorial Médica Panamericana, respectivamente em 1979 e 1996. A adaptação espanhola utilizada corresponde à segunda tradução realizada por J. E. Garcia- Albea, M. L. Sánchez Bernardos e S. Del Viso. Em termos de estudos da mesma natureza, existem estudos normativos realizados na Colômbia, o primeiro em 1990 (Rosselli, Ardila, Florez & Castro, 1990) e o segundo em 2000 (Pineda, Rosselli, Ardila, Mejia, Romero & Pérez, 2000). Segundo Goodglass (2005), o *Teste de Boston para o Diagnóstico das Afasias* permite obter um perfil geral da linguagem do paciente em diversas áreas, tais como:

1. Escala de severidade: São pontuadas 8 características numa escala de sete pontos;
2. Compreensão auditiva: Discriminação de palavras, identificação de partes do corpo, ordens, material ideativo complexo; Expressão oral: agilidade oral, sequências automatizadas, faladas e ritmo, repetição de palavras, frases e orações, leitura de palavras, respostas de denominação, denominação por confrontação visual, denominação de partes do corpo, nomear animais, leitura de orações em voz alta;
4. Compreensão da linguagem escrita: denominação de letras e palavras, associação fonética, emparelhamento palavra-imagem, leitura de orações e parágrafos;
5. Escrita: forma de escrita, recordação de símbolos escritos, encontrar palavras, formulação escrita;

Relativamente ao Teste de Vocabulário de Boston (BVT, Kaplan, Goodglass & Weintraub, 1983 *cit. in* Busch, Frazier, Haggerty & Kubu, 2005), é um dos testes mais frequentemente utilizados na avaliação da capacidade de nomeação, sendo uma componente *standard* de muitas baterias de avaliação neuropsicológica. Apesar de ser um teste grandemente utilizado, e já utilizado para determinar a diferença de grupos em confrontação do desempenho na nomeação entre pacientes com epilepsia, poucos estudos examinaram a utilidade diagnóstica e a validade desta medida.

### **1.5. Procedimentos mais gerais e específicos**

A Bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados de H. Goodglass (2005)*, é composta por cinco diferentes provas linguísticas: I. Fala de conversação e exposição; II. Compreensão Auditiva; III. Expressão Oral; IV. Leitura e V. Escrita. Na primeira fase da elaboração desta investigação, foram utilizados os seguintes procedimentos para o processo de possível adaptação: 1) tradução; 2) análise de critérios linguísticos subjacentes a cada prova, a ter em conta devido à diferenciação de idiomas, e 3) possível aplicação do instrumento em estudo piloto (ponto que não será reflectido nesta fase).

O procedimento de tradução foi realizado através de: Tradução simples – tradução da língua espanhola para a língua portuguesa com adequação de determinados termos. Neste sentido, o caderno de registo ou protocolo foi traduzido pela discente e pelo orientador do presente estudo; Adequação de termos – adequações de alguns termos após os procedimentos de tradução simples. Em algumas tarefas, para além da tradução, alguns termos e frases, expressões de algumas provas da Bateria foram adequados à realidade linguística portuguesa, tendo em conta a opinião do orientador deste estudo. Foram alterados termos e adaptados, tendo em conta o mesmo tipo de procedimento da versão espanhola, provas às quais estão subjacentes a leitura, mais especificamente a morfologia gramatical e derivativa: tarefas que avaliam morfemas gramaticais livres, morfemas gramaticais ligados e morfemas derivativos. A edição em espanhol, tentou preservar o sentido e os objectivos do teste original, para tal foi necessária uma revisão em profundidade dos materiais utilizados, que careceram de modificação ou de substituição por outros.

Segundo Goodglass (2005), existe diferença entre o inglês e o espanhol nos diferentes níveis de descrição linguística (fonética, ortográfica, morfológica, léxica, sintáctica). Neste sentido, em algumas provas foi necessária a reconstrução de muitos destes níveis descritivos. Por exemplo, os autores referem que no caso da subprova Possessivos Reversíveis, (em inglês utilizaram o genitivo *sajón*, por exemplo, “*Mary’s passport*”, em vez de “*Mary has a passport*”, o qual não existe no espanhol), ou nas provas de Fonética e de Ditado (condicionadas por um diferente grau

de correspondência fono-ortográfica do inglês e do espanhol), ou nos subtestes de Morfologia Gramatical e Derivativa (muito mais rica em espanhol do que em inglês e com diferente tipo de irregularidades). Contudo, em todas essas provas foi introduzida uma novidade, a utilização de pseudopalavras ou palavras sem sentido (Repetição, Decisão Léxica, Emparelhamento de Pseudohomófonos, Ditado), apropriadas ao caso, visto que esse mesmo tipo de palavras devem respeitar as regras fonotáticas e ortográficas do espanhol, diferentes do inglês. Por outro lado, as modificações realizadas na versão espanhola também tiveram em conta, aspectos culturais de carácter diferenciado, pois podiam afectar a utilização de termos léxicos ou da interpretação de determinados desenhos. No caso das provas de Compreensão Auditiva de palavras relacionadas com as categorias de alimentos e Localização no Mapa; enquanto que na primeira realizaram alterações pontuais (e assim apenas se verificou nos elementos *cruáson, la magdalena e galleta*), na prova que implica a utilização dos mapas efectuaram uma reconstrução completa, utilizando o contorno exclusivo dos Estados Unidos, e seleccionando os itens da prova que se mostraram mais adequados (mediante um estudo exploratório numa amostra espanhola).

Foram também alteradas provas no Teste de Vocabulário de *Boston* e a prova de Emparelhar Desenho-Palavra na secção de Leitura. Relativamente ao Teste de Vocabulário de *Boston*, reduziu-se o número de alterações efectuadas, passando de doze a sete modificações apenas, não tendo sido considerada os cinco restantes itens dos sessenta itens que compõem a prova os que sofreram modificação foram “*zanahoria, magdal, corona, chupete, aguja, cerradura e regadera*”. Na prova de emparelhamento desenho-palavra, modificou-se da edição anterior para esta, o item 9 (*corona*) procedendo-se a uma ampla revisão de palavras distractoras (parecidas em forma ou significado à palavra-objectivo) que acompanham a resposta correcta, na tarefa de eleição entre múltiplas alternativas. Na prova de ditado, manteve-se a alteração introduzida na anterior versão espanhola, utilização de refrões populares, em vez de letras de canções infantis; no entanto e por outro lado suprimiu-se as alterações introduzidas nos três itens da prova de Material Ideativo Complexo – secção de Compreensão Auditiva – e noutros três da prova de Compreensão (leitura) de Orações e Parágrafos, preservando assim os itens traduzidos da versão original em inglês, ao não se considerar imprescindível a sua substituição. As alterações que foram referidas anteriormente, fazem todo o sentido na medida que, se verificarmos outras versões existentes, consta-se que existe uma versão experimental desenvolvida por Mansur, Radanovic, Taquemori, Greco & Araújo (2005).

Apesar da alteração realizada, encontram-se alguns pormenores a rever, especialmente a tarefa de leitura, no que concerne a decisão léxica. Numa segunda fase, a aplicação do instrumento consistiu na aplicação numa amostra piloto, através de aplicação individual da versão adaptada do

TBDA, organizada em sessões de cerca de 95 minutos (trinta sessões), tendo sido aplicado pela aluna de 5º ano de Licenciatura, sob supervisão do orientador de investigação. Os objectivos deste procedimento, basearam-se em: 1. Verificar o instrumento numa situação real de recolha para a verificação da existência de aspectos menos positivos na sua adaptação; 2. Possíveis usos de termos não compreensíveis pelos participantes; 3. Possível ambiguidade nas instruções; 4. Resultados encontrados, tendo em conta uma análise estatística.

Neste sentido, ao focalizar os aspectos menos positivos na sua tradução é importante ter em consideração que como parte da avaliação neuropsicológica, a avaliação das funções da linguagem é realizada com medidas de avaliação directas e indirectas, incluindo avaliação objectiva e observação comportamental. No entanto, existem vários aspectos que são colocados em evidência, aquando do tipo de exploração realizada, no presente estudo, sendo necessário apontar que numa tradução desta dimensão seria necessária: i) uma revisão exaustiva acerca dos conteúdos avaliados em cada uma das subescalas que compõem este instrumento, principalmente por ser um instrumento que avalia a linguagem, e os processos subjacentes; ii) A determinação de parâmetros métricos relativos às subescalas (dificuldade, discriminação, probabilidade de acerto ao acaso) tendo em conta a validade de constructo e precisão; e iii) explorar o aspecto ecológico do próprio teste, ou seja, a elaboração de normas estratificadas para apurar resultados, bem como a normalização considerando os aspectos culturais específicos da população portuguesa

A tradução directa de instrumentos oriundos de outras línguas, resulta em distorções na capacidade de medida do instrumento, quando não é realizada uma adequada padronização, ou seja, uma adaptação para a realidade nacional na qual a aplicação é realizada.

É importante ainda referir que os resultados dos testes devem ser cuidadosamente estudados, pois as interpretações literais dos dados quantitativos podem levar a conclusões erradas. Segundo Junqué e Barroso (1995), na avaliação do Sistema Nervoso e das suas funções, é necessário ter em conta uma série de instrumentos e técnicas de exploração complementares, técnicas instrumentais de diagnóstico clínico que permitem a avaliação das estruturas cerebrais implicadas nos processos cognitivos e a compreensão da função cognitiva.

# CAPÍTULO III. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

## 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 do *software* estatístico SPSS, Versão 15.0, em que foi necessário, em primeiro lugar, criar uma base de dados com a pontuação obtida em cada uma das escalas que compõem o instrumento utilizado para, de seguida, proceder à utilização de estatísticas descritivas simples (média, desvio padrão), para as questões demográficas e criar tabelas de análise descritiva. Para todas as variáveis em estudo foram calculadas medidas descritivas, tais como, a média, mínimo, máximo, desviação típica e erro médio típico. Para a introdução dos dados, e constituição da respectiva base, testou-se a normalidade dos dados, utilizando-se o *1-Sample K-S Kolmogorov-Smirnov Test*. É importante referir que recorreu-se a um tratamento estatístico paramétrico, devido ao 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 (o desvio padrão varia entre 0,000 e 1,408). Após a análise da normalidade, utilizou-se o teste paramétrico de *Independent Samples T-Test*, com o objectivo de testar as diferenças significativas na amostra em estudo, analisar os seus desempenhos nas escalas: Índice de Complexidade, Compreensão Auditiva, Compreensão Oral, Leitura e Escrita. Na elaboração das várias tabelas, para além do teste paramétrico supramencionado utilizou-se um *Crosstabs*, com análise de Chi\_Quadrado de todas as variáveis nominais que se revelaram estatisticamente significativas, ou seja, que tinham um valor inferior ao nível de significância (95%).

### 1.1. ANÁLISE DOS RESULTADOS

#### 1.1.1. Dados Descritivos da Amostra

A análise da estatística descritiva da amostra tendo em conta a variável Sexo, permite verificar que dos 30 sujeitos analisados, existe uma igualdade percentual quanto ao género sexual (15

**Tabela 2.** Estatística Descritiva da amostra tendo em conta a variável Sexo

	Freq.	Perc.	Perc. Válida	Perc. Cum.
Válido Masc.	15	50,0	50,0	50,0
Válido Fem.	15	50,0	50,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

sujeitos são do sexo masculino, 50 % e 15 sujeitos são do sexo feminino, 50 %) (Tabela 2). Tendo em conta a análise da Tabela 3, é possível observar a média de idades e de escolaridade dos sujeitos da amostra, bem

como a análise à diferença entre a variável idade e escolaridade. Neste sentido, verifica-se que a média de idade dos sujeitos da amostra é de 25,37 anos com desvio padrão de 5,327 e uma

**Tabela 3.** Estatística Descritiva da amostra tendo em conta a variável Idade e Escolaridade em anos

	N	Média	Mín.	Máx.	Desv. Padr.
Idade	30	25,37	18	40	5,327
Escolaridade em anos	30	16,00	12	22	2,586
N Válido (listwise)	30				

variância de 1 valor mínimo de 18 anos de idade e um máximo de 40 anos de idade.

No que concerne, à média de escolaridade em anos dos sujeitos da amostra é de 16,00 anos com desvio padrão de 2,586 e uma variância de 1 valor mínimo de 12 anos de escolaridade e um máximo de 22 anos de escolaridade. Por sua vez, quando se analisa a diferença entre a variável

**Tabela 4.** Chi\_Quadrado para as estatísticas descritivas simples no cálculo da idade e escolaridade em anos da amostra recolhida

Valor do teste = 0							
	t	Df	Sig. (2_tailed)	Diferença de média	Desv. De Desv. típica	Intervalo de confiança da diferença a 95%	
						Inferior	Superior
<b>Idade</b>	26,081	29	,000	25,367	23,38	27,36	26,081
<b>Escolaridade em anos</b>	33,883	29	,000	16,000	15,03	16,97	33,883

idade e escolaridade em anos é possível verificar que a média de idade dos sujeitos da amostra é de 25,37 anos (desv. típica 5,327), e a média de escolaridade em anos é de 16 anos (desv. típica 2,586), sendo esta diferença consideravelmente

significativa ( $p=0,000$ , Tabela 4), o que leva a configurar que os indivíduos que apresentam uma idade que se situa na média analisada apresentam em média 16 anos de escolaridade.

Considerando a estatística descritiva da amostra tendo em conta o Meio de Proveniencia Rural-Urbano, verifica-se dos 30 sujeitos analisados, existe uma maior percentagem de sujeitos provenientes do *Meio Rural* (cerca de 16 indivíduos; 53,3 %), em comparação com o *Meio Urbano* (cerca de 14 indivíduos; 46,7 %). A Tabela 6 apresenta os valores estatísticos das pontuações obtidas pelos 30 sujeitos normativos avaliados. Foram calculadas as estatísticas descritivas simples, média e desvio padrão, bem como considerou-se os parâmetros de normatividade, ou seja categorizou-se através de dentro ou abaixo do normativo, em comparação com a população espanhola (Tabela 6). Convencionou-se também utilizar o valor médio da amostra na variável idade, como valor *cut off* para a distinção para a categoria de idades (até 25 anos e superior a 25 anos) como observado na Tabela da Idade.

Considerou-se a Tabela 6, os valores referente à média, desvio padrão e intervalos da pontuação de desempenho das várias subescalas realizadas à população espanhola, definindo-os como *Parâmetros de Normatividade*. Neste sentido, verifica-se que na Escala Índice de Complexidade, Subescala Fábulas, os 30 sujeitos analisados apresentam uma média de pontuação de 1,53 ( $\sigma=0,2006$ ), o que partindo da comparação realizada com o desempenho da população espanhola,

verificou-se que relativamente ao N de Resultados no parâmetro de normatividade avaliado, 15 sujeitos apresentam um resultado *Abaixo do Normativo*, e 15 sujeitos apresentam um resultado *Dentro do Normativo*. Na Escala Compreensão Auditiva, a média do desempenho dos 30 sujeitos na subescala Ferramentas (média igual a 9,77 e desvio padrão de 0,679), verifica-se que relativamente ao N de resultados no parâmetro de normatividade, 2 sujeitos apresentam um resultado *Abaixo do Normativo*, e 28 sujeitos com um desempenho que se situa num resultado *Dentro do Normativo*. Na Subescala Alimentos, os sujeitos apresentam uma média de desempenho de 9,77 (desvio padrão de 0,430), o que no N de Resultados dos parâmetros de normatividade situam-se 2 sujeitos com um resultado *Abaixo do Normativo*. Nesta mesma escala, na subescala Partes de Corpo, o desempenho dos 30 sujeitos avaliados caracteriza-se por uma média de 9,93, e desvio padrão 0,750; o que revela que 5 sujeitos apresentam um desempenho *Abaixo do Normativo*.

Na Subescala Localização no Mapa (média de desempenho de 19,70, e desvio padrão 0,750), verificou-se que o N de Resultados nos parâmetros de normatividade, revelaram-se superiores no parâmetro *Abaixo do Normativo*: de 30 sujeitos avaliados destacam-se 17 sujeitos com um desempenho a este nível.

A média do desempenho dos 30 sujeitos na Subescala Material Ideativo Complexo (média igual a 11,53 e desvio padrão de 0,776) verifica-se que relativamente ao N de resultados no parâmetro de normatividade, 2 sujeitos apresentam um resultado abaixo do normativo, e 28 sujeitos com um desempenho que se situa num resultado dentro do normativo.

Na Subescala Material Ideativo Complexo, os 30 sujeitos avaliados apresentam uma média de desempenho de 11,53, com desvio padrão de 0,774. Ao analisar o parâmetro de normatividade, verifica-se que o desempenho de um sujeito situou-se num resultado *Abaixo do Normativo*, enquanto 29 sujeitos da amostra analisada apresentaram resultados dentro do parâmetro normativo. Tendo em conta o desempenho dos sujeitos nas subescalas pertencentes à Escala Expressão Oral e considerando os parâmetros de normatividade, verifica-se que na Subescala Agilidade Verbal, os sujeitos apresentaram um desempenho médio de 13, 57, com desvio padrão de 0,774, sendo que nos parâmetros de normatividade considerados, 29 sujeitos apresentaram um desempenho dentro do parâmetro normativo, enquanto 1 sujeito apresentou um desempenho *Abaixo do Normativo*. Na Subescala Repetição de Palavras, os sujeitos apresentaram um desempenho médio de 9,83, e desvio padrão de 0,183, sendo estes dados configurados em termos de parâmetro de normatividade: 29 sujeitos com desempenho *Dentro do Normativo* e de 1 sujeito com desempenho *Abaixo do Normativo*.

Da mesma forma verifica-se semelhantes *N* Resultados nos parâmetros de normatividade, na avaliação da Subescala Repetição de Orações (média igual a 9,97, com desvio padrão de 0,183) e da Subescala Resposta de Denominação (média igual a 19,93 com desvio padrão de 0,365).

**Tabela 5.** Estatísticas Descritivas Simples na amostra analisada

Escala	Média	Desv. padrão	Parâmetro de normatividade em comparação com a pop. espanhola	
			N Result. dentro do normativo	N Result. abaixo do normativo
<b>Índice de Complexidade</b>				
Conversação Livre e Roubo das Bolachas	1,53	0,2054	30	0
Fábulas	1,59	0,2006	15	15
<b>Compreensão Auditiva</b>				
Discriminação de Palavras	37	0,000	30	0
Ferramentas	9,77	0,679	28	2
Alimentos	9,77	0,430	23	7
Animais	9,93	0,254	30	0
Partes do corpo	9,93	0,750	25	5
Localização no mapa	19,70	0,750	13	17
Exploração Semântica	59,47	0,776	30	0
Ordens	14,97	0,183	30	0
Material Ideativo Complexo	11,53	0,776	29	1
Tocar A com B	11,57	0,774	30	0
Possessivos Reversíveis	10,00	0,000	30	0
Orações incrustadas	10,00	0,000	30	0
<b>Expressão Oral</b>				
Agilidade não verbal	10,87	1,408	30	0
Agilidade verbal	13,57	0,774	29	1
Agilidade Articulatória	7,00	0,000	30	0
Sequências automatizadas	8,00	0,000	30	0
Recitado	1,93	0,254	30	0
Melodia	2,00	0,000	30	0
Ritmo	1,97	0,183	30	0
Repetição de Palavras	9,83	0,183	29	1
Repetição de Palavras sem sentido	5,00	0,000	30	0
Repetição de Orações	9,97	0,183	29	1
Resposta de Denominação	19,93	0,365	29	1
Teste de Vocabulário de <i>Boston</i>	56,90	2,295	30	0
Denominação por Categorias	12,00	0,000	30	0
Denominação de Cores	4,00	0,000	30	0
Denominação de Ações	12,00	0,000	30	0
Denominação de Animais	11,97	0,183	30	0
Denominação de Ferramentas	11,93	0,254	30	0
<b>Leitura</b>				
Emparelhar Tipos de Escrita	8,00	0,000	30	0
Emparelhar Números	12,00	0,000	30	0
Emparelhar Desenho-Palavra	9,90	0,305	30	0
Decisão Léxica	5,00	0,000	30	0
Pseudohomófonos	4,93	0,254	30	0
Morfemas Gramaticais Livres	10,00	0,000	30	0
Morfemas Gramaticais Ligados	10,00	0,000	30	0
Morfemas de Derivação	10,00	0,000	30	0
Leitura de Palavras em Voz Alta	30,00	0,000	30	0
Tipos Morfológicos Mistos	12,00	0,000	30	0
Palavras propensas a paralexia semântica	12,00	0,000	30	0
Leitura de orações em voz alta	10,00	0,000	30	0
Compreensão de orações lidas em voz alta	5,00	0,000	30	0
Compreensão de orações e parágrafos	9,77	18,00	25	5
<b>Escrita</b>				
Forma	18,00	0,000	30	0
Escolha de Letras	27,00	0,000	30	0
Facilidade Motora	17,97	0,183	29	1
Vocabulário Básico	6,00	0,000	30	0
Fonética Regular	5,00	0,000	30	0
Palavras Irregulares	5,00	0,000	30	0
Palavras Sem Sentido	4,77	0,858	30	0
Soletração em voz alta	5,97	0,183	30	0
Denominação Escrita	12,00	0,000	30	0
Palavras Funcionais	6,00	0,000	30	0
Afixos Derivativos	6,00	0,000	30	0
Formas Verbais	6,00	0,000	30	0
Orações com palavras funcionais	5,97	0,183	29	1
Escrita Narrativa	10,40	0,724	30	0

Na Escala Leitura, tendo em conta as várias subescalas que a constituem, assumindo o parâmetro de normatividade, verifica-se que apenas na Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos (com uma média de desempenho de 9,77, com desvio padrão de 18,00), existe presença de *N* Resultados no parâmetro *Abaixo do Normativo*, sendo que 5 sujeitos apresentam um desempenho que se caracteriza por ser inclusivo no parâmetro *abaixo do Normativo*, e 25 sujeitos apresentam um desempenho *Dentro do Normativo*.

Por fim, tendo em conta a Escala Escrita, e consequentemente as várias subescalas que a constituem, verifica-se que em duas subescalas (Facilidade Motora e Orações com Palavras funcionais), existe *N* Resultados no parâmetro *Abaixo do Normativo*. Na Subescala Facilidade Motora, os sujeitos avaliados apresentam um desempenho médio de 17,97, com desvio padrão de 0,183, sendo que nos parâmetros de normatividade, um sujeito apresenta um desempenho que se insere no parâmetro *Abaixo do Normativo*,

Da mesma forma na Subescala Orações com palavras funcionais, os sujeitos que fazem parte do estudo, apresentam uma média de desempenho 5,97, com desvio padrão de 0,183; verificando-se que um sujeito

apresenta um desempenho *Abaixo do Normativo*, e os restantes sujeitos, 29 inserem-se no parâmetro *Dentro do Normativo*.

Procedeu-se à **elaboração do Teste t para amostras independentes**, de forma a comparar as médias da variável Idade Categorizada, Sexo, Escolaridade Categorizada e Meio de Proveniência, tendo em conta o desempenho dos sujeitos nas várias escalas.

Para este procedimento definiu-se grupos, devido a consistirem em variáveis categoriais, utilizando valores específicos.

**Tabela 6.** Média, Desvio Padrão e Intervalos de normatividade na população espanhola.

Subtest	Media	DT
<b>ÍNDICE DE COMPLEJIDAD</b>		
Conversación y Robo de las Galletas	1,8	0,42
Fábulas	2,4	0,33
<b>COMPRESIÓN AUDITIVA</b>		
Discriminación de palabras	36,07	0,88
Herramientas	9,93	0,27
Alimentos	10,00	0,00
Animales	9,87	0,35
Partes del cuerpo	19,53	0,83
Localizaciones en el mapa	14,27	1,16
Exploración semántica	58,33	1,95
Órdenes	14,80	0,41
Material ideativo complejo	11,67	0,72
Tocar A con B	10,80	2,08
Posesivos reversibles	9,87	0,35
Oraciones incrustadas	9,53	0,92
<b>EXPRESIÓN ORAL</b>		
Agilidad no verbal	10,67	1,59
Agilidad verbal	13,87	0,52
Habla seriada	7,93	0,26
Recitado	1,87	0,35
Melodía	1,93	0,26
Ritmo	1,90	0,28
Repetición de palabras	10,00	0,00
Repetición de palabras sin sentido	4,73	0,59
Repetición de oraciones	9,80	0,56
Respuesta de denominación	20,00	0,00
Test de Vocabulario de Boston	56,40	3,36
Denominación por categorías	11,87	0,35
Denominación de acciones	11,73	0,59
Denominación de animales	11,73	0,59
Denominación de herramientas	11,53	1,06
<b>LECTURA</b>		
Emparejar tipos de escritura	7,87	0,35
Emparejar números	11,73	0,46
Emparejar dibujo-palabra	9,87	0,35
Decisión léxica	9,93	0,26
Homófonos	9,73	0,70
Morfemas gramaticales libres	10,00	0,00
Morfemas gramaticales ligados	9,93	0,26
Morfemas de derivación	10,00	0,00
Lectura de palabras en voz alta	30,00	0,00
Tipos morfológicos mixtos	11,80	0,41
Inclinación a la paralexia	12,00	0,00
Lectura de oraciones en voz alta	10,00	0,00
Comprensión de oraciones leídas en voz alta	4,87	0,35
Comprensión de la lectura	9,73	0,46
<b>ESCRITURA</b>		
Forma	17,87	0,35
Elección de letras	26,87	0,52
Facilidad motora	18,00	0,00
Palabras elementales	6,00	0,00
Fonética regular	4,73	0,46
Palabras irregulares	6,00	1,93
Palabras sin sentido	4,60	1,64
Deletreo en voz alta	5,71	0,73
Denominación escrita	10,60	1,45
Partículas gramaticales	5,87	0,35
Afijos derivativos	5,80	0,56
Formas verbales	5,87	0,35
Oraciones cargadas de partículas gramaticales	5,73	0,80
Escritura narrativa	8,20	0,77

Fonte: Goodglass, 2005, p.22.

Posteriormente, avaliaram-se as diferenças T comparando os sujeitos por grupo de idade (idade categorizada), e analisando estatísticas descritivas (média e desvio padrão) para amostras independentes.

Pela análise das estatísticas descritivas dos Sujeitos Normativos avaliados, através das várias subescalas e considerando a ***Idade Categorizada***, verifica-se que na Escala Índice de Complexidade, na Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, a média do desempenho dos sujeitos avaliados, até 25 anos é de 1,480 (desvio padrão 0,1473), sendo inferior à média dos sujeitos que apresentam *Idade Superior a 25 anos*, 1,630 (desvio padrão 0,2710). Estes resultados apresentam níveis de diferença estatística consideravelmente, significativos ( $t = -1,978$ ;  $p = 0,058$ ) (Tabela 7). Para a Subescala Percentil de Conversação Livre e Roubo das Bolachas, a média do percentil Até 25 anos é de 83,50 (desvio padrão

6,304), sendo inferior à média do percentil *Superior a 25 anos*, 87,80 (desvio padrão 13,062), o que não se configura em resultado significativo com *Teste t* = -1,228 e  $p = 0,154$ , não revelando diferenças estatisticamente significativas.

Na Subescala Fábulas, a média do desempenho dos sujeitos avaliados, até 25 anos é de 1,605 (desvio padrão 0,2089), sendo inferior à média dos sujeitos que apresentam idade superior a 25 anos, 1,560 (desvio padrão 0,1897), o que não se configura em resultado significativo com  $t = 0,123$  e  $p = 0,572$ , não se verificando diferenças estatisticamente significativas. Na Subescala Percentil Índice de Complexidade Fábulas, a média do percentil até 25 anos é de 20 (desvio padrão 15,071), sendo superior à média do percentil Superior a 25 anos, 10 (desvio padrão 13,304), o que se não se configura em resultado significativo com  $Teste\ t=0,014$  e  $p=0,623$ , não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 7.** *Teste t para o cálculo das diferenças médias na Escala Índice de Complexidade e a variável Idade Categorizada*

		Levene's Test para igualdade de variâncias		t_test para igualdade de médias						
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2_tailed)	Diferença média	Erro típico de diferença	Interv.de conf.da dif.a 95%	
									Inferior	Superior
Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Variânc. iguais assum.	2,768	,107	-1,978	28	,058	-,1500	,0758	-,3053	,0053
	Variânc. iguais não assum.			-1,634	11,732	,129	-,1500	,0918	-,3505	,0505

Relativamente à Escala Compreensão Auditiva, tendo em conta a variável *Idade Categorizada*, é possível verificar que a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade superior aos 25 anos* nas subescalas Alimentos e Tocar A com B é superior (*i.e.*, melhor desempenho), comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade até aos 25 anos*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade Até aos 25 anos* nas subescalas Ferramentas, Animais, Partes do Corpo, Localização no Mapa, exploração Semântica, Ordens, Material Ideativo Complexo é superior, comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade Superior a 25 anos*. Todavia nas restantes subescalas não mencionadas, Discriminação de Palavras, Possessivos Reversíveis e Orações Incrustadas, os sujeitos com *Idade até aos 25 anos* e *Superior a 25 anos*, apresentaram igualdade nas pontuações.

Na realização do *Teste t*, para o cálculo das diferenças médias da Escala Compreensão Auditiva, quando se divide os sujeitos avaliados por *possuírem Idade até 25 anos e Idade superior a 25 anos*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas). Considerando as pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a Escala Expressão Oral quando se divide os sujeitos avaliados por *possuírem Idade até 25 anos* ou *Idade superior a 25 anos*, verifica-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade superior aos 25 anos* nas subescalas Agilidade Não Verbal, Recitado, Ritmo, Repetição de Palavras, Repetição de Orações, Resposta de Denominação, Teste de Vocabulário de *Boston* e Denominação de

Animais, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade até aos 25 anos*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade Até aos 25 anos*, nas subescalas Agilidade verbal e Denominação de Ferramentas, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade superior a 25 anos*. Todavia, nas restantes subescalas não mencionadas, Agilidade Articulatória, Sequências Automatizadas, Melodia, Repetição de Palavras sem sentido, Denominação por Categorias, Denominação de Cores e Denominação de Acções, os sujeitos com *Idade até aos 25 anos* e *Superior a 25 anos*, apresentaram igualdade nas pontuações. Na realização do *Teste t*, para o cálculo das diferenças médias da Escala Expressão Oral, quando se divide os sujeitos avaliados por *possuírem Idade até 25 anos* ou *Idade superior a 25 anos*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%), significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas).

Pela análise descritiva das pontuações médias, relativas às subescalas que constituem a Escala Leitura, verifica-se que quando se divide os sujeitos avaliados por *possuírem Idade até 25 anos* ou *Idade superior a 25 anos*, a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade superior aos 25 anos*, nas subescalas Emparelhar Desenho-Palavra e Compreensão de Orações e Parágrafos, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade até aos 25 anos*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade Até aos 25 anos*, nas subescalas Pseudohomófonos, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade superior a 25 anos*. Todavia, nas restantes Subescalas não mencionadas, Emparelhar Tipos de Escrita, Emparelhar Números, Decisão Léxica, Morfemas gramaticais livres, Morfemas gramaticais ligados, Morfemas de derivação, Leitura de palavras em voz alta, Tipos morfológicos mistos, Palavras propensas a paralexia, Leitura de orações em voz alta, Compreensão de orações lidas em voz alta e Compreensão de orações e parágrafos, os sujeitos com *Idade até aos 25 anos* e *Superior a 25 anos*, apresentaram pontuações médias iguais, ou seja igual desempenho na realização das subescalas.

Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias da Escala Leitura, quando se divide os sujeitos avaliados por *possuírem Idade até 25 anos* ou *Idade superior a 25 anos*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas), à excepção da subescala Percentil Emparelhar Desenho-Palavra, na qual os sujeitos com *Idade superior a 25 anos*, apresentam níveis médios ponderados 85,00% e desvio padrão de ,0000 e os sujeitos com *Idade até aos 25 anos*, 79,75% e desvio padrão de 12,822, significativo ( $t = -1,283$ ,  $p=0,210$ ), não sendo estatisticamente significativo (a 95%), considerando as variâncias iguais não assumidas. Ao considerar as pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a Escala Escrita

quando se divide os sujeitos avaliados por *possuírem Idade até 25 anos* ou *Idade superior a 25 anos*. Na tabela citada, verifica-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade superior aos 25 anos* nas subescalas Facilidade Motora, Palavras Sem Sentido, Soletização em Voz alta e escrita narrativa, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade até aos 25 anos*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos com *Idade Até aos 25 anos*, na subescala Orações com Palavras Funcionais, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade superior a 25 anos*. Todavia, nas restantes subescalas: Forma, Letras, Vocabulário básico, Fonética regular, Palavras irregulares, Escrita, Palavras funcionais, Afixos derivativos e Formas verbais, os sujeitos com *Idade até aos 25 anos* e *Superior a 25 anos*, apresentaram desempenhos ao mesmo nível. Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias da Escala Escrita, quando se dividiu os sujeitos avaliados por possuírem *Idade até 25 anos* ou *Idade superior a 25 anos*, verificou-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas). Procedeu-se da mesma forma à elaboração do *Teste t*, no qual avaliou-se as diferenças T comparando os sujeitos por variável **Sexo** (*Masculino* e *Feminino*), analisando estatísticas descritivas (média e desvio padrão) para amostras independentes. Tal como na Variável Idade Categorizada, considerou-se apenas os resultados em que as diferenças se apresentam estatisticamente significativas, todas as outras não se configuram como tal e neste sentido não foram consideradas.

As pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a *Escala Índice de Complexidade*, permitem verificar que quando se divide os sujeitos avaliados por *Sexo Masculino* e *Sexo Feminino*, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino* na subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino* na subescala Fábulas, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino*.

Na realização do *Teste t*, para o cálculo das diferenças médias da Escala Expressão Oral quando se divide os sujeitos avaliados por *serem do Sexo Masculino* ou *do Sexo Feminino*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas). Pela análise descritiva das pontuações médias relativas às subescalas que constituem a *Escala Compreensão Auditiva*, verifica-se que quando se divide os sujeitos avaliados por *serem do Sexo Masculino* ou *do Sexo Feminino*, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino* nas subescalas Ferramentas, Alimentos, Partes do Corpo, Localização no Mapa, Exploração Semântica, Ordens, Material Ideativo Complexo e Tocar A com B, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo*

*Feminino*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino* na subescala Animais, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino*. Todavia nas restantes subescalas, Discriminação de Palavras, Possessivos Reversíveis e Orações incrustadas, os sujeitos do *Sexo Masculino* e do *Sexo Feminino* apresentaram pontuações médias iguais, ou seja igual desempenho na realização das subescalas.

Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias da Compreensão Auditiva, quando se divide os sujeitos avaliados por *serem do Sexo Masculino* ou *do Sexo Feminino*, verifica-se que existem diferenças (a 95%) significativas nas subescalas Ferramentas e Material Ideativo Complexo (considerando as variâncias iguais assumidas). Na subescala Ferramentas, verificou-se que os sujeitos do *Sexo Masculino* apresentam níveis médios ponderados 10% e desvio padrão de ,0000 e os sujeitos do *Sexo Feminino* com 9,53% e desvio padrão de 0,915. Enquanto na Subescala Material Ideativo Complexo os sujeitos do *Sexo Masculino* apresentam pontuações médias de 11,80% com desvio padrão de 0,414, enquanto o *Sexo Feminino* apresenta pontuações médias mais baixas ( $\bar{x} = 11,27$ ,  $\sigma = 0,961$ ). A Tabela 8 permite-nos verificar que as diferenças (a 95%) são significativas para a Subescala Ferramentas ( $t = 1,974$ ,  $p = 0,058$ ) e para a Subescala Material Ideativo Complexo ( $t = 9,713$ ,  $p = 0,058$ ).

**Tabela 8.** *Teste t para o cálculo das diferenças médias na Escala Compreensão Auditiva e a variável Sexo.*

		Levene's Test para igualdade de variâncias		t_test para igualdade de médias						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2_tailed)	Diferença média	Erro típico de diferença	Intervalo de confiança da diferença a 95%	
								Inferior	Superior	
<b>Ferramentas</b>	Variâncias iguais assumidas	20,903	,000	1,974	28	,058	,467	,236	-,018	,951
	Variâncias iguais não assumidas			1,974	14,000	,068	,467	,236	-,040	,974
<b>Percentil Ferramentas</b>	Variâncias iguais assumidas	48,480	,000	2,247	28	,033	14,333	6,378	1,268	27,399
	Variâncias iguais não assumidas			2,247	14,000	,041	14,333	6,378	,653	28,013
<b>Material Ideativo Complexo</b>	Variâncias iguais assumidas	9,713	,004	1,974	28	,058	,533	,270	-,020	1,087
	Variâncias iguais não assumidas			1,974	19,023	,063	,533	,270	-,032	1,099
<b>Percentil Material Ideativo Complexo</b>	Variâncias iguais assumidas	8,304	,008	1,945	28	,062	5,667	2,914	-,303	11,636
	Variâncias iguais não assumidas			1,945	18,251	,067	5,667	2,914	-,450	11,783

Tendo em conta as pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a Escala Expressão Oral, quando se divide os sujeitos avaliados por *serem do Sexo Masculino* ou *do Sexo Feminino*, verifica-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino* nas subescalas Agilidade Não Verbal, Agilidade Verbal, Recitado, Ritmo, Melodia, Repetição de Palavras, Repetição de Orações, Resposta de Denominação e Teste de Vocabulário de *Boston*, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino*.

Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino* na subescala Denominação de Animais, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino*.

Todavia nas restantes escalas, Agilidade Articulatória, Sequências Automatizadas, Repetição de Palavras sem sentido, Denominação por categorias, Denominação de Cores e Denominação de Acções e Denominação de Ferramentas, os sujeitos do *Sexo Masculino* e do *Sexo Feminino* apresentaram igualdade nas pontuações, ou seja igualdade no seu desempenho.

Na realização do *Teste t*, para o cálculo das diferenças médias da Escala Expressão Oral, quando se divide os sujeitos avaliados por serem do *Sexo Masculino* ou do *Sexo Feminino*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas). Pela análise descritiva das pontuações médias, relativas às subescalas que constituem a *Escala Leitura*, verifica-se que quando se divide os sujeitos avaliados por serem do *Sexo Masculino* ou serem do *Sexo Feminino*, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino* na subescala Compreensão de orações e parágrafos, é superior, comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino* nas subescalas Emparelhar Desenho-Palavra e Pseudohomófonos, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos com *Idade superior a 25 anos*. Todavia, nas restantes subescalas, Emparelhar tipos de escrita, Emparelhar números, Decisão léxica, Morfemas gramaticais livres, Morfemas gramaticais ligados, Morfemas de derivação, Leitura de palavras em voz alta, Tipos morfológicos mistos, Palavras Propensas a paralexia semântica, Leitura de orações em voz alta e Compreensão de orações lidas em voz alta, os sujeitos do *Sexo Masculino* e do *Sexo Feminino*, apresentaram pontuações médias iguais, ou seja igual desempenho na realização das subescalas.

Na realização do *Teste t*, para o cálculo das diferenças médias da Escala Leitura, quando se divide os sujeitos avaliados por serem do *Sexo Feminino* ou do *Sexo Masculino*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas na subescala analisada (considerando as variâncias iguais assumidas), à excepção da Subescala Emparelhar Desenho-Palavra e respectivo Percentil. Na Subescala Emparelhar Desenho-Palavra, verifica-se que os sujeitos do *Sexo Feminino* apresentam níveis médios ponderados superiores ( $\bar{x} = 10,00$ ,  $\sigma = 0,000$ ), aos apresentados pelo *Sexo Masculino* ( $\bar{x} = 9,80$ ,  $\sigma = 0,414$ ), sendo as suas diferenças (a 95%), estatisticamente significativo para  $t = -1,871$  e  $p = 0,072$  (considerando as variâncias iguais não assumidas) (Tabela 9).

Observa-se diferenças estatisticamente semelhantes na subescala Percentil Emparelhar Desenho-Palavra.

**Tabela 9.** *Teste t para o cálculo das diferenças médias na Escala Leitura e a variável Sexo.*

		Levene's Test para igualdade de variâncias		t_test para igualdade de médias					
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2_tailed)	Diferença média	Erro típico de dif.	Inter. de conf. da dif. a 95%

									Inferior	Superior
<b>Emparelhar Desenho- Palavra</b>	Igualdade de variâncias assumidas	24,889	,000	-1,871	28	,072	-,200	,107	-,419	,019
	Igualdade de variâncias não assumidas			-1,871	14,000	,082	-,200	,107	-,429	,029
<b>Percentil Emparelhar Desenho- Palavra</b>	Igualdade de variâncias assumidas	24,889	,000	-1,871	28	,072	-7,000	3,742	-14,664	,664
	Igualdade de variâncias não assumida			-1,871	14,000	,082	-7,000	3,742	-15,025	1,025

Considerando as pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a *Escala Escrita*, e a divisão dos sujeitos avaliados em serem do *Sexo Masculino* ou do *Sexo Feminino*. Na tabela citada, verifica-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino* nas subescalas Facilidade Motora, Palavras sem sentido e Escrita Narrativa, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino*.

No entanto, nas subescalas Soletração em Voz Alta e Orações com Palavras Funcionais, a diferença média das pontuações dos sujeitos do *Sexo Feminino*, é superior, quando comparada com as pontuações dos sujeitos do *Sexo Masculino*.

Todavia nas restantes subescalas: Forma, Escolha de Letras, Vocabulário básico, Fonética regular, Palavras irregulares, Denominação Escrita, Palavras funcionais, Afixos derivativos e Formas verbais, os sujeitos com do *Sexo Masculino* e *Feminino* apresentaram desempenhos ao mesmo nível (*i.e.*, desempenho máximo).

Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias da Escala Escrita quando se dividiu os sujeitos avaliados por serem do *Sexo Masculino* ou do *Sexo Feminino*, verificou-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas). Procedeu-se da mesma forma à elaboração do *Teste t*, no qual avaliou-se as diferenças T comparando os sujeitos, tendo em conta a variável ***Escolaridade em Categorias*** (12º ano completo e frequência Universitária), analisando estatísticas descritivas (média e desvio padrão) para amostras independentes.

Aquando da elaboração no cálculo das notas t, considerou-se apenas os resultados em que as diferenças apresentaram-se estatisticamente significativas, todas as outras não se configuram como números e neste sentido não foram consideradas.

Considerando as pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a *Escala Índice de Complexidade* quando se divide os sujeitos avaliados por *12º ano completo e Frequência Universitária*, verifica-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos que se encontram em Frequência Universitária nos subteste Conversação Livre e Roubo das Bolachas e Fábulas, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos do sexo feminino.

Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias da Escala Índice de Complexidade quando se divide os sujeitos avaliados por *possuírem o 12º ano completo ou Frequência Universitária*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas).

Pela análise descritiva das pontuações médias relativas às subescalas que constituem a Escala Compreensão Auditiva, verifica-se que quando se divide os sujeitos avaliados por possuírem o *12º ano completo* ou *Frequência Universitária*, a diferença média das pontuações dos sujeitos do com o *12º ano completo* nas subescalas Discriminação de Palavras, Ferramentas, Alimentos, Partes do Corpo, Localização no Mapa, Ordens e Tocar A com B, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos que apresentam actualmente *Frequência Universitária*.

Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos que apresentam *Frequência Universitária* na subescala Exploração Semântica e Material Ideativo Complexo é superior, quando comparada com as pontuações dos sujeitos que possuem *12º ano completo*.

Todavia nas restantes subescalas, Discriminação de Palavras, Possessivos Reversíveis e Orações incrustadas, os sujeitos que possuem o *12º ano completo* ou *Frequência Universitária*, apresentaram pontuações médias iguais, ou seja igual desempenho na realização das subescalas.

Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias da Compreensão Auditiva, quando se divide os sujeitos avaliados por serem do *Sexo Masculino* ou do *Sexo Feminino*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas nas subescalas analisadas.

Relativamente à Escala Expressão Oral tendo em conta a variável Escolaridade Categorizada (*12ºano completo* e *Frequência Universitária*), é possível analisar as estatísticas descritivas simples, média e desvio padrão, para cada uma das subescalas avaliadas. Neste sentido, verifica-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos que se encontram em *Frequência Universitária* nas subescalas Agilidade Não Verbal, Agilidade Verbal e Discriminação de Ferramentas, é superior quando comparada com as pontuações dos sujeitos que possuem o *12º ano completo*.

Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos que possuem o *12º ano completo* na subescala Recitado, Ritmo, Repetição de Palavras, Repetição de Orações, Resposta de Denominação, Teste de Vocabulário de *Boston* e Denominação de Animais, é superior quando comparada com as pontuações dos sujeitos que se encontram em *Frequência Universitária*.

Todavia nas restantes escalas, Agilidade articulatória, Sequências automatizadas, Melodia, Repetição de Palavras sem sentido, denominação por categorias, Denominação de Cores e Denominação de Acções os sujeitos do *Sexo Masculino* e do *Sexo Feminino* apresentaram igualdade nas pontuações, ou seja igualdade no seu desempenho.

Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias na Escala Expressão Oral e a variável Escolaridade Categorizada, permitiu verificar que nenhuma das subescalas analisadas apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Pela análise descritiva das pontuações médias relativas às subescalas que constituem a Escala Leitura, verifica-se que quando se divide os sujeitos avaliados por possuírem *12º ano completo* ou se encontrarem em *Frequência Universitária*, a diferença média das pontuações dos sujeitos que possuem o *12º ano completo* Emparelhar Desenho-Palavra, Decisão Léxica e Compreensão de orações e parágrafos, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos que se encontram em *Frequência Universitária*.

Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos que se encontram em *Frequência Universitária* nas subescalas Pseudohomófonos, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos que possuem o *12º ano completo*. Todavia nas restantes escalas, Emparelhar tipos de escrita, Emparelhar números, Morfemas gramaticais livres, Morfemas gramaticais ligados, Morfemas de derivação, Leitura de palavras em voz alta, Tipos morfológicos mistos, Palavras propensas aa paralexia semântica, Leitura de orações em voz alta, Compreensão de orações lidas em voz alta, os sujeitos que possuem o *12º ano completo* e também os que se encontram em *Frequência Universitária* apresentaram pontuações médias iguais, ou seja igual desempenho na realização das subescalas.

Na realização do *Teste t*, para o cálculo das diferenças médias da Escala Leitura, quando se divide os sujeitos avaliados por possuírem o *12º ano completo* ou se encontrarem em *Frequência Universitária*, verifica-se que não existem diferenças (a 95%) significativas em todas as subescalas analisadas (considerando as variâncias iguais assumidas)

As pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a Escala Escrita e a divisão dos sujeitos avaliados em *apresentarem como formação académica o 12º ano completo* ou se encontrarem em *Frequência Universitária*, permitem verificar que a diferença média das pontuações dos sujeitos têm como formação o *12º ano completo* nas subescalas Facilidade Motora e Soletração em voz alta é superior comparada com as pontuações dos sujeitos que apresentam actualmente *Frequência Universitária*. Por sua vez, os sujeitos que se encontram a frequentar o ensino universitário, apresentam um desempenho superior nas subescalas Palavras sem sentido, Orações com Palavras funcionais e Escrita Narrativa.

Nas restantes subescalas: Forma, Escolha de Letras, Vocabulário básico, Fonética regular, Palavras irregulares, Denominação Escrita, Palavras funcionais, Afijos derivativos e Formas verbais, os sujeitos com a formação académica de *12º ano completo* e os sujeitos que se encontram em *Frequência Universitária*, apresentaram desempenhos ao mesmo nível (*i.e.*,

desempenho máximo). É de realçar que os valores (a 95%), são de significância estatisticamente diferenciados (Tabela 10) na subescala Orações com palavras funcionais ( $t = -2,844$ ;  $p = 0,008$ ).

**Tabela 10.** Teste *t* para o cálculo das diferenças médias na Escala Escrita e a variável Escolaridade em Categorias.

		Levene's Test para igualdade de variâncias		t_test para igualdade de médias						
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2_tailed)	Diferença média	Erro típico de diferença	Intervalo de confiança da diferença a 95%	
									Inferior	Superior
Orações com palavras funcionais	Iguald. de variâncias assumidas	72,800	,000	-2,844	28	,008	-,250	,088	-,430	-,070
	Iguald. de variâncias não assumidas			-1,000	3,000	,391	-,250	,250	-1,046	,546
Percentil Orações com palavras funcionais	Iguald. de variâncias assumidas	72,800	,000	-2,844	28	,008	-16,250	5,714	-27,954	-4,546
	Iguald. de variâncias não assumida			-1,000	3,000	,391	-16,250	16,250	-67,965	35,465

Se seguida apresenta-se a avaliação das diferenças T comparando os sujeitos por Meio de Proveniência, e analisando as estatísticas descritivas (média e desvio padrão) para amostras independentes. É importante salientar que na elaboração das tabelas correspondentes ao *Teste t* para o cálculo das diferenças médias das várias Subescalas, considerou-se apenas os resultados em que as diferenças apresentaram-se estatisticamente significativas, todas as outras não se configuram como números e neste sentido não foram consideradas. Pela análise das estatísticas descritivas dos Sujeitos Normativos avaliados através das várias escalas e considerando o *Meio de Proveniência*, verifica-se que na Escala Índice de Complexidade, na subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, 16 sujeitos (53,3%) provenientes do *Meio Rural* apresentam uma média do desempenho de 1,569% (desvio padrão 0,2496), sendo superior à média de desempenho de 14 sujeitos (46,6%) provenientes do *Meio Urbano*, apresentando uma média de desempenho de 1,486% (desvio padrão 0,1351). Na subescala Fábulas, verifica-se os sujeitos provenientes do *Meio Urbano* apresentam uma pontuação mais elevada (pontuação média de 1,629; Desvio padrão 0,2234), comparativamente com a média das pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Rural* (pontuação média de 1,556; Desvio padrão 0,1788). Nesta escala as diferenças de distribuição não se revelaram estatisticamente significativas.

Pela análise descritiva das pontuações médias relativas às subescalas que constituem a Escala Compreensão Auditiva, verifica-se que quando se divide os sujeitos avaliados por *Meio Rural ou Meio Urbano*, a diferença média das pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Rural* na subescala Localização no Mapa, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos que são provenientes do *Meio Urbano*. Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Urbano*, revelaram-se superiores (*i.e.*, melhores desempenhos) nos subtestes Ferramentas, Alimentos, Animais, Partes do Corpo, Exploração Semântica, Ordens, e Tocar A com B comparada com as pontuações dos sujeitos são provenientes do *Meio Rural*.

Todavia nas subescalas, Discriminação de Palavras, Possessivos Reversíveis e Orações incrustadas, os sujeitos provenientes do *Meio Rural* e *Meio Urbano*, apresentaram pontuações médias iguais, ou seja igual desempenho na realização das subescalas supramencionadas.

De realçar que os valores (a 95 %) são de significância estatisticamente diferenciados (Tabela 11), nos subtestes Alimentos ( $t = -2,029$ ;  $p = 0,052$ ) e Tocar A com B ( $t = -2,023$ ;  $p = 0,053$ ).

**Tabela 11.** *Teste t para o cálculo das diferenças médias na Compreensão Auditiva \* Meio de Proveniência*

		Levene's Test para igualdade de variâncias		t_test para igualdade de médias						
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2_tailed)	Diferença média	Erro típico de diferença	Intervalo de confiança da diferença a 95%	
								Inferior	Superior	
<b>Alimentos</b>	Variâncias iguais assumidas	25,765	,000	-2,029	28	,052	-,304	,150	-,610	,003
	Variâncias iguais não assumidas			-2,109	23,504	,046	-,304	,144	-,601	-,006
<b>Percentil Alimentos</b>	Variâncias iguais assumidas	25,765	,000	-2,029	28	,052	-13,661	6,732	-27,450	,129
	Variâncias iguais não assumidas			-2,109	23,504	,046	-13,661	6,479	-27,047	-,275
<b>Tocar A com B</b>	Variâncias iguais assumidas	31,630	,000	-2,023	28	,053	-,545	,269	-1,096	,007
	Variâncias iguais não assumidas			-2,130	19,824	,046	-,545	,256	-1,078	-,011
<b>Percentil Tocar A com B</b>	Variâncias iguais assumidas	27,056	,000	-1,907	28	,067	-6,607	3,465	-13,706	,491
	Variâncias iguais não assumidas			-1,995	21,611	,059	-6,607	3,313	-13,484	,270

Relativamente à *Escala Expressão Oral* tendo em conta a variável Meio de Proveniência (*Meio Rural* ou *Meio Urbano*), verificou-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Urbano* nas subescalas Agilidade Não Verbal, Ritmo Repetição de Palavras, Repetição de Orações e Denominação de Ferramentas, é superior quando comparada com as pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Rural*.

Todavia, os sujeitos provenientes do *Meio Rural* que a diferença média de pontuações nas subescalas Recitado, Ritmo, Repetição de Palavras, Repetição de Orações e Denominação de Animais, é superior quando comparada com as pontuações médias dos sujeitos provenientes do *Meio Urbano*.

É de salientar, tal como se verifica nas restantes análises da distribuição média nas diversas subescalas analisadas anteriormente, na presente análise verificou-se que existem pontuações médias nalgumas subescalas que são equitativas em relação aos sujeitos provenientes do *Meio Rural* e provenientes do *Meio Urbano*, nomeadamente: Agilidade Articulatória, Sequências automatizadas, Melodia, Repetição de Palavras sem sentido, Denominação por Categorias, Denominação de Cores e Denominação de Acções. Na realização do *Teste t* para o cálculo das diferenças médias na Escala Expressão Oral, tendo em conta a variável Meio de Proveniência, permitiu verificar que nenhuma das subescalas analisadas apresenta diferenças estatisticamente

significativas. Pela análise descritiva das pontuações médias relativas às subescalas que constituem a *Escala Leitura*, verifica-se que quando se divide os sujeitos avaliados por *Meio Rural ou Meio Urbano*, a diferença média das pontuações dos sujeitos que são provenientes do *Meio Rural* nas subescalas Emparelhar Desenho-Palavra, Pseudohomófonos, é superior comparada com as pontuações dos sujeitos que são provenientes do *Meio Urbano*.

Por sua vez, a diferença média das pontuações dos sujeitos que são provenientes do *Meio Urbano*, na subescala Compreensão de orações e parágrafos é superior, comparada com as pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Rural*. Todavia nas restantes escalas, Emparelhar tipos de Escrita, Emparelhar números, Morfemas gramaticais livres, Morfemas gramaticais ligados, Morfemas de derivação, Leitura de palavras em voz alta, Tipos morfológicos mistos, Palavras propensas a paralexia semântica, Leitura de orações em voz alta e Compreensão de orações lidas em voz alta, tanto os sujeitos que são provenientes do *Meio Rural*, bem como os que são provenientes apresentaram pontuações médias iguais, ou seja igual desempenho na realização das subescalas. De realçar que os valores de significância estatística (a 95%) apenas se verificam na subescala Emparelhar Desenho-Palavra, com  $t = 2,018$ ;  $p = 0,053$ , assumindo valores semelhantes para o seu respectivo percentil (Tabela 12).

**Tabela 12.** Teste *t* para o cálculo das diferenças médias na Escala Leitura vs Variável Meio de Proveniência

		Levene's Test para iguald. de var.		t_test para igualdade de médias						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2_tailed)	Diferença média	Erro típico de diferença	Intervalo de confiança da diferença a 95%	
									Inferior	Superior
<b>Emparelhar Desenho-Palavra</b>	Igualdade de var. assumidas	30,800	,000	2,018	28	,053	,214	,106	-,003	,432
	Igualdade de var. não assum.			1,883	13,000	,082	,214	,114	-,032	,460
<b>Percentil Emparelhar Desenho-Palavra</b>	Igualdade de var. assumidas	30,800	,000	2,018	28	,053	7,500	3,716	-,113	15,113
	Igualdade de var. não assum.			1,883	13,000	,082	7,500	3,983	-1,105	16,105

Quando analisadas as pontuações médias dos sujeitos em cada uma das subescalas que compõem a *Escala Escrita*, verifica-se que a diferença média das pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Rural*, nas subescalas Facilidade Motora, Soletração em voz alta, Orações com Palavras funcionais e Escrita Narrativa, é superior, quando comparada com as pontuações dos sujeitos provenientes do *Meio Urbano*. Por sua vez, os sujeitos que são provenientes do *Meio Urbano*, apresentam uma diferença das pontuações médias na subescala Palavras sem sentido, que é superior comparativamente à diferença nos sujeitos provenientes do *Meio Rural*.

Nas restantes subescalas: Forma, Escolha de Letras, Vocabulário básico, Fonética regular, Palavras irregulares, Denominação Escrita, Palavras funcionais, Afixos derivativos e Formas

verbais, os sujeitos cuja proveniência é o *Meio Rural* bem como os oriundos do *Meio Urbano*, apresentaram desempenhos ao mesmo nível (*i.e.*, desempenho máximo). É de realçar que os valores (a 95%) não são de relevo estatístico em todas as variáveis.

Prosseguiu-se com a realização do **Teste Chi\_Quadrado**, para verificar a coesão entre a distribuição das frequências associada à amostra analisada tendo em conta as várias Escalas: Índice de complexidade, Compreensão auditiva, Expressão Oral, Leitura e Escrita. Neste sentido, verifica-se que dos 30 sujeitos, confere-se que, relativamente ao **Sexo** em comparação com à variável **Idade em Categorias**, a distribuição é completamente simétrica: 10 sujeitos masculinos e femininos com idade categorizada até aos 25 anos, e 5 sujeitos masculinos e femininos com idade superior aos 25 anos, não se encontrando uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=,000$ ;  $p=1.000$ ). Relativamente ao sexo em comparação com à variável Escolaridade em categorias: 12º ano completo – Frequência Universitária, a distribuição é de 26 sujeitos masculinos e femininos com escolaridade categorizada Frequência Universitária, sendo superior à distribuição de 4 sujeitos com escolaridade categorizada 12º ano completo, não se encontrando no entanto uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,154$ ;  $p=0,283$ ). Quanto ao sexo em comparação com à variável meio de proveniência a distribuição é quase simétrica, 16 sujeitos masculinos e femininos provenientes do *Meio Rural*, e 14 sujeitos masculinos e femininos provenientes do *Meio Urbano*, não se encontrando uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=,000$ ;  $p=1.000$ ). Parece relevante demonstrar em valores descritivos e em notas T, a comparação entre os resultados dos sujeitos tendo em conta os Parâmetros de Normatividade considerados, Abaixo e Dentro do Normativo, e as variáveis, tais como o Sexo, Idade, Escolaridade e Meio de Proveniência. Considera-se ainda as várias escalas analisadas que compõem o instrumento em estudo, sendo estas por sua vez definida por escalas. Neste sentido, na ***Escala Índice de Complexidade***, relativamente ao Parâmetro de Normatividade em ambas as subescalas que compõem esta escala em comparação com a variável Sexo, verificou-se que a distribuição é diferenciada. A distribuição no escala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, não possível ser calculada devido a se verificar que a seu valor é uma constante. No entanto, na outra Subescala que corresponde às Fábulas, a distribuição é simétrica, 15 sujeitos masculinos e femininos situam-se no parâmetro abaixo do normativo, e 15 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo, não se encontrando uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,333$ ;  $p=0,715$ ). Na ***Escala Compreensão Auditiva***, existem subescalas nas quais a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de serem representadas por uma constante, ou seja, os sujeitos nas subescalas que avaliam a capacidade de Discriminação de Palavras, Nomear Animais, Exploração Semântica,

Ordens, Tocar A com B e Orações Incrustadas, revelaram um desempenho satisfatório a nível global, apresentando desempenhos a um nível semelhante.

Na avaliação da diferença entre os Parâmetros de Normatividade e a variável Sexo, nas subescalas Ferramentas e Alimentos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Na Subescala Ferramentas, a distribuição é assimétrica, 2 sujeitos femininos situam-se no parâmetro abaixo do normativo, e 28 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo sendo conclusivo, tal como referido anteriormente, que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=2,143$ ;  $p=0,143$ ). Na Subescala Alimentos, a distribuição é igualmente assimétrica, 7 sujeitos femininos e masculinos situam-se no parâmetro abaixo do normativo, e 23 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,677$ ;  $p=0,195$ ). Na subescala que avalia a identificação de Partes do Corpo, a distribuição revela-se simétrica, 5 sujeitos masculinos e femininos situam-se no parâmetro abaixo do normativo, e 25 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo, tendo em conta a variável sexo, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=,240$ ;  $p=0,624$ ).

O mesmo ocorre para as subescalas Localização no mapa e Material Ideativo Complexo, comparativamente à variável sexo. Na primeira, verifica-se que a distribuição dos valores descritivos é quase simétrica, ou seja 17 sujeitos masculinos e femininos situam-se no parâmetro abaixo do normativo, e 13 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo, tendo em conta a variável sexo, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=,136$ ;  $p=0,713$ ). Verifica-se que na análise dos valores descritivos dos parâmetros de normatividade Material Ideativo Complexo, a distribuição dos valores é assimétrica, 1 sujeito masculino situa-se no parâmetro abaixo do normativo, e 29 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo, sendo que devido a  $\chi^2=1,034$  e  $p=1.000$ , não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Na Escala **Expressão Oral**, existem subescalas nas quais a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de serem representadas por uma constante, nomeadamente nas escalas Agilidade não verbal, Agilidade Articulatória, Recitado, Melodia, Ritmo, Repetição de Palavras sem Sentido, Teste de Vocabulário de *Boston*, Denominação por Categorias, Cores, Acções, Animais e Ferramentas revelaram um desempenho satisfatório a nível global, apresentando desempenhos a um nível semelhante. Nas outras subescalas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente nas subescalas Agilidade Verbal ( $\chi^2=1,034$ ;  $p=0,309$ ), Repetição de Palavras ( $\chi^2=1,034$ ;  $p=0,309$ ), Orações e Resposta de Denominação ( $\chi^2=1,034$ ;  $p=0,309$ ). Na análise dos valores descritivos dos parâmetros de normatividade

Agilidade Verbal, a distribuição dos valores é assimétrica, 1 sujeito masculino situa-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 29 sujeitos (14 do sexo masculino e 15 do sexo feminino) encontram-se no parâmetro Dentro do Normativo, sendo que devido a  $\chi^2=1,034$  e  $p=0,309$ , não se verificam diferenças estatisticamente significativas. O mesmo padrão de resultados verifica-se nos parâmetros de normatividade para as escalas Repetição de Palavras, Repetição de Orações e Resposta de Denominação ( $\chi^2= 1,034$  e  $p=0,309$ ).

Na Escala **Leitura**, na subescala Compreensão de Orações e Parágrafos, verificam-se diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido dos 30 sujeitos avaliados, pela divisão que se realizou tendo em conta se são do *Sexo Masculino ou do Sexo Feminino*, verificou-se que ao

**Tabela 13.** Chi-Quadrado das diferenças dos Parâmetros de Normatividade Compreensão de Orações e Parágrafos \* Sexo

	Valor	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig.(1-sided)
Pearson Chi_Cuadrado	6,000(b)	1	,014		
Correcção de Continuidade (a)	3,840	1	,050		
Likelihood Ratio	7,938	1	,005		
Teste de Fisher's				,042	,021
N de Casos Válidos	30				

a - Calculada apenas para uma tabela 2x2

b - 2 células (50,0 %) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 2,50.

nível da distribuição estatística esta é assimétrica: 1 sujeito do sexo feminino encontra-se no parâmetro abaixo da normatividade, e 29 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro da normatividade, verificando-se uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2= 6,000$ ;  $p=0,014$ ) (Tabela 13). No entanto, verificou-se em algumas subescalas que a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de serem representadas por uma constante, nomeadamente nas escalas Emparelhar Tipos de Escrita, Emparelhar Números, Desenho-Palavra, Decisão Léxica, Pseudohomófonos, Morfemas Gramaticais Livres, Morfemas Gramaticais Ligados, Leitura de Palavras em Voz Alta, Tipos Morfológicos mistos, Palavras propensas a paralexia semântica, Leitura de Orações em Voz Alta e Compreensão de orações lidas em voz alta.

Na Escala **Escrita**, da mesma forma existem escalas nos quais a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de serem representadas por uma constante, nomeadamente escala Forma e Escolha de Letras, Orações com palavras funcionais, Vocabulário Básico, Fonética Regular, Palavras Irregulares, Palavras Sem Sentido, Soletração em voz, Denominação Escrita, Palavras Funcionais, Afixos Derivativos, Formas Verbais e Escrita Narrativa. Nas restantes escalas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente na subescala Facilidade Motora. Verifica-se que dos 30 sujeitos avaliados, 1 sujeito do sexo feminino encontra-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 29 sujeitos masculinos e femininos (15 sujeitos do Sexo Masculino e 14 sujeitos do Sexo Feminino), encontram-se no parâmetro dentro da normatividade, não se encontrando uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2= 1,034$ ;

$p=0,309$ ). Na escala Orações com Palavras Funcionais, verifica-se que 1 sujeito do sexo masculino encontra-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 29 sujeitos masculinos e femininos (15 sujeitos do Sexo Masculino e 14 sujeitos do Sexo Feminino) encontram-se no parâmetro Dentro da Normativo, não se encontrando uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,034$ ;  $p=0,309$ ).

Na avaliação da diferença entre os Parâmetros de Normatividade e a variável **Idade Categorizada: inferior e superior a 25 anos**, na escala Índice de Complexidade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em ambas as subescalas Conversação Livre e Roubo das Bolachas e Fábulas. Na primeira subescala, não é possível calcular as estatísticas que permitem mostrar as diferenças entre os Parâmetros de Normatividade Conversação Livre e Roubo das Bolachas, devido a esta variável assumir um valor constante. Neste sentido, é possível verificar que os sujeitos que compõem a amostra apresentaram um desempenho dentro do normativo na subescala que avalia a Conversação Livre. Tendo em conta os resultados descritivos dos parâmetros de normatividade Fábulas, tendo em conta a Idade Categorizada: inferior a 25 anos ou superior a 25 anos a sua distribuição é simétrica, tendo em conta o parâmetro de normatividade, ou seja, 15 sujeitos masculinos e femininos situam-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 15 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo, sendo conclusivo, tal como referido anteriormente, que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=2,400$ ;  $p=0,121$ ). No entanto, verificam-se que existe uma diferenciação no desempenho dos sujeitos tendo em conta a idade, ou seja o parâmetro abaixo do normativo é composto por indivíduos que apresentam idade até aos 25 anos.

Na avaliação da diferença entre os Parâmetros de Normatividade e a variável Idade Categorizada: inferior e superior a 25 anos, na escala Compreensão Auditiva, verifica-se que existem algumas escalas nos quais não foi possível o cálculo das diferenças estatísticas por serem uma constante, nomeadamente nas subescalas Discriminação de Palavras, Animais, Exploração Semântica, Ordens, Tocar A com B, Possessivos Reversíveis e Orações Incrustadas. No entanto, existem subescalas que esta análise apesar de possível o seu cálculo, a distribuição não se revelou estatisticamente significativa, nomeadamente na subescala Ferramentas, 7 sujeitos com idades inferiores e superiores a 25 anos (5 sujeitos com idade Até aos 25 anos), encontram-se no parâmetro Abaixo da Normativo, e 23 sujeitos com idades inferiores e superiores a 25 anos (15 sujeitos com idades inferiores a 25 anos), encontram-se no parâmetro dentro da normatividade ( $\chi^2=,268$ ;  $p=0,605$ ). Os mesmos resultados descritivos são observados na subescala Alimentos, inferior e superior a 25 anos, não se encontrando uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=0,093$ ;  $p=0,760$ ).

Para as subescalas Localização no Mapa, e e subescala Material Ideativo Complexo, verifica-se que na primeiro, 17 sujeitos: 9 sujeitos com idade Até 25 anos e 8 sujeitos com idade superior a 25 anos, encontram-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 13 sujeitos: 11 sujeitos com idade Até aos 25 anos, encontram-se no parâmetro Dentro do Normativo, verificando-se uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=3,326$ ;  $p=0,068$ ) (Tabela 14).

**Tabela 14.** *Chi\_Quadrado das diferenças dos Parâmetros de Normatividade Localização no Mapa \* Idade Categorizada: inferior e superior a 25 anos.*

	Valor	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi Cuadrado	3,326(b)	1	,068		
Correcção de Continuidade (a)	2,053	1	,152		
Likelihood Ratio	3,520	1	,005		
Teste de Fisher's				,119	,074
N de Casos Válidos	30				

a - Calculada apenas para uma tabela 2x2

b - 1 célula (25,0%) apresenta resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 4,33.

Na subescala Partes do Corpo, 5 sujeitos com idade até aos 25 anos e superior a 25 anos situam-se no parâmetro abaixo do normativo, e 25 sujeitos masculinos e femininos encontram-se no parâmetro dentro do normativo, sendo conclusivo que se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 5,880$ ;  $p=0,015$ ) (Tabela 15),

o que poderá indicar, neste estudo, que os indivíduos com Idade Até aos 25 anos, apresentam melhor desempenho na identificação das Partes do Corpo do que os indivíduos com Idade Superior a 25 anos. Na avaliação da diferença médias estatísticas entre os **Parâmetros de Normatividade** e a variável **Idade Categorizada: inferior a 25 anos e Superior a 25 anos**, na escala Expressão Oral, mais especificamente nas subescalas Agilidade não verbal, Agilidade articulatória, Sequências automatizadas, Recitado, Melodia, Ritmo, Repetição de Palavras sem sentido, Teste de Vocabulário de *Boston*, Denominação por Categorias, Denominação de cores, Denominação de ações, Denominação de Animais e Denominação de Ferramentas, não é possível calcular as diferenças estatísticas devido aos parâmetros serem constantes. Ainda na

Na subescala Material Ideativo Complexo, 1 sujeito com a idade até 25 anos, situa-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 29 sujeitos com idades até e superiores a 25 anos, situam-se no parâmetro Dentro do Normativo, não se encontrando uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2= ,517$ ;  $p=0,472$ ).

**Tabela 15.** *Chi\_Quadrado das diferenças entre os Parâmetros de Normatividade Partes do Corpo \* Idade categorizada: inferior e superior a 25 anos.*

	Valor	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi Cuadrado	5,880(b)	1	,015		
Correcção de Continuidade (a)	3,630	1	,057		
Likelihood Ratio	5,633	1	,018		
Teste de Fisher's				,031	,031
Linear-by-Linear Association	5,684	1	,017		
N de Casos Válidos	30				

a - Calculada apenas para uma tabela 2x2

b - 2 células (50,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 1,67.

análise da escala Expressão Oral, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Agilidade Verbal, Repetição de Palavras e Repetição de Orações.

Nas subescala Agilidade Verbal, Repetição de Palavras, Resposta de Denominação e Repetição de Orações, em cada uma 1 sujeito do Sexo Masculino com idade Até 25 anos situou-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 29 sujeitos masculinos e femininos com idades compreendidas Até 25 anos e Superior a 25 anos situaram-se no parâmetro Dentro do Normativo, sendo conclusivo, tal como referido anteriormente, que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=,517$ ;  $p=0,472$ ). Na escala **Leitura** (subescalas Emparelhar Números, Emparelhar Desenho-Palavra, Decisão Léxica, Pseudohomófonos, Morfemas Gramaticais Livres, Morfemas gramaticais Ligados, Morfemas de Derivação, Leitura de Palavras em Voz Alta, Tipos morfológicos Mistos, Palavras propensas a paralexia semântica, Leitura de Orações em Voz Alta, Compreensão de Orações e Parágrafos) e na Escala Escrita (subescalas Forma, Vocabulário Básico, Fonética Regular, Palavras Irregulares, Palavras sem sentido, Soletração em Voz alta, Denominação Escrita, Palavras Funcionais, Afixos derivativos, Formas Verbais e Escrita Narrativa), não são possíveis calcular as diferenças estatísticas devido aos parâmetros serem constantes. Nestas escalas, os sujeitos inserem-se no parâmetro Dentro do Normativo. Na subescala Facilidade Motora, 1 sujeito que se insere na faixa etária até 25 anos, situa-se no parâmetro Abaixo do Normativo, e 29 sujeitos, 19 dos quais apresentam idade até aos 25 anos e 10 com idade superior a 25 anos, encontram-se no parâmetro Dentro do Normativo. Nesta escala, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=,517$ ;  $p=0,472$ ).

Na subescala Orações com Palavras Funcionais, 1 sujeito que se insere na faixa etária superior a 25 anos, situa-se no parâmetro abaixo do normativo, e 29 sujeitos, 20 dos quais apresentam idade Até aos 25 anos e 9 com idade Superior a 25 anos, encontram-se no parâmetro dentro do normativo, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 2,069$ ;  $p = 0,150$ ).

Procedeu-se à avaliação da diferença entre os **Parâmetros de Normatividade** e a variável **Escolaridade em Categorias: 12º ano completo e Frequência Universitária**. Neste sentido verificou-se que na subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, que é pertencente à Escala do **Índice de Complexidade**, o cálculo da diferença estatística não foi possível, devido aos parâmetros serem constantes. Nestas subescalas, os sujeitos inseriram-se no parâmetro Dentro do Normativo.

Na subescala Fábulas, verifica-se uma distribuição simétrica na distribuição dos sujeitos tendo em conta os Parâmetros de Normatividade. Neste sentido, 15 sujeitos de Frequência Universitária situaram-se no parâmetro Abaixo do Normativo, comparativamente com 15 sujeitos, 4 sujeitos com 12º ano completo e 11 sujeitos em Frequência Universitária, situando-se no parâmetro

Dentro do Normativo. Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ( $\chi^2= 4,615$ ;  $p = 0,032$ ).

Ao analisar as várias subescalas que compõem a Escala **Compreensão Auditiva**, verificou-se que nas seguintes: Discriminação de Palavras, Animais, Exploração Semântica, Ordens, Tocar a com B e Orações Incrustadas, não é possível o cálculo da diferença estatística, devido aos valores das variáveis serem constantes, situando-se no parâmetro. Nas restantes subescalas (*i.e.*, Ferramentas, Alimentos, Partes do Corpo, Localização no Mapa e Material Ideativo Complexo), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os Parâmetros de Normatividade e a Escolaridade em Categorias. Na subescala Ferramentas, verifica-se que 2 sujeitos com Frequência Universitária, situaram-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto os restantes sujeitos da amostra, 28 (4 sujeitos com 12º ano completo e 24 sujeitos com Frequência Universitária), situam-se no parâmetro Dentro do Normativo. As diferenças não se revelam estatisticamente significativas ( $\chi^2=,330$ ;  $p=0,566$ ). Na subescala Alimentos, verifica-se que 7 sujeitos em Frequência Universitária, situam-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto os restantes sujeitos da amostra, 23 sujeitos (4 sujeitos possuem 12º ano completo e 19 sujeitos encontram-se Frequência Universitária), situam-se no parâmetro dentro do Normativo, não revelando diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,405$ ;  $p=,236$ ). Na subescala Partes do Corpo, verifica-se que 5 sujeitos que se encontram em Frequência Universitária, situam-se no parâmetro abaixo do normativo, enquanto os restantes sujeitos da amostra, 25 (4 com 12º ano completo e 21 com Frequência Universitária), situam-se no parâmetro Dentro do Normativo. As diferenças não se revelam estatisticamente significativas ( $\chi^2=,923$ ;  $p=0,337$ ). Relativamente à subescala Localização no Mapa, verifica-se que 17 sujeitos (3 sujeitos com o 12º ano completo e 14 sujeitos que frequentam o Ensino Universitário) situam-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto 13 sujeitos situam-se dentro do normativo. Neste escala verifica-se um desempenho pouco satisfatório, não revelando contudo diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=,632$ ;  $p=,423$ ). Quanto à subescala Material Ideativo Complexo, verifica-se que 1 sujeito com Frequência Universitária situou-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto os restantes 29 sujeitos situaram-se Dentro do Normativo, sendo esta distribuição assegurada maioritariamente por sujeitos que tinham como categoria a Frequência universitária. Nesta escala não se verifica diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,159$ ;  $p=0,690$ ). Ao analisar as várias subescalas que compõem a Escala **Expressão Oral**, verificou-se que nas seguintes subescalas não é possível o cálculo da diferença estatística, devido aos valores das variáveis serem constantes: Agilidade não verbal, Agilidade Articulatória, Recitado, Melodia, Ritmo, Repetição de Palavras sem sentido, Teste de Vocabulário de *Boston*, Denominação por categorias, Denominação por cores,

Denominação de Ações, Denominação de Animais e Denominação de Ferramentas, situando neste sentido no parâmetro dentro do normativo. Nas restantes subescalas que compõem a referida escala (*i.e.*, Agilidade verbal, Repetição de Palavras, Repetição de Orações, Resposta de Denominação), não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os Parâmetros de Normatividade e a Escolaridade em Categorias. Na Escala Agilidade Verbal, verifica-se que 1 sujeito que se encontra em Frequência Universitária, situou-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto os restantes sujeitos da amostra, 29 (4 sujeitos com 12º ano completo e 25 sujeitos em Frequência Universitária), situaram-se no parâmetro Dentro do Normativo. As diferenças não se revelam estatisticamente significativas ( $\chi^2=,159$ ;  $p=0,690$ ). Nas subescalas Repetição de Palavras, Repetição de Orações e Resposta de Denominação, configuram-se os mesmos resultados que os da subescala anterior.

De igual modo, na avaliação da diferença entre os **Parâmetros de Normatividade** e a variável **Escolaridade Categorizada: 12º ano Completo e Frequência Universitária**, em algumas subescalas que compõem a *Escala Leitura*, não foi possível o cálculo das diferenças estatísticas devido aos parâmetros serem constantes (*i.e.*, Emparelhar tipos de escrita, Emparelhar números, Emparelhar desenho-palavra, Decisão Léxica, Pseudohomófonos, Morfemas Gramaticais Livres, Morfemas Gramaticais Ligados, Morfemas de Derivação, Leitura de Palavras em voz alta, Tipos Morfológicos Mistos, Palavras propensas a paralexia semântica, Leitura de orações em voz alta e Compreensão de orações lidas em voz alta). Nestas subescalas, os sujeitos inseriram-se no parâmetro Dentro do Normativo. Na subescala Compreensão de orações e parágrafos, verifica-se uma distribuição assimétrica na distribuição dos sujeitos tendo em conta os Parâmetros de normatividade. Neste sentido, 5 sujeitos com frequência universitária situaram-se no parâmetro abaixo do normativo, comparativamente com 25 sujeitos, 4 sujeitos que apresentam formação académica 12º ano completo e 21 sujeitos que se encontram em Frequência Universitária, situando-se no parâmetro Dentro do Normativo. Estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2=,923$ ;  $p=0,337$ ).

Na Escala **Escrita**, em algumas das subescalas não foi possível calcular as diferenças estatísticas devido aos parâmetros serem constantes (Subescalas: Forma, Escolha de Letras, Vocabulário Básico, Fonética Regular, Palavras Irregulares, Palavras sem sentido, Soletração em Voz alta, Denominação Escrita, Palavras Funcionais, Afixos derivativos, Formas Verbais e Escrita Narrativa). Na subescala Facilidade Motora, verifica-se uma distribuição assimétrica na distribuição dos sujeitos tendo em conta os Parâmetros de normatividade. Neste sentido, 1 sujeito com Frequência Universitária situa-se no parâmetro Abaixo do Normativo, comparativamente com 29 sujeitos, 4 sujeitos com 12º ano completo e 25 sujeitos com Frequência Universitária,

situando-se no parâmetro Dentro do Normativo não tendo sido reveladas diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = ,159$ ;  $p=0,690$ ). Na subescala Orações com Palavras Funcionais, verifica-se uma distribuição assimétrica na distribuição dos sujeitos tendo em conta os Parâmetros de normatividade. Neste sentido, 1 sujeito com 12º ano completo situa-se no parâmetro Abaixo do Normativo, comparativamente com 29 sujeitos, 3 sujeitos com 12º ano completo e 26 sujeitos com Frequência Universitária, situando-se no parâmetro Dentro do Normativo. Estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 6,724$ ;  $p = 0,010$ ). Ainda na análise da escala Escrita, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Facilidade Motora e Orações com Palavras Funcionais.

Na avaliação da diferença entre os **Parâmetros de Normatividade** e a variável **Meio de Proveniência Rural-Urbano**, verifica-se que na Escala **Índice de Complexidade**, na subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, não é possível o cálculo da diferença estatística pois nesta, a variável do Parâmetro de normatividade, é uma constante. Na subescala Fábulas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. A sua distribuição estatística é simétrica tendo em conta o Parâmetro de Normatividade, ou seja, 6 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e 9

**Tabela 16.** *Chi\_Quadrado das diferenças entre os Resultados Descritivos entre os Parâmetros de normatividade tendo em conta o Meio de Proveniência na subescala Alimentos*

	Valor	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi Cuadrado	3,846(b)	1	,050		
Correcção de Continuidade (a)	2,337	1	,126		
Likelihood Ratio	4,221	1	,040		
Teste de Fisher's Linear-by-Linear Association	3,718	1	,054	,086	,061
N de Casos Válidos	30				

a - Calculada apenas para uma tabela 2x2

b - 2 células (50,0 %) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 3,27.

sujeitos provenientes do *Meio Urbano* encontram-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto os restantes sujeitos (16 provenientes do *Meio Rural* e 14 sujeitos do *Meio Urbano*) situam-se no parâmetro Dentro da Normalidade, sendo conclusivo, que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 2,143$ ;  $p=0,143$ ). Na avaliação da diferença entre os **Parâmetros de Normatividade** e a variável **Meio de Proveniência Rural-Urbano**, verifica-se

que na Escala **Compreensão Auditiva**, subescala **Ferramentas**, a sua distribuição estatística é assimétrica tendo em conta os Parâmetros de Normatividade. Neste sentido, 2 sujeitos (1 proveniente do *Meio Rural* e 1 sujeito proveniente do *Meio Urbano*) situam-se no parâmetro Abaixo da Normativo e 28 sujeito do *Meio Rural* e Urbano (15 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e 13 sujeitos do *Meio Urbano*), situam-se no parâmetro Dentro do Normativo, sendo conclusivo, que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = ,010$ ;  $p=0,922$ ). Na subescala Alimentos observa-se que é assimétrica: 7 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e do

*Meio Urbano* (sendo que 6 sujeitos são do *Meio Rural* e 1 sujeito é proveniente do *Meio Urbano*), encontram-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto a grande maioria situa-se no parâmetro Dentro da normatividade, 23 sujeitos (10 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e 13 sujeitos do *Meio Urbano*), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=3,846$ ;  $p=0,050$ ) (Tabela 19). Neste estudo, estes resultados podem sugerir que existe uma relação directa entre o *Meio Rural* e o *Meio Urbano*, sendo que os sujeitos provenientes do *Meio Urbano*, apresentam um melhor desempenho na identificação de Alimentos. Relativamente à subescala **Partes do Corpo**, a distribuição média estatística é assimétrica, ou seja, 5 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e do *Meio Urbano* (4 sujeitos do *Meio Rural* e 1 sujeito do *Meio Urbano*), encontram-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto a grande maioria situa-se no parâmetro Dentro do Normativo: 25 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e do *Meio Urbano* (12 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e 13 provenientes do *Meio Urbano*). No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,714$ ;  $p=,190$ ). Na subescala **Localização no Mapa**, a distribuição é quase simétrica tendo em consideração os parâmetros de normatividade (17 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e Urbano – 1 sujeito proveniente do *Meio Rural* e 6 sujeitos do *Meio Urbano*), encontram-se no parâmetro Abaixo do Normativo, enquanto que no parâmetro Dentro do Normativo, situam-se 13 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e Urbano (5 dos quais provenientes do *Meio Rural* e 8 provenientes do *Meio Urbano*). No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,714$ ;  $p=0,153$ ). Na análise dos valores descritivos da subescala **Material Ideativo Complexo**, verifica-se que existe uma distribuição assimétrica, ou seja no parâmetro Abaixo do Normativo situa-se apenas 1 sujeito enquanto a grande maioria, obteve um bom desempenho (29 sujeitos: 16 provenientes do *Meio Rural* e 13 provenientes do *Meio Urbano*), não tendo sido apresentada uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,182$ ;  $p=0,277$ ).

Na avaliação dos **Parâmetros de Normatividade com o Meio de Proveniência**, tendo em conta a Escala **Expressão Oral**, verifica-se que em algumas escalas a distribuição estatística não foi possível calcular, devido aos valores descritivos serem uma constante. Verificou-se o exposto nas Subescalas, Agilidade não verbal, Agilidade Articulatória, Recitado, Melodia, Ritmo, Repetição de Palavras sem sentido, Teste de Vocabulário de *Boston*, Denominação por categorias, Denominação de Cores, Denominação de Acções, Denominação de Animais e Denominação de Ferramentas. Tendo em conta as restantes subescalas, verificou-se que na subescala Agilidade Verbal, no parâmetro Abaixo do Normativo ficou identificado 1 sujeito e 29 sujeitos situaram-se no parâmetro Dentro do Normativo (16 sujeitos provenientes do *Meio Rural* e 13 sujeitos provenientes do *Meio Urbano*). Os valores descritivos não revelam dados estatisticamente

significativos ( $\chi^2=1,182$ ;  $p=0,277$ ). Na análise dos valores descritivos na subescala Repetição de Palavras, verifica-se que existe uma distribuição assimétrica, ou seja no parâmetro Abaixo do Normativo situa-se apenas 1 sujeito proveniente do *Meio Rural* enquanto a grande maioria, obteve um bom desempenho na Repetição de Palavras (29 sujeitos, 15 provenientes do *Meio Rural* e 14 provenientes do *Meio Urbano*) não sendo uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=,905$ ;  $p=0,341$ ). Na avaliação da diferença entre os **Parâmetros de Normatividade** e a variável **Meio de Proveniência: Rural-Urbano**, a totalidade das subescalas que compõem a escala **Leitura**, através das subescalas Emparelhar tipos de Escrita, Emparelhar Números, Emparelhar Desenho-Palavra, Decisão Léxica, Pseudohomófonos, Morfemas Gramaticais Livres, Morfemas gramaticais Ligados, Morfemas de Derivação, Leitura de Palavras em Voz Alta, Tipos morfológicos Mistos, Palavras propensas a paralexia, Leitura de Orações em Voz Alta, Compreensão de Orações lidas em voz alta, não é possível calcular as diferenças estatísticas devido aos valores dos parâmetros serem constantes, ou seja a distribuição está equiparada, o que significa que os sujeitos tiveram um resultado constante e que não permite o cálculo da diferença estatística, nomeadamente nos escalas. De igual modo, na avaliação da diferença entre os **Parâmetros de Normatividade e a variável Meio de Proveniência Rural-Urbano**, a totalidade das subescalas que compõem a escala **Escrita**, mais especificamente nas subescalas Forma, Vocabulário Básico, Fonética Regular, Vocabulário Básico, Palavras Irregulares, Palavras sem sentido, Soletração em Voz alta, Palavras Funcionais, Afixos derivativos, Formas Verbais e Escrita Narrativa, não é possível calcular as diferenças estatísticas devido aos parâmetros assumirem um valor constante na distribuição da amostra. Nestas subescalas, os sujeitos inserem-se no parâmetro Dentro do Normativo. Ainda na análise da Escala Escrita, na subescala Facilidade Motora, verifica-se que um sujeito proveniente do *Meio Urbano* apresenta um desempenho menor, situando-se no parâmetro Abaixo do Normativo, comparativamente com os 29 sujeitos (13 sujeitos provenientes do *Meio Rural*, e 16 sujeitos do *Meio Urbano*) que se situam no parâmetro Dentro do Normativo não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,182$ ;  $p=0,277$ ). Na subescala Orações com Palavras Funcionais, no parâmetro Abaixo do Normativo, verificou-se que um sujeito proveniente do *Meio Urbano* apresenta um desempenho menor, comparativamente com os 29 sujeitos que apresentam um desempenho que se situa no parâmetro Dentro do Normativo. Nesta subescala, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,182$ ;  $p=0,227$ ).

### **1.1.2. Correlações estabelecidas entre os Dados Estatísticos**

Numa análise global, será realizada a apresentação dos resultados globais (apenas os estatisticamente significativos), considerando as subescalas analisadas, não sendo apresentados

em tabela, dado o elevado número de variáveis em causa (e pelo entrecruzar de possibilidades de interacção entre as mesmas). Neste sentido, e tendo em conta as várias subescalas iniciou-se a análise estatística das correlações tendo em consideração a **Escala Índice de Complexidade**. A Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas encontra-se positivamente correlacionada com a *Variável Percentil Índice de Complexidade Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r=0,951$ ;  $p=0,000$  a 99 %). Quanto ao seu *Percentil*, este correlaciona-se da mesma forma com a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r= 0,051$ ;  $p=0,000$ ). No entanto, na análise desta subescala, verifica-se que se observa uma correlação negativa quanto às subescalas *Exploração Semântica*, e respectivo *Percentil*. Verifica-se ainda que mantém uma correlação negativa com a *Subescala Exploração Semântica* ( $r = -0,632$ ;  $p = 0,000$ ) e com o seu respectivo *Percentil* ( $r = - 0,625$ ;  $p = 0,000$  para diferenças a 95%). Verifica-se para diferenças (a 99%) estatisticamente relevantes, a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* apresenta uma correlação inversa com a *Subescala Ordens* ( $r= - 0,432$ ;  $p=0,017$ ).

Ao correlacionar a Variável *Percentil Conversação Livre e Roubo das Bolachas*, observa-se que mantém igualmente uma correlação negativa com a *Subescala Exploração Semântica* ( $r = - 0,531$ ;  $p = 0,003$ ) e com o seu respectivo *Percentil* ( $r = - 0,525$ ;  $p = 0,003$ ), ou seja, o presente estudo parece sugerir que a diferença em sentido inverso da distribuição (a 99%) estatisticamente significativa, representa que, as variáveis analisadas estabelecem uma relação na qual quanto maior for o desempenho por parte dos sujeitos, neste caso na identificação da tarefa que implica a *Conversação Livre* e a descrição da Lâmina *Roubo das Bolachas*, na *Subescala Exploração Semântica* e respectivo percentil, tende a decrescer inversamente. Quanto à análise da *Subescala Fábulas*, verifica-se que a presente variável correlaciona-se positivamente com seu respectivo *Percentil* ( $r=0,984$ ;  $p=0,000$  a 99%). O *Percentil Índice de Complexidade Fábulas* correlaciona-se igualmente com a *Subescala Fábulas* ( $r = 0,531$ ;  $p = 0,003$  a 99%). Relativamente à análise da **Escala Compreensão Auditiva**, verifica-se que na *Subescala Ferramentas* encontra-se directamente correlacionada de forma positiva com o *Percentil Ferramentas* ( $r= 0,926$ ;  $p=,000$  a 99%). Apresenta-se como estatisticamente correlacionado de forma positiva a *Subescala Ferramentas* e com o *Percentil Material Ideativo Complexo* ( $r= 0,463$ ;  $p= 0,010$  a 99%); com a *Subescala Resposta de Denominação* e respectivo *Percentil* ( $r = 0,491$ ;  $p = 0,006$ ) e com a *Subescala Facilidade Motora* e respectivo *Percentil* ( $r = 0,491$ ;  $p = ,006$  a 99%). Observa-se que a *Subescala Ferramentas* correlaciona-se positivamente com a *Subescala Material Ideativo Complexo* ( $r = 0,441$ ;  $p = 0,015$  a 95%). A análise da Variável *Percentil Ferramentas*, permite verificar que se encontra directamente correlacionada (de forma positiva) com a *Subescala: Ferramentas* ( $r=0,926$ ;  $p=0,000$  a 99%); *Resposta de Denominação* e com o seu respectivo

*Percentil* ( $r = 0,484$ ;  $p = 0,007$ ); *Subescala Motora* e respectivo *Percentil* ( $r=0,484$ ;  $p=,007$ ). A *Subescala Ferramentas* correlaciona-se positivamente com a *Subescala Ordens* e com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,434$ ;  $p=0,017$ , a 95%). Ao nível da *Subescala Material Ideativo Complexo*, esta correlaciona-se positivamente com a *Subescala Ordens* ( $r= 0,416$ ;  $p=0,022$ ), enquanto a *Variável Percentil Ferramentas* correlaciona-se positivamente com a variável *Percentil Material Ideativo Complexo* ( $r=0,440$ ;  $p=0,015$  a 95%).

Tendo em conta a *Subescala Alimentos* é possível analisar subescalas que se encontram correlacionadas positivamente a nível estatístico, sendo o seu *Percentil* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), com a *Subescala Animais* e respectivo *Percentil* ( $r=0,484$ ;  $p ,007$  para  $p < 0.01$ ).

Verifica-se que a *Subescala Alimentos* correlaciona-se positivamente (a 95%) com a *Subescala Tocar a com B* ( $r=0,411$ ;  $p=0,008$ ) e respectivo *Percentil* ( $r=0,408$ ;  $p=,025$ ), como também com a *Subescala Escrita Narrativa* ( $r=0,421$ ;  $p=,021$ ) e respectivo *Percentil* ( $r=0,436$ ;  $p=0,016$ ). A variável *Percentil Alimentos* correlaciona-se positivamente com a *Subescala Alimentos* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$ ); com a *Subescala Animais* e respectivo *Percentil* ( $r=0,484$ ;  $p=,007$ ); *Subescala Tocar A com B* ( $r=0,411$ ;  $p=,024$ ) e respectivo *Percentil* ( $r= 0,408$ ;  $p=,025$  a 99%). Relativamente à *Subescala Animais* verifica-se que se encontra correlacionada positivamente com o seu *Percentil*; com a *Subescala Alimentos* e com o respectivo *Percentil* ( $r=0,484$ ;  $p=0,007$ ); com o *Percentil Partes do Corpo* ( $r=0,488$ ;  $p=,006$ ); com a *Subescala Tocar A com B* ( $r = 0,550$ ;  $p=0,002$ ) e respectivo *Percentil* ( $r=0,531$ ;  $p=,003$ ) e com a *Subescala Denominação de Animais* ( $r=0,695$ ;  $p=,000$ ) a 99%. Quanto à variável *Percentil Animais*, encontra-se correlacionada com a *Subescala Animais* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), com a *Subescala Alimentos* e respectivo *Percentil* ( $r=0,484$ ;  $p=,007$ ), *Percentil Partes do Corpo* ( $r=0,488$ ;  $p=,006$ ), com a *Subescala Tocar A com B* ( $r=0,550$ ;  $p=,002$ ) e o respectivo *Percentil* ( $r=0,531$ ;  $p=,003$ ) e com a *Subescala Denominação de Animais* ( $r=0,695$ ;  $p=,000$ ) a 95%.

A *Subescala Partes do Corpo* encontra-se correlacionada directamente e de forma positiva com a Variável *Percentil Partes do Corpo* ( $r=0,956$ ;  $p=,000$  a 99%), e a mesma situação ocorre quando correlacionamos a Variável *Percentil Partes do Corpo* com outras subescalas, ou seja verifica-se que esta se encontra relacionada com a *Subescala Partes do Corpo* ( $r = 0,956$ ;  $p = ,000$  a 99%).

No que respeita à *Subescala Localização no Mapa*, observa-se correlações positivas com algumas das subescalas analisadas a nível global. Neste sentido, a *Subescala Localização no Mapa* apresenta-se correlacionada com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,874$ ;  $p=,000$  a 99%). Encontra-se igualmente correlacionada com o *Percentil Agilidade Não Verbal* ( $r=0,497$ ;  $p=,005$  a 99%). Observa-se também uma correlação positiva entre a *Subescala Localização no Mapa* e a

*Subescala Agilidade Não Verbal* ( $r= 0,431$ ;  $p=,017$ ), bem como com a *Subescala Soletração em Voz Alta* ( $r=0,372$ ;  $p=,043$  a 95%).

Quanto à Variável *Percentil Localização no Mapa*, esta encontra-se correlacionada de forma positiva com a variável *Localização no Mapa* ( $r=0,874$ ;  $p=,000$  a 99%) e inversamente correlacionada com a *Subescala Escrita Narrativa* ( $r= -0,391$ ;  $p=,033$  a 95%), ou seja neste estudo estes resultados sugerem que quanto maior o desempenho dos sujeitos numa tarefa que avalia a Escrita Narrativa, menor será o seu desempenho em tarefas que implicam a identificação de pontos geográficos num mapa.

Quanto à *Subescala Exploração Semântica*, esta encontra-se correlacionada positivamente com o seu *Percentil* ( $r=0,995$ ;  $p=,007$  a 95%), e com a Variável *Percentil Teste de Vocabulário de Boston* ( $r= 0,413$ ;  $p=,023$  a 95%). Todavia, existe uma correlação inversa entre algumas das Variáveis: a *Subescala Exploração Semântica* correlaciona-se de forma negativa com a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r= - 0,632$ ;  $p=,000$  a 99%), bem como com o seu *Percentil* ( $r= -0,531$ ;  $p=,003$  a 99%), ou seja, significa quanto maior uma variável, menor será a outra. Quanto ao *Percentil Exploração Semântica*, apresenta-se correlacionada positivamente com a *Subescala Exploração Semântica* ( $r=0,995$ ;  $p=,000$  a 99 %) e com a Variável *Percentil Teste de Vocabulário de Boston* ( $r= 0,388$ ;  $p=,034$  a 99%). Na análise desta variável observou-se uma correlação negativa com a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r= -0,625$ ;  $p=,000$ ; e com o seu respectivo *Percentil* ( $r= -0,525$ ;  $p=,003$  a 99%). A *Subescala Ordens*, encontra-se fortemente correlacionada com o seu *Percentil* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), bem como com a Variável: *Percentil Ferramentas* ( $r= 0,434$ ;  $p=,017$ , a 99%); *Percentil Teste de Vocabulário de Boston* ( $r=0,450$ ;  $p=,013$  a 99%) e correlação negativa com a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r= -0,432$ ;  $p=,017$ , a 95%). A Variável *Percentil Ordens* encontra-se correlacionada de forma directa e positiva com a *Subescala Ordens* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), com o *Percentil Ferramentas* ( $r=0,434$ ;  $p=,017$  a 99%) e com o *Percentil Teste de Vocabulário de Boston* ( $r=0,450$ ;  $p=,013$  a 99%). Verificou-se igualmente o estabelecimento de correlações negativas entre a Variável *Percentil Ordens* e a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r= - 0, 432$ ;  $p=,017$  a 95%), o que significa que aquando do aumento do resultado de uma das variáveis ocorre a redução dos resultados de outra. Da análise da *Subescala Material Ideativo Complexo*, verifica-se que mantém uma correlação fortemente positiva com o seu *Percentil* ( $r=0,996$ ;  $p=,000$  a 99 %), com a *Subescala Resposta de Denominação* e respectivo *Percentil* ( $r=0,617$ ;  $p=,000$  a 99%); com a *Subescala Facilidade Motora* e com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0, 617$ ;  $p=,000$  a 99%); com a *Subescala Escrita Narrativa* ( $r=0,66$ ;  $p=,009$  a 95%); com a *Subescala Ferramentas* ( $r=0,441$ ;  $p=,015$  a 95%), com o seu *Percentil* ( $r= 0,416$ ;  $p=,022$ ) e

com a Variável Percentil Escrita Narrativa ( $r=0,409$ ;  $p=,025$  a 95%). Quanto ao Percentil Material Ideativo Complexo, correlaciona-se positivamente com a *Subescala: Material Ideativo Complexo* ( $r= 0,996$ ;  $p=,000$ ); *Resposta de Denominação* e respectivo *Percentil* ( $r=0,682$ ;  $p=,000$ ); *Facilidade Motora* e respectivo *Percentil* ( $r=0,682$ ;  $p=,000$ ) a 99%; *Percentil Ferramentas* ( $r=0,440$ ;  $p=,015$ ) e com o *Percentil Escrita Narrativa* ( $r=0,396$ ;  $p=,030$ ). A Subescala Tocar A com B encontra-se correlacionada directamente e de forma positiva com o seu *Percentil* ( $r=0,997$ ;  $p=,000$ , a 99%), com a *Subescala Animais* e respectivo *Percentil* ( $r=0,550$ ;  $p=,002$  a 99%). A 95% correlaciona-se positivamente com a *Subescala Alimentos* e respectivo *Percentil* ( $r=0,411$ ;  $p=,024$ ), e com a *Subescala Denominação Animais* ( $r = 0,382$ ;  $p=,037$ ). Quanto à Variável Percentil Tocar A com B, encontra-se fortemente correlacionada com a *Subescala Tocar A com B* ( $r=0,997$ ;  $p=,000$  a 99%), e com a *Subescala Animais* e respectivo *Percentil* ( $r=0,408$ ;  $p=,000$  a 99%). Na **Escala Expressão Oral** verifica-se que as subescalas que estabeleceram entre si correlações de forma positiva e negativa são as seguintes: a Subescala Agilidade Verbal encontra-se directamente correlacionada com a Variável *Percentil Agilidade Verbal* e respectivo percentil ( $r=0,980$ ;  $p=,000$  a 99%); a Subescala Agilidade Não Verbal encontra-se fortemente correlacionada com o seu *Percentil* ( $r= 0,965$ ;  $p=,000$  a 99%); a Subescala Agilidade Não Verbal correlaciona-se de forma positiva com *Subescala Localização no Mapa* ( $r= 0,431$ ;  $p=,017$  a 95%); o Percentil Agilidade Não Verbal, correlaciona-se positivamente com a *Subescala Localização no Mapa* ( $r= 0,497$ ;  $p=,005$  a 95%); o *Percentil Agilidade Não Verbal* correlaciona-se com a *Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos*, e com o respectivo *Percentil* ( $r=0,365$ ;  $p=,047$  a 95%). Na Subescala Recitado uma forte correlação com o *Percentil Recitado* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), bem como com a *Subescala Denominação de Ferramentas* e com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,464$ ;  $p=,010$ ). A variável Percentil Recitado, mantém uma correlação positiva com a *Subescala Recitado* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), e com a *Subescala Denominação de Ferramentas* e com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,464$ ;  $p=,010$  a 95%). Na Subescala Ritmo, observa-se que se encontra fortemente correlacionada com: o seu respectivo *Percentil*; com a *Subescala Repetição de Orações* e *Percentil Repetição de Orações* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%). A variável Percentil Ritmo, correlaciona-se de forma positiva com a *Subescala Ritmo* e com a *Subescala Repetição de Orações* e respectivo *Percentil* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%). A Repetição de Orações, se encontra directamente correlacionada de forma positiva com o seu respectivo *Percentil*, com a *Subescala Ritmo* e respectivo *Percentil* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%). Na Variável Percentil Repetição de Orações, verifica-se uma correlação positiva com a *Subescala Ritmo* e seu respectivo *Percentil*, bem como com a *Subescala Repetição de Orações* ( $r= 1,000$ ;  $p=,000$  a 99%). A Subescala

Resposta de Denominação, encontra-se fortemente correlacionada com o seu *Percentil*; com a *Subescala Facilidade Motora* e respectivo *Percentil* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%); com a *Subescala Ferramentas* ( $r=0,491$ ;  $p=,006$  a 99%) e respectivo *Percentil* ( $r=0,484$ ;  $p=,007$  a 99%); com a *Subescala Material Ideativo Complexo* ( $r=0,617$ ;  $p=,000$ ) e respectivo *Percentil* ( $r=0,682$ ;  $p=,000$ ). Quanto à Variável Percentil Resposta de Denominação observa-se que existe uma correlação positiva entre: a *Subescala Resposta de Denominação* e a *Subescala Ferramentas* ( $r=0,491$ ;  $p=,006$ , a 99%) e respectivo *Percentil* ( $r = 0,484$ ;  $p = ,007$ , a 99%); com a *Subescala Material Ideativo Complexo* ( $r=0,617$ ;  $p=,000$ ) e respectivo *Percentil* ( $r=0,682$ ;  $p=,000$  a 99%). O *Percentil Resposta de Denominação* e a *Subescala Resposta de Denominação*, *Subescala Facilidade Motora* e respectivo *Percentil* correlacionam-se entre si ( $r=1,000$ ;  $p=,000$ , a 99% para todas as variáveis). O Teste de Vocabulário de Boston, representa uma subescala na qual foram verificadas correlações estatisticamente significativas quando comparadas com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,890$ ;  $p=,000$ , a 99%), com a *Subescala Denominação de Ferramentas* e respectivo *Percentil* ( $r=0,580$ ;  $p=,001$  a 99%). A Variável Percentil Teste de Vocabulário de Boston correlaciona-se com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,890$ ;  $p=,000$ , a 99%). A Subescala Denominação de Animais correlaciona-se de forma directa com a *Subescala Animais* e respectivo *Percentil* ( $r=0,695$ ;  $p=,000$  a 99%), com a *Subescala Tocar A com B* ( $r=0,382$ ;  $p=,037$  a 95%) e respectivo *Percentil* ( $r=0,369$ ;  $p=,045$  a 95%) e com a *Subescala Palavras Sem Sentido* ( $r=0,389$ ;  $p=,034$ ) e respectivo *Percentil* ( $r=0,383$ ;  $p=,036$  a 95%). Relativamente às diferenças a 95% estatisticamente significativas, verifica-se que a *Subescala Denominação de Animais* mantém uma correlação directa e positiva com a *Subescala Tocar A com B* ( $r=0,382$ ;  $p=,037$ ) e com o respectivo *Percentil* ( $r=0,369$ ;  $p=,045$ ), bem como a *Subescala Palavras Sem Sentido* ( $r=0,389$ ;  $p=,034$ ) e com o respectivo *Percentil* ( $r=0,383$ ;  $p=,036$ ). A Subescala Denominação de Ferramentas correlaciona-se com o seu *Percentil* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), com a *Subescala Recitado* e respectivo *Percentil* ( $r = 0,464$ ;  $p = ,010$  a 99%), com *Subescala Pseudohomófonos* e respectivo *Percentil* ( $r = 0,464$ ;  $p = ,010$  a 99%) e com a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston* ( $r=0,580$ ;  $p=,001$  a 99%). Quanto ao Percentil Denominação de Ferramentas, verifica-se que se encontra positivamente correlacionado com a *Subescala Denominação de Ferramentas* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%). Na análise das restantes subescalas, verificou-se que a *Subescala Recitado* e o seu *Percentil* ( $r=0,464$ ;  $p=,010$ ). Também se verificou, uma correlação positiva entre o Percentil Denominação de Ferramentas e a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston* ( $r=0,580$ ;  $p=,001$ ) e a *Subescala Pseudohomófonos* e respectivo *Percentil* ( $r=0,464$ ;  $p=,010$ ) a 95%.

Na **Escala Leitura**, observa-se correlação nas Subescalas: Pseudohomófonos; Palavras Sem Sentido e na Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos. Neste sentido, na Subescala Pseudohomófonos, verifica-se que esta se encontra fortemente correlacionada de forma positiva com o seu Percentil ( $r=1,000$   $p=,000$ ) e com a Subescala Denominação de Ferramentas e respectivo Percentil ( $r=0,464$ ;  $p=,010$ ) a 99 %. É possível observar que se verifica igualmente uma correlação positiva, entre a Subescala Pseudohomófonos e a Subescala Palavras Sem Sentido ( $r=0,401$ ;  $p=,028$ ) e respectivo Percentil ( $r=0,399$ ;  $p=,029$ ) a 95%. Quanto à Variável Percentil Pseudohomófonos verifica-se que existe uma forte e positiva correlação com a Subescala Pseudohomófonos ( $r=1,000$ ;  $p=,000$ ). Da mesma forma, verifica-se uma correlação positiva com a Subescala Denominação de Ferramentas e com o seu respectivo Percentil ( $r=0,464$ ;  $p=,010$ ) a 95%. Apresenta ainda correlações positivas com a Subescala Palavras Sem Sentido ( $r=0,401$ ;  $p=,028$ ) e respectivo Percentil ( $r=0,399$ ;  $p=,029$ ) a 99%. A Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos, encontra-se directamente correlacionada com o seu Percentil ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), com a Subescala Soletração em Voz Alta ( $r = 0,662$ ;  $p = ,000$  a 99%) e com a variável Percentil Agilidade Não Verbal ( $r=0,365$ ;  $p=,047$  a 95%). No que concerne à Variável Percentil Compreensão de Orações e Parágrafos correlaciona-se directamente e de forma positiva com as Subescala: Compreensão de Orações e Parágrafos ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%); Soletração em Voz Alta ( $r=0,662$ ;  $p=,000$  a 99%); Percentil Agilidade não Verbal ( $r=0,365$ ;  $p=,047$  a 95%). A Subescala Facilidade Motora apresenta uma forte correlação com o seu Percentil ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%); com a Subescala Resposta de Denominação e respectivo Percentil ( $r=1,000$ ;  $p=,000$ ); bem como com a Subescala Material Ideativo Complexo ( $r=0,617$ ;  $p=,000$ ) e respectivo Percentil ( $r=0,682$ ;  $p=,000$ ). Apresenta também uma correlação positiva a 95%, com a Subescala Ferramentas ( $r=0,491$ ;  $p=,006$ ) e respectivo Percentil ( $r=0,484$ ;  $p=,007$ ). Quanto à Subescala Palavras Sem Sentido, verifica-se uma forte correlação com o seu Percentil ( $r=,979$ ;  $p=,000$  a 99%), bem como com a Subescala Denominação de Animais ( $r=0,389$ ;  $p=,034$ ), Subescala Pseudohomófonos e respectivo Percentil ( $r=0,401$ ;  $p=,028$  a 95%). A Variável Percentil Palavras Sem Sentido, revelou manter uma forte e positiva correlação com a Subescala Pseudohomófonos ( $r=1,000$ ;  $p=,000$ ); com a Subescala Palavras Sem Sentido ( $r=0,979$ ;  $p=,000$  a 99%). Da mesma forma, verifica-se uma correlação positiva com a Subescala Denominação de Ferramentas e com o seu respectivo Percentil ( $r=0,464$ ;  $p=,010$  a 95%); com a Subescala Denominação de Animais ( $r=0,383$ ;  $p=,036$  a 95%); Subescala Pseudohomófonos e respectivo Percentil ( $r=0,399$ ;  $p=,029$  a 95%). Relativamente à Subescala Soletração em Voz Alta verifica-se uma correlação fortemente positiva com a Subescala Agilidade Verbal ( $r=0,626$ ;  $p=,000$  a 99%) e com o seu Percentil ( $r=0,482$ ;  $p=,007$  a

99%), bem como com a *Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos* ( $r=0,662$ ;  $p=,000$  a 99%); com a *Subescala Localização no Mapa* ( $r=0,372$ ;  $p=,043$  a 95%). Quanto às variáveis *Subescala Orações com Palavras Funcionais* e o seu *Percentil* verifica-se entre estas uma forte correlação positiva ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%), sendo que se verifica o mesmo tipo de correlação na *Subescala Escrita Narrativa* ( $r=0,365$ ;  $p=,047$  a 95%). A *Subescala Escrita Narrativa*, encontra-se fortemente correlacionada de forma positiva com o seu *Percentil* ( $r=0,983$ ;  $p=,000$  a 99%); com a *Subescala Material Ideativo Complexo* ( $r=0,446$ ;  $p=,009$  a 99%); com a Variável *Percentil Material Ideativo Complexo* ( $r=0,445$ ;  $p=,014$  a 95%). Nas restantes subescalas analisadas, verifica-se uma correlação positiva com a *Subescala Alimentos* e com o seu *Percentil* ( $r=0,421$ ;  $p=,021$  a 95%) e com a *Subescala Orações com Palavras Funcionais* e respectivo *Percentil* ( $r=0,365$ ;  $p=,047$  a 95%). Porém, apresenta uma correlação negativa com a Variável *Percentil Localização no Mapa* ( $r= -0,391$ ;  $p=,033$  a 95%). Quanto à Variável *Percentil Escala Narrativa*, verifica-se que estabelece com a *Subescala Escrita Narrativa* uma correlação positiva ( $r=0,983$ ;  $p=,000$  a 99%). Da mesma forma que a *Subescala Escala Narrativa*, o seu *Percentil* mantém uma correlação positiva com a *Subescala Alimentos* e *Percentil Alimentos* ( $r=0,436$ ;  $p=,016$  a 95%). A Variável *Percentil Escrita Narrativa*, apresenta uma correlação positiva com a *Subescala Material Ideativo Complexo* ( $r=0,409$ ;  $p=,025$  a 95%) e com o seu *Percentil* ( $r=0,396$ ;  $p=,030$  a 95%). Após cálculo das correlações estatisticamente significativas em termos de avaliação global das escalas e subescalas analisadas, é importante referir que seria interessante a análise das correlações subdividindo algumas das grandes variáveis em estudo, representadas pelas Escalas, do seguinte modo: Meio Rural, Meio Urbano; Sexo Masculino, Sexo Feminino; Idade superior a 25 anos, Idade até aos 25 anos e 12º ano completo e Frequência Universitária. Apresentamos aqui os resultados para a divisão do meio de Proveniência, em *Meio Rural* e *Meio Urbano*. Para outro estudo ficará a análise de cada uma das subescalas. Considerando o resultado da análise da correlação entre a variável *Meio Rural* e o desempenho dos sujeitos avaliados na *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* (Tabela 17), obtida a partir do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, revelou que existe uma correlação elevada e significativa ( $p<001$ ) e neste sentido, e analisando em pormenor permitiu verificar que a correlação que se estabelece é entre a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* e o seu *Percentil* ( $r=0,947$ ;  $p=,000$  a 95%). De forma contrária, são observadas correlações em sentido inverso, nomeadamente entre a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* e a *Subescala Exploração Semântica* ( $r= -0,739$ ;  $p= 0,001$  para  $p<0,01$ ), ou seja, poderá sugerir que o aumento do desempenho dos sujeitos em tarefas que implicam a *Conversação Livre* e a descrição pormenorizada de figuras, significa um menor desempenho em tarefas que implicam a *Exploração Semântica*. A Variável

Percentil Conversação Livre e Roubo das Bolachas, assume os mesmos parâmetros ( $r = -0,738$ ;  $p = 0,001$ ), verificando-se que no caso do Percentil, quanto maior for este apresentado, menor o desempenho desenvolvido por parte do sujeito em tarefas que implicam a Exploração Semântica. De forma semelhante verifica-se uma correlação inversa entre a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* tendo em conta o *Percentil de Exploração Semântica* ( $r = -0,738$ ;  $p = 0,001$ ) e o *Percentil do Teste de Vocabulário de Boston* ( $r = -0,612$ ;  $p = 0,012$ ), sendo que poderá ser indicador do seguinte: quanto maior o desempenho em tarefas que suscitam a Conversação Livre e a interpretação de uma gravura (por ex., a Lâmina Roubo das Bolachas), menor será o desempenho do sujeito avaliado em provas ou tarefas que exijam a nomeação de objectos (Teste de Vocabulário de Boston).

**Tabela 17.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas

		Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Percentil Índice de Complexidade Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Fábulas	Percentil Índice de Complexidade Fábulas	Exploração Semântica	Percentil Exploração Semântica	Percentil Teste de Vocabulário de Boston
Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Correlação de Pearson	1	,947**	,445	,424	-,739**	-,738**	-,612*
	Sig. (2-tailed)		,000	,084	,101	,001	,001	,012
	N	16	16	16	16	16	16	16
Percentil Índice de Complexidade Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Correlação de Pearson	,947**	1	,522*	,482	-,621*	-,618*	-,551*
	Sig. (2-tailed)	,000		,038	,058	,010	,011	,027
	N	16	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

A Tabela 18 apresenta os resultados obtidos através do cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson, entre a *Subescala Fábulas* tendo em conta a variável *Meio Rural*. Verificou-se que a *Subescala Fábulas*, encontra-se fortemente correlacionada com a variável Percentil Índice de Complexidade Fábulas ( $r = 0,984$ ;  $p = 0,000$ ). Esta mesma subescala, encontra-se positivamente correlacionada com o *Percentil do Índice de Complexidade Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r = ,533$ ;  $p = 0,038$ ). Relativamente ao *Percentil Índice de Complexidade*, e a *Subescala Fábulas*, denota-se que se encontram correlacionadas de forma directa entre si ( $r = 0,984$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 18.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Fábulas

		Percentil Índice de Complexidade Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Fábulas	Percentil Índice de Complexidade Fábulas
Fábulas	Correlação de Pearson	,522*	1	,984**
	Sig. (2-tailed)	,038		,000
	N	16	16	16
Percentil Índice de Complexidade Fábulas	Correlação de Pearson	,482	,984**	1
	Sig. (2-tailed)	,058	,000	
	N	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Na tabela seguinte (Tabela 19), são apresentadas as correlações existentes entre a *Subescala Ferramentas* e o seu *Percentil*. É possível observar que estes dois parâmetros encontram-se correlacionados de forma positiva ( $r=0,895$ ;  $p=0,000$ ). Relativamente ao *Percentil Ferramentas*, encontra-se directamente correlacionado de forma positiva com a *Subescala Ferramentas* ( $r=0,895$ ;  $p=0,000$ ). Por sua vez, e mantendo a análise na **Escala Compreensão Auditiva**, é possível observar (Tabela 20) que existem valores que traduzem uma correlação fortemente positiva entre a *Subescala Alimentos* e o *Percentil Alimentos*, bem como com a *Subescala Escrita Narrativa* e o *Percentil Escrita Narrativa*. Neste sentido, a *Subescala Alimentos*, encontra-se directamente correlacionada, de forma positiva com o *Percentil Alimentos* ( $r=1,000$ ;  $p=0,000$ ) e na *Subescala Escrita Narrativa* ( $r=0,664$ ;  $p=0,005$ ) e respectivo *Percentil* ( $r= -,661$ ;  $p= 0,005$ ). De igual forma, o *Percentil Alimentos*, apresenta-se positivamente correlacionado com a *Subescala Alimentos* ( $r=1,000$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 19.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Ferramentas

		Ferramentas	Percentil Ferramentas
<b>Ferramentas</b>	Correlação de Pearson	1	,895**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	16	16
<b>Percentil Ferramentas</b>	Correlação de Pearson	,895**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

**Tabela 20.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Alimentos

		Alimentos	Percentil Alimentos	Escrita Narrativa	Percentil Escrita Narrativa
<b>Alimentos</b>	Correlação de Pearson	1	1,000**	,664**	,661**
	Sig. (2-tailed)		,000	,005	,005
	N	16	16	16	16
<b>Percentil Alimentos</b>	Correlação de Pearson	1,000**	1	,664**	,661**
	Sig. (2-tailed)	,000		,005	,005
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Relativamente à *Subescala Animais* (Tabela 21), quando correlacionada com outras subescalas, verifica-se que se encontra fortemente correlacionada com o seu *Percentil* ( $r=1,000$ ;  $p=0,000$ ), bem como com: a *Subescala Percentil Partes do Corpo* ( $r= 0,519$ ;  $p=0,039$ ); a *Subescala Tocar A com B* e respectivo percentil ( $r= 0,541$ ;  $p=0,030$ ).

**Tabela 21.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Animais

		Animais	Percentil Animais	Percentil Partes do corpo	Tocar A com B	Percentil Tocar A com B	Denominação de Animais	Percentil Denominação de Animais
<b>Animais</b>	Correlação de Pearson	1	1,000**	,519*	,541*	,533*	,683*	. <sup>a</sup>
	Sig. (2-tailed)		,000	,039	,030	,034	,004	. <sup>a</sup>
	N	16	16	16	16	16	16	16
<b>Percentil Animais</b>	Correlação de Pearson	1,000**	1	,519*	,541*	,533*	,683*	. <sup>a</sup>
	Sig. (2-tailed)	,000		,039	,030	,034	,004	. <sup>a</sup>
	N	16	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Tendo em conta a Tabela 22 os dados revelaram uma correlação positiva significativa entre a *Subescala Partes do Corpo* e o seu *Percentil* ( $r=,954$ ;  $p=,000$ ), bem como com a *Subescala Repetição de Palavras* e respectivo Percentil ( $r=,766$ ;  $p=0,001$ ) a 99%. Todavia, verificou-se igualmente que estabelecendo uma comparação entre a *Subescala Partes do Corpo* e o *Percentil*

*Agilidade não verbal*, observa-se uma diferença de distribuição (a 99%) estatisticamente significativa ( $p = 0,049$ ), em sentido inverso, ou seja estas duas variáveis apresentam uma correlação negativa. Estes dados parecem sugerir que quanto maior o desempenho por parte dos sujeitos na Identificação das Partes do Corpo, a variável definida pelo *Percentil Agilidade Não Verbal* tende a decrescer, sendo representado por um coeficiente de correlação negativa ( $r = -0,499$ ). No que concerne à variável *Percentil Partes do Corpo*, verifica-se que os sujeitos avaliados, apresentam uma correlação fortemente positiva, quando calculadas as suas diferenças estatísticas com a *Subescala Partes do Corpo* ( $r=0,954$ ;  $p=0,000$  a 95 %, em ambas).

**Tabela 22.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Partes do Corpo

		Partes do corpo	Percentil Partes do corpo	Percentil Agilidade não verbal	Repetição de palavras	Percentil Repetição de palavras	Animais	Percentil Animais
<b>Partes do corpo</b>	Correlação de Pearson	1	,954**	-,499*	,766**	,766**	,246	,246
	Sig. (2-tailed)		,000	,049	,001	,001	,358	,358
	N	16	16	16	16	16	16	16
<b>Percentil Partes do corpo</b>	Correlação de Pearson	,954**	1	-,557*	,605*	,605*	,519*	,519*
	Sig. (2-tailed)	,000		,025	,013	,013	,039	,039
	N	16	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Relativamente à *Subescala Localização no Mapa*, analisa-se que existem valores correlacionados positivamente junto a esta subescala, sendo que se integram no próprio *Percentil* da subescala supramencionada e ao nível da variável *Percentil Localização no Mapa* (Tabela 23 e 24). Neste sentido, observa-se uma correlação directa positiva com a Variável *Percentil Localização no Mapa* ( $r=0,945$ ;  $p=0,000$ ). As restantes subescalas e variáveis referidas na Tabela 85a, apresentam uma correlação inversamente significativa, com a *Subescala Localização no Mapa* e a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston* ( $r = -0,533$ ;  $p=0,0349$  a 95%), o que significa que valores elevados numa variável estão associados a valores baixos na outra variável. Relativamente à Variável *Percentil Localização no Mapa*, verifica-se que se encontra directamente correlacionada com a *Subescala Localização no Mapa* ( $r=0,945$ ;  $p=0,000$  a 99%). As restantes correlações que se verificam entre as variáveis analisadas na Tabela 23 e Tabela 24 classificam-se como correlações negativas, nomeadamente a Variável *Percentil Localização no Mapa* com a *Subescala Material Ideativo Complexo* e respectivo *Percentil* ( $r = -0,519$ ;  $p=0,039$  a 95%); com a *Subescala Repetição de Palavras* e respectivo *Percentil* ( $r = -0,518$ ;  $p=0,040$  a 95%); *Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos* e respectivo *Percentil* ( $r = -0,569$ ;  $p=0,022$  a 99%) e com a *Subescala Escrita Narrativa* ( $r = -0,624$ ;  $p=0,010$  a 99%) e respectivo *Percentil* ( $r = -0,536$ ;  $p=0,032$  a 95%).

**Tabela 23.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Localização no Mapa

		Localização no mapa	Percentil Localização no mapa	Material Ideativo Complexo	Percentil Material Ideativo Complexo	Repetição de palavras	Percentil Repetição de palavras	Teste de Vocabulário de Boston
Localização no mapa	Correlação de Pearson	1	,945**	-,472	-,472	-,451	-,451	-,533*
	Sig. (2-tailed)		,000	,065	,065	,079	,079	,034
	N	16	16	16	16	16	16	16
Percentil Localização no mapa	Correlação de Pearson	,945**	1	-,519*	-,519*	-,518*	-,518*	-,469
	Sig. (2-tailed)	,000		,039	,039	,040	,040	,067
	N	16	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

**Tabela 24.** Continuação da Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Localização no Mapa

		Compreensão de orações e parágrafos	Percentil Compreensão de orações e parágrafos	Escrita Narrativa	Percentil Escrita Narrativa
Localização no mapa	Correlação de Pearson	-,569*	-,569*	-,403	-,298
	Sig.(2-tailed)	,022	,022	,122	,262
	N	16	16	16	16
Percentil Localização no mapa	Correlação de Pearson	-,544*	-,544*	-,624**	-,536*
	Sig.(2-tailed)	,029	,029	,010	,032
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Tendo em conta a *Subescala Exploração Semântica* (Tabela 25), verifica-se que se encontra inversamente correlacionada com a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r = -,739$ ;  $p=0,001$  para  $p<0,01$ ) bem como com o seu *Percentil* ( $r = -,621$ ;  $p=0,010$ ), ou seja significa que quanto maior uma determinada variável menor será a outra variável a relacionar: quanto maior for o desempenho dos sujeitos em tarefas que implicam a exploração semântica menor será o seu desempenho em tarefas que implicam a conversação livre e a exploração de uma imagem. Esta situação ocorre da mesma forma quando analisamos a *Subescala Exploração Semântica e Tocar A com B* e respectivo *Percentil*, pois encontra-se inversamente correlacionada a um nível de 0,01 com a *Subescala Tocar A com B* ( $r = -,549$ ;  $p=0,028$ , para  $p<0,05$ ), bem como inversamente correlacionado com a Variável *Percentil Tocar a com B* ( $r = -,541$ ;  $p=0,030$ , para  $p<0,05$ ). A Variável *Percentil Exploração Semântica*, encontra-se inversamente correlacionada com a *Subescala Tocar A com B* ( $r = -,546$ ;  $p=0,030$  para  $p<0,05$ ) e com o *Percentil* desta mesma subescala ( $r = -,538$ ;  $p=0,032$  para  $p<0,05$ ). Verifica-se que, respectivamente a estas mesmas subescalas mencionadas, existe a seguinte correlação: a *Subescala Exploração semântica* encontra-se directamente correlacionada com o seu *Percentil* ( $r = ,994$ ;  $p = ,000$  para  $p < 0,01$ ). Da mesma forma, a *Subescala Exploração Semântica* revelou que existe uma forte e significativa correlação ( $p < 0,01$ ) entre as *Subescalas Exploração Semântica* e a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston* ( $r = ,660$ ;  $p = ,005$ ) bem como com o respectivo *Percentil do Teste de Vocabulário de Boston*, no entanto com um nível de correlação inferior para  $p < 0,05$  ( $r = ,558$ ;

$p=0,017$ ). Da mesma forma, verifica-se uma forte correlação da Variável Percentil Exploração Semântica com a Subescala Teste de Vocabulário de Boston ( $r=,560$ ;  $p=,009$ ), e o respectivo percentil, todavia com uma correlação mais fraca no entanto significativa ( $p<0,05$ ) entre a Variável Percentil Exploração Semântica e a Variável Percentil do Teste de Vocabulário de Boston ( $r=0,560$ ;  $p=,024$ ).

**Tabela 25.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Exploração Semântica

		Conversaã o Livre e Roubo das Bolachas	Percentil Índice de Complexidade de Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Exploração Semântica	Percentil Exploração Semântica	Tocar A com B	Percen t.Tocar A c/ B	Teste de Vocabulário de Boston	Percent. Teste de Vocab. de Boston
<b>Exploração Semântica</b>	Correlação de <i>Pearson</i>	-,739**	-,621*	1	,994**	-,549*	-,541*	,660*	,588*
	Sig. (2-tailed)	,001	,010		,000	,028	,030	,005	,017
	N	16	16	16	16	16	16	16	16
<b>Percentil Exploração Semântica</b>	Correlação de <i>Pearson</i>	-,738**	-,618*	,994**	1	-,546*	-,538*	,627**	,560*
	Sig. (2-tailed)	,001	,011	,000		,029	,032	,009	,024
	N	16	16	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Ao analisar a Tabela 26 verifica-se que a Subescala Ordens e a Variável Percentil Ordens ( $r=1,000$ ;  $p=0,000$  a 99%) e Variável Percentil Teste de Vocabulário de Boston ( $r=0,548$ ;  $p=0,028$ ), apresentam uma correlação positiva, o que significa que quanto maior uma determinada variável maior será a outra variável a relacionar.

**Tabela 26.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural e a Subescala Ordens

		Ordens	Percentil Ordens	Percentil Teste de Vocabulário de Boston
<b>Ordens</b>	Correlação de <i>Pearson</i>	1	1,000**	,548*
	Sig. (2-tailed)		,000	,028
	N	16	16	16
<b>Percentil Ordens</b>	Correlação de <i>Pearson</i>	1,000**	1	,548*
	Sig. (2-tailed)	,000		,028
	N	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed)

Dando continuidade à mesma forma de análise, o estudo das correlações entre as várias subescalas tidas em consideração neste estudo permite verificar a correlação da Subescala Material Ideativo Complexo com as restantes variáveis. Foi revelado que se encontra fortemente correlacionada de forma positiva com o seu Percentil ( $r=1,000$ ;  $p=,0000$  a 95%). De forma análoga, é possível analisar a correlação com outras subescalas, nomeadamente com a Subescala Teste de Vocabulário de Boston e respectivo Percentil. Neste sentido, verificou-se que a Subescala Material Ideativo Complexo encontra-se correlacionada positivamente para com a Variável Teste de Vocabulário de Boston ( $r=0,561$ ;  $p=0,024$ ). Por sua vez, o Percentil da variável Teste de Vocabulário de Boston, também se encontra correlacionado de forma positiva ( $r=0,516$ ;  $p=0,041$  a 99%). A análise realizada à Variável Percentil Material Ideativo Complexo, permite-nos verificar que esta variável encontra-se fortemente correlacionada com a Subescala Material Ideativo Complexo ( $r=1,000$ ;  $p=0,000$ ). Da mesma forma, a Subescala Teste de Vocabulário de Boston encontra-se igualmente correlacionada ( $r=0,561$ ;  $p= 0,024$ ), bem como a

Variável *Percentil do Teste de Vocabulário de Boston* ( $r=0,516$ ;  $p=,041$ ) com a Variável *Percentil Material Ideativo Complexo* (Tabela 27).

**Tabela 27.** Correlação de Pearson entre a variável *Meio Rural* e a *Subescala Material Ideativo Complexo*

		Material Ideativo Complexo	Percentil Material Ideativo Complexo	Teste de Vocabulário de Boston	Percentil Teste de Vocabulário de Boston
Material Ideativo Complexo	Correlação de Pearson	1	1,000**	,561*	,516*
	Sig. (2-tailed)		,000	,024	,041
	N	16	16	16	16
Percentil Material Ideativo Complexo	Correlação de Pearson	1,000**	1	,561*	,516*
	Sig. (2-tailed)	,000		,024	,041
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

A Tabela 28 permite-nos verificar que a *Subescala Tocar A com B* encontra-se fortemente correlacionada com o seu respectivo Percentil ( $r= 0,999$ ;  $p=,000$ ). De igual forma, relativamente a esta subescala encontram-se correlacionadas de forma positiva a *Subescala Animais* ( $r =,541$ ;  $p=0,028$ ) e a Variável *Percentil Animais* ( $r=0,541$ ;  $p=,030$ ) a 99%. Verifica-se ainda que a *Subescala Tocar A com B*, a *Subescala Exploração Semântica* e a Variável *Percentil Exploração Semântica*, apresentam uma correlação negativa, o que significa que quanto maior uma determinada variável menor será a outra variável a relacionar, ou seja para com a *Subescala Exploração Semântica* ( $r= -0,549$ ;  $p=0,028$ ); e para a Variável *Percentil Tocar A com B* ( $r= -0,546$ ;  $p=0,029$ ). Quanto à Variável *Percentil Tocar A com B*, verifica-se que existe uma directa correlação positiva com a *Subescala Tocar A com B* ( $r= 0,999$ ;  $p=,000$  com diferença a 95 %). Outro dado a referir, consiste no facto da Variável *Percentil tocar A com B*, se encontrar correlacionada positivamente com a *Subescala Animais* ( $r =0,533$ ;  $p=0,34$ ) e com a Variável *Percentil Animais* ( $r=0,533$ ;  $p=0,34$ ). De forma contrária, verifica-se que existe uma correlação negativa ou inversa entre a Variável *Percentil Tocar A com B* com a *Subescala Exploração Semântica* ( $r = -0,541$ ;  $p=0,34$ ), bem como com o respectivo Percentil ( $r=0,538$ ;  $p=0,32$ ) a 99%.

**Tabela 28.** Correlação de Pearson entre a variável *Meio Rural* com a *Subescala Tocar A com B*

		Animais	Percentil Animais	Exploração Semântica	Percentil Exploração Semântica	Tocar A com B	Percentil Tocar A com B
Tocar A com B	Correlação de Pearson	,541*	,541*	-,549*	-,546*	1	,999**
	Sig. (2-tailed)	,030	,030	,028	,029		,000
	N	16	16	16	16	16	16
Percentil Tocar A com B	Correlação de Pearson	,533*	,533*	-,541*	-,538*	,999**	1
	Sig. (2-tailed)	,034	,034	,030	,032	,000	
	N	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

A *Subescala Agilidade Não Verbal* (Tabela 29), estabelece uma correlação directa positiva com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,975$ ;  $p=,000$ ), pelo contrário à Variável *Percentil Agilidade Não verbal* correlaciona-se com a *Subescala Agilidade Não Verbal* ( $r=0,95$ ;  $p=,000$ , a 99%).

**Tabela 29.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural com a Subescala Agilidade Não Verbal.

		Agilidade não verbal	Percentil Agilidade não verbal
Agilidade não verbal	Correlação de Pearson	1	,975**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	16	16
Percentil Agilidade não verbal	Correlação de Pearson	,975**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

Todavia, na realização do cálculo das medidas de correlação para a Subescala Agilidade Verbal (Tabela 30), verifica-se que a subescala anteriormente referida e o Percentil Agilidade Verbal correlacionam-se positivamente entre si apresentando ( $r= 0,975$ ;  $p=,000$ , a 95%). De forma semelhante, observa-se uma correlação positiva entre a Subescala Agilidade Verbal, a Subescala Recitado e a Variável Percentil Recitado (valores de  $r=0,573$ ;  $p=,020$  a 95 % em ambas)

No mesmo sentido, o Percentil Agilidade Verbal correlaciona-se directamente e de forma positiva com a Subescala Agilidade Verbal ( $r=0,975$ ;  $p=,000$  a 95%). Observa-se igualmente, entre a Variável Percentil Agilidade Verbal, a Subescala Recitado e o Percentil Recitado ( $r=,573$ ;  $p=,020$  a 99%). Tendo em conta o desempenho dos sujeitos avaliados na Subescala Recitado, verifica-se que entre esta subescala e o seu Percentil, existe uma forte correlação positiva ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  em que  $p<0.01$ ). No entanto, o desempenho dos sujeitos na Subescala Recitado também se revela positivamente correlacionado com a Subescala Agilidade Verbal ( $r=0,573$ ;  $p=0,020$ ) e a Variável Percentil Agilidade Verbal ( $r=0,609$ ;  $p=0,012$ ). A análise da Tabela 31, permite igualmente verificar que existe a presença de correlações negativas, nomeadamente entre a Variável Percentil Recitado com a Subescala Agilidade Verbal ( $r=0,573$ ;  $p=0,020$ ) e com a Variável Percentil Agilidade Verbal ( $r=0,609$ ;  $p=0,012$ ).

**Tabela 30.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural com a Subescala Agilidade Verbal

		Agilid. Verbal	Percentil Agilid, verbal	Recit.	Percentil Recit.
Agilidade verbal	Correlação de Pearson	1	,975**	,573*	,573*
	Sig. (2-tailed)		,000	,020	,020
	N	16	16	16	16
Percentil Agilidade verbal	Correlação de Pearson	,975**	1	,609*	,609*
	Sig. (2-tailed)	,000		,012	,012
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

**Tabela 31.** Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural com a Subescala Recitado.

		Agilid. verbal	Percentil Agilid. verbal	Recit.	Percentil Recit.
Recitado	Correlação de Pearson	,573*	,609*	1	1,000**
	Sig.(2-tailed)	,020	,012		,000
	N	16	16	16	16
Percentil Recitado	Correlação de Pearson	-,573*	-,609*	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,020	,012	,000	
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

A análise da Tabela 32, permite-nos verificar que existe correlação entre a Subescala Ritmo e as variáveis: Percentil Ritmo e Percentil Repetição de Orações, sendo que estas se encontram fortemente correlacionadas ( $r=1,000$ ,  $p=,000$ ). O mesmo se verifica com a Variável Percentil Ritmo, pois se encontra positivamente correlacionado com a Subescala Ritmo e com a Subescala

*Repetição de Orações* com os seguintes valores  $r=1,000$  e  $p=,000$  a 99%. Tendo em conta a *Subescala Repetição de Palavras* (Tabela 33), verifica-se que se encontra fortemente correlacionada de forma positiva com o seu *Percentil*, e com a Variável *Percentil Ritmo* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  para  $p<0,01$ ). Esta *Subescala* e a Variável *Percentil Localização no Mapa* encontram-se correlacionada negativamente entre si ( $r= -0,518$ ,  $p=,040$  para  $p<0,01$ ). Quanto à Variável *Percentil Repetição de Palavras*, verifica-se que esta variável encontra-se correlacionada fortemente e de modo positivo com a *Subescala Repetição de Palavras* ( $r=1,000$ ;  $p=,000$  a 99%).

**Tabela 32.** *Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural com a Subescala Ritmo*

		Ritmo	Percent. Ritmo	Repet. de Orações	Percent. Repet. de Orações
Ritmo	Correlação de Pearson	1	1,000**	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)		,000		,000
	N	16	16	16	16
Percentil Ritmo	Correlação de Pearson	1,000**	1	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

**Tabela 33.** *Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural com a Subescala Repetição de Palavras*

		Percentil Localização no mapa	Percentil Ritmo	Repet. de palavras	Percent. Repet. de palavras
Repetição de palavras	Correlação de Pearson	-,518*	1,000**	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,040	,000		,000
	N	16	16	16	16
Percentil Repetição de palavras	Correlação de Pearson	-,518*	1	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,040		,000	
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Na Tabela 34, verificamos que existe correlação entre a *Subescala Repetição de Orações* e as subescalas: *Ritmo*, *Percentil Ritmo* e *Percentil Repetição de Orações*, sendo que estas se encontram fortemente correlacionadas ( $r=1,000$ ;  $p=,000$ ), o mesmo se verificando com a Variável *Percentil Repetição de Orações*, que se encontra positivamente correlacionada com a *Subescala Ritmo*, *Percentil Ritmo* e *Repetição de Orações* ( $r=1,000$ ,  $p=,000$  a 99%).

**Tabela 34.** *Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural com a Subescala Repetição de Orações*

		Ritmo	Percentil Ritmo	Repetição de Orações	Percentil Repetição de Orações
Repetição de Orações	Correlação de Pearson	1,000**	1,000**	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	16	16	16	16
Percentil Repetição de Orações	Correlação de Pearson	1,000**	1,000**	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).

Tendo em conta as Tabelas 35 e 36, na análise estatística da *Subescala Teste de Vocabulário de Boston*, quando correlacionada com outras subescalas, verifica-se que esta se encontra fortemente correlacionada com o seu *Percentil* ( $r=0,897$ ;  $p=0,000$ ). No que concerne às restantes subescalas directamente correlacionadas, observa-se que a subescala mencionada (*i.e.*, *Teste de Vocabulário de Boston*) encontra-se forte e positivamente correlacionada com a *Subescala Exploração Semântica* ( $r=0,660$ ;  $p=0,005$ ) e com o seu *Percentil* ( $r=0,627$ ;  $p=,009$ ) a 99 %. Apresenta-se igualmente correlacionada de forma positiva com a *Subescala Material Ideativo Complexo* e com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,561$ ;  $p=,024$ ); com a *Subescala Denominação de Ferramentas* e

com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,508$ ;  $p=,044$ ); com a *Subescala Pseudohomófonos* e seu respectivo *Percentil* ( $r=0,508$ ;  $p=,044$ ), bem como com a *Subescala Palavras Sem Sentido* e seu respectivo *Percentil* ( $r=0,621$ ;  $p=0,010$ ) a 95 %. Todavia, verificou-se igualmente que estabelecendo uma comparação entre a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston*, e a *Subescala Localização no Mapa* observa-se uma diferença de distribuição (a 99%) estatisticamente significativa ( $p = 0,034$ ), em sentido inverso, ou seja entre estas duas variáveis estabeleceu-se uma correlação negativa o que neste estudo parece sugerir que entre estas duas variáveis existe uma relação na qual, quanto maior o desempenho por parte dos sujeitos na nomeação de objectos através da *Subescala Teste de Vocabulário de Boston*, a variável definida pela *Subescala Localização no Mapa*, tende a decrescer, sendo representado por um negativo Coeficiente de Correlação de *Pearson* ( $r = - 0,533$ ). O mesmo tipo de correlação estabelece-se entre a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston* e a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* ( $r=-0,487$ ;  $p=,056$ ) bem como com o seu *Percentil* ( $r= -0,488$ ;  $p=,055$ ). Relativamente à variável *Percentil Teste de Vocabulário de Boston*, ocorre uma forte e positiva correlação com a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston* ( $r=0,897$ ;  $p=,000$  para  $p<0.01$ ), mantendo igualmente uma correlação positiva com a *Subescala Exploração Semântica* ( $r=0,588$ ;  $p=,017$ ), com o respectivo *Percentil* desta subescala ( $r=0,560$ ;  $p=,024$ ); com a *Subescala Ordens* e o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,548$ ;  $p=,028$ ), com a *Subescala Material Ideativo Complexo* e com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,516$ ;  $p=,041$ ) e quanto à *Subescala Palavras sem Sentido* e com o seu respectivo *Percentil* ( $r=0,611$ ;  $p=,012$ ), assumindo em todas, diferenças (a 99%) estatisticamente significativas. Estabelecendo uma comparação entre a Variável *Percentil Teste de Vocabulário de Boston*, e a *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas* observa-se uma correlação negativa ( $r = - 0,612$ ;  $p=0,012$ ) a 99%, bem como com o seu *Percentil* ( $r = - 0,551$ ;  $p=,027$ ).

As variáveis supramencionadas, correlacionam-se em sentido inverso, o que possivelmente neste estudo parece sugerir que, entre estas duas variáveis existe uma relação na qual: quanto maior o percentil de desempenho por parte dos sujeitos na nomeação de objectos (através da *Subescala Teste de Vocabulário de Boston*), o desempenho na variável definida pela *Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas*, tende a decrescer.

**Tabela 35.** Correlação de *Pearson* entre a variável Meio Rural com a *Subescala Teste de Vocabulário de Boston*

		Localização no mapa	Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Percentil Índice de Complexidade Conversação Livre e Roubo das Bolachas	Explor. Semân	Percentil Exploração Semântica	Ordens	Percentil Ordens	Material Ideativo Complex.	Percentil Material Ideativo Complex.
Teste de Vocabulário	Correlação de <i>Pearson</i>	-,533*	-,487	-,488	,660**	,627**	,144	,144	,561*	,561*

de Boston	Sig.(2-tailed)	,034	,056	,055	,005	,009	,594	,594	,024	,024
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Percentil Teste de Vocabulário de Boston	Correlação de Pearson	-,297	-,612*	-,551*	,588*	,560*	,548*	,548*	,516*	,516*
	Sig.(2-tailed)	,265	,012	,027	,017	,024	,028	,028	,041	,041
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).  
\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

**Tabela 36.** Continuação da Correlação de Pearson entre a variável Meio Rural com a Subescala Teste de Vocabulário de Boston

Teste de Vocabulário de Boston	Correlação de Pearson	Teste de Vocab. de Boston	Percentil Teste de Vocab. de Boston	Denomin. de Ferr.	Percentil Denom. de Ferr.	Pseudohom.	Percentil Pseudohom.	Palavras Sem Sentido	Percentil Palavras Sem Sentido
Teste de Vocabulário de Boston	Sig. 2 tailed	1	,897**	,508*	,508*	,508*	,508*	,621*	,621*
	N		,000	,044	,044	,044	,044	,010	,010
	Correlação de Pearson	16	16	16	16	16	16	16	16
Percentil Teste de Vocabulário de Boston	Sig.(2-tailed)	,897**	1	,493	,493	,493	,493	,611*	,611*
	N	,000	,000	,052	,052	,052	,052	,012	,012
	Correlação de Pearson	16	16	16	16	16	16	16	16

\*\* A correlação é significativa ao nível 0.01 (2\_tailed).  
\* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2\_tailed).

Quanto à análise da *Subescala Denominação de Animais*, é possível verificar que existe correlação entre a *Subescala Animais* e a Variável *Percentil Alimentos*, ou seja as variáveis supramencionadas encontram-se fortemente correlacionadas apresentando ( $r= 0,683$ ;  $p=,004$  a 99%).

## 2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando o parâmetro de normatividade (Tabela 6), podendo ser este, um factor indicador para a maioria absoluta das subescalas, as mesmas que depois sofreram a transformação para a Língua Portuguesa. Após análise, verifica-se que se encontram minimamente adaptadas para a amostra em estudo. Resultados preocupantes levanta-nos a Subescala **Fábulas** da Escala Índice de Complexidade, dos 30 sujeitos analisados 15 sujeitos (50%), apresentam resultados abaixo do normativo, 17 sujeitos (57 %) na Subescala **Localização do Mapa**, pertencentes à Escala Compreensão Auditiva, 7 sujeitos (23 %) na Subescala **Alimentos** (Escala Compreensão Auditiva) e 5 sujeitos (17 %), na Subescala **Compreensão de Orações e Parágrafos** (Escala Leitura). Para o item com maior índice de erro (*e.g.*, Subescala **Localização no Mapa**), a explicação lógica, poderá residir no facto de se ter mantido o mapa tal como utilizado na versão espanhola, no qual é pedido para identificar a localização de determinados pontos geográficos nos Continentes Americanos. Assim, numa adaptação portuguesa o melhor seria a normalização da identificação de países ou de localizações significativas na história portuguesa, ou de países de língua portuguesa. Seguido ao item com maior índice de erro, segue-se a Subescala **Fábulas**. Nesta tarefa, são conferidas imagens que ilustram determinadas fábulas, na qual se manteve

igualmente as mesmas fábulas utilizadas na versão espanhola, procedendo para tal a uma tradução directa da língua espanhola para a língua portuguesa. Este procedimento terá levado a um desempenho menor por parte dos sujeitos, dado que as várias fábulas utilizadas se encontram mais adaptadas para a população espanhola em termos da sua familiaridade. Não se verifica o mesmo na população portuguesa, visto que não fazem parte do mesmo imaginário léxico-semântico português. A influência da familiaridade conceptual é de facto, um dado confirmado com dados da literatura. Estudos (Choi & Bowerman, 1991; Laws, 2000), indicam que a familiaridade de conceitos influencia o desempenho dos sujeitos em tarefas, ou seja quanto maior a experiência em termos de familiaridade com determinada tarefa e conseqüentemente com os conceitos nela utilizados, melhor será o seu desempenho. Também num estudo desenvolvido por Castilho e Janczura (2002), é referido que a variedade na tipicidade de conteúdos influenciam negativamente as informações de natureza conceitual, é o mesmo que dizer que no caso das informações de natureza conceitual serem familiares, influenciam positivamente a identificação e o estabelecimento de relações entre os conceitos. Da mesma forma, é possível encontrar uma explicação para um índice de erro elevado, na tarefa que tem como objectivo nomear **Alimentos** (Subescala Alimentos). Relaciona-se igualmente com a familiaridade no sentido de identificação de imagens (Salmani-Nodoushan, 2002). A tarefa em questão, baseia-se na identificação de Alimentos tendo em conta imagens, as quais se mantiveram tal como se encontram na versão espanhola. Segundo Stenberg (2000), o significado de uma determinada imagem influencia as suas representações e conseqüentemente a identificação, através da nomeação. Mansur, Radanovic, Araújo, Taqumori e Greco (2006); e Raymer e Rothi (2001), por sua vez referem que numa tarefa que requer o *input* visual, factores tais como: a frequência de ocorrência do item lexical, numa determinada língua; e a regularidade e familiaridade do estímulo, podem interferir na realização da tarefa. Mansur, Radanovic, Rüegg, Mendonça & Scaff (2002), num estudo desenvolvido com 192 sujeitos com perturbações da linguagem, revela que entre os sujeitos normativos avaliados, em subescalas de compreensão da leitura, são necessários processos cognitivos diferenciados para a amostra considerada (população brasileira). O que leva a considerar, por estes autores que a língua portuguesa exige um grau elevado de correspondência entre fonema e grafema, o que faz com que o desempenho dos sujeitos seja menor.

Seguidamente é apresentada uma descrição mais centrada, sobre os resultados que se apresentam como estatisticamente significativos, começando pela análise dos Testes t, que avaliam as diferenças numéricas, considerando a variável dicotómica de referência.

Neste sentido, quando se avalia e selecciona a variável dicotómica de referência **Idade Categorizada**, aquando da divisão dos sujeitos em *Até 25 anos* ou *Superior a 25 anos*, a única

diferença estatisticamente significativa encontrada situa-se na Escala Índice de Complexidade, mais especificamente na variável numérica Conversação Livre e Roubo das Bolachas ( $t = -1,978$ ;  $p = 0,058$ ), como vimos na Tabela 7, o que revela que os sujeitos com idade *Superior a 25 anos*, apresentam um melhor desempenho (1,630; desvio padrão 0,2710) comparativamente com os sujeitos com idade *Até aos 25 anos* (1,480; desvio padrão 0,1473). Neste sentido, ao observar os resultados dos desempenhos dos sujeitos avaliados no presente estudo, considerando a variável Idade, não podemos afirmar que esta estabeleça uma influência directa na maioria das Subescalas analisadas, tal como é suportado pelo estudo desenvolvido por Radanovi, Mansur e Scaff (2004). Quando considerada a variável dicotómica de referência **Sexo**, considerando a divisão dos sujeitos em *Sexo Masculino* ou *Sexo Feminino*, verifica-se diferenças estatisticamente significativas na Escala Compreensão Auditiva e na Escala Leitura. Neste sentido, na Escala Compreensão Auditiva as variáveis numéricas que apresentam diferenças estatisticamente significativas, referem-se à Subescala Ferramentas e respectivo Percentil, bem como a variável numérica Subescala Material Ideativo Complexo e respectivo Percentil, como é possível observar tendo em conta a Tabela 8.

Quando se avalia e selecciona a variável de referência em questão, a variável numérica Subescala Ferramentas apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $t = 1,974$ ,  $p = 0,058$ ), na qual os sujeitos do Sexo Feminino (9,53; desvio padrão 0,414), apresentam menor desempenho comparativamente com os sujeitos do Sexo Masculino (10,00; desvio padrão 0,000). Quanto à variável numérica Percentil Ferramentas, verifica-se que apresenta uma diferença estatisticamente significativa com  $t = 2,245$  e  $p = ,033$ , sendo que os sujeitos do Sexo Masculino apresentam melhor desempenho (10,00; desvio padrão,000), do que os sujeitos do Sexo Feminino (9,53; desvio padrão,915). Estes dados são corroborados num estudo desenvolvido por Laws (2004), o qual apresentou como objectivo a análise das diferenças entre o sexo masculino e feminino no tamanho lexical de categorias semânticas. Este autor, refere que os homens apresentam uma melhor aptidão para nomear objectos inanimados, como por exemplo ferramentas, enquanto que as mulheres, têm uma melhor desempenho na nomeação de frutas. Da mesma forma, quando considerada a análise da variável numérica Material Ideativo Complexo, verifica-se diferenças estatisticamente significativas ( $t = 9,713$ ,  $p = 0,058$ ), nas quais os sujeitos do *Sexo Feminino* têm menor desempenho na subescala (11,27; desvio padrão= 0,961) quando comparados com o desempenho dos sujeitos do *Sexo Masculino* (11,80; desvio padrão= 0,414). Relativamente ao seu Percentil, verifica-se que a variável numérica Percentil Material Ideativo Complexo, apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $t = 1,945$ ;  $p = 0,062$ ), considerando que o *Sexo Masculino* apresenta melhor desempenho (93,00; desvio padrão 4,140) quando comparado o

desempenho dos sujeitos do *Sexo Feminino* (87,33; desvio padrão 10,499) (Tabela 16). Considerando a Escala Leitura, as diferenças estatisticamente significativas situam-se na variável numérica Subescala Emparelhar Desenho-Palavra ( $t = -1,871$ ;  $p = 0,072$ ), sendo que em tarefas que implicam o emparelhamento de um desenho com uma respectiva palavra, os sujeitos do Sexo Feminino (10,00; desvio padrão 0,000), apresentam um melhor resultado do que os sujeitos do Sexo Masculino (9,80; desvio padrão 0,414),

Na avaliação e selecção, a variável dicotómica de referência **Escolaridade Categorizada**, aquando da divisão dos sujeitos em *Frequência Universitária* ou *12º ano*, a única diferença estatisticamente significativa verifica-se na Escala Escrita, encontra-se na variável numérica Orações com Palavras Funcionais ( $t = -2,844$ ;  $p = 0,008$ ), o que revela que os sujeitos que se encontram em *Frequência Universitária* apresentam um melhor desempenho (6,00; desvio padrão 0,000) comparativamente com os sujeitos *12º ano completo* (68,75; desvio padrão 32,500). Encontram-se diferenças estatisticamente significativas na variável numérica Percentil Orações com palavras funcionais apresentando um nível de significância de ,008 e teste  $t = -2,844$ , de forma que o desempenho dos sujeitos que apresentam-se em *Frequência Universitária*, é mais relevante comparativamente com o desempenho dos sujeitos que apresentam como escolaridade o *12º ano Completo* (68,75; desvio padrão 32,500). Apesar dos dados supramencionados assumirem-se em diferenças estatisticamente significativas, apenas para a Escala Escrita e especificamente para a Subescala Orações com Palavras Funcionais, verifica-se que estes dados vão de encontro com o que referem Radanovi, Mansur e Scaff (2004) no estudo desenvolvido em que analisam o nível de educação em anos de escolaridade, tendo em conta o desempenho dos sujeitos normativos avaliados. Verificaram que os melhores resultados numa tarefa de escrita são observados em sujeitos que apresentam um maior nível de escolaridade. Apesar de grande propagação de conhecimento através dos meios de comunicação, assegurando meios alternativos de aquisição de conhecimento, bem como de funcionamento cognitivo em indivíduos com menor escolaridade, observaram que a frequência escolar pode provocar diferenças significativas no domínio do meta-conhecimento requerido em tarefas tais como as desenvolvidas na Bateria de *Evaluación de la Afasia y de Transtornos Relacionados* (Goodglass, 2005). Segundo estes mesmos autores, Radanovic e Mansur (2002), e Tfouni (1988), verifica-se uma influência directa do nível de educação, no desempenho dos sujeitos, considerando também que apesar do conhecimento ser alternativo, não é compensatório. Os dados supramencionados, são igualmente confirmados através de um estudo desenvolvido por Gonçalves e Dias (2003), com o objectivo de avaliar a coerência textual, entre jovens e adultos, tendo em conta a sua escolaridade. Neste estudo, concluíram que é possível considerar o seguinte argumento: a escolaridade contribui para

o estabelecimento da coerência na produção oral de uma história a nível verbal e também a nível escrito. Segundo Renzi e Faglioni (1975), num estudo que pretendia analisar a compreensão verbal, em sujeitos afásicos e normativos, utilizando a versão abreviada do *Token Test*, verificaram que os anos de escolaridade influenciam significativamente o desempenho dos sujeitos normativos. Da mesma forma que Witter (1997), refere que alguns ambientes académicos são estimulantes à leitura e à escrita, à troca de informações, o que exige uma actualização quase contínua da informação. Segundo este autor, é possível afirmar que existe uma profunda relação entre a leitura e a escrita, relativamente à frequência no ensino superior, significando conseqüentemente uma melhor quantidade e qualidade dos leitores.

Quando se avalia e selecciona a variável dicotómica de referência **Meio de Proveniência** aquando da divisão dos sujeitos em provenientes do *Meio Rural* ou provenientes do *Meio Urbano*, as diferenças estatisticamente significativas encontram-se apenas na Escala Compreensão Auditiva (Subescala Alimentos, e respectivo Percentil; Subescala Tocar A com B e respectivo Percentil) e Escala Leitura (Subescala Emparelhar Desenho-Palavras). Relativamente à Escala Compreensão Auditiva, as diferenças estatisticamente significativas encontradas localizam-se na variável numérica Subescala Alimentos, a qual apresenta nível de significância de 0,052 e  $t = -2,029$ . Nesta subescala, os sujeitos que são provenientes do Meio Urbano apresentam um melhor resultado (9,93; desvio padrão 0,267) do que os sujeitos cuja proveniência refere-se ao Meio Rural (9,63; desvio padrão 0,500). A variável numérica Percentil Alimentos, apresenta igualmente resultados que correspondem a diferenças estatisticamente significativas ( $t = -2,029$ ;  $p = 0,052$ ), apresentando os sujeitos provenientes do Meio Urbano um melhor desempenho (66,79; desvio padrão 12,027), do que os sujeitos provenientes do Meio Rural (53,13; desvio padrão 22,500).

Os sujeitos provenientes do Meio Urbano, vêm-se disponibilizados com um maior número de informação a vários níveis, devido ao maior acesso aos meios de comunicação (Renzi & Faglioni, 1975). Na análise da variável numérica Subescala Tocar A com B, verificam-se diferenças estatísticas significativas ( $t = -2,023$ ;  $p = 0,053$ ), verificando-se que os sujeitos provenientes do Meio Urbano apresentam melhor desempenho (11,86; desvio padrão ,363) do que os sujeitos provenientes do Meio Rural (11,31; desvio padrão ,946). A variável numérica Percentil Tocar A com B, apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $t = -1,907$ ;  $p = 0,067$ ), sendo que os sujeitos provenientes do Meio Rural (86,25; desvio padrão 11,902) apresentam um menor desempenho comparativamente com os sujeitos do Meio Urbano (92,86; desvio padrão 5,447).

As subescalas anteriormente referidas (Alimentos e Tocar A com B), implicaram a identificação de entre várias imagens, qual a correspondência de uma dada imagem com um significado

conferido pelo técnico. Tendo em conta este aspecto, verifica-se que os sujeitos provenientes do Meio Rural apresentam um menor desempenho que os sujeitos proveniente do Meio Urbano. Uma possível explicação para esta ocorrência, centra-se no facto de quanto maior acesso a fotografias, imagens que os sujeitos estabelecem, o que significa um maior acesso à informação existente, maior facilidade apresentam na identificação de objectos inanimados, bem como objectos animados (Bunn, Tyler, & Moss, 1998; Dias, Silva & Carvalho, 2006). Relativamente à Escala Leitura, as diferenças estatisticamente significativas encontradas localizam-se na variável numérica Subescala Emparelhar Desenho-Palavra, a qual apresenta nível de significância de 0,053 e  $t = 2,018$ . Nesta subescala, os sujeitos que são provenientes do Meio Rural apresentam um melhor resultado (10,00; desvio padrão 0,000) do que os sujeitos cuja proveniência refere-se ao Meio Urbano (9,79; desvio padrão ,426). A variável numérica Percentil Emparelhar Desenho-Palavra, apresenta igualmente resultados que correspondem a diferenças estatisticamente significativas ( $t = 2,018$ ;  $p = 0,053$ ), apresentando os sujeitos provenientes do Meio Rural um melhor desempenho (85,00; desvio padrão ,000), do que os sujeitos provenientes do Meio Urbano (77,50; desvio padrão 14,904).

Segundo Santos (1997), a capacidade de ler, coloca à disposição da pessoa a possibilidade de compreender melhor o mundo que a rodeia, como também dar resposta a solicitações de natureza social, técnica e profissional, e de forma mais eficaz em locais onde existe um maior acesso à informação. Segundo Joly (2001), Santos, Suehiro e Oliveira (2004) e Silva e Santos (2004), a leitura representa uma actividade que permite promover a estimulação do pensamento crítico e criativo, permitindo estas funções segundo Carpenter, Miyake e Just, (1995) e Storey (1997), ampliar os conhecimentos adquiridos. Os dados do presente estudo, apontam para o facto do desempenho numa tarefa que implica a associação dum desenho com uma palavra, ser consideravelmente mais elevado por sujeitos provenientes do Meio Rural. Estes dados não se confirmam em estudos desenvolvidos por Santos (1997), e por Weintraub, Robinson, Smith, Plessas, Roser e Rowls (1975/1976), os quais fazem referencia ao facto da população urbana evidenciar uma maior capacidade para a leitura e processos relacionados. No entanto, não podemos esquecer que a maioria dos sujeitos avaliados encontram-se a frequentar o ensino universitário, factor este de maior influência, do que o meio de proveniência, por se verificar nesta população um maior desenvolvimento da área da leitura (Naucmér & Magnusson, 2002).

Seguidamente apresentaremos uma discussão que também de centra nas diferenças estatisticamente significativas mais relevantes, relativamente ao **Chi-Quadrado**, quando se avalia os níveis de dispersão das variáveis dicotómicas, tricotómicas, *etc.* Relativamente à variável dicotómica de referência **Sexo**, tendo em conta os Parâmetros de Normatividade, os

quais dividem a amostra de sujeitos em *Dentro do Normativo* e *Abaixo do Normativo*, verifica-se uma diferença na distribuição dos seus resultados na Escala Leitura, particularmente na variável numérica Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos. Apresenta uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=6,000$ ;  $p=,014$ ) (Tabela 13). No presente estudo verifica-se um desempenho menor em tarefas de compreensão de orações e parágrafos, por parte de sujeitos do sexo feminino, todavia num estudo desenvolvido por Silva e Santos (2004), concluiu que as mulheres apresentam melhor *performance*, comparativamente aos homens em tarefas nas quais é manipulada a variável compreensão na leitura.

Considerando a variável dicotómica de referência **Idade Categorizada**, verifica-se níveis de dispersão a considerar na Escala Compreensão Auditiva (Subescalas Localização no Mapa e Partes do Corpo). Na variável numérica Subescala Localização no Mapa, considerando os parâmetros de normatividade, os resultados configuram-se como estatisticamente significativos ( $\chi^2=3,326$ ;  $p=0,068$ ) (Tabela 15).

Este aspecto deverá ter em consideração que no presente estudo a maioria dos sujeitos avaliados apresentam uma média de idade de 25 anos, sendo em maior número os sujeitos com idade inferior a 25 anos. Segundo a revisão da literatura estes dados não chegam a ser corroborados, no entanto será interessante apresentar um estudo (Tuekeltaub, Gareau, Flowers, Zeffiro & Eden, 2003), no qual foi utilizada uma tarefa implícita de processamento de palavras, de forma a examinar a aquisição de capacidades de leitura, entre crianças e adultos avaliados na realização de três tarefas. As diferenças de idade foram observadas na activação de palavras já memorizadas lexicalmente. Na Subescala Partes do Corpo observa-se uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=5,880$ ;  $p=0,015$ ) (Tabela 22). Segundo um estudo desenvolvido por Corral, Rodriguez, Amenedo, Sanchez e Diaz (2006), no qual pretenderam analisar a relação entre desempenho neuropsicológico, a cognição e a idade em sujeitos normativos, concluíram que os adultos jovens apresentam uma maior percepção das partes do corpo, quando designadas na sua particularidade. Da mesma forma, ao considerar a variável dicotómica de referência **Meio de Proveniência** (Meio Rural vs Meio Urbano), verifica-se que as diferenças de dispersão apenas se localizam na Escala Compreensão Auditiva (Subescala Alimentos), com uma diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2=3,846$ ;  $p=0,050$ ). Santos (1997), refere que a capacidade de ler permite uma maior compreensão do mundo circundante, e principalmente isto ocorre onde existe um maior acesso à informação. Joly (2001); Santos, Suehiro e Oliveira (2004) e Silva e Santos (2004), referem que a leitura é uma actividade que promove a estimulação do pensamento crítico e criativo, permitindo uma ampliação dos conhecimentos (Carpenter, Miyake & Just, 1995; Storey, 1997). Os dados do presente estudo, apontam para o facto do desempenho numa tarefa

que implica a associação dum desenho com uma palavra, ser evidenciado por parte dos sujeitos provenientes do Meio Rural, contrariando neste sentido o referido por Santos (1997), bem como pelos autores Weintraub, Robinson, Smith, Plessas, Roser e Rowls (1975/1976), que referem que a população urbana evidencia uma maior capacidade para a leitura e processos relacionados. No entanto, não podemos esquecer que a maioria dos sujeitos avaliados encontram-se a frequentar o ensino universitário, factor este de maior influência, do que o factor meio de proveniência, pois neste verifica-se um maior desenvolvimento da área da leitura (Nauclér & Magnusson, 2002).

De seguida iremos apenas discutir as **correlações** que se revelaram estatisticamente significativas e as mais relevantes, tendo em conta uma apresentação dos resultados globais das várias escalas analisadas. Neste sentido, e tendo em conta as várias subescalas que constituem as Escalas: Índice de Complexidade; Compreensão Auditiva; Expressão Oral; Leitura e Escrita, iniciou-se a análise estatística das correlações tendo em conta a **Escala Índice de Complexidade**. Na análise da Escala Índice de Complexidade, verifica-se que em tarefas que envolvem a conversação livre e a capacidade de descrição de uma determinada imagem (Subescala conversação Livre e Roubo das Bolachas), existe uma correlação positiva com o seu percentil, o mesmo se verificando relativamente à Subescala Fábulas e o respectivo percentil, sendo este uma medida padronizada, no entanto a Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, bem como o seu Percentil, encontram-se inversamente relacionada com tarefas que implicam a exploração semântica e a execução de ordens. Estes dados poderão não fazer muito sentido, quando confrontados com o que se refere na literatura, pois segundo Brown (1990) e Perrier (2005), perante um estímulo linguístico, a activação dos vários componentes do sistema de linguagem ocorre de modo coordenado, geralmente automático e inconsciente, sendo que a capacidade linguística é caracterizada pelo acesso lexical e semântico, permite com enorme facilidade e rapidez, entender e/ou produzir palavras, o que conseqüentemente leva a afirmar que um sujeito que apresenta facilidade oral, poderá representar um bom comunicador a este nível. Assim, seria interessante, no desenvolvimento dos nossos estudos aprofundar a análise desta problemática, procurando compreender melhor as relações subjacentes entre os constructos estudados.

Relativamente à análise da **Escala Compreensão Auditiva** e tendo em conta as várias correlações estabelecidas entre as subescalas, verifica-se que as subescalas que exigem a nomeação de objectos inanimados, nomeadamente nas Subescalas Ferramentas e Alimentos, apresentam-se directamente correlacionadas, com as tarefas que implicam igualmente a nomeação de objectos a partir de imagens e que fazem parte da mesma Escala (*i.e.*, Escala Compreensão Auditiva). A Subescala Ferramentas correlaciona-se com a Subescala Material Ideativo Complexo, Resposta de Denominação, Facilidade Motora (sequenciar o

comportamento), enquanto a Subescala Alimentos correlaciona-se favoravelmente com a Subescala Tocar a com B, Subescala Animais e respectivo Percentil. As subescalas referidas e que são integrantes da Escala Compreensão Auditiva, correlacionam-se entre si devido aos seus parâmetros de avaliação e propriedades comuns a avaliar (Goodglass, 2005).

Por sua vez um estudo desenvolvido por Radanovic e Mansur (2002), vem apontar outros resultados, nomeadamente correlações com o reconhecimento de números e identificação de Partes do Corpo. Para além das subescalas referidas, correlacionam-se positivamente a Subescala Localização no Mapa com a Subescala Agilidade não verbal e Soletração em Voz Alta e negativamente correlacionada com a Subescala Escrita Narrativa. A Subescala Exploração Semântica e seu percentil correlaciona-se positivamente com a Subescala Teste de Vocabulário de Boston, no entanto negativamente correlacionada com a Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, sendo viável a correlação positiva estabelecida, visto que a Subescala Exploração Semântica exige a nomeação de objectos a partir de afirmações conferidas, tal como na Subescala Teste de Vocabulário de Boston, ou seja as tarefas que exigem a nomeação de objectos, exigem simultaneamente que o sujeito realize uma exploração semântica (Belke, Brysbaert, Meyer & Ghyselinck, 2005; Goodglass, 2005).

De seguida, ao considerar as subescalas que estabeleceram correlações entre si de forma positiva e negativa, e que constituem a **Escala Expressão Oral** e tendo em conta a análise dos resultados, verifica-se que quanto à Escala Expressão Oral, esta apresenta-se correlacionada com um conjunto de subescalas que se integram nesta mesma escala, nomeadamente Subescala Recitado, Ritmo, Repetição de Orações, Resposta de Denominação, Teste de Vocabulário de Boston, Denominação de Animais e Denominação de Ferramentas. Estes dados vão de encontro com o referido por Goodglass (2005), no estudo desenvolvido na população espanhola.

No que concerne à análise estatística da **Escala Leitura**, verifica-se que foram apresentadas correlações nas Subescalas Pseudohomófonos; na Subescala Palavras Sem Sentido e na Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos.. Os dados referidos anteriormente reflectem, tal como Hillis e Caramazza (1995) referem, que se verificam mecanismos semânticos e sublexicais para o discurso, em pessoas que apresentam capacidade de oralidade na nomeação de imagens, o que conseqüentemente requer capacidade na nomeação de pseudopalavras, quando lhes é facultada alguma informação, nem que seja parcial, quer verbal ou visual. Tendo em conta a análise da Escala Leitura, verifica-se que a Subescala Pseudohomófonos encontra-se correlacionada positivamente com a Subescala Denominação de Ferramentas e Subescala Palavras Sem Sentido. Segundo Radanovic & Mansur (2002), as palavras ambíguas ou pseudopalavras são aquelas que contêm mais significado, e sendo ambíguas a nível lexical ou

sintáctico, os indivíduos que apresentam capacidade para identificar as pseudopalavras que correspondem ao som conferido, facilmente nomeiam objectos inanimados e soletram palavras. Nesta escala, a escala Pseudohomófonos exige que os sujeitos utilizem processos fonográficos de identificação, relacionando-se também com a capacidade em controlar a fonética e a capacidade de interpretar uma conversação fono-grafémica como uma tarefa abstracta (Goodglass, 2005). Ainda na análise da Escala Leitura, verifica-se que se estabelece uma correlação positiva entre a Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos e a Soletração de Palavras em Voz Alta e a Agilidade Não Verbal. Coltheart & Coltheart (1997), referem que a compreensão escrita é exclusivamente dependente da codificação fonológica e do acesso semântico. No estudo desenvolvido para a adaptação e padronização na população espanhola (Goodglass, 2005), os dados supramencionados revelam, que tal como na amostra de sujeitos da população espanhola, não parece existir fortes correlações entre os processos elementares de reconhecimento de letras e números e inclusivamente de emparelhamento de desenhos e palavras. No entanto, talvez pelas suas propriedades comuns, as Subescalas: Pseudohomófonos, Palavras Sem Sentido, Soletração em Voz Alta, Compreensão de Orações e Parágrafos correlacionam-se positivamente entre si contrariamente ao verificado nos resultados da amostra estudada na população espanhola (Goodglass, 2005). No que concerne à análise estatística da **Escala Escrita**, verifica-se os resultados conseguidos, e tendo assumido a mesma metodologia no tratamento de resultados como no estudo desenvolvido para a adaptação e padronização na população espanhola, encontram-se em consonância com a adaptação para a população espanhola, na medida em que as relações estabelecidas entre as subescalas integrantes da Escala Escrita mostram também um paralelismo com as correlações na Escala Leitura (Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos e Subescala Pseudohomófonos). No entanto contrariamente ao que se verifica no estudo da população espanhola, no presente estudo, as medidas elementares da Escala Escrita (nomeadamente Subescala Soletração em Voz Alta; Subescala Facilidade Motora) apresentam uma correlação com as medidas relacionadas com o conteúdo da produção escrita, bem como com o conteúdo da Expressão oral (Subescala Agilidade verbal; denominação de Ferramentas (Goodglass, 2005).

Após cálculo das correlações estatisticamente significativas em termos de avaliação global das escalas e subescalas analisadas, é importante referir que seria interessante a análise das correlações subdividindo algumas das grandes variáveis em estudo, representadas pelas Escalas, do seguinte modo: *Meio Rural, Meio Urbano*; Sexo Masculino, Sexo Feminino; Idade superior a 25 anos, Idade até aos 25 anos e 12º ano completo e Frequência Universitária.

De seguida, é apresentada a análise dos resultados das correlações estabelecidas entre as Escalas em estudo considerando a Variável Meio de Proveniência (*i.e.*, Meio Rural *vs* Meio Urbano). O que se verificou após agrupamento de cada uma das variáveis através da subescala individual, é que seria pertinente e interessante a realização do cálculo das correlações tendo em conta as restantes variáveis em estudo, de uma forma global (*e.g.*, Sexo, Idade, Escolaridade). Decidiu-se apresentar a referida análise visto fazer parte dos nossos objectivos: verificar se haveria diferenciação no estabelecimento de correlações nas várias subescalas, entre os sujeitos provenientes do Meio Urbano e os sujeitos provenientes do Meio Rural. Todavia, não foi possível a sustentação teórica através da revisão literatura, por ausência de estudos que cumprissem os objectivos específicos pretendidos para a presente discussão. A análise dos resultados revela que na **Escala Índice de Complexidade**, existe uma correlação positiva entre as Subescalas Conversação Livre e Roubo das Bolachas e a Subescala Fábulas, e respectivos Percentis. Segundo Goodglass (2005), quando consideramos para análise os sujeitos provenientes do Meio Urbano este resultado poderá fazer sentido na medida em que as subescalas mencionadas apresentam o mesmo objectivo avaliativo: analisar o discurso do sujeito a partir de conversação livre bem como, capacidade em recontar histórias, anteriormente conferidas, sendo comum a avaliação da linguagem verbal. No entanto, verificou-se que quanto maior o desempenho em tarefas que suscitam a Conversação Livre e a interpretação de gravuras (por ex., Tarefa do cartão *Roubo das Bolachas*), menor é o desempenho do sujeito avaliado em provas ou tarefas que exijam a nomeação de objectos (*e.g.*, Teste de Vocabulário de *Boston*). Os resultados supramencionados não fazem sentido na medida em que subjacente a cada uma das subescalas é necessária a identificação de figuras, objectos e a sua nomeação, podendo estar implicada a questão de este teste não se encontrar devidamente validado, sendo necessária uma atenção na tradução dos vários itens que compõem o Teste de Vocabulário de *Boston*, para a língua portuguesa. Tendo em conta a análise da Escala Índice de Complexidade, e considerando a variável Meio Rural, verifica-se que os resultados da Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas encontram-se correlacionados com o seu próprio percentil bem como com a Subescala Teste de Vocabulário de *Boston*, verificando-se que os sujeitos do Meio Urbano, contrariamente aos Sujeitos do Meio Rural, apresentam melhor desempenho em tarefas que exijam a conversação livre, e melhor desempenho em tarefas que requerem a nomeação de objectos. Segundo Belke, Brysbaert, Meyer e Ghyselinck (2005), a capacidade em nomear imagens, evidenciam a hipótese de elaboração léxico-semântica, estando esta presente no discurso.

Na **Escala Compreensão Auditiva**, ao estabelecer uma comparação entre os indivíduos provenientes do Meio Rural e do Meio Urbano, existem várias subescalas em comum que se

apresentam correlacionadas entre si, nomeadamente a Subescala Alimentos, o seu percentil e a Subescala Partes do Corpo. Esta subescala correlaciona-se positivamente em sujeitos do Meio Rural, com o Percentil Partes do Corpo, e com as Subescalas Repetição de Palavras, respectivo Percentil e Agilidade Verbal. No entanto, quando analisada a Subescala Partes do Corpo, o desempenho dos sujeitos provenientes do Meio Urbano, apresenta-se apenas correlacionado positivamente com o seu Percentil. Os sujeitos de ambos os meios de proveniência, apresentaram igualmente nas subescalas: Localização no Mapa, Material Ideativo Complexo, Tocar A com B, e Exploração Semântica. Neste sentido, os sujeitos provenientes do Meio Rural apresentaram diferenças positivamente significativas e correlacionadas, na Subescala Localização no Mapa com o seu respectivo Percentil, enquanto os sujeitos provenientes do Meio Urbano apresentaram um desempenho na Subescala Localização no Mapa, que se correlacionou igualmente com o seu Percentil, no entanto com a Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos, Subescala Agilidade Verbal e Subescala Teste de Vocabulário de *Boston*.

Relativamente à Subescala Material Ideativo Complexo, verifica-se que os sujeitos provenientes do Meio Rural apresentam um desempenho que se correlaciona com o seu próprio Percentil, e com a Subescala Teste de Vocabulário de *Boston* e respectivo Percentil, enquanto os sujeitos provenientes do Meio Urbano apresentaram correlações significativamente positivas com a Subescala Ferramentas e Percentil, com a Subescala Resposta de Denominação e Percentil e Facilidade Motora e Percentil. A Subescala Tocar A com B, revela-se correlacionada nos sujeitos provenientes do Meio Rural, com o seu próprio Percentil, com a subescala Animais e Percentil, e correlaciona-se negativamente com a Subescala Exploração Semântica, e percentil. Os sujeitos provenientes do Meio Urbano, revelam que a Subescala Tocar a com B, correlaciona-se com o seu próprio Percentil, bem como com a Subescala Agilidade Verbal e com a Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos e Percentil. Por sua vez, a Subescala Exploração Semântica, nos sujeitos provenientes do Meio Rural, apresenta-se correlacionada positivamente com o seu Percentil, com a Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, e Subescala Teste de Vocabulário de *Boston* e Percentil. Os sujeitos provenientes do Meio Urbano, apresentam a Subescala Exploração Semântica correlacionada positivamente com o seu respectivo Percentil, bem como com o Percentil da Subescala Escrita Narrativa e com a Subescala Tocar A com B e Percentil. Para além destas subescalas, nas quais é possível verificar correlações comuns estabelecidas entre as Subescalas, existem outras que se manifestaram correlacionadas de forma positiva ou negativa. Nos sujeitos provenientes do Meio Rural verifica-se que apresentam a Subescala Narrativa, correlacionada positivamente com o seu próprio Percentil; a Subescala Animais, correlacionada com o seu próprio Percentil, com a Subescala

Partes do Corpo e com a Subescala Tocar A com B; e a Subescala Ordens correlacionada positivamente com o seu próprio percentil e com a Subescala Teste de Vocabulário de *Boston*. O Percentil da Subescala Localização no Mapa, encontra-se correlacionada, no entanto de forma inversa, com a Subescala Agilidade Não Verbal, com o Teste de Vocabulário de *Boston*, com a Subescala Material Ideativo Complexo, com a Subescala Repetição de Palavras e com a Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos, o que significa que valores elevados numa das variáveis estão associados a valores baixos na outra variável.

Os sujeitos provenientes do Meio Urbano, apresentam um desempenho que se estabelece correlacionado positivamente entre a Subescala Ferramentas e com a Subescala Material Ideativo Complexo, Subescala Resposta de denominação e Subescala Facilidade Motora.

Quanto à **Escala Expressão Oral**, verifica-se que os sujeitos provenientes de ambos os meios de proveniência, apresentam um desempenho que se relaciona positivamente com as seguintes subescalas: Agilidade Não Verbal; Agilidade Verbal; Recitado; Teste de Vocabulário de *Boston* e Denominação de Ferramentas. Neste sentido, os sujeitos que provêm do Meio Rural apresentam um desempenho que se correlaciona positivamente na Subescala Agilidade Não Verbal com o seu próprio Percentil, enquanto que os sujeitos provenientes do Meio Urbano, correlacionam positivamente o seu desempenho entre a Subescala Agilidade Não Verbal e o seu respectivo Percentil, bem como com a Subescala Animais e com a Subescala Localização no Mapa. Os dados estatísticos apresentados parece-nos sugerir, no presente estudo, que os sujeitos que provêm do *Meio Urbano* e que desenvolvem um elevado desempenho em tarefas que implicam a Agilidade Verbal, nas quais têm elevado desempenho, poderão igualmente apresentar elevados desempenhos em tarefas que implicam a compreensão de orações e parágrafos, bem como a compreensão de afirmações fazendo correspondência para uma determinada imagem que ilustra cada uma das afirmações. Considerando a análise dos resultados das subescalas Agilidade Verbal, Recitado, Denominação de Ferramentas e bem como com a Subescala Teste de Vocabulário de *Boston* parecem sugerir que, tendo em conta a particularidade da população (Proveniência *Meio Urbano*), bem como as *Subescalas* em análise, demonstram que em tarefas que envolvem sistemas complexos de expressões gramaticais (*e.g.*, provérbios), quanto maior o desempenho dos sujeitos neste tipo de tarefa, o seu desempenho assume um desempenho maior em tarefas que exigem a nomeação de objectos a partir de imagens apresentadas (*e.g.*, *Teste de Vocabulário de Boston* e *Denominação de Ferramentas*).

No que concerne à **Escala Leitura**, verifica-se que os sujeitos provenientes de ambos os meios, apresentam um desempenho que se relaciona positivamente com as seguintes subescalas: Pseudohomófonos e Compreensão de Orações e Parágrafos. Na primeira, Subescala

Pseudohomófonos, em sujeitos provenientes do Meio Rural, estabelece-se uma correlação positiva com a Subescala Denominação de Ferramentas e com a Subescala Teste de Vocabulário de *Boston*, enquanto os sujeitos provenientes do Meio Urbano, apresentam uma correlação positiva com o seu próprio Percentil. A Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos, revela que os sujeitos provenientes do Meio Rural, apresentam um desempenho que se caracteriza em correlação positiva com o seu próprio Percentil, bem como com as Subescala Material Ideativo Complexo. Todavia, esta Subescala estabelece uma correlação inversa com a Subescala Localização no Mapa. Enquanto se verifica em sujeitos provenientes do Meio Urbano, uma correlação positiva entre a Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos e as Subescalas Agilidade Verbal, Localização no Mapa e Subescala Tocar A com B, e Percentil. Os sujeitos provenientes do Meio Urbano, encontram-se em correlação positiva entre a Subescala Emparelhar Desenho Palavras e respectivo Percentil.

Na **Escala Escrita**, observa-se que os sujeitos provenientes de ambos os meios de proveniência, apresentam um desempenho que se relaciona positivamente com a Subescala Palavras sem Sentido, sendo que os sujeitos provenientes do Meio Rural apresentam uma correlação positiva com a Subescala Palavras Sem Sentido e respectivo percentil, bem como com as Subescalas Compreensão de Orações e Parágrafos e Teste de Vocabulário de *Boston*. Os sujeitos provenientes do Meio Urbano apresentam uma correlação positiva entre a Subescala Escrita Narrativa e o seu respectivo percentil, bem como com a Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas. Os sujeitos provenientes do Meio Rural, apresentam um desempenho que se reflecte em correlação positiva entre a Subescala Ritmo, com o seu Percentil e com a Subescala Repetição de Orações

### 3. CONCLUSÕES

---

1. Numa análise primária dos resultados, ao considerar o parâmetro de normatividade nas várias subescalas, após transformação para a Língua Portuguesa, alguns resultados merecem especial atenção. Nesta amostra de 30 sujeitos normais, com ausência de perturbações da linguagem, o presente estudo verifica resultados abaixo da normatividade (e em números de sujeitos variáveis, contudo já representativos) na Subescala Fábulas, Subescala Localização no Mapa, Subescala Alimentos e Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos.
2. Existe diferenciação no desempenho dos sujeitos nas subescalas analisadas, comprovada pelo facto de a este nível os sujeitos normativos avaliados neste estudo apresentarem pior desempenho na realização de determinadas subescalas, comparativamente com os resultados da população espanhola. Estas

subescalas, evidenciam-se e poderão colocar em manifesto a necessidade de uma melhor adaptação e de uma maior exploração dos componentes a avaliar em cada uma das subescalas.

3. Existem diferenças significativas no desempenho dos sujeitos do sexo masculino comparativamente com os sujeitos do sexo feminino, nomeadamente pior rendimento em sujeitos do sexo feminino na Escala Compreensão Auditiva (*e.g.*, Subescala Ferramentas e Subescala Material Ideativo Complexo) e um pior rendimento de sujeitos do sexo masculino na Escala Leitura (*e.g.*, Subescala Emparelhar Desenho-Palavra).
4. Existem diferenças significativas no desempenho dos sujeitos que apresentam 12º ano completo ou Frequência Universitária, nomeadamente pior rendimento dos sujeitos com 12º ano completo na Subescala Escrita (*e.g.*, Subescala Orações com Palavras Funcionais). Este resultado, no entanto deverá ser considerado tendo em conta que a amostra analisada neste estudo, apresenta uma discrepância no número de sujeitos relativamente à variável dicotómica de referência Escolaridade Categorizada.
5. Existem diferenças significativas no desempenho dos sujeitos que apresentam idade Até aos 25 anos ou idade Superior a 25 anos, nomeadamente pior desempenho dos sujeitos com idade Até aos 25 anos nas Escala Índice de complexidade (*e.g.*, Subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas).
6. Existem diferenças significativas no desempenho dos sujeitos que são provenientes do Meio Rural ou que são provenientes do Meio Urbano, comprovado pelo facto dos sujeitos provenientes do Meio Rural apresentarem pior desempenho na Escala Compreensão Auditiva (*e.g.*, Subescala Alimentos, Subescala Animais), no entanto os sujeitos provenientes do Meio Urbano apresentam pior rendimento na Subescala Tocar a com B. Na Escala Leitura, verificou-se um pior desempenho por parte de sujeitos que são provenientes do Meio Urbano.
7. As várias subescalas relacionam-se entre si tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Rural. Na Escala Índice de Complexidade, a Subescala Conversação Livre e Roubo da Bolachas correlaciona-se com o seu Percentil bem como com a Subescala Teste de Vocabulário de Boston. Os sujeitos do Meio Urbano, apresentam resultados, que nos permite verificar que existe uma correlação positiva entre as Subescalas Conversação Livre e Roubo das Bolachas e a Subescala Fábulas, e respectivos Percentis.
8. Existe uma correlação entre as várias subescalas tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Rural ou do Meio Urbano e considerando a Escala Compreensão Auditiva. Existem várias subescalas em comum que se apresentaram correlacionadas entre si, nomeadamente a Subescala Alimentos e o seu percentil, a Subescala Partes do Corpo. Esta subescala correlaciona-se positivamente em sujeitos do Meio Rural, com o Percentil Partes do Corpo, e com as subescalas Repetição de Palavras e Percentil Agilidade Verbal. Para além destas subescalas, nas quais é possível verificar correlações comuns estabelecidas entre as Subescalas, existem outras que se manifestaram correlacionadas de forma positiva ou negativa. Nos sujeitos provenientes do Meio Rural verifica-se que apresentam a Subescala Narrativa, correlacionada positivamente com o seu próprio Percentil; a Subescala Animais, correlacionada com o seu próprio Percentil, com a Subescala Partes do Corpo e

com a Subescala Tocar A com B; e a Subescala Ordens correlacionada positivamente com o seu próprio percentil e com a Subescala Teste de Vocabulário de *Boston*. O Percentil da Subescala Localização no Mapa, encontra-se correlacionada, no entanto de forma inversa, com a subescala Agilidade Não Verbal, com a Subescala Teste de Vocabulário de *Boston*, com a Subescala Material Ideativo Complexo, com a Subescala Repetição de Palavras e com a Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos, o que significa que valores elevados numa das variáveis estão associados a valores baixos na outra variável.

9. Existe uma correlação entre as várias subescalas tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Rural ou do Meio Urbano, considerando a Escala Expressão Oral. Verifica-se que os sujeitos provenientes de ambos os meios de proveniência, apresentam um desempenho que se relaciona positivamente com as seguintes subescalas: Agilidade Não Verbal; Agilidade Verbal; Recitado; Teste de Vocabulário de Boston e Denominação de Ferramentas. Os sujeitos provenientes do Meio Urbano por sua vez, apresentam uma correlação positiva entre a Subescala Teste de Vocabulário de Boston e o seu próprio Percentil, com a subescala Conversação Livre e Roubo das Bolachas, com a subescala Recitado e Percentil bem como Denominação de Ferramentas e Percentil. A Subescala Denominação de Ferramentas, em sujeitos provenientes do Meio Rural, mantém uma correlação positiva com a Subescala Animais e com a Subescala Alimentos, enquanto os sujeitos provenientes do Meio Urbano apresentam um desempenho que se manifesta numa correlação positiva com o próprio Percentil da Subescala Denominação de Ferramentas, com a Subescala Recitado e com o seu Percentil, bem como com o teste de Vocabulário de Boston.
10. Considerando a Escala Leitura, existe uma correlação entre as várias subescalas tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Rural ou do Meio Urbano. Verifica-se que os sujeitos provenientes de ambos os meios de proveniência, apresentam um desempenho que se relaciona positivamente com as seguintes subescalas: Pseudohomófonos e compreensão de Orações e Parágrafos. Enquanto que se verifica em sujeitos provenientes do Meio Urbano, uma correlação positiva entre a Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos e as Subescalas Agilidade Verbal, Localização no Mapa e Subescala Tocar A com B, e Percentil. Os sujeitos provenientes do Meio Urbano, se encontram em correlação positiva entre a Subescala Emparelhar Desenho Palavras e respectivo Percentil.
11. Existe uma correlação entre as várias subescalas tendo em conta os sujeitos serem provenientes do Meio Rural ou do Meio Urbano, levando em consideração a Escala Escrita.
12. Relativamente à dificuldade evidente no desempenho dos sujeitos, em algumas das subescalas analisadas, poderá dever-se ao facto de algumas das tarefas e conteúdos inerentes a elas, serem resultado de uma tradução directa da versão espanhola, sendo por este motivo de difícil abordagem para a população portuguesa. De forma global (e considerando os 30 sujeitos da amostra), as subescalas ou o conjunto de tarefas que necessitariam de especial atenção em futuras revisões do Teste, seriam as que estão relacionadas com:

- A Subescala Fábulas (foi realizada uma tradução directa da língua espanhola para a língua portuguesa, não tendo sido considerada a importância da familiaridade às fábulas utilizadas);
- A Subescala Localização no Mapa (foram mantidos os pontos geográficos utilizados na versão espanhola, todavia, deveria ser realizada uma normalização da identificação de países ou de localizações significativas na história portuguesa, ou de países de língua portuguesa);
- A Subescala Alimentos (foram mantidas as mesmas imagens do que a versão espanhola, sendo necessário para uma revisão deste instrumento a normalização do tipo de imagens a utilizar);
- A Subescala Compreensão de Orações e Parágrafos (foi realizada uma tradução directa, de parágrafos que poderão ter assumido um significado diferente relativamente ao pretendido e adaptado na população portuguesa).

13. Neste estudo, deveria ser adoptado um método que permitisse uma tradução e adaptação a nível cultural, mais ecológica, nomeadamente este instrumento deveria ter submetido a uma *back-translation* (“*retrotradução*”), de forma a verificar a existência de divergências no significado e no conteúdo dos vários itens, entre as versões original e traduzida do instrumento, bem como uma avaliação para análise de equivalência semântica, idiomática e cultural.

14. Uma última conclusão, poderá centrar-se na forma de administração e de interpretação dos resultados, considerando que o instrumento em estudo é de aplicação na população normativa e não normativa, seria importante que o avaliador possuísse um consistente conhecimento a nível clínico bem como a nível teórico, de forma a proceder a uma administração do instrumento, a mais precisa e correcta possível.

# **COMPONENTE II**

## **COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO**

---

## INTRODUÇÃO À COMPONENTE DE AVALIAÇÃO

---

Considerando a apresentação das competências de investigação adquiridas, de seguida são apresentadas 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. O Relatório de Estágio permite fornecer uma descrição sucinta e organizada das actividades realizadas de forma a permitir a avaliação correcta do trabalho desenvolvido no local de estágio, efectuar a ligação entre a prática clínica e os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da licenciatura e relacionar objectivos, meios e acções da actividade desenvolvida com a apresentação dos resultados obtidos na prática clínica.

Neste sentido, a seguinte parte integrante do presente documento permite expor todo o decorrer de um ano lectivo curricular, no qual foram desenvolvidas actividades na Consulta Externa de Neuropsicologia Clínica, Serviço de Neurologia, do Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E., Covilhã, sob a supervisão directa no local, bem como orientação no âmbito curricular do Professor Doutor Luis Maia. Neste sentido, o presente documento encontra-se estruturado da seguinte forma:

1. Caracterização do local de estágio, serviço no qual decorreu o mesmo. A este nível são apresentadas as actividades realizadas sob regime de orientação e supervisão de prática clínica;
2. Apresentação da componente prática desenvolvida estruturada da seguinte forma:
  - a) Apresentação das áreas problemáticas contactadas e respectiva intervenção realizada.
  - b) Apresentação de um caso clínico de avaliação para cada uma das patologias, bem como de um caso de avaliação que se integra numa categoria que é *Outros Casos*, visto que aquando do pedido de avaliação não se enquadrava num quadro patológico específico, e por fimé apresentado um caso de observação.

Assim, pretende-se que todo o conteúdo apresentado represente de forma fidedigna parte de todo o trabalho e exigência que esteve subjacente no decorrer do Estágio Curricular bem como demonstre as competências práticas desenvolvidas em contexto clínico.

# CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

---

## 1.1. RESENHA HISTÓRICA DA INSTITUIÇÃO<sup>1</sup>

O Centro Hospital Cova da Beira ao longo do tempo sofreu algumas alterações, tanto a nível estrutural, bem como ao nível da organização dos serviços que dispõe.

No dia 26 de Junho de 1908, foi inaugurado o antigo Hospital Distrital da Covilhã, na altura denominado Hospital da Misericórdia da Covilhã, obra que se ficou a dever à cooperação e empenho do presidente da Câmara Municipal da Covilhã, o Dr. Joaquim Nunes de Oliveira Monteiro. De forma progressiva, ao longo dos anos a instituição a nível estrutural foi apresentando condições estruturais precárias, tendo sido este um dos factos, associando-se à difícil localização e acessibilidade (*e.g.*, na época havia um difícil acesso aos internamentos o que dificultava o transporte dos doentes), que proporcionou o actual Centro Hospital Cova da Beira. Neste sentido, segundo o art.º 1 do Decreto-Lei n.º 284/99, o Centro Hospital Cova da Beira, no dia 26 de Julho de 1999, assume-se como pessoa colectiva de direito público com autonomia administrativa, financeira e património próprio, passando a integrar três entidades: o Hospital Distrital da Covilhã, o Hospital Distrital do Fundão e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Ulteriormente, o Centro Hospital Cova da Beira, é inaugurado a 17 de Janeiro de 2000, permitindo providenciar serviços com maior dimensão e diferenciação a nível técnico e de cuidados de saúde, de forma a ir de encontro com a população abrangida (Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor). Segundo os termos do Decreto-Lei n.º 426/99 de 21 de Outubro, considerando como área de intervenção um total de cerca de 100.000 habitantes, assumiu-se como a maior e mais sofisticada unidade de saúde de toda a região. Dado o Decreto-Lei n.º 288/2002, que sugere a reestruturação do sector da saúde, no que diz respeito à gestão das unidades hospitalares em moldes empresariais, o Centro Hospitalar Cova da Beira é transformado “*em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos*”, com a designação de Centro Hospitalar Cova da Beira, S.A. No presente ano, 2006, o mesmo passa a designar-se Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (Entidade Pública Empresarial).

## 1.2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Hospital Pêro da Covilhã detém vários serviços em funcionamento vinte e quatro horas por dia. Organizado pelo Modelo de *Manchester*, no qual o utente é atendido tendo em conta a gravidade da sua situação clínica<sup>2</sup>. No primeiro tipo de serviços, destacam-se a Urgência Geral, Pediátrica, Obstétrica e Ginecológica. Existem cerca de quarenta e oito consultas externas que funcionam

---

<sup>1</sup> Informação recolhida com base no site: <http://www.chcbeira.min-saude.pt/Hospital/Historia>, a 20 de Março de 2007.

<sup>2</sup> Retirado de <http://www.chcbeira.min-saude.pt/Emergencia/Triagem/Triagem.htm>, a 20 de Março de 2007.

durante o dia, abrangendo várias especialidades, cujo acesso é efectivado através das consultas com o designado Médico de Família ou mesmo do Hospital, de acordo com o parecer e encaminhamento da Urgência ou Internamento. O Hospital possui não só, um serviço de Medicina Paliativa direccionado para doentes em fase paliativa, com vista a melhorar a qualidade de vida doentes e familiares, mas também, Hospital de Dia, no qual os doentes permanecem no hospital durante o dia tendo uma forma planeada de cuidados de saúde regressando posteriormente ao domicílio e Serviço Domiciliário o qual consiste essencialmente, em cuidados de acompanhamento e administração de actos terapêuticos a doentes do foro psiquiátrico através de visita semanal domiciliária. Este serviço actua em parceria com outras instituições de saúde e sociais. Uma Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) constitui um serviço que o hospital possui desde 2005, com oito camas para tratamento de doentes transferidos da unidade de agudos e quatro camas para tratamento de doentes com AVC. Neste serviço são prestados cuidados que têm como objectivos fundamentais a recuperação funcional e a diminuição da morbilidade e mortalidade.

Relativamente às consultas externas torna-se necessário evidenciar o Serviço de Neurologia que hodiernamente é constituído por uma equipa de quatro médicos neurologistas (três dos quais possuindo doutoramento). A consulta de Neuropsicologia Clínica, entrou em funcionamento, em Setembro de 2005 sendo garantida pelo Professor Doutor Luís Maia – Neuropsicólogo Clínico e Psicólogo de Ramo Clínico e da Saúde. Com a criação do Grupo de estudos em avaliação e Reabilitação Neuropsicológica - GEARNeurop, surgiu esta consulta na sequência de um protocolo celebrado entre o Centro Hospitalar Cova da Beira e a Universidade da Beira Interior. Dada da eficácia do trabalho desenvolvido no CHCB no âmbito da avaliação e intervenção neuropsicológica junto de pacientes com patologia neurológica foi criada uma consulta onde os pacientes podem ser acompanhados. Esta consulta surgiu também devido a uma necessidade sentida por parte da equipa de neurologistas afim de que os acompanhamentos fossem realizados de uma forma assídua.

No que diz respeito às instalações, a consulta de neuropsicológica passou a contar com dois gabinetes em vez de um, o que permitiu aumentar o número de casos atendidos. O estágio desenvolveu-se inicialmente no seguinte horário de segunda a sexta-feira, das 8:30 às 12:30, e das 14:00 às 18:00 horas. No entanto, com o decorrer do atendimento dos pacientes, as consultas prolongavam-se diariamente por vezes para além das referidas horas, devido a questões profissionais por parte dos pacientes, e portanto os acompanhamentos foram realizados pós-período laboral, bem como pelo facto da distribuição do próprio serviço. Relativamente à orientação do estágio, está responsável por toda a orientação deste local de estágio, o Professor

Doutor Luis Maia, sendo o técnico de saúde que assegura a consulta. Em simultâneo apresenta-se como co-orientador na Universidade da Beira Interior, em parceria com o Professor Doutor Manuel Joaquim Loureiro.

### **1.3. ÂMBITO DAS CONSULTAS DE NEUROPSICOLOGIA**

A consulta externa de Neuropsicologia Clínica e Neuropsicologia Infantil foram os dois tipos de consulta ministradas no Centro Hospitalar Cova da Beira. Neste sentido, a consulta de Neuropsicologia Clínica, é abrangida vários âmbitos, nomeadamente Entrevista Clínica de avaliação; Avaliação psicológica e neuropsicológica; Avaliação por outros testes específicos ou escalas de observação; Entrevista psicológica de seguimento; Psicoterapia individual; Sessões psicoeducacionais familiares em grupo; Intervenção Neuropsicológica; No âmbito da Neuropsicologia Infantil, estão agregadas seguintes funções: Avaliação Global do Desenvolvimento Sócio-Afectivo e Avaliação das Funções Intelectuais; Avaliação do Comportamento; Avaliação psicopedagógica; Avaliação das Dificuldades de Aprendizagem; Avaliação Psicológica; Diagnóstico Neuropsicológico de Luria; Intervenção Neuropsicológica. É de realçar que, apesar da Consulta de Neuropsicologia ter a vertente de avaliação e intervenção, os casos encaminhados pela equipa de neurologistas para a consulta em questão, inseriram-se fundamentalmente no âmbito da avaliação (*e.g.*, diagnóstico diferencial). Embora os pacientes não fossem alvo de intervenção neuropsicológica, o contributo da avaliação realizada permitia aos médicos especialistas aplicar o acompanhamento médico mais apropriado.

Destaque-se que, apesar da Consulta de Neuropsicologia ter a vertente de avaliação e intervenção, os casos conduzidos pela equipa de neurologistas foi fundamentalmente no âmbito da avaliação (*e.g.* diagnóstico diferencial). Embora os pacientes não fossem alvo de intervenção neuropsicológica, o contributo da avaliação realizada permitia aos médicos especialistas aplicar um acompanhamento médico mais apropriado. Uma breve apresentação de tarefas realizadas no processo de avaliação e reabilitação, especificamente na Consulta de Neuropsicologia serão apresentadas de seguida.

De acordo com uma Revisão da Literatura Científica, a **Avaliação Neuropsicológica** permite o estudo aprofundado de várias funções cognitivas, emocionais e comportamentais (Gil, 2004). Assim sendo, utilizam-se vários testes e procedimentos estandardizados, com o propósito de apontar um diagnóstico, investigar ou ainda auxiliar o planeamento do processo reabilitação. (Junqué & Barroso, 1995). Na linha de pensamento de León-Carrión (1995) existem inúmeras funções susceptíveis de avaliação, como por exemplo, as funções motoras, tácteis, visuais, linguagem (receptiva, expressiva), escrita, leitura, memória, cálculo aritmético e processos intelectuais, podendo ser avaliadas através de testes, escalas ou baterias de avaliação

neuropsicológica estruturadas (Perea-Bartolomé, Fernandez & Ajamil, 2006) ou seguindo o modelo Luriano que se baseia na exploração das funções elicítadas através de tarefas específicas (Luria, 1979). De seguida são exemplificadas tarefas baseadas na *Luria Nebraska Neuropsychological Evaluation*, sendo um dos instrumentos de avaliação neuropsicológica mais usados na consulta cuja tradução e adaptação portuguesa remete-se a Maia, Loureiro & Silva (2002). Na avaliação neuropsicológica realizada outros testes eram realizados mais intimamente relacionados com áreas neurológicas, nomeadamente o Exame do Equilíbrio (Fuller, 1996). Numa primeira fase, é solicitado ao paciente para colocar-se de olhos fechados, pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo permanecendo assim durante alguns segundos. Seguidamente, pede-se ao paciente não só, para abrir os braços mas também para efectuar o Teste do Quatro. Desta forma, pretende-se analisar se o paciente mantém a posição sem oscilações ou quedas para os lados e para trás. O padrão de marcha do paciente é ainda avaliado (*e.g.* simétrica, parkinsónica, hemiplégica, *etc.*), pedindo-se a para que caminhe em linha recta alguns metros. É pedido também ao paciente para caminhar para trás, de modo a verificar se existe desvio na marcha (Fuller, 1996). É ainda realizado o Teste de Dismetria que avalia a capacidade de controlo da amplitude dos movimentos executados para atingir um objectivo (Fuller, 1996). Após um período de avaliação neuropsicológica utilizando os exercícios acima descritos, os pacientes iniciam um processo de **Intervenção/Reabilitação Neuropsicológica**. Este processo tem como objectivos, não só “*capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas resultantes de lesão neurológica*” como também actuar junto das alterações comportamentais e emocionais (Wilson, 1996, *cit. in* Ávila & Miotto, 2002). Relativamente à exploração neuropsicológica, esta é inseparável da Neurologia e da Psiquiatria, as causas para o surgimento dos *déficits*, a coexistência de sintomas neurológicos e o estado sensorial são parâmetros indispensáveis para a análise dos problemas de comportamento. A avaliação neuropsicológica pode ampliar através de um procedimento multidisciplinar entre neurólogo e psiquiatras, neuropsicológicos, psicólogos (Gil, 2004).

Segundo Weiner (2003), é importante compreender a forma pela qual os processos cognitivos complexos são representados no cérebro – encontrar a chamada *functional architecture* ou geografia funcional do cérebro, o que leva a verificar que o importante são conceitos como localizações dinâmicas e sistemas funcionais na interacção cérebro-mente abandonando os modelos simplistas de organização cerebral (Maia, 2002). Tem como principais objectivos: identificar *déficits* cognitivos e comportamentais, que surgem devido a disfunções cerebrais orgânicas, diferenciá-los de disfunções não orgânicas; determinar que tipo de perturbação neuropsicológica, o paciente apresenta, que intensidade possui, e a presença e localização das

lesões (Junqué & Barroso, 2001; Mumenthaler & Mattle, 2004). Pretende o conhecimento da fisiopatologia das alterações observadas (lesões cerebrais em criança, *etc.*); a formulação de um diagnóstico clínico e topográfico cerebral (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) a análise das perturbações ao nível dos processos corticais superiores (León-Carrión, 1995); estudo da influência da experiência e da aprendizagem no substrato neurofuncional; estudo das representações internas de fenómenos mentais terapêutica racional e fisiopatologia e reabilitação; realização de programas de investigação (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) Centra-se no processo de resolução de tarefas dos sujeitos com lesão cerebral e não apenas na quantificação dos resultados (León-Carrión, 1995). Portanto a Neuropsicologia, tendo em conta o funcionamento cerebral e a actividade mental, desenvolve a avaliação neste contexto que permite o completo estudo das funções superiores: a percepção, a atenção, as praxias, a memória, a linguagem, as gnosias e raciocínio e o sentido crítico do sujeito (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001; Bartolomé, 2000; León-Carrión, 1995). É importante que a metodologia que se segue em avaliação neuropsicológica, seja centrada no processo em si e menos nos resultados ou no ajuste dos resultados a um determinado constructo (León-Carrión, 1995).

Num processo de Avaliação Neuropsicológica, as técnicas de PEC, TAC, e os ERP's, são sem dúvida meios informativos importantes acerca das estruturas e respectivas funções num sentido fisiológico, todavia é necessário ter em conta algumas precauções de forma a não serem utilizadas inferências acerca do funcionamento cerebral. Por outro lado, para obter aspectos compreensivos sobre os efeitos que a lesão cerebral poderá ter provocado nas funções psicológicas do sujeito, a avaliação neuropsicológica deve contemplar aspectos tais como, uma ampla avaliação da linguagem, a avaliação do raciocínio verbal e não verbal. É também necessário que a avaliação permita uma diferenciação entre aspectos motores e sensoriais, que intervêm na execução da tarefa proposta. Estes critérios podem e devem estar presentes nos testes que são utilizados nas baterias neuropsicológicas. Portanto, os aspectos compreensivos da lesão a analisar são importantes, pois deste modo obtêm-se uma descrição e em cada caso uma exploração ou compreensão de como se exprime ou manifesta uma lesão. É premente que sejam utilizados testes ou provas neuropsicológicas do tipo psicométrico, ou seja, a avaliação deve ser qualitativa. Isto é fundamental, de modo a planificar e controlar a reabilitação neuropsicológica, e permitir conhecer as características de apresentação de um ou de mais défices. Neste sentido, a avaliação quantitativa garante que a evolução do paciente durante o processo de avaliação é monitorizada ou controlada com medidas precisas e normativas. Neste tipo de avaliação, o objectivo ideográfico é fundamental, o que é considerada uma avaliação individual, na qual se usa testes e baterias neuropsicológicas estandardizadas. Segundo Smith (1975) citado por León-

Carrión (1995), o termo psicométrico significa o uso de medidas ou medida, da velocidade e precisão dos processos mentais, em contraste com a avaliação clínica tradicional baseada na capacidade do paciente responder a perguntas médicas simples. A avaliação por sua vez revela-se pertinente por utilizar um método qualitativo que se baseia na descrição clínica que usa um conjunto sistemático e flexível de provas (León-Carrión, 1995).

Na avaliação qualitativa é aplicado um protocolo idiosincrático a cada caso, ou seja, os instrumentos utilizados devem ajustar-se a uma avaliação individualizada e minuciosa, sendo estes de aplicação simples, flexíveis e adequar-se às características sociais e culturais do sujeito. A exploração neuropsicológica varia dependendo do que é pretendido e do estado situacional concreto do indivíduo. Com tudo isto pretende-se a definição do grau de deterioração e diferenciação entre lesões focais ou difusas<sup>3</sup> (Bartolomé, 2000; Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) sendo necessário considerar: a divergência das manifestações neuropsicológicas, e o facto das lesões serem muitas vezes localizadas em lugares similares de lesão aparente (Junqué & Barroso, 2001), o que não exclui a necessidade de uma aproximação analítica e precisa a cada função, ou a cada componente das funções psicológicas (Bartolomé, 2000). É importante também referir que as reavaliações neuropsicológicas ajudam a predizer o grau e a aumentar qualidade em condições delicadas (*e.g.*, acidente vascular cerebral, traumatismo craniano) ou o declínio em condições de deteoro (*e.g.*, demências, esclerose múltipla) (Lezak, 2003).

Existem inúmeros instrumentos de avaliação psicológica, todavia podemos agrupa-los em três grandes grupos: a) instrumentos de rastreio cognitivo; b) baterias neuropsicológicas gerais e c) testes específicos. Os instrumentos de rastreio cognitivo (de *screening*) são testes breves de fácil aplicação e que requerem um tempo limitado. São úteis para diferenciar uma situação normativa de uma patológica: *Mini-Mental State Examination*, o qual avalia a orientação temporal, espacial, registo, atenção e cálculo, retenção, linguagem de modo a avaliar o nível de consciência (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001); *Prova do Relógio*: é de fácil procedimento e pretende avaliar capacidades cognitivas tais como, compreensão auditiva, planeamento, memória visual e reconstrução de imagens gráficas, habilidades visuoespaciais, programação motora e execução, conhecimento numérico, pensamento abstracto (instrução semântica), inibição da tendência de realizar a tarefa pelas características perceptuais do estímulo, concentração e tolerância à

---

<sup>3</sup> Na lesão difusa, as funções afectadas são as associadas ao hemisfério direito da mesma forma como no hemisfério esquerdo. Este tipo de lesão podem ser por uma consequência de lesões que afectam uma ampla zona do cérebro, como poderão ser consequências de acidentes rodoviários, laborais, ou por infecções ou intoxicações. A lesão difusa é menos usual, já que parece só afectar uma ampla zona do cérebro (a um hemisfério ou em ambos (León-Carrión, 1995).

frustração. Esta aplicação desta prova é caracterizada pela sua facilidade, rapidez e psicologicamente não intrusiva para os pacientes (Oscanoa, 2004). Os testes específicos são aqueles que se destinam a determinadas funções cognitivas, tais como a avaliação da linguagem, memória, praxias, *etc.*

As baterias neuropsicológicas gerais, são no entanto extensas e é necessário muito tempo para que sejam correctamente aplicadas. Permitem a exploração da informação de modo exaustivo sobre a situação cognitiva do paciente, analisando pormenorizadamente os componentes de cada função cognitiva (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001). Nas consultas de Avaliação Neuropsicológica, foi utilizada a *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB)* (Christensen, 1979; Golden, Purish & Hammeke, 1995). A Bateria Neuropsicológica de *Luria-Nebraska* é um instrumento de avaliação que integra informação qualitativa. Esta bateria veio mostrar-se um método com forte base psicométrica, que fornece ao avaliador a oportunidade para realizar numerosas e pertinentes observações qualitativas em problemas, dificuldades que se caracterizam pela sua especificidade.

A versão utilizada é composta por onze escalas: Motora, Táctil, Rítmica, Processos Visuais, Linguagem Receptiva, Linguagem Expressiva, Leitura, Escrita, Aritmética, Memória e Processos Intelectuais nas quais são desenvolvidas várias tarefas (Golden, Purish & Hammeke, 1995; Groth-Marnat, 2000). Durante a sua aplicação os vários os procedimentos são interactivos: o avaliador dá instruções verbais e observa-as, em alguns casos cronometra o tempo de resposta. É administrada num *one-to-one setting*, com o avaliador e o paciente sentado de frente na secretaria. A aplicação de alguns itens requer por parte do avaliado um treino para que sejam realizadas com sucesso. Por exemplo, na subescala da linguagem expressiva o paciente é solicitado a formular um discurso espontâneo acerca do conflito entre gerações. O avaliador tem que retirar o tempo de latência antes do início da resposta a contar o número de palavras produzidas nos primeiros cinco segundos após o início da resposta. Isto requer ao avaliador o simultâneo registo do tempo e da frequência de latência, o que exige prática por parte deste (Riddoch & Humphreys, 1994). De seguida são exemplificadas tarefas baseadas na *Luria Nebraska Neuropsychological Evaluation*, sendo um dos instrumentos de avaliação neuropsicológica mais usados na consulta cuja tradução e adaptação portuguesa remete-se a Maia, Loureiro & Silva (2002). De acordo com Gil (2004), a avaliação das funções motoras realiza-se através de tarefas de toque sequencial de dedos, abrir e fechar mão alternadamente (unilateral ou bilateralmente). Relativamente às *funções tácteis*, estas são avaliadas por meio de tarefas de estimulação cutânea (Luria, 1979), por exemplo, identificação de um ou dois pontos de estimulação, estereognosia (identificação de letras, figuras geométricas ou números desenhados

nos membros superiores), sensações musculares e das articulações coloca ao de algumas partes do corpo numa determinada posição e posterior colocação pelo paciente), tarefas de reconhecimento de objectos por meio do tacto, entre outras. No que concerne às tarefas de reconhecimento de objectos através do tacto, o paciente é confrontado com vários objectos de tamanhos diferentes. Estes terão de ser reconhecidos da seguinte forma: Olhos fechados utilizando impreterivelmente o tacto com um dos membros superiores. Em relação às *funções visuais*, o paciente é confrontado com uma variedade de tarefas, desde tarefas de percepção visual, orientação espacial e operações intelectuais no espaço (Hodges, 1994). É apresentado ao paciente uma imagem de um objecto em que o mesmo tem que nomear. Embora a imagem seja bastante perceptível, o grau de complexidade dos objectos (quer em termos de familiaridade do objecto, quer em termos de precisão da imagem (mais ou menos desfocadas) vai aumentando progressivamente (Maia, Loureiro, Silva, Vaz Patto, Loureiro & Marques, 2003).

De acordo com Luria (1979), a avaliação da função *linguagem* é realizada abrangendo a avaliação de linguagem receptiva e expressiva. Assim sendo, as tarefas relacionadas com a linguagem receptiva visam avaliar a capacidade do paciente na compreensão de um conjunto de informação que lhe é transmitida baseando-se em tarefas de audição fonémica (repetição verbal de sons isolados, fonemas, palavras e frases), compreensão de palavras, frases simples e estruturas lógico-gramaticais complexas (Gil, 2004). É apresentado ao paciente um conjunto de imagens que o mesmo tem que seleccionar de acordo com uma mensagem verbal do avaliado. (*e.g. Qual destas imagens melhor exemplifica a frase: Verão; Hora da refeição*) (Maia, Loureiro, Silva *et al.*, 2003). As tarefas de avaliação da linguagem expressiva possibilitam avaliar a forma e o conteúdo do discurso do paciente. Realizam-se tarefas de articulação de sons, palavras, frases e parágrafos; nomeação de objectos por confrontação visual e descrição assim como tarefas de fluidez da fala (Maia, Loureiro & Silva, 2002).

A escrita e a leitura são igualmente avaliadas (Hodges, 1994), através da solicitação ao paciente que leia o cartão com várias palavras inscritas. Para além de se avaliar a capacidade de aprendizagem, na função *memória*, avaliam-se várias modalidades de memória: visual, verbal, acústica, entre outras (Perea-Bartolomé, Fernandez & Ajamil, 2006; Hodges, 1994). Uma das tarefas de memória visuais possíveis de realizar (com interferência), consiste na apresentação de um cartão com várias figuras que o paciente tem que analisar durante alguns segundos. Posteriormente, é introduzida uma tarefa de interferência onde é apresentado um cartão similar ao referido anteriormente. Este terá de ser analisado pelo paciente com vista a que o paciente constate que o cartão é igual ao anterior. (Maia, Loureiro, Silva *et al.*, 2003). Na opinião de Luria (1979) e outros autores (Gil, 2004; Hodges, 1994) a avaliação dos *processos intelectuais* é

efectuada a partir de tarefas de compreensão de desenhos temáticos e de textos, formação de conceitos (definição, comparação e diferenciação, relações lógicas, analogias, categorias, *etc.*), problemas aritméticos por meio discursivo, *etc.* Uma tarefa de estabelecimento de lógica a partir de informação visual (Maia, Loureiro, Silva *et al.* 2003).

Para além da avaliação das referidas funções, é efectuado em alguns casos o exame neurológico sumário - ao nível da marcha e equilíbrio. Assim, este exame possibilita avaliar a coordenação e possíveis doenças ou afecções nos nervos motores e sensitivos (Fuller, 1996). O exame do equilíbrio (Fuller, 1996), numa primeira fase, é solicitado ao paciente para colocar-se de olhos fechados, pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo permanecendo assim durante alguns segundos. Seguidamente, pede-se ao paciente não só, para abrir os braços mas também para efectuar o teste do quatro. Desta forma, pretende-se analisar se o paciente mantém a posição sem oscilações ou quedas para os lados e para trás. O padrão de marcha do paciente é ainda avaliado (*e.g.* simétrica, parkinsónica, hemiplégica, *etc.*), pedindo-se a para que caminhe em linha recta alguns metros. É pedido também ao paciente para caminhar para trás, afim de verificar se existe desvio na marcha (Fuller, 1996). É ainda realizado o teste de dismetria que avalia a capacidade de controlo da amplitude dos movimentos executados para atingir um objectivo (Fuller, 1996).

Após um período de avaliação neuropsicológica utilizando os exercícios acima descritos, os pacientes iniciam um processo de intervenção/reabilitação neuropsicológica. Este processo tem como objectivo, não só “*capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas resultantes de lesão neurológica*” assim como actuar junto de alterações comportamentais e emocionais (Wilson, 1996, *cit. in* Ávila & Miotto, 2002).

Os testes de avaliação do “*estado mental*”, são úteis para o juízo diagnóstico das demências. Alguns testes, como *Mini-Mental State Examination* (MMSE), é o mais utilizado permite avaliar a orientação, a aprendizagem, o controlo mental (subtrair 7 a partir do número 100), a denominação, a repetição, a compreensão de uma ordem tripla e cópia de um desenho. Tem uma duração de quinze minutos, sendo um mini exame neuropsicológico estudando a orientação, a aprendizagem, a memória imediata, o cálculo mental, o raciocínio, a compreensão, a denominação a repetição a compreensão de uma ordem escrita, a fluidez verbal, as praxias ideomotoras e construtiva, a identificação de um desenho e a escrita (Gil, 2004). O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein *et al.*, 1975 *cit. in* Groth-Marnat, 2000) é considerado um teste de rastreio cognitivo, de *screening* (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) foi construído para fornecer uma avaliação quantitativa do funcionamento cognitivo e detectar défice cognitivo (Groth-Marnat, 2000; Rosselli, Ardila, Pradilla, Morillo, Bautista, Rey *et al.*, 2000) podendo ser

aplicando tanto ao nível de estudos clínicos como também em estudos epidemiológicos (Oscanoa, 2004). É utilizado como *screening* inicial, para uma semi-quantitativa avaliação (Mumenthaler & Mattle, 2004), na qual há uma valorização global da situação mental do sujeito (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001). Este teste tem uma duração média de quinze minutos (Gil, 2004), e um indivíduo sem qualquer dificuldade pontua um valor máximo de 30 pontos. Uma pontuação igual ou inferior a 23 é já considerada a possível presença de demência (Mumenthaler & Mattle, 2004; Koch, Gürtler & Szecey, 2003). É constituído por vários itens que pretendem avaliar a retenção, a atenção e o cálculo, a evocação, a linguagem e as habilidades construtivas (Gil, 2004). Todavia tem uma especificidade e sensibilidade limitadas, como também tem várias contrariedades perante tipos específicos ou graus subtis de dificuldade cognitiva e portanto não pode ser aplicado com o intuito de substituir uma avaliação neuropsicológica, pois explora de modo insuficiente as capacidades visuoespaciais (Mumenthaler & Mattle, 2004; Oscanoa, 2004).

A Prova do Relógio foi introduzida no início do Séc. XX, com o objectivo de avaliar as apraxias construtivas e agnosias visuoespaciais. Caracteriza-se por ser uma tarefa simples e de rápida administração, com a sensibilidade necessária para detectar uma possível demência, e para o diagnóstico diferencial entre tipos de demência (Ino, Asada, Ito, Kimura & Fukuyama, 2003; Yamamoto, Mogi, Umegaki, Suzubi, Ando, Shimokata, Iguchi, 2004; Nagahama, Okina, Suzuki, Nabatame & Matsuda, 2005), apresenta fiabilidade, e efectividade na detecção e avaliação longitudinal (Royall, Mulroy, Chiodo & Polk, 1999).

Em avaliação neuropsicológica há uma grande utilização e interesse na Prova do Relógio (*Clock Drawing Test* – CDT), devido à existência das disfunções práxicas e especialmente das apraxias construtivas nos pacientes demenciados (Martínez-Arán, Solé, Salamero, Azpiazu, Tomás & Marín, 1998). É uma importante medida porque as dificuldades executivas estão fortemente associadas com alterações funcionais, como também em algumas doenças significativas incluindo Doença de *Alzheimer*, Esquizofrenia, Doença de *Parkinson*, Esclerose Múltipla. O que é verificado é que na maior parte dos testes que exploram demências, estes estão centrados nas habilidades verbais, enquanto esta prova permite uma avaliação complementar, objectiva e fiável que fornece grande quantidade de informação de outros aspectos do funcionamento neuropsicológico que se podem verificar em pacientes com demência (Martínez-Arán, Solé, Salamero, Azpiazu, Tomás & Marín, 1998; Adunsky, Fleissig, Levenkrohn, Arad & Noy, 2002). É sensível não só a défices cognitivos globais, mas também às mudanças em funções analíticas visuais, pois avalia a capacidade de reevocar a representação de tempo que o paciente possui

retida na sua memória (*e.g.*, memória semântica) e transformá-la numa relação visuo-espacial familiar (Bozikas, Kosmidis, Gamvrula, Hatzigeorgiadou, Kourtis, Karavatos, 2002).

É uma tarefa de *Screening* Neuropsicológico (Maia, 2002; Adunsky, Fleissig, Levenkrohn, Arad & Noy, 2002; Nagahama *et al.*, 2005), na qual são avaliadas as funções operativas de topo, ao nível da organização de estímulos (determinar objectivo, planear, monitorizar, avaliar, *etc.*); perseverações, bem como heminegligência espacial visuo-perceptiva (Maia, 2002). É portanto uma tarefa que pretende medir funções de controlo executivo (Ino, Asada, Ito, Kimura & Fukuyama, 2003), selecção, planeamento motor/sequenciação, atenção selectiva, auto-monitorização no seu plano de acção, coordenação oculo-motora (Royall, Mulroy, Chiodo & Polk, 1999; Ino, Asada, Ito, Kimura & Fukuyama, 2003) funções construtivas, conceptuais. Neste sentido, a Prova do Relógio parece ser mais sensível para detectar um declínio cognitivo comparativamente com outras tarefas de desenho, tais como copiar um cubo, construção, ou uso de figuras que estão sobretudo relacionadas com a função visuoespacial (Ino *et al.*, 2002). A Prova do Relógio, tal como se delineou inicialmente, apesar de ser simples a sua execução é complexa porque requer que o paciente desenhe um círculo, os doze dígitos correspondentes às horas<sup>4</sup> e os dois ponteiros que representam um dado tempo. Portanto, estão implicadas várias funções cognitivas para além da análise visuo-perceptiva: execução motora, atenção, compreensão da linguagem, conhecimento numérico, *etc.* (Martínez-Arán, Solé, Salamero, Azpiazu, Tomás & Marín, 1998).

Na consulta de Neuropsicologia, no CHCB, foi inicialmente utilizado o programa de reabilitação assistido por computador – *Rehacom* (Maia, Gaspar, Azevedo, Loureiro & Silva, 2004) e material em formato papel, bem como outros objectos para as sessões de reabilitação. Este último tipo de reabilitação (reabilitação funcional), enquadra-se numa intervenção mais tradicional e próxima do modelo Luriano (Luria, 1979). O programa *RehaCom*, inclui-se num leque de programas/*software* informático desenvolvidos com vista a reabilitar pacientes com disfunções cognitivas particulares. Este *software* é utilizado em mais de setecentos centros de intervenção/reabilitação neuropsicológica, dados estes que não incluem a estatística portuguesa. Este programa constitui um sistema computarizado de reabilitação cognitiva. Tem a sua origem na Alemanha, através de uma equipa multidisciplinare tem como objectivo fomentar melhores níveis de funcionamento cognitivo e independência do paciente acometido por uma disfunção (Matthes, Cramon & Craon, 1995 *cit. in* RehaCom Basic Manual, 2003). É um programa que

---

<sup>4</sup> Na tarefa de colocação dos números, o sujeito tem que recuperar da sua memória a imagem visuoespacial apropriada referente a estrutura do relógio e enquanto executa o desenho, precisa da planificação mental e das habilidades visuoconstrutivas (Martínez-Arán, Solé, Salamero, Azpiazu, Tomás & Marín, 1998).

revela várias vantagens, nomeadamente flexibilidade, continuidade, é individual e generalizável ao *setting* natural. O programa é considerado flexível pois o tempo de sessão e o nível de dificuldade é ajustável de sessão para sessão. É contínuo visto que os dados de cada sessão são guardados, o que permite prosseguir na sessão seguinte para o nível no qual se terminou. É individual, pois é o próprio sujeito que manipula os botões e toma as decisões (o técnico é considerado um monitor, tendo como principal função moitoeizar e conferir estratégias a utilizar no treino e no quotidiano. É generalizável ao setting natural, pois as competências e estratégias que o paciente adquire podem ser generalizadas para o seu dia-a-dia (Maia, Gaspar, Azevedo, Loureiro & Silva, 2004). O *RehaCom* inclui mais de vinte procedimentos que têm como objectivo contribuir para a reabilitação cognitiva (RehaCom Basic Manual, 2003), no entanto na consulta de Neuropsicologia, forma utilizados apenas os treinos de Atenção e Concentração, Treino de Vigilância, Memória Verbal, Treino de Compras e Memória Topográfica (Quadro 5).

**Quadro 5.** Principais características dos programas utilizados na consulta de Neuropsicologia  
(Adaptado de Maia, Gaspar, Azevedo *et al.*, 2004)

	<b>Indicações</b>	<b>Exigências Básicas do Paciente</b>	<b>Material</b>	<b>Níveis de Dificuldade</b>
<b>Vigilância</b>	Perturbações de atenção de etiologia diferenciada	Tarefas com grau de dificuldade baixo; Capacidade de diferenciação visual; Necessidade de manutenção de atenção focalizada e dividida.	Objectos concretos ou figuras abstractas	15 níveis, onde o grau de diferenciação se vai complexificando
<b>Atenção e Concentração</b>	Perturbações de Atenção e Concentração tanto em crianças como adultos	Capacidade de diferenciação visual; Capacidade para controlar o painel de resposta.	Objectos concretos geométricos, cartas e números.	24 níveis
<b>Compras</b>	Dificuldades de memória (memória de trabalho), atribuição de conceitos, planeamento de um conjunto de acções	Capacidade de leitura e compreensão de uma lista de compras; Não utilizável em pacientes com <i>déficits</i> atencionais	Fotografia de artigos reais.	18 níveis de dificuldade
<b>Memória Verbal</b>	Dificuldades de memória a curto e médio prazo	Capacidade de Leitura e compreensão de palavras; Capacidade para controlar o painel de resposta.	Histórias	10 níveis
<b>Memória Topológica</b>	Perturbações de memória; Dificuldades ao nível dos conteúdos verbais e não verbais	Compreensão de Tarefas básicas; Capacidade para controlar o painel de resposta.	Figuras de objectos	20 níveis
<b>Memória de Figuras</b>	Perturbações de memória para conteúdos verbais e não verbais, particularmente memória de trabalho; Dificuldades de nomeação e emparelhamento associativo.	Capacidade de nomeação de objectos.	Leitura de palavras	12 níveis, aumentando progressivamente o número de objectos a memorizar

#### 1.4. POPULAÇÃO UTENTE

No que concerne aos utentes da Consulta de Neuropsicologia, fundamentalmente são pacientes que apresentam patologia neurológica provenientes do Serviço de Neurologia, no entanto existem outros serviços que encaminham igualmente para esta consulta, em número

mais reduzido. Relativamente à sua faixa etária desde crianças a idosos, passando também pelo atendimento a adolescentes e adultos provenientes do Serviço de Neurologia, bem como por parte dos Centros de Saúde ou por pedido próprio dos pacientes.

## **CAPÍTULO II. ESTÁGIO CURRICULAR**

---

### **1. ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CASOS CLÍNICOS CONTACTADOS**

O Estágio na Consulta de Neuropsicologia Clínica foi desenvolvido em três âmbitos, nomeadamente avaliação, intervenção e observação. Neste sentido, foi possível desenvolver procedimentos de avaliação psicológica na globalidade e em específico na área da Neuropsicologia, bem como observar o trabalho desenvolvido por profissionais com preparação adequada, com experiência na área, e por colegas estagiários. A grande maioria das consultas e sessões desenvolvidas, realizaram-se nos dois gabinetes adstritos à consulta, no entanto foi também possível a realização de observação e avaliação de pacientes em internamento (por exemplo, na Unidade de AVC's). O serviço desenvolvido permitiu-nos contactar com pacientes com várias entidades nosológicas, nomeadamente: Patologias Desmielinizantes: Esclerose Múltipla; Acidente Vascular Cerebral; Traumatismo Crâneo-Encefálico; Epilepsia; Deterioro Cognitivo; Demências; Dificuldades de Aprendizagem; Dislexia; Sobredotação e Perturbação mediada pela Ansiedade.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de contactar directamente com 88 pacientes. Em termos de acompanhamento, foi-me possível desenvolver um acompanhamento psicoterapêutico com 9 pacientes, e de intervenção neuropsicológica, diferenciaram-se 10 pacientes. Relativamente às patologias acompanhadas, foi realizado um acompanhamento a 1 paciente de Esclerose Múltipla; a 2 pacientes com Epilepsia; a 6 pacientes com Perturbação Depressiva; 1 paciente com TCE; 3 pacientes acometidos de AVC; 2 com Perturbação do Tipo *Alzheimer*; 2 em processo demencial; 1 paciente que apresentava quadro mediado pela Ansiedade e 1 paciente com Perturbação caracterizada por Comportamento disruptivo.

Ao longo do presente estágio em termos de avaliação, acompanhamento e observação foram realizadas 471 sessões na totalidade, nomeadamente, 122 de avaliação, 158 de acompanhamento, e 14 de observação. No que concerne aos casos de avaliação, durante o estágio avaliei, 54 pacientes, 2 pacientes acometidos por Traumatismo Craneo-Encefálicos, 4 com diagnóstico de Esclerose Múltipla; 21 de pacientes que evidenciaram Deterioro Cognitivo e Processo Demencial, 3 que apresentavam Epilepsia; 4 que foram acometidos por Acidente Vascular

Cerebral, 1 que evidenciava quadro mediado pela Ansiedade, 4 que apresentavam à altura quadro Depressivo, e 1 caso que apresentava Dificuldades de Aprendizagem. Os restantes casos, 10, apresentavam patologias diversificadas, tendo sido classificados como *Outros Casos*. As sessões de avaliação e acompanhamento tiveram uma duração mínima de 1 hora. É importante acrescentar, que durante o estágio, nos casos de avaliação, foi sempre necessária a elaboração de relatórios, os quais foram realizados em horário pós-laboral (Tabela 37).

**Tabela 37.** Distribuição individual do serviço em sessões de avaliação, acompanhamento e observação.

		N.º Casos	N.º Sessões	N.º Horas
Observação		14	18	22:15
Avaliação Neuropsicológica		54	122	122:00
Enfermaria	Observação	1	1	00:45
	Avaliação Neuropsicológica	0	0	00:00
Acompanhamento Psicoterapêutico		9	158	173:00
Reabilitação Neuropsicológica		10	171	171:00
<b>Total</b>		<b>88</b>	<b>471</b>	<b>489:60</b>

Tendo em conta toda a fase supramencionada, nomeadamente acerca da evolução da instituição, do seu enquadramento como local de estágio (caracterização estrutural e funcional) objectivo, âmbitos da consulta, população alvo, serão apresentados todos os casos de avaliação, acompanhamento e observação. Tal como referido anteriormente, a natureza deste estágio permitiu o contacto com varias entidades nosológicas, nomeadamente grupos de patologias neurológicas diferenciados, fazendo sentido aquando da sua apresentação, a exposição de uma breve contextualização teórica na qual se abordam características próprias da patologia e alguns aspectos acerca da avaliação e da intervenção. Neste sentido, inicia-se a apresentação abordagem teórica apresentando cada um dos quadros nosológicos acompanhado de um caso clínico pertencente a cada grupo de patologia. Por existirem alguns casos de avaliação, de observação e de acompanhamento que não se enquadravam especificamente em nenhum dos grupos de patologias descritas, optou-se por elaborar uma categoria de *Outros Casos*.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS CASOS DE AVALIAÇÃO

### 2.1. ESCLEROSE MÚLTIPLA

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória ideopática do Sistema Nervoso Central (SNC) (Pozzilli, Romano & Cannoni, 2002; Kuhlmann & Bruch, 2000; Kremenutzky, 2000; Gallien & Robineau, 1999; Kolb, Whishaw, 1996). Segundo alguns autores (Santos, Lana Peixoto, Munhoz & Almeida, 2003; Söderström, 2003; Feinstein, 2004), é a causa mais frequente de incapacidade não traumática no adulto jovem e sendo uma doença crónica provoca

grande nível de disfuncionalidade em termos individuais e um elevado impacto social e económico em termos colectivos (Pugliatti, Rosati, Carton, Riise, Drulovic, Vécsei *et al.*, 2006). Dados epidemiológicos, estimam que nas últimas três décadas existe uma taxa de prevalência de Esclerose Múltipla de cerca de 83/100.000 habitantes com elevadas taxas nos países nórdicos europeus e incidindo com maior prevalência no sexo feminino (Pugliatti *et al.*, 2006; Calabresi, 2004) e em indivíduos caucasianos (Grzesiuk, 2006). A estimativa média europeia anual de taxa de incidência de EM é de 4,3 casos em 100.000 (Pugliatti *et al.*, 2006). É considerada uma doença auto-imune (Moreira, Tilbery, LanaPeixoto, Mendes, KaimenMaciel & Callegaro, 2002), que afecta especialmente a bainha de mielina, provocando desmielinização das células nervosas, e uma consequente perda na eficácia da condução do impulso nervoso (Sociedad Nacional de Esclerosis Multiple, 2003). O seu início pode ser insidioso ou súbito (Calabresi, 2004), caracterizado por períodos de exacerbação e remissão dos sintomas específicos (Santos, Lana Peixoto, Munhoz & Almeida, 2003). A sua sintomatologia é diversificada, verificando-se que as primeiras alterações são de tipologia sensitiva/motora tais como debilidade nas extremidades, no entanto durante o desenvolvimento da doença poderá surgir vertigem, ataxia, sensibilidade ao calor, incontinência urinária, hemiplegia, surdez, paralisia facial, dor facial, parestesias ou picadas nas extremidades, alterações na marcha, dificuldades visuais (monocular ou diploidia, sinal *Nystagmus*), alucinações auditivas, afasia, alterações emocionais (*e.g.*, depressão) entre outros (Barroso, Nieto, Olivares, Wollmann, Hernández, 2000; Calabresi, 2004). No entanto, os primeiros sintomas podem ser cognitivos (Junqué & Barroso, 1995) (Quadro 6).

**Quadro 6.** Principais alterações cognitivas em pacientes com Esclerose Múltipla

(Adaptado de *Alterações cognitivas e Esclerose múltipla*, Comité de Trabalho Clínico do *Rehabilitation in Multiple Sclerosis*, n/d, p.5)

**Alterações Cognitivas**

<p><b>DIFICULDADES DE MEMÓRIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prejuízo na memória a curto prazo (factos recentes);</li> <li>• necessidade de mais tempo e esforço para recuperar a informação não comprometimento da memória procedimental.</li> </ul>	<p><b>DIFICULDADES DE ATENÇÃO, CONCENTRAÇÃO E VELOCIDADE DE PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dificuldades em manter o foco atencional;</li> <li>• facilmente se distraem e têm dificuldade em retomar o ponto onde ficaram;</li> <li>• dificuldade na realização tarefas em simultâneo;</li> <li>• diminuição na velocidade de concretização de tarefas que suscitam maior esforço para a tarefa ser realizada.</li> </ul>
<p><b>DIFICULDADES DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades no planeamento de acções;</li> <li>• Dificuldades na tomada de decisão e resolução de problemas;</li> <li>• Dificuldades em pré-programar a acção (seja ela verbal, motora, <i>etc.</i>).</li> </ul>	<p><b>DIFICULDADES NA LINGUAGEM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades na capacidade nominativa.</li> </ul>

Existem vários factores que podem não só agravar os sintomas como gerar um novo surto. Aqui

se destacam a exposição a altas e baixas temperaturas, exercício físico intenso e desmedido (aumentando a fadiga), *stress* psicológico e infecções (Comité de trabalho clínico do *Rehabilitation in Multiple Sclerosis*, n/d).

Apesar disso, globalmente categoriza-se a Esclerose Múltipla em quatro tipos: *Esclerose Múltipla Remitente-Recidivante*, *Esclerose Múltipla Primária Progressiva*, *Esclerose Múltipla Progressiva-Recidivante* e *Esclerose Múltipla Secundária-Progressiva* (Maia, 2006). No Quadro 7 é possível analisar características específicas de cada um dos referidos tipos de Esclerose Múltipla.

**Quadro 7.** Subtipos de Esclerose Múltipla de acordo com Bone *et al.*, 2000 (*cit. in* Maia, 2006, p.40)

#### **Esclerose Múltipla Remitente-Recidivante**

- Surtos de alterações neurológicas agudas, que tendem a ser seguidas por uma recuperação parcial ou completa (variando esta recuperação entre 3-6 meses).
- Afecta cerca de 80% dos pacientes.
- A frequência e a severidade destes ataques variam intra e inter indivíduos.
- A média de frequência de ataques dentro dos primeiros cinco anos é de uma por ano, ainda que diminuindo a um cada dois anos depois deste.
- Com o tempo, devido à recuperação incompleta dos repetidos ataques, existe um incremento de invalidez.

#### **Esclerose Múltipla Primária-Progressiva**

- Alguns pacientes (10-15%) apresentam uma progressão incisiva de invalidez acentuada progressivamente por ataques sem remissão.
- No geral esta categoria caracteriza-se pela espasticidade progressiva, com a debilidade das pernas, e transtorno do intestino.
- Tende a abaixar a cabeça, pescoço, e parte superior do corpo.
- A proporção da progressão varia.

#### **Esclerose Múltipla Progressiva-Recidivante**

- Este subtipo descreveu-se recentemente, é menos comum, e caracteriza-se pela progressão do ataque com recaídas consecutivas.

#### **Esclerose Múltipla Secundária Progressiva**

- Aproximadamente 50% de pacientes que apresentam recaídas-remissões progridem para esta fase da enfermidade dentro de 10-14 anos de surtos repetidos.
- Este subtipo caracteriza-se pela invalidez progressiva, com ou sem recaídas sobrepostas.
- Em conjunto, esta é a forma mais prevalente de Esclerose Múltipla

A avaliação neuropsicológica poderá ser útil a nível de diagnóstico, de modo a identificar num estado inicial da doença, lesões secundárias no Sistema Nervoso Central, e também pode ser útil para facilitar o perfil cognitivo do paciente (Sanz de la Torre & Pérez-Rios, 2000), analisar a extensão do *déficit* e identificar as áreas particulares nas quais existe há uma maior ou menor lesão, para intervir em aspectos tais como: a orientação, competências laborais, entre outras de modo planificar o tratamento ou intervenção a longo prazo (Barroso, Nieto, Olivares, Wollmann, Hernández, 2000).

### **2.1.1. CASO DE AVALIAÇÃO – ESCLEROSE MÚLTIPLA (CASO 1)**

#### **Identificação sumária**

**Nome:** M. H. F. S. **Idade:** 47 anos **Sexo:** Feminino **Escolaridade:** 6º ano de escolaridade  
**Residência:** Covilhã **Estado civil:** Casada **Profissão:** Passadeira de vestuário **Dominância manual:** direita.

**Motivo de avaliação:** pedido efectuado por médico neurologista, para avaliação e início de acompanhamento neuropsicológico, em paciente com Esclerose múltipla.

### **Informação clínica relevante**

Encontra-se diagnosticada com Esclerose Múltipla desde Fevereiro de 2006, sendo que em Março de 2003 obteve o diagnóstico definitivo. As principais queixas da paciente registam-se ao nível dos esquecimentos quotidianos e fadiga física acentuada, bem como alterações somato-sensoriais.

### **AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

**Testes utilizados:** Entrevista semi-estruturada; *Mini Mental State Examination* (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975); Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Lúria-Nebraska (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985); Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE, Vaz Serra, 1994)

**Estado de consciência e atitude na realização da avaliação:** A paciente aquando da avaliação encontra-se orientada espaço-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, sem evidência de *déficit* cognitivo (MMSE=27/NUMA PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL DE 30 para uma escolaridade superior a 11 anos). Apresenta-se colaborativa durante todo o processo de avaliação e com humor eufímico o qual é sustentado com os dados do IACLIDE que sugerem ausência de sintomatologia depressiva.

### **RESULTADOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

A paciente apresenta-se orientada espaço-temporalmente, auto e alo-psiquicamente. É capaz de enunciar dados temporais e espaciais adequados, nomeadamente ano, mês, número e dia da semana, localidade, distrito e país onde reside e onde se encontra ao momento da avaliação. Verifica-se que os seus desempenhos erráticos, centram-se na enunciação de um valor errado na tarefa de cálculo aritmético em subtração, sendo estes por dificuldades atencionais.

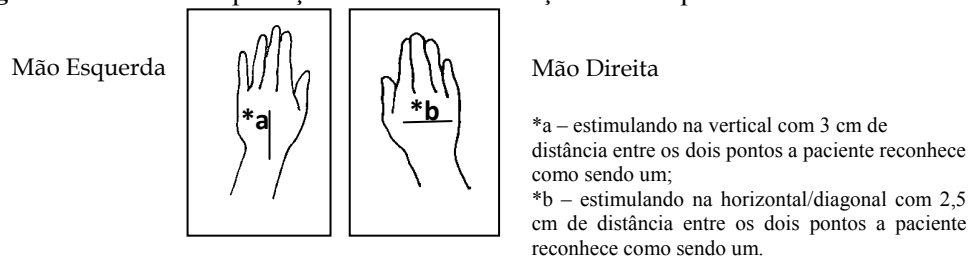
No que concerne à avaliação das **funções motoras**, não apresenta alterações formais da marcha. A exploração da capacidade de coordenação do acto motor revela que a paciente manifesta dificuldade no desempenho desta função, mais acentuadamente ao nível do membro superior esquerdo (especificamente, mão) (avaliado através de tarefas *go-no-go* ou conflictivas motoras).

A capacidade de organização óptico-espacial encontra-se satisfatoriamente mantida, sendo que em tarefas mais complexas a paciente executa movimentos em espelho, estando a capacidade de desempenho de movimentos mais simples mantida (*e.g.* levantar o braço e mão esquerda).

A capacidade de cópia e desenho livre de estímulos (*e.g.* figuras geométricas) encontra-se mantida, não se verificando tremor da linha escrita. Em alguns itens, a paciente não cumpre alguns requisitos da instrução (*e.g.* realizar o desenho com a ponta da caneta sem levantar),

sustentados por mecanismos de atenção ineficazes. Não revela apraxia ideatória, ideomotora e construtiva. Mesmo na avaliação das praxias orais, a paciente é capaz de realizar movimentos simples (*e.g.* mostrar dentes) e cinestésicos (*e.g.* colocar língua de fora, enrolá-la para cima e colocá-la entre os dentes e o lábio superior). A capacidade de regulação verbal do acto motor encontra-se igualmente normalizada (*e.g.* dar um toque suave se eu der um toque com força, dar um toque com força se der um toque suave). As **funções rítmicas**, estão globalmente normalizadas, nomeadamente a percepção de estímulos acústicos e a execução motora de grupos rítmicos. Quanto à exploração das sensações cutâneas, revela que a paciente é capaz de discriminar pontos de estimulação, ainda que por aproximações, diferenças na intensidade da discriminação (toques suaves ou fortes) e direcção dos movimentos. A capacidade de discriminação simultânea de dois pontos de estimulação encontra-se afectada (Figura I).

**Figura I.** Tarefa de exploração táctil de estimulação de dois pontos simultâneos.



As sensações musculares e das articulações quando avaliadas por meio de tarefas de colocação dos membros superiores em posição específica e reevocada através da colocação do lado contralateral, verifica-se que a paciente apresenta dificuldade em colocar a mesma posição no lado esquerdo (quando a posição inicial é no membro direito), sendo atenuada quando se utiliza o mesmo membro superior (*e.g.* colocar braço esquerdo num ângulo de 90 graus e voltar a colocar esse mesmo membro na mesma posição). A avaliação da função estereognósica revela-se normativa. A grafíesíesia encontra-se igualmente normalizada para o reconhecimento de números e ainda figuras geométricas, sendo que a de letras apresenta-se deficitária. A paciente reconhece objectos apresentados *in vivo* e desenhados em diferentes graus de complexidade (exceptua-se o reconhecimento de um telefone em imagem tipo negativo de fotografia, sendo que quando se sugere a sua natureza, a mesma é reconhecida adequadamente). Revela alguns desempenhos erráticos em tarefas mais complexas de organização visuo-espacial, sustentados por mecanismos atencionais deficitários (uma vez que em várias situações corrige, e quando é chamada à atenção de algum desempenho desadequado, o faça correctamente). De forma global, a linguagem receptiva e expressiva, encontram-se preservadas: articula correctamente os sons da fala, repete palavras, séries de palavras, frases e parágrafos. A capacidade nominativa está mantida, quer através de apresentação de objectos ou imagens de objectos, quer a partir de descrições (*e.g.*

como se chama o objecto onde vemos as horas?). Exibe um discurso fluente, compreensível por terceiros e sem parafasias. A paciente é capaz de escrever palavras e frases, sendo que a capacidade de gerar um texto escrito resume-se a tópicos. O desempenho em tarefas de leitura é igualmente adequado. Quanto ao cálculo aritmético, o seu desempenho em tarefas de destreza aritmética é deficitário nomeadamente a subtracção, o desempenho é pontualmente errático (*e.g. somar mentalmente 158+396*). Relativamente às **funções mnésicas**, a memória remota e memória procedimental estão globalmente preservadas. A capacidade de aprendizagem, medida por meio de uma tarefa de (7) itens não-relacionados, enquadra-se nos padrões normativos (Tabela 38). O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência encontra-se ligeiramente afectado, apresentando pontualmente alguns desempenhos incorrectos, e segundo a paciente refere sente “*esquecimentos frequentes*” (*sic.*), socorrendo-se a constantes anotações.

**Tabela 38.** Desempenho da paciente em tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados.

Casa	Bosque	Gato	Noite	Mesa	Agulha	Tarte
✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ - evocação correcta; X - não evocação

O desempenho em tarefas de memória associativa de reevocação de histórias, e de imagem-palavra encontra-se mantido. A paciente refere que nestas tarefas, tem que realizar um grande esforço mental e atencional para memorizar a informação, aspecto este que se generaliza às tarefas quotidianas (profissionais e não profissionais).

A avaliação dos **processos intelectuais**, revela que a paciente apresenta competências de resolução de problemas e de raciocínio. A paciente é capaz de compreender desenhos temáticos, apresentando uma resposta integrativa e elaborada, ainda que não mencione algumas particularidades dos estímulos. Apresenta alguma dificuldade em detectar o absurdo e cómico em sequências visuais. É capaz de retirar ilações de estímulos prosaicos (*e.g. provérbios, expressões populares*) e apresenta um desempenho adequado em tarefas de formações de conceitos (definição, comparação e diferenciação, relações lógicas, analogias, categorias). Em tarefas de resolução de problemas aritméticos por meio discursivo o seu desempenho é normativo, quer em tarefas simples (adição, subtracção) quer em complexas.

### INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

As principais dificuldades da paciente registam-se ao nível das funções motoras, tácteis e memória. Apresenta dificuldade de coordenação do acto motor avaliado por meio de tarefas conflictivas bem como reprodução do movimento e posição dos membros superiores em forma

contralateral, particularmente esquerdo. Em tarefas de avaliação das funções relacionadas com a grafíesia e identificação de pontos de estimulação simultâneos, o seu desempenho é deficitário. Revela dificuldades em tarefas de memória imediata mediadas por um processo de interferência bem como em tarefas que requerem maior activação dos processos atencionais (*e.g.* tarefas verbais conflictivas). De forma global, os desempenhos erráticos evidenciados pela paciente, excluindo os acima mencionados, parecem ser sustentados por dificuldades nos mecanismos de atenção.

### **SUGESTÃO TERAPÊUTICA**

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pela paciente, sugere-se processo de estimulação neuropsicológica, tal como considerado na avaliação realizada em Março de 2006, nomeadamente, Treino de Atenção/ Concentração e Memória, bem como intervenção psico-educativa no sentido de amenizar algumas dificuldades sentidas no dia-a-dia e prevenir o surgimento de outras, quer cognitivas quer emocionais. Especial atenção deve ser dada ao desenvolvimento de possível sintomatologia depressiva.

## **2.2. TRAUMATISMOS CRÂNEO-ENCEFÁLICOS**

O Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), define-se como uma agressão ao cérebro (não de natureza degenerativa ou congénita), provocada por uma força física que, por sua vez, pode levar a alteração da consciência, incapacidades físicas, congénitas e/ou comportamentais (Junqué & Barroso, 2001). As consequências podem ser temporárias ou definitivas e provocam um comprometimento funcional parcial ou total. Em contrapartida, Hora e Sousa (2005) definem TCE como qualquer agressão que provoca determinada lesão anatómica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo e, de um modo geral, encontra-se dividido, segundo a sua intensidade (grave, moderado e leve). É considerado como processo dinâmico, já que as consequências do seu quadro patológico podem persistir e progredir com o passar do tempo. Distingue-se de Traumatismo Craniano na medida em que, este último implica uma lesão apenas no crânio e não no encéfalo (Junqué & Barroso, 2001). Outro conceito directamente relacionado com este contexto do TCE, e que importa referir é o de Politraumatismo, que se define pela presença de duas ou mais lesões traumáticas graves (periféricas, viscerais ou ambas), conduzindo a consequências a vários níveis, nomeadamente respiratório ou circulatório (Lasalle & Cortés, 1999). Garcia e Albán (2003) referem que um TCE poderá ser apenas um dos componentes de um politraumatismo. Aliás, Daniel, Fonseca, Skakavac, Araújo e Lombardo (2004) assinalam que cerca de 20% dos TCE são acompanhados de traumatismos diversos, como sejam os torácicos e cervicais. A nível de Epidemiologia, e

sendo consensual na literatura, torna-se difícil obter o número exacto de pessoas alvo de um TCE (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2003; Koizumi, Lenrão, Jorge, Primerano, 2000). Neste contexto, Kraus e McArthur (1996; *cit. in Santos et al.*, 2003, p. 72) apontam alguns motivos, nomeadamente o facto de muitas pessoas que sofrem TCE ligeiro não procurarem cuidados médicos, a não identificação de TCE ligeiro em situações de politraumatismo, a ausência de registos nos casos de morte resultante de lesões múltiplas graves e dificuldades na utilização dos critérios de classificação de TCE. Todavia, apesar das limitações neste domínio, sabe-se que são um importante problema de saúde pública nomeadamente nos países ocidentais (Acedo & Garcia, 2000; López, Hernández, Espinosa, Boliart, Rona & Guitart, 2004). Alguns estudos revelam que os traumatismos cranioencefálicos são a principal causa de morte em adolescentes e adultos jovens (Cantero & Vargas, 2002). No que respeita à incidência dos TCE esta revela-se mais frequente no sexo masculino, e com maior probabilidade de ocorrência entre a infância e início da vida adulta, sendo que para o sexo feminino apresenta maior probabilidade na infância entre os 6 e os 10 anos (Asikainen, Kaste & Sarna, 1998; *cit. in Santos et al.*, 2003; López *et al.*, 2004). Whitman, Coonley-Hoganson e Desai (1984; *cit. in Santos et al.*, 2003) realçam ainda as diferenças de acordo com o nível sócio-económico revelando que se verifica uma maior probabilidade de ser alvo de TCE pessoas de baixo nível sócio-económico. Quanto à mortalidade por TCE esta é mais acentuada em sujeitos mais velhos (Vollmer, *et al.*, 1991 *cit. in Santos et al.*, 2003).

As principais causas que originam os TCE são os acidentes, particularmente, os de viação devido ao incumprimento das normas de circulação (Jaramillo, Gonzáles, Velez, Bran, Restrepo & Duque 2001; López *et al.*, 2004; Mayou & Bryant, 2000). Alguns autores, nomeadamente Tirado, Salguero, Reina, Algarrada, Luque, Vega & Burgos (2003) sublinham que estes estão na base de mais de 50% dos TCE. Por sua vez, Castro-Caldas (2000) considera que o elevado número de acidentes em Portugal está directamente relacionado com o reduzido número de campanhas de carácter preventivo. Outros autores como Torpy (2003) e Cantero e Vargas (2002) para além dos acidentes de trânsito, salientam também como causas dos TCE os desportos, quedas e agressões. Saliente-se também as lesões com armas de fogo e actividades recreativas (Rey, 2002).

De acordo com Senra & Oliveira (2003), os TCE podem ser classificados tendo em consideração três critérios: estágio de lesão, tipo de TCE e grau de severidade. Quanto ao estágio de lesão, pode-se distinguir entre lesões primárias e lesões secundárias. As lesões primárias são aquelas que são produzidas pelo impacto directo (Terán & Arteaga, 2000), e que se poderão traduzir em lacerações, contusões, fractura do crânio, lesão axónica difusa ou hemorragias intracerebrais, entre outras (Acedo & Garcia, 2000). Por sua vez, as lesões secundárias são aquelas produzidas

após o momento do traumatismo, mas não necessariamente de forma imediata (Senra & Oliveira, 2003). Segundo Lafuente e Zarranz (1998) este tipo de lesões é habitualmente responsável pela grande parte das lesões que ocorrem. Esta surge por consequência da lesão primária verificando-se por perda da regulação vasomotora cerebral (Terán & Arteaga, 2000) e manifestando-se sob a forma de isquémia, edema, alterações neuroquímicas, hipoxémia, epilepsia, hipotensão arterial, vasoespasmos, convulsões, entre outros (Acedo & Garcia, 2000). Quanto à tipologia de TCE, podem ser classificados de *abertos* – quando um objecto penetra o crânio; e *fechados* – lesão no encéfalo mas não afecção da caixa craniana (Manga & Fournier, 1997; Lezak, 1995 *cit. in* Senra & Oliveira, 2003). Relativamente às sequelas resultantes de um TCE, estas podem ser as mais variadas e dependem da região cerebral afectada (Lezak, 1995 *cit. in* Junqué, 1999; Ferri, Chirivella, Caballero, Simó, Ramirez & Noé, 2004). Assim, podem ser alterações cognitivas, emocionais, motivacionais e comportamentais (Max, Roberts, Koele, Lindgren, Robin, Arndt, Smith & Sato, 1999; Fernández & Fraile, 2000; Rey, 2002; Fleminger, Leight, Eames, Langrel, Nagra & Logsdai, 2005). A um nível superior, o TCE tem implicações na qualidade de vida dos pacientes (Lezak, 1995, *In* Junqué, 1999; Ferri, Chirivella, Caballero, Simó, Ramirez & Noé, 2004). As sequelas podem ser temporárias ou mesmo permanentes, mas frequentemente prejudicam as actividades quotidianas (Sousa, Regis & Koizumi, 1999 *cit. in* Hora & Sousa, 2005). Estas sequelas poderão ser de curta ou longa duração, prolongando-se durante meses ou mesmo anos (Fernández & Fraile, 2000). As principais áreas de afecção neuropsicológica reportam-se na memória (Junqué, 1999; Mateer, 2003), atenção e velocidade de processamento, linguagem e comunicação, funções executivas, déficits sensorio-perceptivos, orientação e outras afecções.

### 2.2.1. CASO DE AVALIAÇÃO – TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (CASO 2)

#### **Identificação Sumária**

**Nome:** A.P.R. **Idade:** 48 anos **Escolaridade:** 4ª classe **Residência:** Covilhã **Estado Civil:** Solteiro **Profissão:** Desempregado **Dominância Manual:** Direita

**Número de sessões de Avaliação Neuropsicológica:** duas sessões (28 de Setembro e 12 de Outubro de 2006)

**Motivo de avaliação:** pedido efectuado pelo médico neurologista para avaliação neuropsicológica em paciente vítima de TCE, com subsequente contusão hemorrágica, tendo como principais queixas actuais “*pressão na cabeça*” (*sic.*) e lombalgia.

**Informação Clínica Relevante:** O paciente apresenta historial de alcoolismo crónico, tendo sido acometido por Traumatismo Craneoencefálico, com subconsequente contusão hemorrágica e fractura do rochedo esquerdo e historial de Alcoolismo Crónico/ Etilismo.

**Episódio de Urgência:** Traumatismo Craneo-Encefálico, com subconsequente contusão hemorrágica (13/07/2006)

**Dados retirados do Relatório do Electroencefalograma Data:** 13/07/2007 (Duração: 29 minutos)

Paciente consciente, desorientado e razoavelmente colaborante. Traçado de vigília em repouso e com os olhos fechados. Interferência de frequentes artefactos oculares e monoculares. Não realizou hiperpneia devido à clínica. Ritmo quase contínuo com predomínio nas áreas posteriores, frequência de 7 Hz, raramente 8 Hz, amplitude de 20 a 90 uV, reactivo ao abrir de olhos. A banda beta é contínua, difusa de baixa amplitude. Ocorrem frequentes ondas teta, isoladas ou em breves surtos, projecção nas derivações anteriores. Há assimetria quase contínua pela presença de delta arritmico em área anterior do hemisfério direito, nomeadamente F8 e Tp2 onde alcança os 80 uV de amplitude.

**Conclusão:** Traçado revela lentificação difusa da actividade de base além de actividade focal em área frontal temporal direita. As alterações indicam disfunção cerebral difusa com nítido predomínio na área do foco d contusão.

**Tomografia Computorizada Encefálica Data:** 01/08/2006

Contusão hemorrágica córtico-subcortical fronto-basal e anterior direita, em reabsorção verificando-se uma diminuição do componente hemático hiperdenso face à TAC prévia de 18/07/2006 e um menor grau de hipodensidade peri-lesional, correspondente a edema vasogénico. É menor a deformação do corno frontal do ventrículo lateral direito e o desvio contra-lateral das estruturas da linha média (0,5 cm).

**Tomografia Computorizada Ouvidos Data:** 01/08/2006

Fractura do rochedo esquerdo horizontal, intersecando a maitóide e paredes da caixa timpânica no interior das quais se definem tecidos moles provavelmente traduzindo hemotímpano. Articulação inaudio maleolar esquerda esta ligeiramente desviada medialmente face à contra-lateral. Integridade das estruturas labirínticas. Sem alterações no ouvido médio direito.

**TESTES UTILIZADOS:** Entrevista semi-estruturada; *Mini Mental State Examination* (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975); Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de *Luria-*

*Nebraska* (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985); Teste do Relógio; Séries de Luria; Teste da Figura Complexa de *Rey*.

### **RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

O paciente apresenta-se à data da presente avaliação (28 de Setembro e 12 de Outubro de 2006), sem sinais marcados de deterioro cognitivo (MMSE=26, para escolaridade inferior a 11 anos), auto e alo-psiquicamente orientado, no entanto apresenta marcada desorientação temporal, Relativamente às funções motoras destaque-se a dificuldade na coordenação dos movimentos, lentificação e uma certa rigidez bilateral nos membros superiores. A nível mnésico, a memória remota e memória procedimental estão globalmente mantidas. A sua capacidade de memorização parece ser afectada por mecanismos de interferência, no entanto apenas está presente quando a tarefa de interferência é mais simples (palavras), pois no que concerne à reevocação de orações/frases completas evoca-as na totalidade. A memória associativa encontra-se globalmente mantida para reevocação mediante pistas visuais (*e.g.* imagem – palavra), no entanto revela dificuldade na reevocação de histórias contadas previamente recordando apenas alguns nós de informação. O paciente revela ligeira dificuldade na reprodução imediata (por memória) de estímulos visuais e verbais. Não revela apraxia ideatória, ideomotora nem apraxia construtiva. A nível dos processos intelectuais, descreve imagens contextualizando na globalidade o que observa, no entanto realiza com acrescido tempo de latência na resposta. Detecta o que é absurdo nas imagens e revela-se mantida a compreensão da moral de uma história, e compreensão do significado de palavras e metáforas, não ocorrendo o mesmo desempenho na interpretação de provérbios. No que respeita ao estabelecimento de semelhanças e diferenças, o paciente manifesta um pensamento concreto que se traduz em centrar-se em aspectos particulares dos estímulos, não realizando uma integração de todos os dados, bem como dificuldade na identificação de relações lógicas. O mesmo não se verifica a nível da inteligência categorial uma vez que é capaz de detectar a relação entre três dos elementos o que leva à exclusão de um quarto elemento.

### **CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

Pelo que foi analisado no processo de avaliação, o paciente apresenta dificuldades principalmente a nível mnésico, intelectual e ao nível das funções motoras. A memória explícita e memória associativa encontram-se mantidas, no entanto nesta última apresenta dificuldade quando existem mecanismos de interferência. Apresenta capacidade de aprendizagem imediata. Apresenta ainda dificuldades a nível do planeamento e pré-programação do acto motor. Ao nível dos processos intelectuais verificam-se alguns déficits que poderão dever-se ao pensamento do tipo concreto, o que faz com que apresente marcada dificuldade em compreender algumas instruções mais complexas (ainda que, não por afecção das áreas da linguagem), sendo necessário explicitar a

instrução por várias vezes. É importante referir que ao momento da avaliação realizada, o paciente refere não compreensão da necessidade do processo de avaliação, mostrando-se pouco colaborativo face a mesmo, demonstrando falta de *insight* e atitude de negação, no âmbito da patologia de alcoolismo crónico da qual é acometido. Assim, apresenta atitude rígida de clara negação quanto a consumo de substâncias etílicas. Sugere-se encaminhamento para o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

### **2.3.DETERIORO COGNITIVO E DEMÊNCIAS**

O envelhecimento é um processo dinâmico, de detrimento progressivo, diferencial. Deste processo faz parte o grupo com idade igual ou superior a 60 anos (Fontaine, 2000), ou segundo Lessa (1991), formado por um conjunto de pessoas com mais de 65 anos. A inserção deste processo decorre no ciclo de vida biológico, natural de todo o ser humano (Lima & Viegas, 1988).

O envelhecimento, a senescência ou terceira idade pressupõe alterações biológicas, físicas, sociais e psicológicas sendo estas naturais e gradativas, as quais o organismo passa após a sua fase de desenvolvimento (Lachman, 2004). Associados aos aspectos biológicos existem os vários estigmas da velhice que se traduzem com a idade por um aumento de doenças e pela modificação a nível corporal (Fontaine, 2000), todavia as pesquisas têm demonstrado, entretanto, que as mudanças biológicas não devem ser encaradas como doenças (Silva & Günther, 2000), mas como parte integrante de todo um processo genético complexo e irreversível determinado e influenciado pelo ambiente (Karasik, Demissie, Cupples, & Kiel, 2005, Carvalho & Fernandez, 1996 *cit. in* Porcu, Scantamburlo, Albrecht, Silva, Vallim, Araújo *et al.*, 2002).

Relativamente aos aspectos físicos, verificam-se alterações exógenas, tais como perda do tónus muscular, a produção das células decresce, entre outras, e endógenas (Fontaine, 2000). Nas alterações internas ou endógenas verifica-se a redução da funcionalidade do organismo, que num nível mais particular corresponde à organização molecular do Sistema Nervoso (Haweley, Berntson, Engeland, Marucha, Masi, Cacioppo, 2005) que segundo Carvalho & Fernandez (1996), são alterações grandemente influenciadas por factores genéticos e ambientais (*cit. in* Porcu *et al.*, 2002). Neste sistema há uma degradação estrutural de células responsáveis pelos vários mecanismos implicados nas funções superiores (*e.g.*, atenção, memória, resolução de problemas) que impedem a manutenção das capacidades cognitivas desenvolvidas pelo indivíduo (Fontaine, 2000), no entanto este facto não é apenas influenciado pelo substracto genético mas também pelas diferenças individuais, ou seja, por exemplo em impacto do *stress*, e as alterações que provoca no idoso está relacionado no modo como cada individuo se depara com situações

indutoras de *stress* bem como com a frequência de exposição a estas (Cacciopo, Hawkley & Berntson, 2003 *cit. in* Haweley *et al.*, 2005).

A nível funcional, a degradação em termos celulares e estruturais reflectem-se na incapacidade que o idoso apresenta, ou seja, é caracteriza-se pela dificuldade em desempenhar certos movimentos e certas actividades da sua vida diária ou mesmo impossibilita-o do seu desempenho (Rosa, Benício, Latorre & Kroeff, 2004).

Tais transformações podem reflectir-se tanto no comportamento como na experiência subjectiva da pessoa que envelhece, o que se traduz por vezes em alterações psíquicas tais como baixa auto-estima, incapacidade em realizar tarefas que anteriormente era capaz, perda de autonomia (Barreto, 1988). Neste sentido, é necessária uma abordagem interdisciplinar de modo a desenvolver métodos de avaliação biológica mais precisos de modo a ser um preditor de alterações a nível da saúde que estão subjacentes ao estado de velhice (Brown & Lowis, 2003).

Neste sentido, as alterações que se verificam a nível fisiológico e neuroanatómico, que se associam ao envelhecimento afectam não só o substrato neuronal, mas também os processos cognitivos (Junqué & Barroso, 1995).

Tendo em conta o supramencionado, por vezes e tal como referem Otero e Scheitler (2003), definir a fronteira entre envelhecimento normal é por si só um processo complexo, dado que não existe um marco referencial que possa ser definitivo nesta definição conceptual.

Consequentemente, a identificação de funções cognitivas afectadas em idosos, implica inevitavelmente tomar conhecimento daquelas que são esperadas assumirem um carácter normativo ou patológico.

Entre os autores, esta questão não é consensual, no entanto existem autores (Cruz, 1996 *cit. in* Franco & Criado, 2002), que consideram que o envelhecimento dito normativo, é caracterizado por um acréscimo de queixas somáticas (podendo assemelhar-se a sintomatologia concernente com processos depressivos); maior vulnerabilidade a determinadas doenças; modificação da capacidade de resposta biológica do idoso perante acontecimentos quotidianos que surjam e alterações químicas normativas e esperadas. Embora os processos demenciais e os déficits a nível cognitivo, sejam evidentes na população idosa, e progressivamente com o avanço na idade, estes não fazem necessariamente parte do processo normativo do envelhecimento (Carvalho & Fernández, 1996 *cit. in* Porcu *et al.*, 2002). Todavia, todo o processo é individual e único, não sendo sempre possível a diferenciação evidente para um envelhecimento normativo ou patológico. Esta dificuldade também ocorre nos estudos *post-mortem* e imagiológicos que sugerem tanto nos sujeitos normativos como com patologias, a presença de novos fibrilares,

placas neuríticas, diminuição de acetilcolina e conseqüentemente decréscimo da actividade monoaminérgica (Tomlinson, Irving & Blessed, 1981 *cit. in* Franco & Criado, 2002).

### 2.3.1.CASO DE AVALIAÇÃO – DETERIORO COGNITIVO (CASO 3)

**Identificação sumária:**

**Nome:** G. F. B. **Idade:** 76 anos **Escolaridade:** 3<sup>a</sup> classe **Profissão:** Reformado **Localidade:** Covilhã **Dominância Manual:** Direita

**Sessões de Avaliação Neuropsicológica:** Quatro sessões (2, 16, 23 e 27 de Outubro de 2006).

**Motivo da consulta:** Pedido efectuado pelo médico neurologista, para avaliação das funções neuropsicológicas em paciente com provável processo demencial.

**Informação clínica:** Actualmente encontra-se a fazer a seguinte medicação: Fluticasona + salmeterol [seretaide diskus] 500 mg; Furosemida [lasix] 40 mg; Fenspirida [pneumorel retard] 80 mg; Ramipril [triatec] 1,25 mg; Alprazolam [xanax] 0,5 mg; Nitroglicerina [nitro-dur] 4,8 mg/24h; Fluimucil (efervescente). Na exploração de aspectos médicos refere que já foi submetido a operações cirúrgicas às varizes, à prostata e às cataratas no olho direito.

**Principais queixas:** O paciente surge à avaliação revelando uma atitude colaborativa perante o processo. Apresenta como principais queixas esquecimentos quotidianos (e.g., esquecer recados, esquecer conversas, esquecer onde por as chaves e vários objectos), tendo-se verificado um acentuar desta dificuldade desde há quatro anos até à actualidade.

**TESTES UTILIZADOS:** Entrevista semi-estruturada; *Mini Mental State Examination* (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975); Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro & Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1978); Séries de Luria (Forma A e B); Teste do Relógio; Figura Complexa de *Rey*.

**Estado de consciência e atitude na realização do teste:** Apresenta-se colaborativo durante todo o processo de avaliação, com humor eufímico. Apresenta-se orientado espacio-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, sem evidência de déficit cognitivo marcado quando avaliado por exame cognitivo breve (MMSE = 29 / NUMA PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL DE 30 para uma escolaridade inferior a 11 anos).

Na exploração das funções mnésicas, perante tarefas de reevocação sete itens verbais não relacionados, apresenta capacidade de evocação imediata de quatro itens. Contudo, com a repetição de ensaios manifesta capacidade de aprendizagem ainda que repita os ítems de forma aleatória. O máximo de itens que consegue memorizar é cinco e expressa capacidade em predizer

o seu desempenho de forma realista. O paciente revela alguma dificuldade na reprodução imediata (por memória) de estímulos visuais (reproduz quatro de um conjunto de cinco) e acústicos (apenas reproduz sons de maior intensidade). Não evidencia, no entanto dificuldade na reprodução cinestésica. A sua capacidade de recordação de estímulos verbais encontra-se afectada por mecanismos de interferência, em maior medida quando esta é heterogénea com o material a reter.

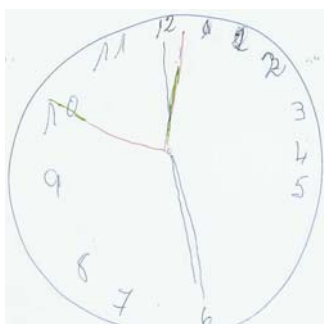
Quando se solicita a recordação de orações/frases completas, apenas retém a derradeira (efeito de recência). A memória associativa apresenta-se fortemente comprometida na medida em que perante a leitura de uma história, apenas retém, com subsequente evocação, “*o corvo comeu*” (*sic.*) referindo de seguida não recordar qualquer nó de informação para além deste. Apresenta ainda dificuldade marcada no estabelecimento de conexões entre estímulos verbais e estímulos visuais (dificuldade em associar palavras a imagens) recordando correctamente apenas duas de sete associações apresentadas. A nível dos *processos intelectuais*, descreve imagens focalizando cada aspecto independentemente e não o contextualizando na globalidade da imagem. Apresenta dificuldade marcada na organização sequencial de imagens, necessitando de pistas verbais que o auxiliem, não detecta o que é absurdo perante imagens, limitando-se a descrevê-las. Revela algum défice na compreensão da moral de uma história, bem como na resposta a questões relativas à história (eventualmente porque esquece alguns aspectos verificando-se também alguma confabulação) ainda que compreenda o significado de algumas metáforas.

No que respeita ao estabelecimento de semelhanças e diferenças, o paciente manifesta um pensamento concreto que se traduz em centrar-se em aspectos particulares dos estímulos, não realizando uma integração de todos os dados. Verificam-se ainda algumas dificuldades na identificação de relações lógicas: por exemplo, os elementos pertencentes a uma determinada categoria hierárquica superior, bem como o processo inverso (capacidade de indução e dedução) e ainda as partes que compõem o todo e o seu inverso. Também consegue identificar opostos quando estes são pedidos de forma directa e não sob a forma de analogia. Do ponto de vista da inteligência categorial, apresenta défice. O paciente resolve facilmente problemas aritméticos simples, cálculos matemáticos apresentando apenas alguma dificuldade nos mais complexos.

Relativamente às *funções motoras*, em tarefas de movimento simples (*e.g.*, toque sequencial no polegar, abrir e fechar cada mão separadamente) apresenta um desempenho superior no lado esquerdo ainda que pouco significativo. Em tarefas manuais de tipo *go-no-go*, realiza correctamente ainda que seja notória alguma rigidez. No entanto, em tarefas onde é dada uma instrução diferente para cada mão, executa algumas correctamente e outras não (*e.g.* bater uma vez com a mão direita e duas vezes com a mão esquerda, em que por vezes realiza três

batimentos) verificando-se também a presença de alguma rigidez e lentificação. Na organização visuo-espacial do acto motor o paciente revela-se capaz, verificando-se apenas a realização de uma das posições em espelho. No que respeita a apraxias (ideomotora e orobucal) não se verifica a sua existência. O paciente consegue desenhar figuras simples (*e.g.* círculo, quadrado e triângulo), bem como copiar, apresentando uma melhor qualidade do traço na tarefa de cópia. Perante estas tarefas apresenta algum tempo de latência. Em tarefas de regulação verbal do movimento (*e.g.* se disser vermelho puxe a caneta, se disser verde não faça nada) o paciente manifesta capacidade em inibir os movimentos solicitados. Apenas uma das tarefas é realizada de forma desadequada, parecendo dever-se a esquecimento da instrução. Mesmo nas tarefas anteriores foi necessária a repetição da instrução. Relativamente à análise das **funções tácteis**, a nível da localização da estimulação cutânea apresenta dificuldade, essencialmente no lado esquerdo, em que realiza apenas aproximações. É capaz de discriminar de um modo geral o tipo de estimulação (*e.g.* com a cabeça ou ponta de alfinete) verificando-se mais dificuldade quando a estimulação é com a segunda. Quanto à discriminação de um ou dois pontos, salienta-se dificuldade na mão esquerda (dedo médio e costa da mão nesta direcção) e pulso esquerdo em ambos os lados. Não manifesta dificuldades na identificação da direcção do movimento quando estimulados os membros superiores. Reconhece figuras desenhadas em ambos os pulsos (grafiestesia), contudo, quanto a números e letras, manifesta dificuldade na sua identificação no pulso esquerdo. Apresenta reconhecimento táctil de objectos (estereognosia). No que respeita às **funções visuais**, identifica facilmente objectos reais, o mesmo não se verificando quando os objectos são apresentados sob a forma de imagem impressa em cartão, acrescendo-se esta dificuldade quando os estímulos são figuras incertas ou desfocadas. Do mesmo modo apresenta dificuldade em tarefas de tipo matrizes de Raven. Ainda assim, no teste de *Poppelreuter* (identificar objectos sobrepostos) apresenta um bom desempenho. Em termos de orientação espacial (exercícios envolvendo manipulação de relógios) apresenta facilidade, o mesmo se verificando nas actividades de construção (contagem do número de cubos numa construção – teste de *Yerkes*). Na exploração de alguns aspectos da **linguagem receptiva** verifica-se que repete

**Figura II.** Desempenho do paciente na elaboração do Teste do Relógio.



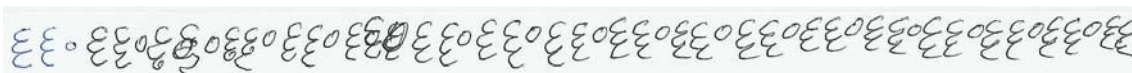
facilmente fonemas simples isolados, verificando-se apenas alguma dificuldade quando se trata da repetição de fonemas de som similar (*e.g.* d-t; q-g). A compreensão da linguagem mantém-se preservada, bem como a capacidade de definição de conceitos (*e.g.* dar, mar, par). Além disso, mantém a capacidade

de executar pequenas instruções (*e.g.* mexa um pé).

A respeito da **linguagem expressiva** repete correctamente sons, palavras e frases. Do ponto de vista da fluidez e automatização da fala, o paciente consegue reproduzir séries de palavras automatizadas (*e.g.* contar de 1 a 20, pronunciar os dias da semana) com fluidez. A capacidade de *escrita* de fonemas, palavras e frases mantém-se preservada. Apresenta dificuldade a nível do planeamento e pré-programação, com base no teste do relógio, verificando-se dificuldade na disposição dos números, considerando o espaço apresentado, alguma inatenção na colocação dos ponteiros e no tamanho dos mesmos (Figura II).

Esta inatenção é também verificada na realização das séries de Luria (Forma A e B) (Figura III e IV), sendo que na realização da serie gráfica da forma A teve maior dificuldade, verificando-se uma inicial alteração do padrão, sendo corrigido posteriormente pelo paciente.

**Figura III.** Desempenho do paciente na realização das séries gráficas de Luria (Forma A).

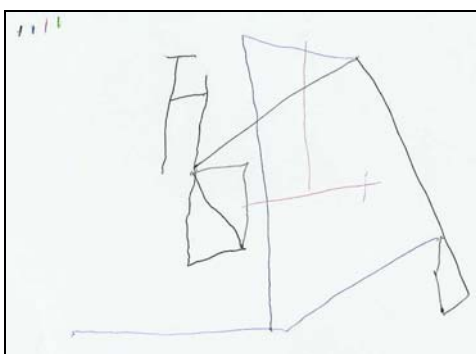


**Figura IV.** Desempenho do paciente na realização das séries gráficas de Luria (Forma B).

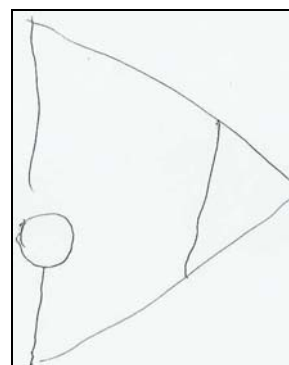


A nível da memória visuo-construtiva verificou-se uma lentificação bastante significativa na realização da mesma; concomitantemente com dificuldades de execução visuo-construtivas, nomeadamente na integração dos vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível. (Figura Complexa de Rey) (Figura V e VI).

**Figura V.** Desempenho da paciente na Cópia da Figura Complexa de Rey



**Figura VI.** Desempenho da paciente na reevocação da Figura Complexa de Rey.



Quanto às funções neuropsicológicas avaliadas, as dificuldades de maior relevância parecem ser principalmente a nível mnésico, e em segundo plano dos processos intelectuais, funções tácteis e visuais. No que respeita à memória, verifica-se essencialmente o comprometimento da memória a curto prazo, com e sem interferência. Do ponto de vista dos processos intelectuais, apresenta alguns défices, donde se destacam dificuldades a nível da: abstracção (*e.g.* detecção de absurdos),

organização e sequenciação, identificação de relações lógicas, inteligência categorial e inatenção leve/moderada. Evidencia também uma sensibilidade diminuída do lado esquerdo, assim como um menor desempenho a nível motor no mesmo lado (ainda que pouco significativo)

Quanto às dificuldades visuais (ainda que presentemente pouco significativas), parecem dever-se ao facto de o paciente ter sido alvo de uma operação cirúrgica às cataratas na vista direita e actualmente considerar que também a vista esquerda está a diminuir a sua capacidade visual.

### INTEGRAÇÃO

Apresenta-se colaborativo durante todo o processo de avaliação, com humor eutímico, orientado espacio-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, sem evidência de *déficit* cognitivo marcado quando avaliado por exame cognitivo breve (MMSE = 29 / NUMA PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL DE 30 para uma escolaridade inferior a 11 anos).

A avaliação das funções motoras das mãos revela dificuldades de coordenação do acto motor, principalmente no lado esquerdo. Assim, verifica-se que a paciente apresenta dificuldade em coordenar o acto motor quer em tarefas unilaterais como também em bilaterais. Não revela apraxia ideatória, ideomotora nem apraxia construtiva. Este aspecto fica particularmente evidente na cópia da figura do MMSE, figuras geométricas simples e padrões. Ao nível da exploração das funções tácteis verifica-se maior dificuldade na localização da estimulação cutânea, mais marcadamente no membro superior esquerdo, o que faz com que o seu desempenho se baseie em aproximações. A capacidade de discriminação do tipo de estimulação realizada encontra-se prejudicada, o mesmo se verificando quanto à discriminação de um ou dois pontos (e.g. na mão esquerda com maiores evidências de dificuldade na mão esquerda (dedo médio e costa da mão nesta direcção; e costas do pulso esquerdo). Não manifesta dificuldades na identificação da direcção do movimento quando estimulados os membros superiores. Encontram-se mantidas capacidade de grafíestesia (e.g., números e letras) e de estereognosia (e.g., reconhecimento táctil de objectos). Quanto à **linguagem expressiva**, o paciente apresenta um **discurso** simples, coerente e compreensível por terceiros, sem parafasias. Encontram-se mantidas a compreensão e a descrição de imagens, no entanto utilizando ma linguagem simples que poderá ser sustentado pelo nível de escolaridade. A compreensão da linguagem mantém-se preservada, bem como a capacidade de definição de conceitos (e.g., dar, mar, par). Além disso, mantém a capacidade de executar pequenas instruções (e.g., mexa um pé). A automatização da fala encontra-se normalizada em sentido anterógrado e no sentido retrógrado. Não revela anomia.

Aquando a realização de tarefas verbais em que tem que manipular mentalmente os conteúdos, o seu desempenho é normativo no entanto apresenta inatenção a este nível, ainda que apresente capacidade para corrigir as suas incorrecções. A fluidez e automatização da fala encontram-se

normalizadas tanto em sentido anterógrado como retrógrado. Relativamente às funções mnésicas, a memória remota e memória procedimental estão globalmente mantidas.

A capacidade de aprendizagem, avaliada por meio de uma tarefa de (7) palavras não-relacionadas é insatisfatória, sendo pouco consistente, bem como em tarefas que suscitam memória associativa. Apresenta dificuldades a nível do planeamento e pré-programação do acto motor.

### CONCLUSÃO

Em síntese, após realizada a avaliação das funções neuropsicológicas, verifica-se que as dificuldades apresentadas e o desempenho nas tarefas, são coincidentes com as queixas referidas pelo paciente, nomeadamente inseridas na esfera mnésica. Verifica-se afecção em processos intelectuais (e.g. ao nível da identificação de relações lógicas, abstracção e inatenção moderada) e a nível motor sensibilidade prejudicada em membro superior esquerdo.

É necessário referir que na realização das tarefas o seu desempenho é caracterizado por lentificação cognitiva, traduzida em maior tempo de concretização da tarefa e presença de processos de inatenção e impulsividade. Os dados da avaliação neuropsicológica sugerem presença de **deterioro cognitivo ligeiro**. Sugere-se monitorização dos *déficits* para avaliação de possível evolução para quadro demencial.

### 2.4. ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

De entre as patologias relacionadas com as doenças cardíacas ou coronárias, os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são aquelas que mais afectam a população portuguesa, sendo considerada a primeira causa de morte e uma causa importante de internamento hospitalar (Pereira, Coelho & Barros, 2004). É uma patologia que constitui uma das patologias mais frequentes no campo da patologia neurológica (Junqué & Barroso, 1995).

Nos países ocidentais (incluindo Portugal), os AVC's são considerados a maior causa de morte, após a doença coronária e o cancro (Pittela & Duarte, 2002; Bogousslavsky, Kaste, Olsen, Hacke & Orgogozo, 2000), no entanto os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) constituem nos países desenvolvidos a terceira causa de morte, bem como principal causa de incapacidade crónica (Organização Mundial de Saúde *cit. in* Rudd & Olfe, 2002).

O Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca Portugal em primeiro lugar na mortalidade por AVC entre 1989 e 1992, com valores de 253/100.000 homens e 208/100.000 mulheres (em comparação, os valores dos Estados Unidos da América foram de 59 e 57, respectivamente) (Bronner, Kanter & Manson, 1995). Enquanto, estimativas da OMS relatam que em Portugal no período de 2003, nove em cada mil habitantes ficaram com incapacidades (referente a 2003) e no ano de 2002, dois mil e sessenta e nove pessoas faleceram decorrente de um AVC (Mackay & Mensah, 2004). O termo Acidente Vascular Cerebral derivou do termo

apoplexia: «*The term Apoplexia was employed by the Greeks, and is still used, to denote a disease in which the patient falls to the ground, often suddenly, and lies without sense or voluntary motion. Persons instantaneously thus affected, as if struck by lightning, were, by the ancients, denominated, attoniti, syderaW*» (Cooke, 1820 cit. in Pound, Bury & Ebrahim, 1997). Subjacente a este termo estaria a ocorrência implícita de uma hemorragia cerebral que, actualmente, não se considera dado que nem todos os Acidentes Vasculares Cerebrais se comportam necessariamente com uma hemorragia cerebral (León-Carrión, 1995). Os Acidentes Vasculares Cerebrais apesar de incidirem com maior frequência na idade avançada (Pires, Gagliardis & Gornozi, 2004), existem casos de ocorrência desta mesma condição clínica em jovens, ainda que consideravelmente em menores proporções, sendo que aumenta em probabilidade com o incremento da idade (Brass, 1993). Segundo Cardoso, Fonseca & Costa (2003), os Acidentes Vasculares Cerebrais, nos adultos jovens são considerados como uma patologia rara. No entanto, relativamente às causas e factores de risco desta patologia, verifica-se que existem vários estudos destes factores em jovens, e paradoxalmente, existem menos estudos em relação aos idosos (Botrel, Costa, Costa & Costa, 2000; Lee, Hsu, Chen & Chen, 2002).

De forma sucinta, um Acidente Vascular Cerebral, é considerado um *déficit* neurológico desencadeado por patologia vascular no Sistema Nervoso Central (Pittela & Duarte, 2002; Perea-Bartolomé & Ardila, 2005), ou simplesmente, segundo Junqué & Barroso (1995), é considerado uma anomalia cerebral que resulta de um processo patológico dos vasos sanguíneos (Mazzola, Polese, Schuster & Oliveira, 2007). Na literatura científica este é diferenciado em *Isquémico* ou *Hemorrágico* (*European Stroke Initiative*, 2003; Caldas 2000; Brass, 1993). Estudos relatam serem comuns, em casos de AVC, a ansiedade, a depressão, os perturbações de sono e da função sexual, alterações motoras, sensoriais, cognitivas e de comunicação, e alterações fisiológicas durante actividades físicas (dispneia, angina, hipertensão), que provocam limitações aos indivíduos acometidos por este tipo de patologia (Falcão, Carvalho, Barreto, Lessa & Leite, 2004). O Acidente Vascular Cerebral do tipo Isquémico é responsável por aproximadamente 90% de todos os Acidentes Vasculares Cerebrais, os quais constituem a segunda maior causa de mortalidade em todo o mundo, e uma causa que provoca incapacidade nos países industrializados (Fragata, Galo, Manita, Ferreira & Reis, 2006).

Ocorre por oclusão vascular, levando a que o oxigénio e a glucose afluam adequadamente para o tecido cerebral interferindo assim no metabolismo energético das células (Caldas, 2000; León-Carrión, 1995; Brass, 1992). As áreas circundantes geralmente são afectadas e designa-se de zona de penumbra isquémica (Ferro & Pimental, 2006). A oclusão ou hipoperfusão do vaso cerebral envolvido provoca alterações na irrigação sanguínea, conduzindo a um processo de necrose

neuronal que se propaga em poucos minutos na zona antes irrigada (Castillo, 2000). No entanto, outras áreas próximas podem ser afectadas indirectamente «*e seemr transformadas em enfarte por sofrimento neuronal secundário induzido pelos efeitos citotóxicos e excitotóxicos da cascata bioquímica isquémica*» (European Stroke Initiative, 2003, p.2).

#### 2.4.1.CASO DE AVALIAÇÃO – ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS (CASO 4)

##### **Identificação sumária**

**Nome:** I. M. S. C. **Idade:** 28 anos. **Escolaridade:** 12º ano. **Residência:** Penamacor. **Estado civil:** Solteira **Dominância Manual:** Direita.

**Sessões de avaliação:** seis sessões (dois momentos de avaliação).

**Informação Clínica:** Paciente com 27 anos de idade, com história de AVC hemorrágico em finais de Março de 2006, tendo dado entrada nos serviços de urgência do Centro Hospitalar Cova da Beira no dia 02/04/2006. O TAC mostrou presença de hemorragia parenquimatosa occipito-parietal esquerda com presença de sangue no ventrículo. Ao episódio de urgência, apresentava a seguinte sintomatologia: quadro de agitação, nistagmo exuberante, pupilas isocóricas com 4 mm de diâmetro, reactivas. No que concerne, aos antecedentes pessoais, verifica-se que apresentava hábitos tabágicos regulares. Ao exame neurológico realizado no dia de internamento, observou-se discreta assimetria de reflexos em detrimento do hemicorpo direito com discreto mas evidente desvio de rima bucal para a esquerda e hemianopsia homónima direita. A paciente encontrava-se apirética, consciente e colaborante. Ressalvou-se amnésia peri-evento. Relativamente, à sua evolução, verificou-se uma evolução favorável com níveis tensionais normais. Após segundo exame neurológico manteve discreta hemianopsia homónima direita. A RMN mostrou ainda muito sangue nos ventrículos e no parênquima e não permite observar tensões subjacentes. Foi realizado TAC de Controlo, explicitado adiante, no entanto foi possível verificar que a paciente foi acometida por AVC Hemorrágico em Março de 2006. Mantém ligeiro apagamento do sulco masogeniano à direita, defeito campimétrico nos campos direitos. Lesão occipito-parietal esquerda com reabsorção. Presença de Dismnésias.

**Dados retirados da Ressonância Magnética Cerebral Data:** 21/04/2006

Planos axiais ponderados em T2 e T1. Planos sagitais ponderados em T1. O estudo efectuado revela a presença de uma lesão hemorrágica em localização parieto-occipital interna, condicionando deformação do ventrículo lateral adjacente, com discreto haloedematoso envolvente. Presença de hemorragia intraventricular adjacente atingindo o átrio e corno occipital

do ventrículo. Devido à presença e da grande quantidade de metahemoglobina apresentando a lesão intensa intenso hipersinal em T1, não foi administrado produto de contraste paramagnético, dado que não seria possível avaliar a existência de realce ou não após o mesmo. Não é pois possível no momento actual confirmar ou excluir a presença de lesão subjacente à hemorragia. Sugestao de contolo imagiológico por TAC e reavaliação por numa fase de reabsorção já mais completa isto se então justificar e no sentido de excluir lesão subjacente. Não são evidentes outras lesões endocranianas infra ou supratentoriais. O sistema ventrículo-cisternal, apresenta dimensões normais apesar de se encontrar deformado o ventrículo lateral esquerdo, como acima já foi referido. Não são evidentes alterações da pnneumatização a nível dos seios perinasais e não se detectam lesões obstrutivas a nível do *cavum* rinofaríngeo.

**Dados retirados do Tomografia Computorizada Encefálica Data: 08/06/2006**

**Relatório:** AVC Hemorrágico em 02/04/2006. TAC de controlo. Foram observados cortes axiais de 3 mm de espessura na fossa posterior e de 10mm para o espaço supra-tentorial, sem administração de produto de contraste. Comparação com o estudo de 02/04/2006 Identifica-se área de hipodensidade cortiço-subcortical parieto-occipital medial esquerda, com concomitante alargamento dos espaços do LCR locoregionais, constituindo lesão encefálo-clástica sequelar à conhecida hemorragia. Não são visíveis outras alterações valorizáveis da densidade e morfologia das estruturas encefálicas, nem das dimensões e configurações dos espaços de circulação de LCR. As amígdalas cerebelosas apresentam-se em correcta topografoa. Normal transparência das cavidades tímpano-mastoideas e dos seios perinasais abrangidos pelo estudo.

**Dados retirados da Ressonância Magnética Crânio-Encefálica Data: 19/07/2006**

Planos sagitais ponderados em T1, planos axiais em D.P.T2 e em T2 FLAIR e ANGIO-TOF RM que completamos em reconstruções em MIP. O estudo RM efectuado revelou área parenquimatosa sequelar parieto-occipital interna esquerda, sem efeito de massa associando-se expansão do trígono ventricular adjacente, área esta que se apresenta evolução de sinal idêntica à do líquido em todas as ponderações designadamente em T2 FLAIR, traduzindo cavitação, incluindo pequenos resíduos hemático (hemossiderina) e glicose perilesional. O sifão carotídeo esquerdo, apresenta igualmente redução de fluxo e observa-se pobreza vascular nos pequenos vasos dependentes da artéria cerebral média homolateral que apresentam irregularidades, sugerindo vasculite. Não se observam outras lesões endocranianas nomeadamente malformações arteriovenosas ou do tipo expansivo.

## **PRIMEIRA AVALIAÇÃO REALIZADA**

---

**Testes utilizados:** Entrevista semi-estruturada; *Mini Mental State Examination* (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975); Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de *Luria-Nebraska* (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985); Teste do Relógio; Séries de Luria; Teste da Figura Complexa de *Rey*.

**Motivo de avaliação:** pedido efectuado pelo médico neurologista para avaliação das funções neuropsicológicas em paciente acometida por acidente vascular cerebral em Abril de 2006, e tendo como principais queixas dismnésias e cefaleias.

### **RESULTADOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

A paciente apresenta-se orientada espacio-temporalmente, auto e alo-psiquicamente ao momento da avaliação. Apresenta-se colaborativa durante todo o processo de avaliação e com humor eutímico. A linguagem receptiva para questões e instruções simples, bem como a linguagem expressiva encontram-se normalizadas.

Relativamente às funções mnésicas, a memória remota e memória procedimental encontram-se mantidas; verificando-se capacidade de aprendizagem e consolidação de um conjunto de (7) itens não-relacionados apresenta-se normalizada bem como a sua capacidade de julgamento crítico acerca dos seus próprios desempenhos está mantida. A avaliação do processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência, revela que a memória a curto prazo para conjunto de palavras e frases revela-se afectada, no entanto em tarefas que não implicam interferência revela menor dificuldade na sua realização. O seu desempenho no Teste do Relógio permitiu verificar que se encontram presentes mecanismos atencionais ineficazes. Apesar de respeitar os números do relógio, a sua localização no espaço, o espaço entre cada número e posição entre estes, a indicação de uma determinada hora no relógio é bastante elucidativa dos referidos deficits.

### **INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA**

- A paciente apresenta-se orientada espacio-temporalmente, auto e alopsiquicamente;
- Apresenta marcada dificuldade em tarefas conflictivas do ponto de vista do conteúdo verbal que requerem mais atempadamente a activação da atenção mantida e alguma capacidade de abstracção;
- Relativamente às funções mnésicas, a memória remota e memória procedimental estão preservadas. A capacidade de aprendizagem e consolidação encontra-se ligeiramente afectada, bem como os processos de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de

interferência. Estas dificuldades acentuam-se ainda mais nas tarefas de memória associativa de reevocação de histórias e de associações de imagens-palavras:

- Do ponto de vista das capacidades mediadas pelas regiões frontais a paciente revela desempenhos satisfatórios, nomeadamente nas tarefas de inibição de respostas e juízo crítico.

Tendo em conta as potencialidades e dificuldades apresentadas pela paciente, sugere-se processo de reavaliação das funções neuropsicológicas (num prazo aproximado de 3 a 6 meses), de forma a monitorizar as dificuldades que actualmente a paciente revela. **Não se confirmam, pelo estudo neuropsicológico realizado, as queixas apresentadas pela paciente, encontrando-se os seus desempenhos dentro de padrões normativos em função da idade e escolaridade.**

#### SEGUNDA AVALIAÇÃO REALIZADA

---

**Número de sessões Avaliação Neuropsicológica:** três sessões (15, 27 de Fevereiro e 09 de Março de 2007)

**Motivo de avaliação:** pedido efectuado pela médica neurologista para reavaliação de controlo das funções neuropsicológicas, em paciente acometida por Acidente Vascular Cerebral em Abril de 2006, e actualmente sem queixas presentes. Reavaliação para eventual alta.

#### **RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

A paciente apresenta-se orientada espaço-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, sem evidência de *déficit* cognitivo quando avaliado por exame cognitivo breve (MMSE = 29 / NUMA PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL DE 30 para uma escolaridade superior a 11 anos). A avaliação das **funções motoras** das mãos revela capacidade de coordenação do acto motor, no entanto em tarefas bilaterais mais complexas, como abrir e fechar ambas as mãos alternadamente, apresenta ligeira dificuldade no membro superior esquerdo, a nível distal. Aquando de tarefas de mimetização dos mesmos gestos realizados pelo avaliador, a paciente realiza os movimentos de forma correcta. Não revela apraxia ideomotora, ideatória e construtiva. Quanto às **funções tácteis**, a capacidade de reconhecimento de um ponto de estimulação encontra-se mantida em ambas as mãos, ainda que apresente dificuldade a este nível no membro superior esquerdo, o que se traduz na identificação por aproximação do ponto de estimulação. Distingue adequadamente intensidades de estimulação (*e.g.*, forte, suave, ponta ou cabeça de alfinete) e direcção de movimentos (*e.g.*, cima, baixo, esquerda, direita). Do ponto de vista da estereognosia, não revela dificuldades de reconhecimento nos membros superiores, para letras do alfabeto, números bem como para o reconhecimento de figuras geométricas. Relativamente à **linguagem receptiva**, compreende e implementa instruções simples e complexas apresentadas pelo avaliador. Mesmo nas tarefas mais complexas do ponto de vista verbal, nas quais é necessária a manipulação mental dos conteúdos

que constituem uma frase, o seu desempenho é correcto, o que revela manutenção adequada dos mecanismos atencionais. Não revela anomia. A fluidez e automatização da fala encontram-se mantidas tanto em sentido anterógrado como retrógrado (*e.g.*, *contar de 1 a 20 e vice-versa*).

Quanto à **linguagem expressiva**, a paciente revela um discurso conversacional compreensível e coerente, sem parafasias. Mediante a apresentação de problemas matemáticos, a paciente apenas realiza adequadamente os mais simples, sendo que nos complexos necessita de pistas para apoiar o raciocínio e concluir o resultado. A audição fonémica, avaliada através de tarefas de repetição verbal e escrita, encontra-se mantida, assim como a **escrita e leitura**. Relativamente às **funções mnésicas**, a memória remota e memória procedimental estão globalmente mantidas. A capacidade de aprendizagem, avaliada por meio de uma tarefa de (7) palavras não-relacionadas é satisfatória, estando também mantida a sua capacidade de julgamento crítico acerca dos seus próprios desempenhos. A avaliação do processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência, revela que a memória a curto prazo para conjunto de palavras e frases encontra-se afectada, no entanto em tarefas que não implicam interferência revela menor dificuldade na sua realização. O seu desempenho no Teste do Relógio permitiu verificar que se encontram presentes mecanismos atencionais eficazes. O desempenho da paciente, revela correcta colocação dos números do relógio, a sua localização no espaço e a indicação de uma determinada hora. Na realização das Séries Gráficas de Luria (Forma A e B), a paciente apresenta um desempenho normativo, mantém a regra e realiza correctamente ambos os padrões.

Quanto ao **humor**, destaque-se que durante as sessões de avaliação, a paciente manifestou humor eutímico. Quanto à sintomatologia depressiva avaliada formalmente através do IACLIDE, sugerem ausência de processo depressivo.

### CONCLUSÃO

Tendo em conta a avaliação neuropsicológica realizada verifica-se que as principais dificuldades da paciente reflectem-se a **nível motor** (*i.e.*, maior dificuldade de coordenação no membro superior esquerdo, bem como dificuldade na identificação de pontos de estimulação igualmente a este nível). Apresenta dificuldades em tarefas que exigem a retenção e **recuperação de informação** (*retrieval*), mediado por um **processo de interferência** (memória a curto-prazo).

**Em síntese**, tendo em conta a avaliação neuropsicológica realizada é importante referir que o desempenho em tarefas de avaliação do funcionamento cognitivo permite sustentar, que a paciente apresenta um funcionamento cognitivo dentro de padrões normativos para a idade e nível de escolaridade.

## 2.5. EPILEPSIA

A Epilepsia é uma doença neurológica, de etiologia variada, que se manifesta por crises epilépticas recorrentes (pressupõe, portanto, a ocorrência de duas ou mais crises) e pela presença de determinada actividade paroxística correlacionada com mudanças desorganizadas na actividade neuronal do córtex cerebral (Manga & Fournier, 1997; Marchetti & Kurcgant, 2001; Betting, Kobayashi, Montenegro, Min, Cendes *et al.*, 2003; Santo, Maineri & Portuguez, 2004; Silva & Cavalheiro, 2004; Ardila, 2005; Victoria, Bazaldúa, Granados & Idrovo, 2005; Pimentel, 2006). As crises epilépticas são descargas eléctricas anormais das células nervosas ou neurónios. É uma das doenças do Sistema Nervoso conhecida desde há muito tempo (Braga, 2005), podendo ser devidas a diversas causas, nomeadamente hereditárias e que aparecem em indivíduos sem qualquer outra patologia neurológicas, ou secundárias a uma prévia lesão do córtex cerebral (Pimentel, 2006), tais como choque eléctrico, deficiência em oxigénio, traumatismo craniano, baixa da quantidade de açúcar no sangue, privação de álcool, abuso de substâncias.<sup>5</sup> Em cada mil portugueses, 4 a 10 sofrem desta doença, ou seja aproximadamente, 1 em cada 200 pessoas é epiléptica (Braga, 2005). Neste sentido, segundo Ferro & Pimentel (2006), em Portugal o número de epilépticos rondará os 60. 000, e deverá existir cerca de cinco mil novos casos todos os anos. Esta doença, pode ter início em qualquer idade, no entanto é mais comum até os 25 anos e depois dos 65 anos.<sup>1</sup> Devido ao seu impacto, o tratamento e o estudo da epilepsia tem sofrido enorme evolução particularmente nas últimas décadas, o que permite a disponibilidade de novas opções de tratamento farmacológico e cirúrgico estão disponíveis, bem como novos exames complementares de diagnóstico (Braga, 2005). A crise epiléptica entende-se um fenómeno paroxístico, intermitente, não provocado, de causa primária ou secundariamente encefálica, provocado por uma descarga síncrona, anormal e excessiva, de um determinado contingente neuronal do córtex cerebral (Santo, Maineri & Portuguez, 2004; Victoria, Bazaldúa, Granados & Idrovo, 2005). Neste sentido, pode-se manifestar por perturbações da consciência, alterações motoras, sensitivo-sensoriais ou psíquicas. Torna-se possível verificar estas características através do registo electroencefalográfico (EEG) crítico, isto é, quando realizado durante uma crise (Yacubian, 2002; Santo, Maineri & Portuguez, 2004; Pimentel, 2006), no entanto na sua avaliação deverá ser consideradas características semiológicas, idade do paciente a quando da sua ocorrência, dados de exame físico, padrões electroencefalográficos e resultados de estudos de imagem (Artigas, 1999; Yacubian, 2002; Santo, Maineri & Portuguez, 2004). Dentro das manifestações podemos encontrar sinais motores, experiências psíquicas, distúrbios autonómicos e fenómenos neurológicos negativos (tais como a perda de voz e tónus muscular) (Santo, Maineri

---

<sup>5</sup> Liga Portuguesa Contra a Epilepsia. *O que é a epilepsia?* Disponível em: <http://www.lpce.pt/doque.htm> Acedido em 26/03/2007.

& Portuguez, 2004). Essas informações devem ser reunidas para possibilitar o diagnóstico síndromico, fundamental para a determinação do prognóstico, bem como para orientar a necessidade de outros procedimentos diagnósticos e a programação terapêutica (Yacubian, 2002).

### 2.5.1. CASO DE AVALIAÇÃO – EPILEPSIA (CASO 5)

#### Identificação Sumária

**Nome:** J. M. J. C. F. **Idade:** 23 anos **Escolaridade:** 9º ano (incompleto) **Residência** Covilhã  
**Estado civil:** Solteiro **Profissão:** Estudante **Dominância manual:** Direita.

**Sessões de Avaliação Neuropsicológica:** 24 de Outubro, 10 e 17 de Novembro de 2006.

**Motivo de avaliação:** pedido efectuado por médico neurologista para avaliação das funções neuropsicológicas em paciente com história de epilepsia desde os 2 anos, no entanto controlada desde Janeiro de 2000. Encontra-se medicado com cinco fármacos em dose elevada para possível alteração, de acordo com a reavaliação da situação.

#### RESULTADOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

O paciente apresenta-se orientado espacio-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, sem evidência de déficit cognitivo marcado quando avaliado por exame cognitivo breve (MMSE=27, para um nível de escolaridade inferior a 11 anos). Durante todo o processo de avaliação revelou uma atitude pouco colaborativa com o mesmo, estando presente um marcado padrão de inatenção e de impulsividade na abordagem das tarefas. A avaliação das funções motoras dos membros superiores, revela dificuldades de coordenação do acto motor, principalmente no membro superior esquerdo, verificando-se uma maior dificuldade em coordenar o acto motor em tarefas bilaterais.

Não revela apraxia ideatória, ideomotora nem apraxia construtiva. Este aspecto fica particularmente evidente na cópia da figura do MMSE, figuras geométricas simples e padrões.

Ao nível da exploração das **funções tácteis** verifica-se maior dificuldade na localização da estimulação cutânea, mais marcadamente no membro superior esquerdo, o que faz com que o seu desempenho se baseie em aproximações. A capacidade de discriminação do tipo de estimulação realizada encontra-se mantida, o mesmo se verificando quanto à discriminação de um ou dois pontos (*e.g.* no entanto na mão esquerda evidência uma certa dificuldade). Não manifesta dificuldades na identificação da direcção do movimento quando estimulados os membros superiores. Encontram-se mantidas as capacidades de grafíesia (*e.g.*, números e letras) e de estereognosia (*e.g.* reconhecimento táctil de objectos). Quanto à **linguagem expressiva**, o paciente

apresenta um discurso simples, coerente e compreensível por terceiros, sem parafasias. Encontram-se mantidas a compreensão de imagens, no entanto a sua descrição revela-se limitada a nível de conteúdos. A linguagem receptiva para questões e instruções simples, bem como a linguagem expressiva encontram-se normalizadas. A compreensão da linguagem mantém-se preservada, bem como a capacidade de definição de conceitos (*e.g.*, dar, mar, par). Além disso, mantém a capacidade de executar pequenas instruções (*e.g.*, mexa um pé). A fluidez e automatização da fala encontra-se normalizada em sentido anterógrado e no sentido retrógrado. Não revela anomia. Aquando da realização de tarefas verbais as quais requerem manipulação mental dos conteúdos, o seu desempenho é normativo, apresentando no entanto inatenção a este nível, não apresentando a capacidade para corrigir as suas incorrecções. Relativamente às **funções mnésicas**, a memória remota e memória procedimental encontram-se mantidas; verificando-se capacidade de aprendizagem e consolidação de um conjunto de (7) itens não-relacionados bem como encontra-se mantida a sua capacidade de julgamento crítico acerca dos seus próprios desempenhos. A avaliação do processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência, revela que a memória a curto prazo para conjunto de palavras e frases encontra-se afectada, no entanto em tarefas que não implicam interferência revela menor dificuldade na sua realização. Em tarefas que permitem avaliar a memória associativa de imagens-palavras, o paciente releva capacidade mantida. O seu desempenho no Teste do Relógio permitiu verificar que se encontram presentes mecanismos atencionais ineficazes. Apesar de respeitar os números do relógio, a sua localização no espaço, o espaço entre cada número e posição entre estes, a indicação de uma determinada hora no relógio é bastante elucidativa dos referidos *déficits*.

#### INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

O paciente apresenta-se orientado espaço-temporalmente, auto e alopsiquicamente. Apresenta marcada dificuldade em tarefas conflictivas do ponto de vista do conteúdo verbal que requerem mais atempadamente a activação da atenção mantida e alguma capacidade de abstracção, sendo o seu desempenho errático pelo facto de se manter presente um padrão de marcada impulsividade e inatenção que poderão estar inerentes a esse mesmo desempenho. Apresenta dificuldades a nível do planeamento e pré-programação do acto motor. Relativamente às funções mnésicas, a memória remota e memória procedimental estão preservadas. A capacidade de aprendizagem e consolidação encontra-se ligeiramente afectada para frases simples e complexas, principalmente quando os processos de retenção e recuperação (*retrieval*) são mediados por um processo de interferência. Estas dificuldades acentuam-se em tarefas de memória associativa de reevocação de histórias. Do ponto de vista das capacidades mediadas pelas regiões frontais, o paciente revela desempenhos pouco satisfatórios, nomeadamente nas tarefas de inibição de respostas e juízo

crítico. Tendo em conta as potencialidades e dificuldades apresentadas pelo paciente, sugere-se processo de reavaliação das funções neuropsicológicas (num prazo aproximado de 6 meses), de forma a monitorizar as dificuldades que actualmente o paciente revela, apesar de negar essas mesmas dificuldades.

## **2.6. PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE**

As perturbações da Ansiedade são consideradas condições clínicas prevalentes na actualidade (Payette, 2001; Buller & Legrand, 2001; Issakidis & Andrews, 2002; Holsboer, 2004; Grinde, 2004; Waghorna & Chanta, 2004) com uma maior incidência no sexo feminino (Payette, 2001). Vários autores (Ballenger, 1999; Buller & Legrand, 2001; Issakidis & Andrews, 2002; Waghorna & Chanta, 2004) referem que a sua frequência, não significa que o seu diagnóstico e o tratamento sejam realizados de forma eficaz, bem como acrescentam que para além de afectarem os pacientes, afectam a sociedade na sua globalidade, visto que fosse verificado uma identificação e tratamento efectivos era permitido uma melhor qualidade de vida a nível individual associada a uma redução nos custos sociais e económicos. Neste sentido, as perturbações que se inserem na esfera da ansiedade provocam dificuldades funcionais (*e.g.* atenção/concentração; memória), que consequentemente afectam varias áreas de funcionamento do sujeito (Payette, 2001).

De acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2004), integram-se nas perturbações de Eixo I, que inclui as seguintes: Perturbação de Pânico sem Agorafobia, Perturbação de Pânico com Agorafobia, Agorafobia sem história de Perturbação de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação Pós-*Stress* Traumático, Perturbação Aguda de *Stress*, Perturbação da Ansiedade Generalizada, Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral, Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias e Perturbação da Ansiedade sem outras Especificação (SOE). Se nos debruçarmos em termos neurológicos, a ansiedade resulta da activação do hipocampo, do sistema septo-hipocâmpico (*i.e.*, conjunto de fibras que saem do hipocampo e atingem a região septal através da via semicircular do fórnix), por um acontecimento aversivo ou significativo para a pessoa, «*provocando um efeito estereotipado de inibição comportamental associado à acentuação da vigilância*» (*cit. in* Habib, 2003, p.194). Esta activação é automática, devido à acção do sistema nervoso autónomo, e envolve três neurotransmissores principais: serotonina, noradrenalina e ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Habib, 2003). Para além do sistema hipotalâmico, o sistema límbico, com especial ênfase na amígdala, e o córtex cerebral são também apontados pelos investigadores como áreas cerebrais ligadas à ansiedade (Kaplan *et al.*, 1997; Killcross,

2003). De seguida, no Quadro 8, é apresentada uma lista das principais reacções fisiológicas que a ansiedade despoleta, bem como os seus sintomas, de acordo com Powell (2000).

**Quadro 8.** Reacções fisiológicas da ansiedade e seus sintomas (*Traduzido e adaptado de Powell, 2000, p.6*)

<i>Reacção fisiológica</i>		<i>Sintomas</i>
1	A mente começa a ficar confusa e preocupada com o pensamento “que perigo é este e como é que eu me posso pôr em segurança”	Pânico, preocupação
2	O cérebro envia uma mensagem bioquímica à glândula pituitária, que liberta a hormona que irá despoletar a glândula adrenal para esta por sua vez libertar adrenalina	Dores de cabeça, vertigens
3	Dilatação pupilar	Visão distorcida
4	A boca começa a ficar seca	Dificuldade em engolir
5	Os músculos do pescoço e dos ombros começam a ficar tensos, prontos para a acção	Dor de pescoço, das costas e de cabeça
6	A respiração torna-se rápida e superficial, fornecendo mais oxigénio aos músculos	Respiração rápida, dores no peito, palpitações, asma, comichão
7	O coração bate mais rápido e a pressão sanguínea aumenta	Pressão sanguínea elevada
8	O fígado liberta o açúcar nele armazenado para produzir energia rapidamente	Excesso de açúcar no sangue, indigestão
9	Libertação de adrenalina e noradrenalina	-----
10	A digestão lentifica-se ou pára enquanto o sangue é afastado do estômago	Náuseas, indigestão, úlceras
11	A pessoa sente o relaxamento dos esfíncteres	Necessidade de urinar frequentemente, diarreia
12	O corpo procura arrefecer através da transpiração: as veias e os capilares aproximam-se da superfície da pele	Suor excessivo, rubor

De facto, a ansiedade pode tornar-se patológica quando é activada de forma desadequada (Kaplan *et al.*, 1997; Payette, 2001) nas mais diversas situações, interferindo com o funcionamento do indivíduo em termos somáticos, emocionais e comportamentais, o que advém o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade (Payette, 2001; Sacadura, 2002; O’Brien, 2002). Neste sentido, é considerada patológica quando é de dimensão desproporcionada relativamente à intensidade e qualidade das situações que a despoletam e ao mesmo tempo de ocorrência, provocando no sujeito disfuncionalidade (Teixeira, 1999). Quando tal ocorre, o sujeito realiza uma avaliação de um(a) objecto e/ou situação como ameaçador(a) em um ou vários domínios da sua vida e considera não ter os recursos necessários para lidar com a situação, e neste caso não realiza uma avaliação de forma realista, mas baseada em distorções cognitivas (Cordioli, 1998; Baptista, 2000). Assim, a intervenção cognitivo-comportamental surge no sentido de amenizar a sintomatologia sendo mais eficaz quando consolidada com a utilização da farmacoterapia (Hollon & Beck, 2004), dado que sendo uma patologia que vista como um fenómeno biopsicossocial, o plano de tratamento efectivo e compreensivo requer medicação apropriada associado a uma correcta psicoterapia (Kelley, Bell-Dolan & Beitman, 1997). Neste sentido, permite a redução da ansiedade, conferindo ao paciente a capacidade de identificação, avaliação, controlo e modificação dos seus pensamentos relacionados com o medo e dos comportamentos associados. Surgem como estratégias mais utilizadas as seguintes: (a) psicoeducação e informação direccionada para a etiologia e manutenção da perturbação; (b) técnicas cognitivas; (c) a respiração diafragmática; (d) a exposição interoceptiva para as “pistas” corporais receadas (Burlingame, Mackenzine & Strauss, 2004); (e) o relaxamento; (f) a exposição *in vivo*; (g) respiração controlada (Ham, Waters & Norman, 2005), *etc.*

## 2.6.1. CASO DE AVALIAÇÃO PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE (CASO 6)

### Identificação Sumária

**Nome:** M. C. C. A. **Idade:** 69 anos **Sexo:** Feminino **Escolaridade:** 4.<sup>a</sup> classe **Residência:** Covilhã **Estado civil:** casada **Profissão:** Doméstica **Dominância manual:** direita.

**Sessões de Avaliação Neuropsicológica:** duas sessões (13 e 14 de Março de 2007).

**Motivo da consulta:** Pedido efectuado pelo médico neurologista, para avaliação das funções neuropsicológicas em paciente que refere alterações de memória.

**Principais queixas:** A paciente surge à avaliação revelando uma atitude colaborativa perante o processo. Apresenta como principais queixas esquecimentos quotidianos (*e.g.*, esquecer os nomes de pessoas, numa conversação perder o trilho verbal não conseguindo retomar à conversa, *etc.*), cefaleias intensas perante situações que lhe causam ansiedade (*i.e.*, *respiração rápida, taquicardia, náuseas, tonturas*), bem como marcada lentificação na realização de tarefas diárias. No entanto, durante a avaliação realizada, referiu algumas situações nas quais, desenvolve um período de intenso desconforto caracterizado por taquicardia, sensação

### INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

Apresenta-se colaborativa durante todo o processo de avaliação, com humor eutímico. A avaliação do estado mental revela que a paciente se encontra orientada espaço-temporalmente não manifestando deterioro cognitivo avaliado através do MMSE (29 numa pontuação máxima de possível de 30 para uma escolaridade inferior a 11 anos). A avaliação das **funções motoras** dos membros superiores revela que a paciente apresenta dificuldade em coordenar o acto motor em tarefas bilaterais, sendo esta dificuldade mais acentuada no membro superior esquerdo. O acto motor traduz-se em movimentos rígidos e espásticos mais acentuados no membro superior esquerdo. Não reproduz movimentos em espelho.

Não revela apraxia ideatória, ideomotora nem apraxia construtiva. Este aspecto fica particularmente evidente na cópia da figura do MMSE, figuras geométricas simples e padrões. Não apresenta acromatopsia. Encontram-se mantidas capacidade de estereognosia (*e.g.* reconhecimento táctil de objectos) e de grafíesia para números, no entanto verifica-se dificuldade na capacidade de grafíesia para letras. Quanto à **linguagem expressiva**, a paciente apresenta um discurso simples, coerente e compreensível por terceiros, sem parafasias. Encontram-se mantidas a compreensão e a descrição de imagens com discurso coerente, todavia na identificação de objectos bidimensionais, a paciente apresenta marcada dificuldade na sua identificação, principalmente em objectos que não lida diariamente (*e.g.*, quebra-nozes, câmara

fotográfica, *etc.*). A compreensão da linguagem mantém-se preservada, bem como a capacidade de definição de conceitos (*e.g.* dar, mar, par). Além disso, mantém a capacidade de executar pequenas instruções (*e.g.* mexa um pé). A automatização da fala encontra-se normalizada em sentido anterógrado e no sentido retrógrado. Não revela anomia. Aquando a realização de tarefas verbais em que tem que manipular mentalmente os conteúdos, o seu desempenho é normativo, no entanto apresenta inatenção a este nível, ainda que apresente capacidade para corrigir as suas incorrecções. A fluidez e automatização da fala encontram-se normalizadas tanto em sentido anterógrado como retrógrado. Relativamente às **funções mnésicas**, a memória remota e memória procedimental estão globalmente mantidas. A avaliação da memória imediata revela que o paciente manifesta capacidade de repetição imediata, no entanto, em tarefas de reevocação mediadas por processos de interferência, o seu desempenho é acentuadamente deficitário, estando recorrente um mecanismo de perseveração do conteúdo verbal. Na reevocação de conteúdos mais extensos, tais como em histórias, o seu desempenho reduz-se à reevocação do mínimo de informação (*e.g.*, refere as personagens principais). A memória a longo prazo encontra-se mantida. A capacidade de aprendizagem, avaliada por meio de uma tarefa de (7) palavras não-relacionadas é insatisfatória, sendo pouco consistente, bem como em tarefas que suscitam memória associativa. A nível da memória visuo-construtiva, verificou-se uma lentificação bastante significativa na realização da mesma, no entanto apesar do tempo de latência acrescido a paciente apresenta capacidade de integração dos vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível. No Teste do Relógio, a paciente evoca correctamente os números que existem no relógio, mas aquando da colocação dos números não os organiza correctamente no espaço no entanto detecta que realizou erroneamente a tarefa, e corrige.

Nas Séries Gráficas de Luria, que de entre várias funções, avalia a capacidade da paciente manter presente uma instrução e ir sendo capaz de monitorizar o seu desempenho, a paciente mantém a regra, no entanto reduz o padrão a um esquema familiar. A compreensão dos resultados neuropsicológicos implica a sua contextualização no âmbito da vida sócio-familiar que a seguir apresentamos. Tendo em conta a informação recolhida através da entrevista clínica, a paciente surge à consulta apresentando de forma concomitante às suas dificuldades, quadro mediado pela Ansiedade, caracterizado por sentimentos intensos de apreensão e um período distinto de desconforto (*e.g.*, *respiração rápida, taquicardia, náuseas, tonturas, etc.*). A ansiedade sentida conduz a tipicamente evitar viajar de automóvel com familiares directos (*e.g.*, *marido, filhos*) e o facto de tomar conhecimento que o terá de realizar, impossibilita-a de conseguir dormir, desenvolve rumações cognitivas [*e.g.*, *eu penso, e se nos acontece algo mal? (...) se temos um*

*acidente? (sic.)*] e perda do apetite. Toda esta sintomatologia, conduz a um ineficaz desempenho na realização das tarefas diárias (*e.g.*, deixar queimar a comida, incapacidade na realização de duas ou mais tarefas, *etc.*), e à manutenção de um estado ansiogénico constante. Associado ao referido anteriormente, verifica-se maior lentificação cognitiva e dificuldades de atenção e concentração. Quanto à avaliação do estado de **humor**, avaliado através de entrevista clínica e teste de avaliação de sintomatologia depressiva, verifica-se ausência de sintomatologia depressiva (GDS igual a 10, ausência de depressão para uma pontuação total de 0 a 10).

### CONCLUSÃO

**Em síntese**, após realizada a avaliação das funções neuropsicológicas, verifica-se que as dificuldades apresentadas e o desempenho nas tarefas, são coincidentes com as queixas referidas pela paciente, nomeadamente inseridas na esfera mnésica. Estas dificuldades identificam-se principalmente em tarefas de reevocação mediadas por processos de interferência, sendo que o seu desempenho é acentuadamente deficitário, estando presente um mecanismo de perseveração do conteúdo verbal. Na reevocação de conteúdos mais extensos, tais como em histórias, apenas reduz à reevocação do mínimo de informação.

Verifica-se afecção em processos intelectuais (*e.g.* ao nível da identificação de relações lógicas, abstracção e inatenção moderada).

É necessário referir que na realização das tarefas o seu desempenho é caracterizado por **lentificação cognitiva**, traduzida em maior tempo de concretização da tarefa e em necessidade de repetição de instruções, bem como presença de processos de inatenção e impulsividade.

Relativamente à sintomatologia ansiogénica referida, esta conduz a um ineficaz desempenho na realização das tarefas diárias (*e.g.*, deixar queimar a comida, incapacidade na realização de duas ou mais tarefas, *etc.*), e à manutenção de um estado ansiogénico constante. Tendo em conta toda a avaliação realizada sugere-se que junto ao paciente seja dado início a um acompanhamento neuropsicológico baseado em sessões de Psicoeducação acerca do quadro de ansiedade, bem como sessões de Estimulação Cognitiva, de forma a colmatar as dificuldades acometidas à paciente.

### 2.7. PERTURBAÇÕES DE HUMOR

A depressão é caracterizada por sentimentos de tristeza e preocupação que com a publicação da terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III; APA, 2003) pode incidir em qualquer idade sendo utilizados os mesmos critérios de diagnóstico de base (Sheras, 1992). No entanto a perturbação depressiva pode variar de acordo com a sua gravidade e considerando a sua duração, frequência e intensidade pode ser caracterizada como tendo um grau

leve, moderado, grave, severo ou crónico (Quinn, 2000). Estes aspectos deverão ser considerados para avaliar o impacto da própria sintomatologia ao nível do funcionamento do sujeito (Gilbert, 2000). Neste sentido, podemos atender à seguinte classificação: Depressão Primária (desenvolve-se sem ser em comorbilidade com outra patologia); Depressão Secundária (é provocada por uma condição médica ou subjacente a uma farmacoterapia) (Cembrowicz, 2006); Depressão Endógena (quando surge mediante uma causa que subjectiva); Depressão Exógena (surge em resposta a um acontecimento, situação stressante externo ao indivíduo) (Cembrowicz, 2006).

O tratamento das Perturbações de Humor envolve a intervenção psicoterapêutica, a farmacoterapia, ou uma combinação de ambas, sendo esta última, em alguns casos, a mais eficaz (National Institute of Mental Health, 2000).

### 2.7.1. CASO DE AVALIAÇÃO PERTURBAÇÕES DE HUMOR (CASO 7)

#### **Identificação sumária**

**Nome:** M. L. M. C. S. **Idade:** 49 anos **Sexo:** Feminino **Escolaridade:** 7º ano de escolaridade

**Residência:** Covilhã **Estado civil:** Casada **Profissão:** Reformada (por invalidez)

**Dominância manual:** direita.

**Sessões de Avaliação Neuropsicológica:** uma sessão (29 de Outubro de 2006)

**Motivo da Avaliação:** pedido efectuado pelo médico neurologista, para avaliação das funções neuropsicológicas em paciente com queixas de memória quotidianas, cefaleias intensas, tonturas; tendo no último mês e meio, episódios de perda de conhecimento por Síndrome Vertiginoso (cerca de quatro episódios). A paciente apresenta como historial clínico episódios de perda de conhecimentos com características epilépticas; Síndrome de Hipotensão Postural Ortostática diagnosticada pelo Serviço de Cardiologia do HUC, e sendo portadora de *pace-maker*.

#### **RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

**Estado de consciência e atitude na realização da avaliação:** Ao momento da avaliação neuropsicológica (29 de Outubro de 2006), a paciente apresenta-se orientada espaço-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, sem evidência de déficite cognitivo (MMSE = 29 / NUMA PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL DE 30 para uma escolaridade inferior a 11 anos). Apresenta atitude colaborativa durante todo o processo de avaliação, no entanto a paciente apresenta fácies triste e humor embotado bem como choro contido aquando referência das suas dificuldades actuais. É importante referir que desde a data de avaliação realizada já foram desenvolvidas 13 consultas de Acompanhamento Psicoterapêutico.

Do ponto de vista da exploração das **funções mnésicas**, a memória remota e memória procedimental encontram-se normalizadas. A capacidade de aprendizagem, medida por meio de uma tarefa de (7) itens não-relacionados encontra-se normalizado evocando a totalidade das palavras a partir do segundo ensaio. O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência revela-se satisfatório, embora refira que no quotidiano facilmente verifica dificuldades em evocar informação quando interrompida por outros estímulos. Verifica-se que relativamente à memória associativa apresenta-se deficitária (associação de imagens com palavras), no entanto em tarefas que exigem a capacidade de reprodução de histórias de conteúdo mnésico associativo o seu desempenho é satisfatório. A avaliação dos **processos intelectuais** revela que a paciente apresenta competências de resolução de problemas e de raciocínio. A paciente é capaz de compreender desenhos temáticos formulando uma resposta integrativa, no entanto ainda que não mencione algumas particularidades dos estímulos. Detecta o absurdo e cómico em sequências visuais. É capaz de retirar ilações de estímulos (*e.g.*, provérbios, expressões populares) e apresenta um desempenho adequado em tarefas de formações de conceitos (definição, analogias, diferenciação e comparação, relações lógicas, categorias).

Em tarefas de resolução de problemas aritméticos através de meio discursivo o seu desempenho é normativo, em tarefas simples (adição, subtração), no entanto em tarefas mais complexas o seu desempenho é deficitário verificando-se ainda um maior tempo de latência na sua resposta.

No desempenho das tarefas pedidas não se verifica presença de preservação no acto, bem como ausência de heminegligência espacial visuo-perceptiva. Mantém presentes a funcionalidade de controlo executivo, de auto-monitorização e coordenação óculo-motora na realização das tarefas.

**Em síntese**, é importante referir que os seus desempenhos em tarefas de avaliação do funcionamento cognitivo, cruzados com a condição clínica actual, permitem sustentar ao momento desta avaliação, de forma mais clara, que todo o seu desempenho e consequente bradifrenia na realização das tarefas, bem como o estado de humor estão fortemente sustentados por perturbação psiquiátrica: Depressão Crónica.

Após a avaliação realizada, pelo facto da paciente apresentar-se colaborativa, com disponibilidade para tal, iniciou-se um acompanhamento psicoterapêutico e de psicoeducação no sentido de mudança de estilos de vida e esbatimento da sintomatologia depressiva, com uma frequência semanal de duas sessões de 45 minutos, levada a cabo pela equipa de Neuropsicologia. Actualmente a paciente verifica uma ligeira melhoria relativamente à sintomatologia depressiva.

**NOTA:** A paciente referiu que aguarda marcação de consulta de Psiquiatria, e de ter ficado estabelecido com a sua médica neurologista que a consulta de Neurologia seria marcada pela própria neurologista, quando na posse da avaliação neuropsicológica pedida.

## **2.8. DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM/ DISLEXIA**

As Dificuldades de Aprendizagem podem traduzir-se em sujeitos que apresentam problemas na resolução de algumas tarefas escolares e são “brilhantes” na resolução de outras. Em termos de inteligência, os alunos geralmente estão na média ou acima dela (Correia & Martins, 1999). Deste modo, as D. A. também poderão ser definidas como obstáculos, barreiras ou impedimentos, que ligados à aprendizagem dificultam ou impedem o processo de aquisição de conhecimento (Rebelo, Fonseca, Simões, Ferreira, 1995). O conceito de D. A. define-se tendo em conta que não é sinónimo de uma forma inadequada em aprender ou devido a desordens a nível emocional ou físico mas a processos psicológicos, e estes défices a nível de processamento sendo estes uma reflexão de factores neurológicos e biológicos (Swanson, 1991). Considerando a *American Psychiatric Association* (2002), as dificuldades de aprendizagem, independentemente da especificidade, diagnosticam-se quando o rendimento manifesto pelo sujeito é substancialmente inferior ao esperado para a idade, nível intelectual ou nível de escolaridade

Os efeitos das dificuldades sobre o sujeito que está a aprender são diversos e variam conforme as características dos sujeitos, do meio sócio-cultural, recursos pré-escolares e escolares (Rebelo, 1993). Também podem ser especificadas, ou seja, ocorre quando a criança tem problemas com uma tarefa particular (por exemplo, na leitura) ou pode ser uma dificuldade a nível geral, quando a criança aprende algo de forma mais lenta do que é normal relativamente a várias tarefas (Dockrell & McShane, 1992). A diversidade e variação dos sujeitos também influenciam os efeitos das dificuldades, por exemplo: um aluno com Dificuldades de Aprendizagem apresenta dificuldades a nível do desenvolvimento sensório-motor, linguístico e intelectual (Rebelo, 1993).

Em relação ao tipo de dificuldades de aprendizagem quando têm origens nos conteúdos do ensino, estas podem ser o resultado de uma «inadaptação dos conteúdos de ensino ao sujeito, o que pode ser justificado pelo grau de dificuldade, pela linguagem utilizada, programação, sequência ou relação com outras disciplinas» (Rebelo, 1993). Quando as D. A. estão inerentes aos professores, as dificuldades poderão estar relacionadas com as inter-relações professor-aluno, com a forma como o docente enfrenta situações problemáticas e como intervém tendo em conta a sua actividade pedagógica e didáctica. Quando situadas no ambiente social e físico da escola, os obstáculos podem ter origem no modo e nível como a criança se relaciona com os colegas e restante pessoal da escola e na própria infra-estrutura, tendo em conta os meios e recursos utilizados. Evidentemente que existem outras causas mais remotas, como por exemplo as carências socioeconómicas e culturais da sociedade e do meio cultural e familiar do aluno. Porém estas últimas, reflectem-se nas apresentadas anteriormente (Rebelo, Fonseca, Simões, Ferreira, 1995). Em termos psicológicos, deve ser incluída uma avaliação neuropsicológica ou uma

avaliação psicológica clínica. A inteligência da criança deve ser determinada de modo que seja possível verificar se o desempenho da criança corresponde ao potencial associados. Outros testes podem ser usados para avaliar a percepção, cognição, memória e habilidades linguísticas. Um terapeuta da fala, ou outros profissionais, como também os pais, familiares podem contribuir para uma maior informação<sup>6</sup>.

Sendo a dislexia, uma dificuldade na leitura, será importante referir de modo geral aspectos subjacentes à esta mesma componente (Torres & Fernández, 2002). A leitura oferece meios necessários ao homem para comunicar e compreender o mundo, oferecendo a oportunidade de transformar e expandir as suas relações, é portanto uma conexão entre a linguagem falada e as formas escritas da linguagem, isto é, uma tradução das letras impressas em equivalentes sonoros e em significados. Trata-se de um processo cognitivo em que, ao mesmo tempo que se lê (descodificação visual), dá-se um duplo reconhecimento: um auditivo e outro significativo ou semântico (Fonseca, 1999). O sistema de linguagem é constituído por várias componentes ou módulos que fazem a análise de diferentes aspectos da língua: fonológico (análise de sons), lexical (análise de palavras), sintáctico (análise da organização das palavras na frase) e o semântico (análise do significado). Assim, perante um estímulo linguístico, a activação dos vários componentes do sistema de linguagem ocorre de modo coordenado, geralmente automático e inconsciente (Alves & Castro, 2002). Segundo Kirk e Kirk (1971 *cit in*. Fonseca, 1999) para aprender a ler, a criança necessita de descodificar as letras impressas utilizando um processo cognitivo que permite traduzi-las em termos de linguagem falada e em termos de significação linguística. Para o processo de leitura são necessárias várias fases de aprendizagem. As primeiras põem em destaque a assimilação de um código auditivo e as segundas referem-se a uma transferência de aptidões: das auditivas às visuais, através da descodificação de símbolos gráficos (Fonseca, 1999). Nos anos 20 do séc. XX, começa-se a centrar o interesse nos métodos de ensino e nas dificuldades de leitura com livros sobre a psicologia do ensino da leitura, como o de Durrell (1946), e com numerosos trabalhos sobre o diagnóstico e tratamento das dificuldades com o aparecimento do paradigma cognitivo na Psicologia (1960). A investigação volta a centrar-se nos processos de leitura, passando assim a ser um tópico fundamental na Psicologia Cognitiva e Experimental, como também na Psicolinguística e na Psicologia Educacional. A partir deste momento, para além de se estudar esses mesmos processos complexos de leitura, também se estudou as dificuldades e distúrbios na leitura, o seu diagnóstico, prevenção e tratamento (Oliveira & Oliveira, 1996). O ponto de partida da leitura é sempre o conjunto de sinais que

---

<sup>6</sup> National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (2000). *Reading and Learning Disabilities*. 3ª Edição. pp 3-4.

proporciona o texto escrito, e não escrito e os leitores com dificuldades fracassam, muitas vezes, na utilização de letras como sinais para descodificar as palavras e aceder ao seu significado. Assim, a dificuldade de aprendizagem na leitura (dislexia) é entendida como uma dificuldade no domínio de mecanismos específicos e no reconhecimento das palavras (Citoler, 1996).

A dislexia é talvez a causa mais frequente de baixo rendimento e insucesso escolar, verificando-se que na grande maioria dos casos não é identificada, nem correctamente tratada (Teles, 2004).

Existem diversas definições para dislexia, porém, é difícil esclarecer a sua complexidade, pois existem diferentes tipos de graus, falando-se de dislexia primária (dificuldade ou incapacidade de organizar espacialmente os símbolos gráficos) e secundária ou assimbólica (défice no manuseamento dos símbolos gráficos); de “alexia” (incapacidade para aprender a ler ou para compreender a linguagem escrita, como consequência de uma lesão cerebral); de “atraso na leitura”; dislexia material (dificuldade em identificar as letras e sílabas) e formal (incompreensão do sentido das palavras) (Oliveira & Oliveira, 1996).

A dislexia define-se como uma síndrome *«que se manifesta em dificuldades de distinção ou memorização de letras ou grupos de letras e problemas de ordenação, de ritmo e de estruturação de frases, afectando tanto a leitura como a escrita»* (Torres & Fernández, 2002).

Por sua vez a *International Dyslexia Association – IDA*<sup>7</sup> define que a *«Dislexia é um dos muitos distúrbios de aprendizagem. É um distúrbio específico de linguagem, de origem constitucional, caracterizado pela dificuldade de descodificar palavras simples. Mostra uma insuficiência no processo fonológico. Estas dificuldades de descodificar palavras simples não são esperadas em relação a idade. Apesar de submetida a instrução convencional, adequada inteligência, oportunidade sócio-cultural e não possuir distúrbios cognitivos e sensoriais fundamentais, a criança falha no processo de aquisição da linguagem. A dislexia é apresentada em várias formas de dificuldade com as diferentes formas de linguagem, frequentemente incluídas problemas de leitura, em aquisição e capacidade de escrever e soletrar»*. Por sua vez Habib (2000), refere que a dislexia corresponde a uma dificuldade funcional de uma parte do cérebro que provoca dificuldades no processo que é a linguagem. Neste sentido, existem dois grandes tipos de dislexia citados por Citoler (1996) e Lozano, Ramírez & Ostrosky-Solis (2003), as dislexias adquiridas e as dislexias desenvolvimentais.

No que concerne à avaliação neuropsicológica poderá ser realizada através de procedimentos formais (testes, questionários, baterias de avaliação, etc.), cujos resultados dos sujeitos são comparados com normas ou mesmo os rendimentos de um grupo de referência, bem como

---

<sup>7</sup> Retirado de *International Dyslexia Association – IDA*, acessado a 20 de Março de 2007 de <http://www.interdys.org/fact%20sheets/Definition%20N.pdf>

procedimentos informais (observação do desempenho mais do que apenas a centralização numa avaliação meramente quantitativa) (Torres & Fernández, 2002) (Quadro 9).

#### Quadro 9. Funções Neuropsicológicas a avaliar na Dislexia

##### Percepção Visual e Auditiva

Avaliação da capacidade de análise e discriminação fonética e visual

###### Avaliação Formal

- Teste Gestáltico Visuo-motor de *Bender* (1982);
- Teste de Ritmo de *Seashore* (Knights & Norwood, 1979);
- Prova de Avaliação das aptidões musicais (*Seashore*, Saetvit & Lewis, 1968).

###### Avaliação Informal

- Tarefas de emparelhamento visual (*e.g.*, emparelhar letras iguais, como o pedir ao sujeito para executar ordens que são pedidas pelo avaliador);
- Localização da direita-esquerda em relação ao corpo.

##### Psicomotricidade

Avaliação de alterações a nível psicomotor, nomeadamente da linguagem oral e escrita;

Avaliação do equilíbrio;

Avaliação do tônus e força muscular;

Avaliação da dominância lateral e esquema corporal.

###### Avaliação Formal

- Teste de *Boston* (Goodglass & Kaplan, 1986)
- Teste de dominância cerebral de Harris (1978), e Zazzo e Galifret Granjon (1971)

###### Avaliação Informal

- Pedir ao sujeito para executar ordens que são pedidas pelo avaliador: localização da direita-esquerda em relação ao corpo

##### Funcionamento Cognitivo

Avaliação da capacidade intelectual

###### Avaliação Formal

- Matrizes Progressivas de *Raven*;
- Escala de Avaliação da Inteligência de *Wechsler*.

##### Linguagem Falada e Escrita

Avaliação da leitura e escrita

###### Avaliação Informal

- Avaliação das características disléxicas em letras, sílabas e palavras avaliação do ritmo da leitura (normal, lento: *bradilexia*, rápido: *taquilexia*, arritmia, *etc.*);
- Avaliação da velocidade da leitura (número de palavras lidas num minuto);
- Avaliação do nível de leitura (mecânica ou compreensiva);
- Avaliação do nível da grafia (direcção do movimento, forma de manipulação do lápis, posição do papel, *etc.*);
- Avaliação da capacidade de geração de um texto;
- Avaliação dos erros cometidos.

### 2.8.1. CASO DE AVALIAÇÃO DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM/DISLEXIA (CASO 8)

#### Identificação sumária

**Nome:** J. A. N. S. **Idade:** 7 anos **Escolaridade:** 2º Ano **Residência:** Covilhã **Dominância manual:** Direita.

**Sessões de Avaliação Neuropsicológica:** quatro sessões (09, 17 e 21 de Novembro de 2006)

**Motivo de avaliação:** pedido efectuado por médico neurologista, para avaliação neuropsicológica em paciente com epilepsia, com dificuldades de aprendizagem e da fala (esta já corrigida).

## AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

**Estado de consciência e atitude na realização do teste:** Ao momento da avaliação, a criança apresenta-se orientada espacio-temporalmente. Apresenta humor eutímico (normal), fâcies expressivo e reactivo a pequenas brincadeiras do avaliador. À observação não se encontra aparente semiologia de carácter de carácter depressivo.

### RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

O processo de avaliação iniciou-se pela realização de um conjunto de provas de modo a averiguar a presença ou ausência de Dificuldade de Linguagem.

Neste sentido, foi pedido ao J. a escrita de um texto livre, e realização de uma cópia e ditado do mesmo. Mediante as três dimensões avaliadas (cópia, ditado e escrita espontânea), o seu desempenho foi bastante deficitário apresentando Disgrafia, caracterizada por letra excessivamente grande, espaçamento reduzido entre palavras e letras; presença de erros ortográficos (Disortografia). Explorou-se informalmente a linguagem através da análise de erros realizados na leitura e na escrita, tomando consideração vários aspectos (cópia e ditado). Neste sentido, observou-se omissões de letras (*rparou* em vez de *reparou*), inversões em sílabas inversas (*esr* em vez de *ser*), adições (*candidaitos* em vez de *candidatos*), confusões no som e forma das letras (*pomdas* em vez de *pombas*; *roubabas* em vez de *roubadas*; *tnincada* em vez de *trincada*) e repetições de letras e sílabas (*preparara* em vez de *preparar*). Na leitura de texto livre, verificou-se ritmo lentificado (bradilexia) realizando uma leitura de forma mecânica.

Apresenta um discurso pouco fluente, no qual estão presentes erros de articulação que acabam por se transferir para a escrita, isto é apresenta marcada dificuldade na articulação de letras tais como *r*, *l*, e troca frequentemente o *l* pelo *g* e entre *l* e *b*. Por sua vez, procedeu-se à administração da WISC-III de modo a realizar uma avaliação mais exaustiva de várias dimensões cognitivas, nomeadamente Compreensão Verbal (baseado nos subtestes Informação, Semelhanças, Vocabulário e Compreensão), Organização Perceptiva (compreende o Complemento de Gravuras, Disposição de Gravuras, Cubos e Composição de Objectos), Resistência à Distracção (composto pelos subtestes Aritmética e Memória de Dígitos) e Rapidez de Processamento (definido pelos subtestes Código e Pesquisa de Símbolos). Analisando qualitativamente as várias áreas do desenvolvimento intelectual, verifica-se que a criança possui: capacidade de compreensão de questões de informação geral e capacidade de compreensão da totalidade dos aspectos implicados e fornece respostas adequadas aos problemas propostos, o que evidencia possuir um grau normativo de informação prática, aptidão na avaliação e utilização da própria experiência e flexibilidade intelectual.

No entanto, relativamente a outras áreas de desenvolvimento intelectual revela um resultado no limiar inferior para a normalidade em áreas tais como: incapacidade de abstracção do significado de um par de palavras na procura de semelhanças entre as duas palavras; incapacidade de memória imediata de dígitos em sentido directo e inverso, no entanto é importante referir que mantém dificuldades na manutenção de níveis de atenção e concentração o que poderá ter prejudicado o seu desempenho na tarefa em questão (Memória de Dígitos); incapacidade de conferir significado a determinados conceitos tendo em conta as características e funções das palavras que são pedidas; incapacidade de identificação de partes de um todo, que permite uma unificação adequada as imagens apresentadas bem como aptidão perceptível e conceptual básicas dado que reconhece e identifica visualmente objectos e formas familiares (Complemento de Gravuras); incapacidade de compreensão e de análise de uma situação total, de manipulação das partes de um todo, estando presente a utilização de um conteúdo associativo lógico.

Mantém preservada a capacidade de compreensão das instruções conferidas pelo avaliador, sendo todavia importante referir que o seu desempenho traduz no entanto um claro estado de desatenção e de dificuldade de concentração por longos períodos de tempo. Facto este que é confirmado através do seu desempenho na realização das tarefas. Os resultados indica-nos que o funcionamento intelectual global de J. encontra-se num nível *médio*, facto este que leva a considerar que o desempenho deficitário demonstrado em tarefas informais poderá não estar directamente relacionado com prejuízo cognitivo que condiciona a sua aprendizagem, mas sim pela ausência de hábitos de estudo correctos e adequados.

No entanto, paralelamente J. evidencia uma clara impulsividade, distractibilidade e ausência de organização/ planeamento das tarefas a que se propõem ou lhe são propostas, e perante situações desafiadoras apresenta desistência fácil e baixa resistência à frustração, reacções pontuais de intransigência (i.e., recusa em continuar a realizar as tarefas o que traduz uma manutenção perseverante de pontos de vista, opiniões, parecendo não levar em consideração a possibilidade de uma forma alternativa de enquadrar a problemática em causa).

### **INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA**

A partir da avaliação realizada verificaram-se resultados fortemente deficitários quando se avalia o seu desempenho em tarefas próximas da realidade académica, vivenciada no seu quotidiano. Em tais situações, o seu desempenho verifica-se como desorganizado, caracterizado por erros frequentes (seja ao nível de cálculos aritméticos, seja ao nível da lecto-escrita), sendo este desempenho sustentado por um estilo impulsivo e errático na abordagem das tarefas.

Do ponto de vista neuropsicológico apresenta fortes déficits nas dimensões da atenção e concentração, raciocínio abstracto e cálculo aritmético. No que concerne à destreza verbal

(sintaxe, semântica e fonética) os seus resultados são eminentemente reduzidos, apresentado um vocabulário pobre, insuficiente incapacidade de compreensão de significados de significantes verbais, reduzidas competências aritméticas a um nível generalizado. Pelo exposto, J. apresenta dificuldades de representação espacial, de grafismo e de expressão oral. Tendo em conta o mencionado, J. beneficiaria de um acompanhamento psicoterapêutico bem como de um treino estruturado de focalização da atenção e de técnicas de estruturação do estudo, o que provavelmente se reflectiria num melhor desempenho e envolvimento de tarefas a nível escolar. Somos da opinião que J. apresenta de facto sintomatologia que poderá hipotetizar o diagnóstico de Perturbação da Linguagem, no entanto esta sintomatologia poderá ser colmatada no caso de ser possível a integração de J. em sessões de Terapia da Fala e Psicomotricidade em simultâneo com o acompanhamento anteriormente especificado.

## 2.9. OUTROS CASOS

De seguida é apresentado um caso de avaliação que se insere no conjunto de pacientes que forma encaminhados para a Consulta Externa de Neuropsicologia Clínica, não sendo enquadrados num quadro patológico específico. Neste sentido, por existir uma maior número de casos que apresentavam como queixas principais as dificuldades de memória, optou-se por apresentar um dentro desta natureza.

### 2.9.1. CASO DE AVALIAÇÃO – OUTROS CASOS (CASO 9)

#### **Identificação sumária**

**Nome:** A. E. **Idade:** 67 anos **Sexo:** Masculino **Escolaridade:** 4ª Classe **Residência:** Tortosendo **Estado civil:** Casado **Profissão:** Actualmente reformado (motorista de transportes públicos) **Dominância manual:** direita.

**Sessões de Avaliação Neuropsicológica:** duas sessões.

**Testes utilizados:** Entrevista semi-estruturada; *Mini Mental State Examination* (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975); *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (Vaz Serra, 1994); Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro & Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1978).

**Motivo da consulta:** O paciente foi enviado pelo serviço de neurologia para avaliação neuropsicológica uma vez que apresenta queixas de perda de memória. O paciente apresenta neoplasia da próstata em remissão, insuficiência renal crónica (realiza hemodiálise), diabetes (insulino-dependente), apresentando atrofia cerebral discreta (TAC) e EEG dentro da

normalidade. Durante a sessão o paciente refere esquecimentos quotidianos, nomeadamente de factos recentes (*e.g.* esquecer-se do que vai buscar, esquecer conversas cujo tema não lhe desperte muito interesse, *etc.*).

**Estado de consciência e atitude na realização do teste:** Apresenta uma atitude colaborativa em todo processo de avaliação apresentando humor deprimido, estando este consistente com tristeza e disforia, manifestando momentos de choro durante as sessões. Contudo verbaliza sentir-se bem (numa escala de 0= muito triste a 10= muito feliz, situa-se entre 7 e 8) ainda que no quotidiano se verifique baixo envolvimento em actividades, isolando-se em casa, com poucas interacções interpessoais com os amigos.

Na abordagem às tarefas, para além de apresentar algum tempo de latência, expõe a necessidade em saber se a resposta às questões foi realizada correctamente e por vezes apresenta alguma inatenção. Surge na primeira sessão acompanhado pela esposa e nas seguintes sozinho.

No IACLIDE obtém uma pontuação de 21, o que remete para sintomatologia depressiva - grau leve. No MMSE obteve uma pontuação de 29 numa pontuação máxima possível de 30, para um nível de educação académica formal inferior a 11 anos, o que leva a considerar-se ausência de défice cognitivo. Apenas manifestou dificuldade na reevocação de três itens verbais, após uma tarefa de interferência, recuperando dois dos itens. Deste modo apresenta mantida a orientação espaciotemporal, a capacidade de cálculo, nomeação e linguagem escrita e oral.

Mediante o teste do relógio, apenas apresenta alguma dificuldade em termos de rotação e não em termos de planeamento e pré-programação. Perante tarefas de *memória* de sete itens verbais não relacionados, apresenta capacidade de evocação imediata de quatro itens. Contudo, com a repetição de ensaios manifesta capacidade de aprendizagem ainda que cometa o mesmo erro em todos os ensaios (não recorda o item verbal: “noite” em nenhum dos ensaios). Expressa a capacidade de predizer o seu desempenho ainda que de forma cautelosa.

O paciente revela alguma dificuldade na reprodução imediata (por memória) de estímulos visuais (*e.g.*, reproduz três de um conjunto de cinco), cinestésicos (*e.g.*, realiza correctamente duas das três posições apresentadas) e verbais (*e.g.*, num conjunto de cinco itens recorda os três primeiros – efeito de primazia). A sua capacidade de recordação de estímulos verbais encontra-se afectada por mecanismos de interferência, nomeadamente quando esta é homogénea com o material a reter, não recordando nenhum dos estímulos nesta situação. Contudo, apresenta capacidade de reevocação quando o material a reter é apresentado sob a forma de orações/frases. A memória associativa apresenta-se fortemente comprometida na medida em que perante a leitura de uma história, apenas retém, a informação inicial. Mais uma vez se verifica o efeito de primazia neste paciente. A nível dos *processos intelectuais*, descreve imagens focalizando cada aspecto

directamente percebido sem o estabelecimento de conexões, ou seja, não o contextualizando na globalidade da imagem. Executa tarefas de organização sequencial de imagens ainda que apresentando algum tempo de latência, e não detecta o que é absurdo perante imagens, limitando-se a descrevê-las. Revela algum déficit na compreensão da moral de uma história, embora tal não se verifique na compreensão do significado de algumas metáforas e provérbios.

No que respeita ao estabelecimento de semelhanças e diferenças, manifesta maior dificuldade no estabelecimento de semelhanças. No estabelecimento de diferenças apresenta um pensamento concreto centrando-se apenas em aspectos particulares dos estímulos (*e.g.* qual a diferença entre uma pedra e um ovo? “*o ovo das galinhas parte*”). Todavia é capaz de identificar relações lógicas: por exemplo, os elementos pertencentes a uma determinada categoria hierárquica superior (*e.g.* a que grupo pertence a palavra truta), bem como o processo inverso (capacidade de indução e dedução) e ainda as partes que compõem o todo e o seu inverso. Também consegue identificar opostos, apresentando maior dificuldade quando estes são apresentados sob a forma de analogia. Do ponto de vista da inteligência categorial, manifesta ligeira dificuldade na detecção de algumas relações, detectando outras. O paciente resolve facilmente e com rapidez problemas aritméticos simples, apresentando alguma dificuldade nos mais complexos, sendo esta ultrapassada quando se recorre a pistas verbais com conseqüente monitorização da sua resolução. Especificamente no que concerne à *destreza aritmética* o paciente apresenta compreensão, escrita e reconhecimento de números. Realiza cálculos simples automatizados com facilidade (*e.g.*  $3 \times 3$ ,  $5 \times 4$ ), bem como cálculos mais complexos (*e.g.*,  $27 + 34 + 14$ ). Relativamente às *funções motoras*, em movimentos simples de ambos os membros superiores separadamente, o paciente apresenta um desempenho inferior no lado direito. Na organização visuo-espacial do acto motor, o paciente revela alguma dificuldade em realizar mentalmente a transposição do movimento em alguns dos exercícios apresentando representações. Em tarefas de tipo *go-no-go*, apresenta alguma lentificação, sem se verificar dificuldade de expressão de acções motoras contraditórias (*e.g.* em tarefas onde é dada uma instrução diferente para cada mão, executa correctamente - *bater uma vez com a mão direita e duas vezes com a mão esquerda*). No que respeita a apraxias (ideomotora, ideatória e orobucal) não se verifica a sua existência. O paciente consegue desenhar e copiar figuras simples (*e.g.* círculo, quadrado e triângulo) ainda que o faça mais lentamente quando lhe é solicitada a cópia destas mesmas figuras. Em tarefas de regulação verbal do movimento (*e.g.* se disser vermelho puxe a caneta, se disser verde não faça nada) o paciente manifesta a capacidade em coordenar os movimentos solicitados. No que respeita às *funções visuais*, manifesta facilidade em identificar objectos reais ou imagens impressas em cartão, divulgando dificuldade em identificar figuras incertas apresentadas sob a forma de manchas. A

nomeação de objectos sobrepostos (Teste de Poppelreuter), encontra-se mantida o mesmo não se verificando em exercícios semelhantes às matrizes progressivas de *Raven* (completar um padrão, elegendo dentre várias possibilidades a que está de acordo com o padrão). Em termos de operações espaciais (*e.g.*, visualizar as horas de um relógio) apresenta as capacidades mantidas em conformidade.

A capacidade de *escrita* de palavras e frases mantém-se preservada.

Do ponto de vista da *linguagem receptiva*, a compreensão da linguagem mantém-se preservada,

### INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

De um modo geral, quanto às funções neuropsicológicas avaliadas, as dificuldades de maior relevância parecem ser principalmente a nível mnésico e de modo pouco marcado nos processos intelectuais. No que respeita à memória, verifica-se essencialmente o comprometimento da memória a curto prazo, com e sem interferência. Do ponto de vista dos processos intelectuais, apresenta apenas algumas dificuldades de abstracção (*e.g.* detecção de absurdos), semelhanças entre objectos e inteligência categorial. A nível motor salienta-se simplesmente o desempenho desigual entre os membros superiores uma vez que apresenta maior lentificação do lado direito.

O paciente apresenta défice cognitivo funcional, provavelmente de origem cortical, acentuado todavia por sintomatologia depressiva e estado de fadiga física e psíquica, não só observada como verbalizada pelo sujeito devida a condição médica geral: neoplasia da próstata em remissão, insuficiência renal crónica (hemodiálise 3 vezes por semana) e diabetes (insulino-dependente). Saliente-se algumas dificuldades no relacionamento familiar, como acentuadores de desconforto psico-emocional.

*Conclusão:* Défice cognitivo ligeiro de provável etiologia cortical associado a sintomatologia depressiva de grau leve e processo bradifrénico devido a condição médica geral. Sugere-se acompanhamento psicoterapêutico e estimulação cognitiva.

## 2.10. Casos de Observação

### 2.10.1. CASO DE OBSERVAÇÃO (CASO 10)

#### Identificação sumária

**Nome:** M. A. P. A. **Idade:** 56 anos **Escolaridade:** 4ª classe **Residência:** Covilhã **Estado civil:** casada **Profissão:** reformada (empregada fabril na área dos lanifícios); **Dominância manual:** direita.

**Nome do Cuidador (Marido):** J. A.

**Sessão de Avaliação Neuropsicológica:** uma sessão (10 de Novembro de 2007).

**Informação clínica relevante:** Apresenta historial de doença vascular cerebral, tendo sido acometida por 4 AVC's: Dezembro de 2003, uma semana após o precedente, 24 de Setembro de 2005 e Dezembro de 2005. Doente com antecedentes de: Diabetes *Mellitus*; HTA; Doença Vascular Mitral; AVC's isquémicos de repetição. De acordo com a TAC cerebral, a paciente apresenta hipodensidade cortico-sub-cortical temporo parietal esquerdo e occipital direito, hipodensidade talâmica direita sugestiva de lesão isquémica em território de ramos talâmico perfurantes.

**Estado de consciência e atitude na realização da Avaliação:** A paciente apresenta-se desorientada espaço-temporalmente (*e.g.* “*Que dia é hoje?*” “*Não sei*”; “*Onde estamos?*” “*Não sei*”; *etc*), auto e alo-psíquicamente (*e.g.* não sabe o próprio nome, o da filha, não reconhece o marido e a filha). Surge acompanhada pelo marido, filha e neta, que fornecem informação clínica relevante. Na qual, referem que a paciente regrediu significativamente desde há 4 meses (ausência de estimulação e reabilitação neuropsicológica desde Maio até à actualidade) reflectindo-se em acentuados défices de Memória e perda dos hábitos de higiene. De igual modo, o cuidador referiu que a paciente realizava Fisioterapia (20 sessões) e aquando da sua finalização regrediu passando a depender mais da família. A iniciativa conversacional é inexistente, demonstra apatia, abulia, bradifrenia (*e.g.* a nível conversacional mantém-se em silêncio, apenas expressando-se quando questionada directamente de forma sistemática) e acinésia.

**Processo de Reabilitação Neuropsicológica:** A paciente surge na consulta acompanhada pelo marido (cuidador), manifestando marcada desorientação, espacial, temporal, auto e alo-psíquica. Pela observação da paciente, esta apresenta um Fácies inexpressivo, hipertonicidade dos membros superiores e inferiores, reflectindo-se numa marcha lentificada tipo parkinsoniana. Segundo informação do cuidador, a paciente manifesta desequilíbrios mais acentuados no período matinal, alegadamente relacionado com tensão arterial baixa (9/6) (que à tarde é relativamente superior (12/6). A visão encontra-se marcadamente afectada (segundo o cuidador, principalmente no olho direito e alegadamente, por lesões corticais), sendo incapaz de reconhecer objectos apresentados *in vivo* e em cartão, embora através da exploração táctil manifeste alguma capacidade de reconhecimento estereognóstico. Esta capacidade de reconhecimento aumenta ligeiramente no mesmo sentido da familiaridade dos objectos (*e.g.* reconhece ligeiramente objectos com os quais contacta quotidianamente – escova de dentes, carteira de senhora, fósforos, bola, *etc.*). Ao longo das sessões verifica-se alguma melhoria a este nível, embora ainda apresente alguns desempenhos erráticos. Assim, em tarefas de reconhecimento de imagens com objectos e agrupamento de figuras pares, o desempenho é inadequado (*e.g.* **Avaliador (A):** O que é isto?

[Apresentação de Caneta] **Paciente (P):** (...) [exploração táctil do objecto durante longo tempo] *Fogão...* **A:** E de que cor é? **P:** .... [não responde] **A:** E a cor? **P:** *Não sei*. Ao nível da linguagem expressiva, apresenta dificuldades de nomeação de objectos particularmente por confrontação visual. Assim, é incapaz de proferir o nome todavia, com a colaboração do avaliador, é capaz de executar a sua função, (*e.g.* pente, escova de dentes, colher, *etc.*). Por outro lado, denota-se uma marcada perseveração do acto verbal e motor, caracterizada pela tendência em repetir sistematicamente o mesmo acto verbal e/ou motor previamente adquirido, sendo este repetido em tarefas posteriores (*e.g.* [Apresentação de esponja amarela] **A:** Esta esponja é amarela? **P:** *É... É amarela? Amarela...* **A:** Esta esponja que lhe estou a mostrar, de que cor é? **P:** *Não sei... É amarela? Amarela...* **A:** O que é isto? [Apresentação do copo] **P:** *Telefone...* **A:** O que é, que objecto é? **P:** *Não sei...* **A:** Para que serve? **P:** *Não sei...* **A:** O que é? [Apresentação de prato] **P:** *Telefone...* **A:** D. Maria, para que serve isto? [Não responde] **A:** Como utilizaria isto? [Faz o movimento incorrecto]). Neste sentido, a paciente apresenta uma linguagem Disártrica por incapacidade de articulação de palavras. Embora seja capaz, aleatoriamente, de repetir palavras simples, em tarefas que envolvam maior grau de complexidade (palavras e frases) o desempenho é errático, sendo caracterizado o Quadro de Afasia Nominal. Saliente-se que a capacidade de compreensão não se encontra afectada (*e.g.* **A:** *Vamos tirar o casaco?* [*levanta-se e começa a tirar o casaco sozinha revelando dificuldades na locomoção dos braços*]; *“Vamos dobrar o pano?”* [*pega no pano e começa a dobrar*]). Em tarefas de discriminação táctil, o desempenho é marcadamente deficitário (*e.g.* não reconhece objectos colocados na mão para exploração, à excepção daqueles que lhe são familiares – escova dos dentes e carteira de senhora). A estas dificuldades acrescenta-se ainda os longos períodos de latência nas suas respostas devido a pensamento Bradifrénico, caracterizado por lentificação cognitiva e motora (Bradiciónésia) (*e.g.* aquando de instrução para realização de tarefas domésticas por familiares, o tempo de latência até início da resposta é acentuado), bem como apresenta marcadas dificuldades de inibição do acto motor (*e.g.* quando são colocados os objectos – que estavam no interior de uma saca – em cima da mesa, a paciente de forma repetida e sistemática volta a colocar tudo dentro da saca sem nenhuma instrução prévia, até lhe ser dito que não é para guardar e afasta-se a saca) e perseveração motora (*e.g.* **Tarefa:** limpar o copo e depois o prato. **Resposta:** inicia a resposta continuando-a indiscriminadamente – mantém-se a limpar o copo). Estes aspectos ficam particularmente evidentes quando são colocados objectos de utilização comum em frente da paciente que, sem se expressar qualquer instrução, manipula invariavelmente o objecto (Praxias de utilização). De igual modo, apresenta dificuldades de integração perceptiva caracterizada pela incapacidade de perceber todos os elementos que compõem um estímulo, o que

consequentemente implica a não atribuição de significado. O seu comportamento é caracterizado por uma série de automatismos previamente adquiridos (e.g. face à apresentação de três objectos – uma esferográfica, um copo e um relógio – e quando se questiona “Onde está o relógio?” – sendo esta instrução repetida várias vezes – a paciente identifica-o, acabando por colocá-lo no pulso de forma automatizada). A capacidade de escrita encontra-se ausente demonstrando incapacidade para escrever o seu próprio nome, verificando-se uma garatuja aquando da apresentação de uma caneta e um papel. Os níveis de resistência à frustração e manutenção prolongada em uma tarefa bem como o cansaço na abordagem às tarefas são elevados. Aquando de tarefas em que apresenta elevada dificuldade de realização, apresenta resposta emocional desadequada, manifestada por gritos e agitação psicomotora dos membros superiores.

**Integração e Conclusão Diagnóstica:** A paciente apresenta incapacidade de reconhecimento de objectos (por estimulação visual), ao qual parece ser devido a massivas lesões corticais nomeadamente no córtex occipital. Este quadro caracteriza-se como Anópsia Visual moderada a severa prejudicando fortemente os mecanismos perceptivo-visuais estando estes em interacção com outros mecanismos perceptivo integrativos. Todavia, essa incapacidade de reconhecimento visual é compensada por outras vias sensoriais, particularmente pela exploração táctil e/ou auditiva. Por sua vez, a nível da linguagem expressiva esta é caracterizada por um discurso não fluente, disártrico, tendo a capacidade de repetição de palavras simples ligeiramente preservada; todavia, quando se aumenta o grau de complexidade (e.g. frases ou palavras mais complexas) o seu desempenho é deficitário. Ao nível da compreensão, esta encontra-se preservada para instruções simples. Em comorbilidade com as dificuldades supra mencionadas, a paciente apresenta pensamento Bradifrénico, caracterizado por lentificação na velocidade do processamento da informação reflectindo-se por longos períodos de latência nas suas respostas; bem como, hipertonicidade dos membros superiores e inferiores que consequentemente reproduz-se numa marcha tipo parkinsoniana.

O seu comportamento, e a funcionalidade de algumas actividades de vida diária, caracterizam-se por uma série de automatismos (e.g. lavar a cara, colocar o relógio no pulso sem qualquer instrução prévia), o que implica que, o processo de reabilitação neuropsicológica se centre essencialmente na manutenção destes mesmos automatismos, e não na aquisição de novas aprendizagens.

**Sugestão Terapêutica:** Sugere-se a continuidade do processo de reabilitação neuropsicológica, de modo a estimular o reconhecimento visual, nomeação e funcionalidade de utilização de objectos de vida diária por outras modalidades sensoriais (e.g. tacto, olfacto, audição). Em virtude

da administração de *Geriatric Depression Scale* (GDS) ao cuidador, sugere-se especial atenção ao desgaste emocional e sobrecarga do cuidador na qualidade de vida e prestação de cuidados ao utente, apresentando neste momento Quadro Depressivo ligeiro a moderado.

### **3. OUTRAS ACTIVIDADES**

---

Para além do desenvolvido em consulta de avaliação, observação e acompanhamento neuropsicológico, durante o estágio, tive oportunidade de:

- Apresentar a alunos de 4º ano da Licenciatura em Psicologia, um *Workshop* com o tema *Intervenção Clínica em Psicoses*;
- Conhecer os procedimentos necessários para realizar uma avaliação em contexto de enfermaria.

# **COMPONENTE III**

## **COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO**

---

De seguida é apresentado o trabalho também desenvolvido ao longo do Estágio Curricular, e que pretende demonstrar as competências de intervenção. Neste sentido, esta componente é constituída por dois principais capítulos, sendo o primeiro constituído pela intervenção desenvolvida no âmbito do Seminário de Intervenção subordinado ao tema “*Comportamento disruptivo em criança e práticas parentais: Estudo de caso*” e o segundo capítulo, que tendo sido considerados todos os acompanhamentos realizados, optou-se por apresentar apenas três casos de intervenção, dois dos quais dentro do âmbito da intervenção psicoterapêutica, e um de natureza interventiva ao nível da Reabilitação Neuropsicológica. Assim em termos globais e em consonância com o segundo capítulo, considera-se o Quadro 10 que permite observar de forma esquemática, os vários casos de acompanhamento realizados em termos de intervenção psicológica tendo em consideração o conjunto de áreas problemáticas que os caracterizam.

**Quadro 10.** Áreas problemáticas subjacentes aos casos de acompanhamento

Acompanhamentos Psicoterapêuticos			Reabilitação Neuropsicológica		
PROBLEMÁTICAS	N.º Caso	N.º Sessões	PROBLEMÁTICAS	N.º Caso	N.º Sessões
Processo Depressivo (situação de luto)	Caso 1	1	Dificuldades mnésicas: Treino de Actividades de Vida Diária e de Memória	Caso 10	19
Comportamento Disruptivo/Dificuldades de Aprendizagem	Caso 2	40	Alterações de Memória	Caso 11	5
Práticas Parentais/ Assertividade	Caso 3	20	Alterações de Memória	Caso 12	11
Assertividade/Monitorização do Humor	Caso 4	11	Alterações de Atenção e Concentração	Caso 13	26
Competências Sociais/Assertividade/Monitorização do Humor	Caso 5	6	Alterações de Memória	Caso 14	14
Perturbação de Ansiedade (Fobia específica do tipo situacional)	Caso 6	9	Alterações de Atenção/ Concentração e de Memória	Caso 15	25
Depressão Major (com recorrência de ideação autolítica e padrão de ansiedade patológica)	Caso 7	34	Alterações de Memória: Treino de Actividades de Vida Diária e de Memória	Caso 16	5
Depressão Major	Caso 8	28	Alterações de Memória	Caso 17	9
Depressão Exógena (reactiva)	Caso 9	9	Alterações de Memória e de Atenção e quadro depressivo ligeiro	Caso 18	27
			Alterações de Memória (do tipo curto-prazo)	Caso 19	31
<b>Total</b>	9	158	<b>Total</b>	10	171

É importante referir que todo o processo de prática clínica apresentada de seguida, desenvolveu-se no âmbito do Estágio Curricular, da Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade da Beira Interior, realizado no Serviço de Neurologia, Consulta de Neuropsicologia Clínica, do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. – Covilhã sob a orientação do Professor Doutor Luis Maia.

# CAPÍTULO I

---

## SEMINÁRIO DE INTERVENÇÃO

### *“Comportamento disruptivo em criança e práticas parentais: Estudo de caso”*

## INTRODUÇÃO

---

No presente capítulo, é apresentado o Seminário de Intervenção intitulado: *“Comportamento disruptivo em criança e práticas parentais: Estudo de caso”* no qual foi considerada uma avaliação que englobou a análise de processos intelectuais bem como uma abordagem relativa à perspectiva de análise multivariada do Modelo Multi-Axial de *Achenbach* (1991). Através desta análise pretendeu-se verificar a existência ou não de dificuldades a nível comportamental ou emocional. Para além do supramencionado, procedeu-se ao desenvolvimento de um processo intervenção psicológica, de forma a desenvolver um processo de solução de problemas e de tomada de decisão, tanto por parte do paciente como do terapeuta (Parry, Cape & Pilling, 2003).

Numa primeira fase é apresentada uma exposição teórica acerca da definição conceptual da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção e Dificuldades de Aprendizagem, estando estes conceitos subjacentes ao principal motivo que levou a recorrer ao serviço. Numa segunda fase, é apresentado o caso de Intervenção, através da explicitação de todo processo de avaliação neuropsicológica, constituída pela avaliação do funcionamento intelectual bem como o referido processo de avaliação com a análise multivariada de *Achenbach*, sendo esta efectuada por uma exposição dos principais componentes que fazem parte do referido modelo. Será desenvolvida a exposição de todas as implicações ao nível de avaliação e intervenção, que permitiram a identificação da sintomatologia do caso clínico. O presente documento finaliza com a apresentação do Programa de Intervenção, e no sentido de permitir uma maior compreensão da evolução do paciente, o programa de intervenção é consolidado com a apresentação de sínteses clínicas demonstrando os ganhos terapêuticos realizados, bem como os aspectos a intervir.

# 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

## 1.1. PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICIT DE ATENÇÃO (PHDA)

A perturbação reconhecida actualmente como o quadro nosológico da Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção (PHDA) é uma hipótese diagnóstica perante queixas referentes a comportamento discrepante daquele que é esperado para a faixa etária e funcionamento intelectual da criança, e que provoca dificuldades no desenvolvimento desta em várias áreas de integração social (Argollo, 2003; Pereira, Araújo & Mattos, 2005). Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – TR* (APA, 2002), esta sintomatologia é integrante de perturbações denominadas por Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção, entre as quais se encontra caracterizada a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (APA, 2002), termo utilizado para designar a criança hiperactiva ou com instabilidade psicomotora. É considerada a perturbação neurocomportamental mais frequente na criança (Brown, 2006). Neste sentido, é caracterizada por um padrão persistente de inatenção e/ou impulsividade e hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento (APA, 2002; Rohde, Filho, Bennetti, Gallois & Kieling, 2004) devendo-se manifestar antes dos sete anos de idade (APA, 2002; Pastura, Mattos & Araújo, 2005). Estudos desenvolvidos (Barkley, 1998; APA, 2002; Pastura, Mattos & Araújo, 2005) demonstram que a PHDA é uma perturbação crónica, e por tal ser, tem um impacto negativo em aspectos diários da vida social, emocional, académica e funcionamento do próprio indivíduo.

Para um possível diagnóstico, é importante atender se a criança preenche os critérios do DSM-IV (Rohde *et al.*, 2004) bem como são necessários dados consistentes dos pais e demais agentes educativos (*e.g.*, professores) por forma a proceder à recolha dos sintomas nos vários contextos, a idade de início desses mesmos e grau de afecção funcional. É importante ter em conta outros testes diagnósticos para verificação de comorbilidade com outras perturbações (*e.g.*, dificuldades de aprendizagem e atraso mental) (American Academy of Pediatrics, 2000). De acordo com a classificação do DSM-IV-TR (APA, 2002), a criança com PHDA pode pertencer a um dos três subtipos: 1. PHDA predominantemente com inatenção (seis ou mais comportamentos relacionados com inatenção); 2. PHDA predominantemente com Hiperactividade/Impulsividade (comportamentos de impulsividade/hiperactividade); 3. PHDA misto (seis ou mais comportamentos de inatenção + seis ou mais comportamentos de hiperactividade/impulsividade). A inatenção constante, a incapacidade de estar quieto e o insucesso escolar são sinais que alertam

os pais e os levam a consultar o médico ou o psicólogo (Fernandes & António, 2004), sendo notória para alguns autores (Araújo, 2002; Barry, Lyman & Grofer, 2002) a existência de uma relação directa entre Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção e um reduzido desempenho escolar, pelo facto das características da perturbação provocarem por exemplo, dificuldades na realização de tarefas exigindo uma orientação de terceiros, dificuldade em manter a atenção e colocação de objectos em lugares desadequados (U. S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs, 2003). O *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2006) refere que apesar destes comportamentos não se apresentarem de forma isolada e não representarem por si só uma dificuldade na aprendizagem, quase um terço das crianças que apresentam PHDA em comorbilidade com Dificuldades de Aprendizagem. Outro aspecto que é importante referir são os déficits cognitivos associados, pois segundo Brown (2006), existem processos cognitivos básicos tais como memória a curto prazo, estratégias de planeamento, atenção selectiva, atenção mantida e resistência a tarefas de interferência, estão directamente implicados neste quadro (Kipp, 2005; Grevet, Abreu & Shansis, 2003). Outros processos tais como as funções executivas procedem à manutenção das funções cognitivas cerebrais, através de um mecanismo de auto-regulação (Vohs & Beusmeister, 2004; Grevet, Abreu & Shansis, 2003). Nos indivíduos com PHDA, verifica-se a presença de *déficits* nestas funções, quando comparados com indivíduos que não preenchem a sintomatologia para a perturbação em questão (Nigg, Willcutt, Doyle & Sonuga-Barke, 2005; Sonuga-Barke, 2005). Estes déficits provocam um menor controlo dos impulsos, dificuldades em reter informação, respostas verbais inadequadas e déficits a nível motor (Grevet, Abreu & Shansis, 2003). Num estudo realizado por DeShazo, Lyman & Grofer (2002), após análise confirmaram a sintomatologia e funcionamento executivo na PHDA, como preditores de insucesso escolar/académico numa amostra de 66 crianças, incluindo 33 crianças com PHDA. Os seus resultados demonstram que os sintomas de PHDA predizem de forma independente o insucesso escolar, a um nível superior do funcionamento executivo (*i.e.*, cognitivo). Estes resultados significam que quanto maior a severidade dos sintomas da PHDA, maior o grau de insucesso. Alternativamente, estes mesmos autores referem que a variação exacta entre estes aspectos suscita a análise e identificação de preditores adicionais. A literatura indica que aproximadamente 40 a 60%, dois terços das crianças com PHDA, apresentam pelo menos uma perturbação em comorbilidade (Biederman, Faraone & Lapey, 1995; Jensen, Hinshaw, Kraemer, Lenora, Newcom, Abikoff *et al.*, 2001). Em comorbilidade poderão estar presentes perturbações disruptivas do comportamento, particularmente comportamentos de oposição (Fernandes & António, 2004), Perturbações do Humor, Perturbações de Ansiedade, Tiques e Síndrome de *La*

*Tourette* e Dificuldades de Aprendizagem (Jensen, *et al.*, 2001). Leibson, Katusic, Bardaresi, Ranson e O'Brien (2001), de certa forma confirmam o facto das crianças que apresentam esta perturbação, terem uma maior probabilidade de desenvolverem outras perturbações psiquiátricas, bem como uma maior frequência de hospitalizações e maior frequência de casos de urgência hospitalar. De acordo com o DSM IV-TR (APA, 2002) a prevalência de PHDA nos Estados Unidos é estimada em 3 a 7 % na idade escolar infantil (Barkley, 1998; APA, 2002). Segundo Baren (2002), cerca de 9,2% dos rapazes e 2,9% das raparigas em idade escolar apresentam esta perturbação, e Biederman, Mick e Faraone (2000), referem que a prevalência desta perturbação na população infantil é estimada em 4,5 a 9 % para o subtipo predominantemente desatento, 1,7 a 3,9 % para o subtipo predominantemente hiperactivo e impulsivo e de 1,9 a 4,8 % para o subtipo misto. Estas taxas segundo Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczyk (2000) têm um previsível aumento da taxa de diagnóstico. No que concerne à incidência, existem estudos que apontavam que o número de crianças do sexo masculino era maior, com uma proporção de 3:1 na infância (Pliszka, 2000), no entanto Cuffe, McKeown, Jackson, Addy, Abramson & Garrison (2001), apontam para a influência de género nos subtipos de TDAH, ou seja para estes autores a incidência da PHDA do subtipo desatento é maior em raparigas e estas apresentam um menor risco de comorbilidade. Os sintomas de PHDA, particularmente dificuldade de concentração e impulsividade, podem persistir em cerca de 10 a 60 % no adulto (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1993 *cit. in* Fernandes & António, 2004). Cuffe *et al.* (2001), verificaram que crianças com persistente PHDA, têm um impacto mais severo e factores de risco mais adversos relativamente a sua vida futura, o que em consequência aumenta o risco de perturbações em co-morbilidade e compromete um posterior ajustamento a nível de funcionamento.

## **1.2. DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**

O conceito de Dificuldades de Aprendizagem (DA) surge em 1962 com a finalidade de situar esta problemática num contexto educacional. Kirk (1962) deu ênfase à componente educacional e ao distanciamento em termos biológicos de outras problemáticas, tal como, deficiência mental, privação cultural, entre outros (*cit. in* Fonseca, 2005). O campo da Dificuldades de Aprendizagem abrange uma desorganizada variedade de conceitos, critérios, teorias, modelos e hipóteses, por esta razão as D. A. têm sido uma área premente de ser compreendida (Fonseca, 1999). Por exemplo, segundo Berney (2006), a dificuldade pode tomar várias formas, afectando várias funções tais como a cognição, a linguagem ou o desenvolvimento emocional. Refere ainda que a sua natureza e grau resultam de uma infinidade de causas. No entanto, existe na literatura científica, discordância entre as diferenças entre perturbação e dificuldade de aprendizagem. De

acordo com Ciasca (2003), as Perturbações de Aprendizagem caracterizam-se por uma disfunção do sistema nervoso central manifestas em dificuldade a nível escolar. Contudo, Dockrell & MacShane (1992) afirmam que as dificuldades de aprendizagem podem surgir devido à déficits cognitivos que prejudicam a aquisição de conhecimentos no entanto podem ser resultado de problemas educacionais ou ambientais que não estando estas directamente relacionadas com um *déficit* cognitivo. Segundo Hooper e Willis (1989) as D. A. são então heterogéneas, não existindo uma única definição operacional para definí-las (*cit. in* Dockrell, McShane, 1992, 2000). No entanto, atendendo à definição pelo *National Joint Committee on Learning Disabilities* (NJCLD, 1994), as D. A. correspondem a um grupo heterogéneo de desordens manifestadas por problemas significativos na aquisição e uso das capacidades auditivas, verbais, leitura, escrita e raciocínio matemático. Surgem devido a uma disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC) (Kavale & Forness, 1999) sendo intrínsecas ao indivíduo e podendo surgir em qualquer etapa de desenvolvimento. Verifica-se também que podem ocorrer em simultâneo com outras condições de incapacidade (por exemplo privação sensorial, deficiência mental, perturbação emocional grave) ou com influências extrínsecas (tal como, diferenças culturais, ensino inadequado ou insuficiente), não sendo estas, as causas para a origem das Dificuldades de Aprendizagem. Por sua vez, numa perspectiva educacional, as Dificuldades de Aprendizagem reflectem uma incapacidade ou impedimento para a aprendizagem da leitura, da escrita, ou do cálculo ou para a aquisição de aptidões sociais (Fonseca, 2005) Pode existir a presença de dificuldades na resolução de algumas tarefas escolares, no entanto eficácia na resolução de outras. Em termos de inteligência, estes alunos geralmente estão na média ou acima dela (Correia & Martins, 1999).

É importante referir que existem vários distúrbios de aprendizagem associados nomeadamente distúrbio de atenção e concentração; dificuldades perceptivas e de processamento de informação; dificuldades de leitura, escrita, matemática e na aquisição e utilização de estratégias para aprender (Rebelo, 1993). Estes indicadores de dificuldades de aprendizagem são essenciais para que os agentes educativos, a Escola e a Família, considerem a possibilidade da existência de dificuldades na aprendizagem antes de definirem que uma criança que não tem sucesso na escola, seja preguiçosa ou perturbada emocionalmente. A respectiva avaliação pode ser consolidada por profissionais, tais como os médicos de família, psicólogos e terapeutas. É de referir que é importante distinguir entre problemas emocionais, sociais e familiares, que são causas para as D. A., e aqueles que são consequências de dificuldades académicas, pois requerem diferente tratamento em termos educacionais.

Em termos psicológicos, deve ser realizada uma avaliação neuropsicológica ou uma avaliação psicológica clínica, na qual sejam avaliadas funções tais como a percepção, cognição, memória,

competências linguísticas, inteligência de forma averificar se o desempenho da criança corresponde ao potencial associado<sup>8</sup>. Deste modo, a identificação de D. A. deve incluir uma avaliação do ambiente no qual a dificuldade ocorre, uma análise da tarefa em questão, e o diagnóstico das dificuldades experienciadas pelas crianças (Dockrell & McShane, 1992).

### **1.3. MODELO MULTIAXIAL DE ACHENBACH**

#### **1.3.1. Abordagem Psicométrica na avaliação da criança**

De acordo com o *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2002), a utilização de um sistema multiaxial permite uma avaliação completa e sistemática, proporcionando um formato conveniente para a organização e comunicação da informação recolhida, promovendo igualmente um modelo biopsicossocial em circunstâncias clínicas, pedagógicas e de investigação. Neste sentido, o *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA, Achenbach, 1991) sugere que a patologia pode ser melhor entendida de forma dimensional do que categorial (Achenbach, 1991).

O presente trabalho situa-se numa perspectiva de análise multivariada na qual o Achenbach é pioneiro (1983 *cit. in* Soler, Montalvo, Múrcia, Martín, Cortegano, López-Mora *et al.*, 2004). Neste sentido, é utilizada uma abordagem psicométrica e multi-axial, ou seja é baseada na identificação de competências e déficits individuais em diversas áreas e situações (Albuquerque, Fonseca, Simões, Pereira, Rebelo & Temudo, 1999). Através desta abordagem obtém-se dados empíricos de dados concretos, que são posteriormente analisados de forma a estabelecer síndromes que estão subjacentes a características que tendem a co-ocorrer de forma conjunta (Soler, Montalvo, Múrcia *et al.*, 1995; Gonçalves & Simões, 2000).

Este modelo supõe uma abordagem taxonómica e avaliativa do tipo **empírico** devido ao facto dos síndromes identificados serem caracterizados através de uma análise multivariada realizada a dados estandarizados recolhidos acerca do comportamento da criança e multiaxial dado que se baseia em múltiplos eixos (Quadro 11) configurados através das várias fontes de informação e do tipo de dados recolhidos (Soler, Montalvo, Múrcia *et al.*, 1995). O Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA), fornece linhas de orientação, mais do que prescrições rígidas que devem ser seguidas rigidamente em todos os casos. Não é considerado que todas as formas de avaliação nem as fontes de informação na sua totalidade são importantes para a avaliação das crianças na sua generalidade (McCounaghay & Achenbach, 1994).

---

<sup>8</sup> National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (2000). *Reading and Learning Disabilities*. 3ª Edição. pp 3-4.

**Quadro 11.** Componentes da Avaliação Empírica através do Modelo Multiaxial de Achenbach (Abordagem Psicométrica na avaliação da criança) (*Traduzido e Adaptado de McCounaghay & Achenbach, 1994, p. 24*)

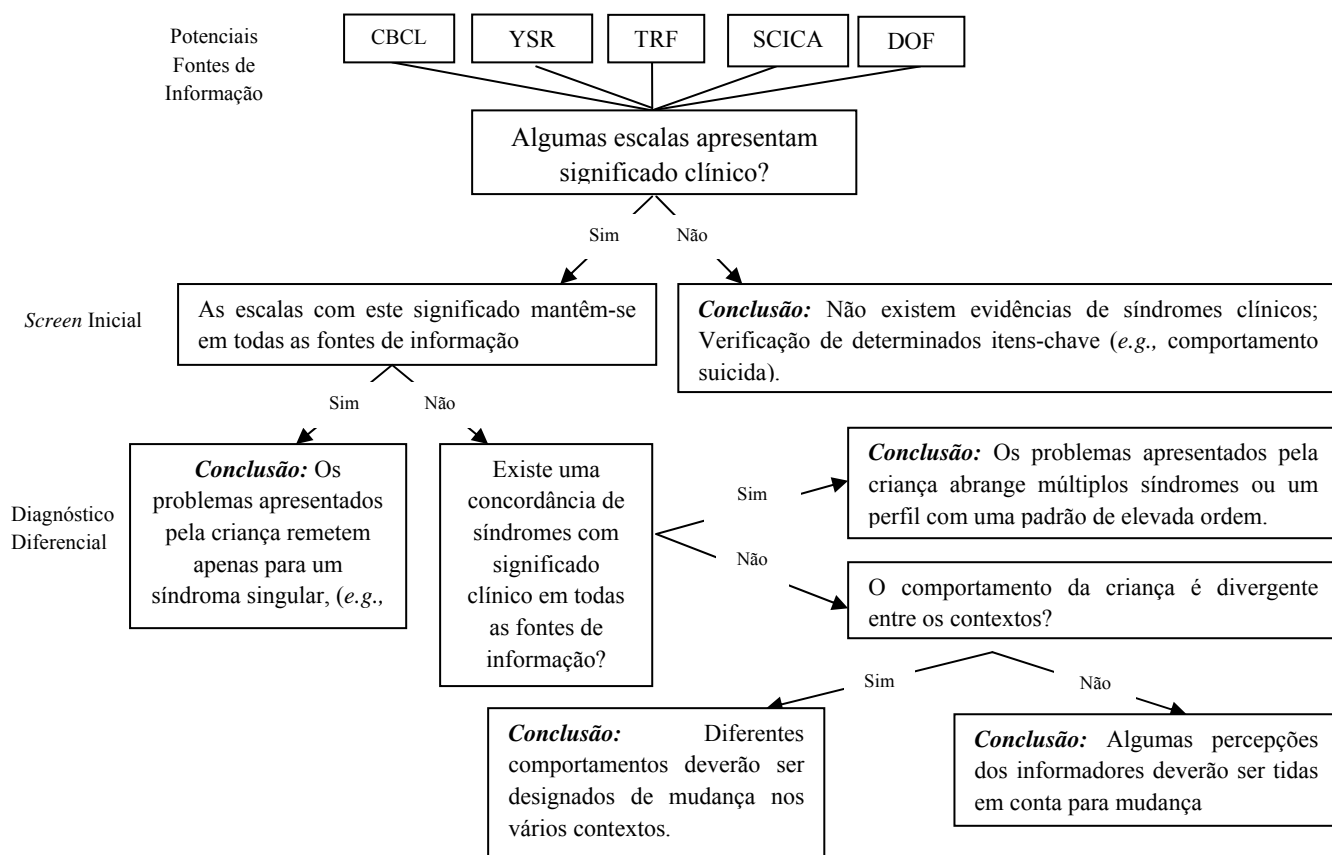
<b>Eixos</b>	<b>Componentes</b>	<b>Definição</b>
<b>Eixo I</b>	Pais	Relatos das competências e possíveis problemáticas da criança ( <i>e.g.</i> , CBCL); história desenvolvimental, competências e interesses referidos pelos pais através de entrevista e questionário; possível intervenção junto aos pais (SCICA e CBCL)
<b>Eixo II</b>	Professores	Relatos do desempenho e historial escolar da criança, recorrendo a entrevista e inventário (TRF). Verificar possível colaboração interventiva por parte dos professores
<b>Eixo III</b>	Avaliação Cognitiva	Testes de QI, tais como Escala de Inteligência para Crianças de <i>Weschler</i> (WISC-III, Wechsler, 1991)
<b>Eixo IV</b>	Avaliação Física	Exame Médico e registos (peso e altura), alterações físicas e dificuldades.
<b>Eixo V</b>	Avaliação Directa da Criança	Entrevistas clínicas estandardizadas, entrevista semi-estruturada (SCICA), observação directa em contexto escolar (DOF), inventários de auto-conceito, testes de personalidade, <i>etc.</i>

A principal razão que leva a que seja necessária a utilização de múltiplas fontes, deve-se ao facto do comportamento observável das crianças, competências e problemas diferirem de contexto para contexto, tal como por exemplo escola *versus* casa; diferentes informadores poderão observar diferentes comportamentos relativos ao funcionamento das crianças (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987 *cit. in* Achenbach, 1991). O Modelo Multiaxial de Achenbach considera que a patologia pode ser melhor explicada considerando um modo dimensional mais do que categorial. Deve por isso considerar as diferentes expressões sintomáticas das patologias ao longo do desenvolvimento (mais sensível à variáveis contextuais através de dois processos: avaliação do ponto de vista ou da percepção de diferentes informadores recorrendo a vários instrumentos de avaliação e a consideração das competências) (Achenbach, 1991). De acordo com esta estratégia, cada procedimento de avaliação representa apenas uma forma de obter informação parcial acerca do problema multifacetado. Através dos auto-relatos dos pais, o auto relato da criança, da informação recolhida pelos pais e ainda por outros procedimentos de avaliação, é possível a elaboração de uma componente informativa fidedigna e validade – todavia diferencial – do funcionamento da criança (Gonçalves & Simões, 2000). O Modelo Multiaxial de Achenbach - *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) (Achenbach, 1991), é constituído por inventários: *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Pais – 4-18); *Teacher Report Form (TRF)* (Professores – Idade Escolar), *Youth Self-Report* (Criança – 11-18); por uma Entrevista Semi-Estruturada *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)* (Criança – 6-18) e por uma Grelha de Observação: *Direct Observation Form (DOF)* (Criança – 5-14) (Achenbach, 1991; Gonçalves & Simões, 2000). O *Child Behavior Checklist (CBCL)*, o *Teacher Report Form (TRF)* e o *Youth Self-Report (YSR)*, são instrumentos que fazem parte deste sistema de avaliação e apresentam uma estrutura análoga (Gonçalves & Simões, 2000), sendo destinados, respectivamente aos pais, aos professores e à própria criança. O CBCL (*Child Behavior*

*Checklist*) é aplicável a pais de crianças entre os 4 e os 18 anos, o *Teacher Report Form (TRF)* a crianças em idade escolar e o *Youth Self-Report (YSR)* a crianças entre os 11 aos 18 anos (Gonçalves e Simões, 2000). Existem oito síndromes (factores ou subescalas) que foram identificados de forma empírica, nomeadamente: *Isolamento*; *Queixas Somáticas*; *Ansiedade/Depressão*; *Problemas Sociais*; *Problemas de Atenção*; *Problemas de Pensamento*; *Comportamento Agressivo* e *Comportamento Delinquência* (Achenbach, 1991). Estas apresentam escalas de competência, que permitem a definição de vários síndromes. Cada uma das escalas são constituídas pelo conjunto de itens cujos *scores* contabilizados permitem obter uma pontuação total para cada um dos síndromes (Achenbach, 1991). O perfil para cada um dos instrumentos indica os percentis para a sua distribuição relativamente a escalas para uma amostra normativa. O perfil igualmente permite a obtenção de notas *T* que reflectem a localização da criança comparativamente com um grupo normativo (Achenbach, 1991). Os instrumentos para além dos comportamentos problemáticos, os instrumentos contêm itens relativos a um conjunto de competências, tais como a nível escolar, a nível de actividades e a nível social (Gonçalves & Simões, 2000). As subescalas permitem em cada instrumento, a construção de um perfil de competências (com notas normalizadas e pontos de corte), que diferem entre si no perfil de comportamentos problemáticos (Gonçalves & Simões, 2000).

A primeira subescala caracteriza a competência escolar e permite a construção de um perfil no CBCL e YSR não é considerada no perfil, sendo, pelo contrário, a única informação relativa às competências que está contida no perfil do TRF. A subescala social (*e.g.*, competências de relacionamento com os pares, irmãos, número de amigos), tal como a subescala de actividades (*e.g.*, actividades extra-curriculares, tempo envolvido nestas, desempenho académico), surge nos perfis do CBCL e do YSR (Gonçalves & Simões, 2000). Para o cruzamento da informação recolhida existem várias estratégias que poderão ser utilizadas tendo em conta o específico caso. Tendo em conta a Árvore Taxonómica representada no Esquema 3, é possível proceder a uma aplicação numa combinação com a CBCL, YSR e TRF, e outros instrumentos que têm as escalas que correspondem às oito escalas de síndromes presentes nestes instrumentos.

**Esquema 3.** Árvore Taxonómica de Decisão  
(Traduzido e Adaptado de Achenbach, 1991, p. 95)

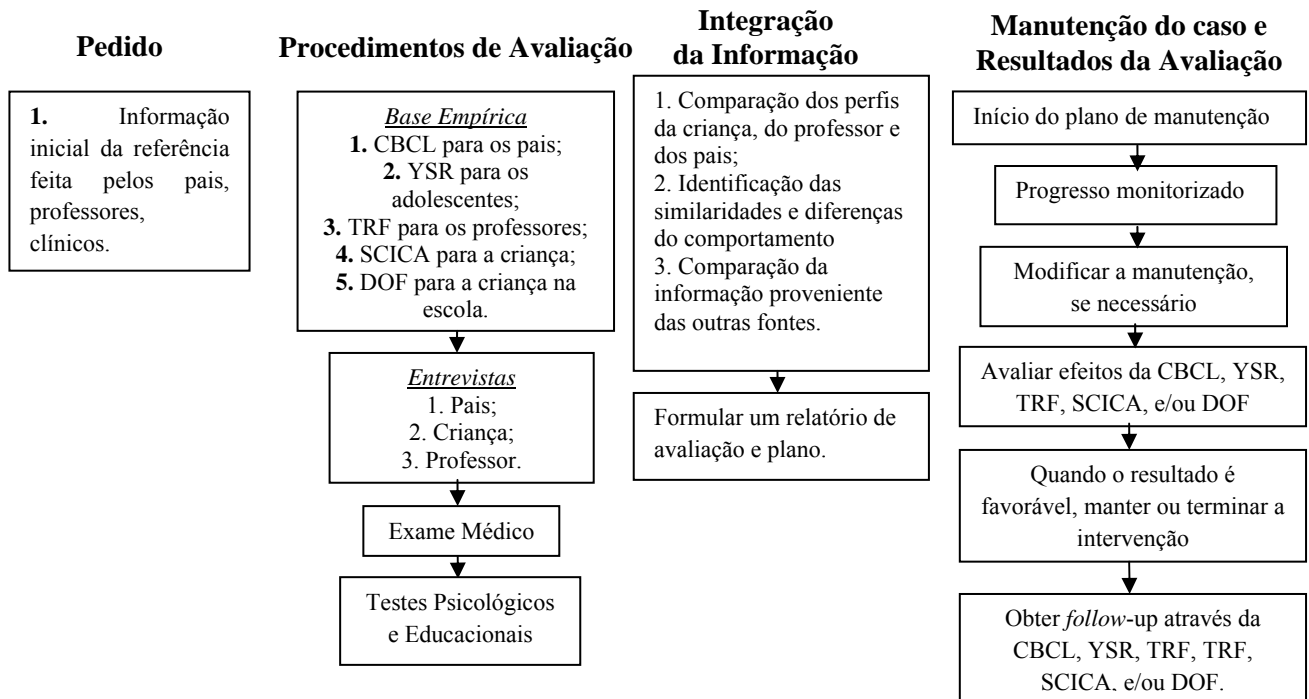


Tendo em conta o diagrama anterior, é possível uma orientação no processo de decisão diagnóstica tendo como base uma série de passos que se focalizam em questões particulares (por exemplo, *Algumas escalas apresentam significado clínico?*). As possíveis respostas *Sim* ou *Não*, conduzem a questões sub-consequentes ou a conclusões particulares. De certa forma, uma orientação com base na árvore de decisão permite a realização de decisões tendo em conta as possíveis combinações e cruzamento de informação facultada pelos vários informadores, e neste sentido poder-se-á acrescentar que representa uma guia prático para eventuais decisões no que concerne a casos individuais, ou no estudo de vários casos a partir do cruzamento da informação recolhida por vários informadores. No entanto, poderá também ser utilizado para a determinar a distribuição de casos que manifestam síndromes particulares e combinação de síndromes (Esquema 4) (Achenbach, 1991).

Por exemplo, este tipo de avaliação poderá ser utilizado para despistar Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, e neste caso específico a informação facultada pelos vários informadores revela-se mais inconsistente do que na Perturbação de Comportamento de Oposição, ou poderá revelar valores clínicos a considerar preocupantes, na escala Ansiedade/Depressão, sendo habitualmente acompanhada por outros síndromes, ou anormalidade em outro síndrome, tal como Queixas Somáticas (Achenbach, 1991).

**Esquema 4.** Estratégia de Avaliação Multiaxial (susceptível a modificação se necessário)

(Traduzido e Adaptado de Achenbach, 1991, p. 102)



### 1.3.2. INVENTÁRIOS

#### 1.3.1.1. Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL)

O CBCL foi criado em 1981, por Achenbach, nos Estados Unidos, e foi padronizado para aplicação a pais de crianças entre os 4 e os 18 anos (Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2006). Tem como objectivo a avaliação das competências sociais e dos problemas de comportamento/emocionais (Melo & Silveiras, 2003; Achenbach, 1991) e a sua utilização pode ser remetida a população clínica bem como na população normativa (Moreno, 2001; Achenbach, 1991). É um instrumento bem standardizado e utilizado em grande escala em vários contextos, e com vários factores incluindo Isolamento, Problemas Sociais, Ansiedade e Depressão, Queixas Somáticas, Comportamento Agressivo, bem como *scores* de Comportamentos Internalizados e Externalizados (Hogue, Liddle & Johnson-Leckrone, 2002; Hessler, Dyer-Friedman, Glaser, Wisbeck, Barajas, Taylor *et al.*, 2001). Possui 138 itens, sendo vinte destinados à avaliação das capacidades sociais da criança (Perfil social) e 118 que pretendem avaliar de problemas de comportamento (Perfil Comportamental) (Hogue, Liddle & Johnson-Leckrone, 2002). As respostas organizam-se numa escala de três pontos (0-2) que reflecte a gravidade e a frequência dos comportamentos. O grau de especificação dos vários itens, organizam-se desde os mais específicos (por ex., rouba em casa, discute) até aos mais complexos (por ex. tem medo dos próprios impulsos) (Moreno, 2001). O CBCL/4-18 pode ser preenchido por pais que possuam

capacidades de leitura, todavia no caso de se verificar dificuldade no seu preenchimento, o entrevistador poderá ler o formulário e apontar as respostas dadas pelos pais. Poderá ser preenchido durante 10 a 17 minutos, e durante o processo no caso de surgir alguma dúvida, o entrevistador deverá facultar uma explicação adequada ao parente, bem como deverá ser dado um ênfase no apoio prestado aos pais de modo a que estes descrevam os comportamentos da criança, de forma mais clara e exacta possível (Achenbach, 1991). O CBCL é utilizado a nível mundial com o objectivo de identificar os prováveis problemas e questões do foro clínico em crianças e adolescentes com base em informação recolhida junto aos pais bem como detectar ou não a presença de problemas de comportamento, emocionais ou de relacionamento e não fornece um diagnóstico definitivo (Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2006). Relativamente aos problemas de comportamento os valores do perfil da criança pode ser: (i) não clínico (*score* 0-60), (ii) *borderline* (*score* de 61-65) ou (iii) clínico (*score* de 66 adiante) (Melo & Silvaes, 2003) (Achenbach, 1991).

#### **1.3.1.2. Questionário do comportamento da criança – Relatório do Professor (TRF, *Teacher Report Form*, 1991)**

Constitui uma variante do CBCL, tendo sido elaborado com o objectivo de obter informação por parte dos professores sendo importante a inclusão da percepção dos professores acerca do funcionamento adaptativo e das dificuldades comportamentais dos alunos dos 4 aos 18 anos (Moreno, 2001). Este instrumento também engloba informação tal como: a idade, o sexo, o ano de escolaridade, tempo de conhecimento e convivência do professor com o aluno, actual desempenho escolar, comparação com crianças da mesma idade em termos de esforço e adequação de comportamento, aprendizagem e principalmente 113 afirmações sobre o comportamento da criança, às quais o professor responde com base numa escala de três pontos: zero (Afirmação Não Verdadeira), um (Algumas vezes verdadeira) e dois (Muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro (Pavarino, Del Prette & Del Prette, 2005).

#### **1.3.1.3. *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA)**

A *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA), é uma entrevista semi-estruturada com aplicação a crianças dos 6 aos 18 anos (McCounaghy & Achenbach, 1994). A SCICA possui uma estrutura flexível e permite a compreensão dos elementos idiográficos específicos de cada caso, no entanto a sua natureza semi-estruturada, permite também a comparação nomotética (McCounaghy & Achenbach, 1994). A entrevista é constituída por três componentes – o protocolo, os formulários de observação e de auto-relato e o perfil.

Relativamente ao protocolo, baseia-se em questões sobre um conjunto de nove tópicos (*e.g.*, escola, amigos, família, problemas avaliados por outros informadores). A administração da entrevista é flexível, como já havia sido referido, devendo não procurar exercer uma imposição de estrutura de inquérito. A única imposição de estrutura rígida refere-se à necessidade de desenvolver uma segunda parte da entrevista depois da primeira já desenvolvida, visto que a segunda parte contém questões mais sensíveis. Com crianças mais novas podem ser utilizados procedimentos lúdicos (*e.g.*, brincar com bonecos) enquanto se abordam outras questões. É necessário o registo integral do discurso da criança e uma simultânea atenção aos aspectos comportamentais. O protocolo da entrevista contém duas secções separadas para registo destes aspectos. A administração da entrevista demora cerca de 90 a 120 minutos.

### **1.3.2. Formulários de Observação e auto-relato**

O formulário de observação contém 121 itens e o de auto-relato 113. Estes itens devem ser codificados de 0 (sem ocorrência) até 3 (intensidade severa ou com mais de três minutos de duração), sendo a maioria dos itens de auto-relato semelhantes aos inventários analisados anteriormente (*e.g.*, “relata ser tímido”, “relata medo de ir à escola”). Muitos dos itens de observação são análogos aos da grelha de observação do comportamento (*e.g.*, “persevera num assunto”, “recusa-se a falar”) (Gonçalves & Simões, 2000). Tendo em conta os formulários é possível construir um perfil. No entanto, devido a natureza da tarefa, este perfil possui algumas subescalas diferentes. O perfil retirado permite obter totais parciais para a Internalização, Externalização, total de problemas sob a forma de auto-relatos e sob a forma de observação (McConaughy & Achenbach, 1994). A diferenciação entre auto-relato e observação do comportamento é um dos aspectos mais informativos desta escala, sendo extremamente interessante a identificação de incongruências entre os dois (Gonçalves & Simões, 2000). A desvantagem da utilização do perfil reside no facto de se encontrar adaptado a uma faixa etária, entre 6 e os 12 anos, não apresentando pontos de corte, dada a ausência de uma amostra normativa de dimensões significativas que tenha sido objecto de estudo (McConaughy & Achenbach, 1994).

#### **1.3.2.1. Inventário do Comportamento da Criança – Observação Directa (DOF, *Direct Observation Form*)**

O *Direct Form Observation* (Achenbach, 1991) é um instrumento que permite a observação de crianças no contexto escolar ou contexto análogo. A sua administração exige uma observação e atenção acrescida para com a criança durante intervalos de 10 minutos. Achenbach (1991) sugere que sejam realizadas três a seis observações por criança, em diferentes períodos do dia, e que

posteriormente, na cotação final, seja utilizada uma média ponderada. Para efeitos de comparação, sugere que utilize uma criança controlo antes e outra pós-observação. Durante os períodos de observação devem ser realizadas descrições narrativas do comportamento das crianças, registando-se a duração, intensidade e frequência dos comportamentos problemáticos. Ao fim de cada minuto de observação deve-se registar se o comportamento da criança está centrado na tarefa que está a decorrer ou está fora da tarefa, permitindo obter uma pontuação de 0 a 10 ao fim dos 10 minutos. No fim de cada observação devem ser cotados 96 itens, correspondendo 72 a problemas do CBCL e 85 ao TRF (McConaugh & Achenbach, 1994). Segundo Achenbach (1991), a análise factorial permite identificar 6 factores: *Isolamento/Desatenção*; *Nervosismo/Obsessão*, *Depressão*, *Hiperactividade*, *Exigência de Atenção e Agressão*, bem como factores de Internalização e Externalização.

#### **1.4. AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES INTELECTUAIS**

##### **1.4.1. Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – III (WISC-III) (Wechsler, 1992)**

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – III (*Wechsler Intelligence Scale for Children – III – WISC-III*) (Wechsler, 2003) é considerada a escala mais utilizada para avaliar a inteligência em crianças dos 6 aos 16 anos, 11 meses e 30 dias. É administrada de forma individual a cada sujeito. Fornece valores na escala verbal e de realização, bem como um Quociente de Inteligência da escala completa (Wechsler, 2003; Costa, Azambuja, Portuguese & Costa, 2004). Inclui vários tipos de tarefas que permitem uma avaliação cognitiva da criança (Rohde & Halpem, 2004), através de medidas de compreensão verbal, organização perceptiva, susceptibilidade a factores distractores e rapidez de processamento, sendo estes aspectos importantes para alcançar um diagnóstico diferencial (Simões, 2002; Kuljis, 1999). Fornece igualmente uma distinção entre aptidões ou funções psicológicas, proporcionando um ponto de referência para o exame das funções corticais superiores (Simões, 2002) e a observação das dificuldades da criança e do seu desempenho e capacidades (Costa, Azambuja, Portuguese & Costa, 2004). A WISC-III é, actualmente, a principal referência, a melhor e a mais utilizada medida de inteligência de crianças e adolescentes. Além disso, trata-se de um instrumento que constitui parte integrante na avaliação neuropsicológica compreensiva de crianças e adolescentes. No entanto, Manga e Fournier (1997 *cit. in* Simões, 2002) e Simões, Santos, Albuquerque, Pereira, Almeida, Ferreira, *et al.* (1999) advertem que a WISC-III foi construída como um instrumento de avaliação da inteligência e não como uma medida do funcionamento neurológico. Permite ainda estabelecer um padrão de comparação intra e interindividual e identificar um nível global de aptidão cognitiva (ou uma estimativa do potencial intelectual) permitindo verificar se

um desempenho pobre num teste sugere a presença de um déficite cognitivo específico ou constitui evidência de *déficite* intelectual generalizado (Simões, 2002). A escala permite calcular uma medida de inteligência geral (Quociente Intelectual da Escala Completa, QIEC), dois quocientes parcelares segundo a natureza verbal (Quociente Intelectual Verbal, QIV) e não verbal (Quociente Intelectual de Realização, QIR) das suas provas, ou ainda outros indicadores decorrentes de novos agrupamentos dos seus subtestes (Índices factoriais) (Simões *et al.* 1999; Simões, 2002).

Através dos seus subtestes a WISC-III viabiliza uma primeira distinção entre aptidões ou funções psicológicas, proporcionando um ponto de referência para o exame das funções corticais superiores: orienta as hipóteses sobre as áreas de disfunção cognitiva e para a escolha das provas complementares, com o objectivo de alcançar um diagnóstico diferencial (Simões, 2002). Os Índices são constituídos da seguinte forma: *Compreensão Verbal* (baseado nos subtestes Informação, Semelhanças, Vocabulário, Compreensão); *Organização Perceptiva* (compreende o Complemento de Gravuras, Disposição de Gravuras, Cubos e Composição de Objectos); *Resistência à Distracção* (composto pelos subtestes Aritmética e Memória de Dígitos) e *Rapidez de Processamento* (definido pelos subtestes Código e Pesquisa de Símbolos) (Simões *et al.* 1999; Simões, 2002). É aconselhável a aplicação integral da totalidade dos subtestes da WISC-III e respectiva valorização, incluindo os que são considerados como facultativos e não entram no cálculo dos três quocientes de base (QIV, QIR, QIEC). Ao contrário da análise item a item, onde a apreciação qualitativa poderá ser de grande importância, a observação do perfil constituído pelas pontuações ponderadas de cada subescala e de cada subteste comporta uma explicação de natureza quantitativa. Os desempenhos da criança em cada subteste são, ao mesmo tempo, directamente comparados com os resultados nos restantes subtestes e com os do seu grupo etário, colocando assim em evidência áreas fortes e fracas. O reagrupamento de alguns subtestes, no interior de cada subescala, pode também revelar aspectos importantes para a explicação do funcionamento cognitivo da criança (Simões *et al.* 1999; Simões, 2002). A WISC-III é considerada igualmente na avaliação da *Perturbação de Hiperactividade de com Déficite de Atenção* (Tonelotto, 2001) permitindo conjugar a avaliação de aspectos afectivos-emocionais, comportamentais e académicos, por forma a ser possível obter um diagnóstico preciso e fiável a este nível.

#### **1.4.2. Inventário de Depressão para Crianças (CDI)**

O *Inventário de Depressão para Crianças* (*Children's Depression Inventory* – CDI) foi elaborado por Kovacs e Beck (1977, *cit. in* Coutinho, Gontíès, Araújo & Sá, 2003) e representa um inventário de auto-avaliação tendo como objectivo a identificar a presença, e consequente

severidade de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos (Simões, 1999; Bahls, 2002). 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 pregressas (Simões, 1999; Costa, 2001).

Na sua forma original, consta de vinte e sete itens, podendo ser aplicado de forma individual e colectiva (Coutinho *et al.*, 2003). É como teste de *screening* na identificação de alterações humor, emocionais, capacidade hedônica, auto-avaliação, funções vegetativas, e de outras condutas interpessoais em crianças e adolescentes tendo sido elaborado a partir do *Inventário de Depressão de Beck* (Coutinho *et al.*, 2003). Abrange um conjunto de sintomas incluídos em itens que avaliam: o *Pessimismo*, a *Disforia*, a *Auto-estima*, a *Anedonia*, *Preocupações mórbidas*, *Ideação suicida*, *Sentir-se sem valor*, *Isolamento social*, *Tendências ruminativas*, *Desempenho escolar*, *Conduta social*, *Sintomas vegetativos* (*e.g.*, Perturbações do sono e do apetite, cansaço, queixas somáticas) (Andriola & Cavalcante, 1999; Simões, 1999; Golfeto, Veiga, Souza & Barbeira, 2002). De acordo com vários estudos (Andriola & Cavalcante, 1999; Golfeto, Veiga, Souza & Barbeira, 2002) o CDI possui propriedades psicométricas relevantes na pesquisa da sintomatologia depressiva

### **1.4.3. Desenho da Figura Humana**

O desenho infantil tem sido largamente utilizado para a avaliação cognitiva e em especial, o Desenho da Figura Humana (Harris, 1991). Os sistemas de avaliação mais conhecidos e mais empregues a nível internacional são os apresentados por Goodenough (1991, *cit. in* Harris, 1991), revisto por Harris (1963, *cit in* Wechsler & Schelini, 2002) e proposto por Koppitz (1973, *cit. in* Anastasi & Urbina, 2000; Hutz & Bandeira, 2000). Segundo Goodenough (1974, *cit. in* Hutz & Bandeira, 2000), já no final do século XIX, acreditava-se que o desenho das crianças podia ser visto como indicador do desenvolvimento psicológico e cognitivo. Estudos sistematizados foram iniciados por Lamprecht (1906), pois comparou os desenhos de crianças de diferentes países, tentando encontrar características comuns de traços e conceitos (*cit. in* Harris, 1991). No entanto, apenas em 1926, com o trabalho de Florence Goodenough, que o Desenho da Figura Humana passou a ser amplamente utilizado como medida de inteligência e de avaliação cognitiva (Goodenough, 1964 *cit. in* Wechsler & Schelini, 2002). Assim, demonstrou que havia uma evolução nos traços e nas características apresentadas no desenho da figura humana tendo em conta a idade da criança, e uma importância do desenho como instrumento de avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil (Wechsler & Schenili, 2002).

Neste sentido, Harris (1963) destaca-se pelas várias críticas ao modo de se obter e avaliar o desenho infantil, nomeadamente este tipo de avaliação não deveria ser considerada como um teste de inteligência, dado que a capacidade intelectual envolve mais do que uma dimensão e uma série de processos (Anastasi & Urbina, 2000), sendo de maior utilidade se utilizado como medida de maturidade intelectual ou conceptual, já que a criança ao desenhar a figura humana, expressa o seu conceito de ser humano e a sua compreensão das características essenciais que compõem o mesmo (Wechsler & Schenili, 2002). A grande contribuição de Harris, foi sem dúvida a sua proposta de revisão, ampliação e actualização da avaliação do desenho, que sugeriu que fossem desenhadas a figura masculina como também a feminina, e uma figura de si próprio, como a criança se vê a si própria, de forma a possibilitar uma medida mais completa do desenvolvimento conceptual infantil (Anastasi & Urbina, 2000). Definiu igualmente sistemas de correcção diferenciados para o tipo de desenho realizado e o género sexual da criança que os desenha, separando-os em faixas etárias dos 3 aos 15 anos de idade (Harris, 1991; Hutz & Bandeira, 2000). O Teste de *Goodenough* (1926/1964 *cit. in* Harris 1991) é um instrumento que permite avaliar o nível conceptual da criança através do desenho da figura humana (DHF). Apresenta como vantagens a facilidade e simplicidade da sua administração, carácter lúdico, reduzida influência de factores culturais e baixo custo de aplicação e avaliação (Anastasi & Urbina, 2000; Cunha, 2000; Flores-Mendoza, Abad & Lelé, 2005). Para a realização do Teste de *Goodenough* (Harris, 1991) é necessário o uso de material básico para a avaliação psicológica, nomeadamente folhas de papel em branco, lápis de pau, borracha e manual de avaliação do Teste de *Goodenough* (Harris, 1991).

## **2. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO**

---

O presente estudo de caso, baseia-se na intervenção psicoterapêutica junto a uma criança do sexo masculino, que será designado de J. P., por questões éticas directamente relacionadas com a confidencialidade e anonimato, *i.e.* contra a exposição e divulgação dos dados pessoais, de acordo com o Decreto de Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro (*e.g.*, Lei de Protecção de Dados Pessoais, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito a tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). Tendo em conta a informação recolhida através da entrevista semi-estruturada de avaliação comportamental e cognitiva, torna-se possível que J.P., é uma criança de 7 anos de idade, residente no concelho da Covilhã, frequenta o 3º ano de escolaridade e é proveniente de uma família de nível sócio-económico médio. Surgiu na consulta de Neuropsicologia Clínica através do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

– Covilhã. No entanto, o pedido de atendimento para o Serviço de Neurologia, foi encaminhado pelo Centro de Saúde solicitado pela médica de família, devido ao seu comportamento à altura relacionado com padrão impulsivo na realização das tarefas, *déficit* atencional, movimentação psicomotora dos membros superiores e inferiores, dificuldade marcada em lidar de forma correcta perante situações de negação, ausência de competência de antecipação das consequências, baixa resistência à frustração, bem como atitude desadequada perante figuras de autoridade. Neste sentido, o atendimento em Serviço de Neurologia teve como principal objectivo, a realização do diagnóstico diferencial de Dificuldades de Aprendizagem e possível Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

A nível familiar, tem dois irmãos, uma irmã mais velha (13 anos), e um irmão mais novo (5 anos), coabitando com os pais. Torna-se fundamental referir que segundo informação recolhida junto à mãe, a presença paterna é diminuta por motivos laborais, todavia apesar deste facto J. P. apresenta um atitude positiva relativamente ao pai, compreendendo a sua ausência [(“*ele não está comigo, porque tem de trabalhar*” (sic.))]. Assumindo o papel de filho mais novo, e único rapaz da família, desde muito cedo os pais desenvolveram junto a J.P., uma maior atenção e maior protecção. Face a esta educação, J. P. desenvolveu um padrão de exigência perante terceiros e de desresponsabilização pelos seus comportamentos. Assim, apesar da sua infância decorrer dentro da normalidade aquando da sua frequência no Jardim de Infância, com 4 anos de idade, a educadora responsável advertiu a mãe para a dificuldade de J. P. manter níveis normativos de concentração e focalização da atenção em tarefas propostas a nível grupal, bem como assumir, por vezes, o papel de elemento gerador de conflitos entre pares e dificuldade no cumprir de ordens e regras estabelecidas pelos agentes educativos. Esta sintomatologia acentuou-se de forma marcada a partir do nascimento do irmão, principalmente face à figura materna. A mãe refere que após nascimento do filho mais novo, verificou um aumento da frequência, duração e intensidade da sintomatologia a nível comportamental; o que leva a considerar que este acontecimento funcionou como um dos factores despoletadores para a condição actual de J.P. Assim, criança desenvolveu aspectos comportamentais menos adequados fora do contexto familiar, estendendo-se a outras situações do seu quotidiano, particularmente naquelas que exigem a manutenção dos seus comportamentos perante figuras de autoridade; a responsabilização pelos seus comportamentos e lidar de forma normativa com a frustração, traduzindo-se em períodos de irritabilidade acentuada manifesto por uma série de sintomas de natureza fisiológica: choro copioso, acentuar da agitação psicomotora (*e.g.*, movimenta muito as mãos e os pés, não permanece sentado) e acentuada elevação do tom de voz. Revela este padrão de comportamento também a nível escolar e social. A nível escolar, segundo o professor responsável mantém

igualmente um comportamento desadequado, operacionalizado por: constante movimentação dos membros inferiores; irrequietabilidade ao permanecer sentado; levantar-se regularmente em situação desapropriada ao que é pedido, o que se reflecte em fácil distractibilidade a agentes externos (*i.e.*, materiais circundantes no local onde decorre a avaliação). É também importante referir que são observáveis estereotípias motoras (*e.g.* tirar os óculos, mexer os olhos, fazer movimentos com a cara). A mãe confirma a contínua desatenção e falta de concentração alertada de forma constante pelo professor responsável, bem como em reuniões escolares os pais “*acusam-no pelos distúrbios que ocorrem na sala de aula*”(sic.). Neste sentido, J. P. desenvolveu uma “*impermeabilidade*” à disciplina, desinibição social e problemas de interacção com os pares, bem como com superiores. Associado a estes aspectos, no relacionamento a nível mãe-filho denota-se um deterioro do vínculo maternal. Verifica-se igualmente a recorrente dificuldade na finalização de tarefas, aquando da presença de um agente educativo a adverti-lo para tal, impulsividade caracterizada por interrupção de conversas, não espera a sua vez para falar, não mede as consequências dos seus comportamentos (*i.e.*, grande susceptibilidade a pequenos acidentes), bem como impulsividade na realização das tarefas. De acordo com a mãe, os comportamentos relacionam-se com aspectos que já fazem parte dele, e que portanto demonstra apreensão [*e.g.*, “*já não vale a pena, ele não tem remédio (...) parece que faz tudo mal, de propósito para me irritar*” (sic.)] na possível modificação do comportamento de J. P., embora considere que se verificou uma acentuar após o nascimento do irmão. No que concerne aos seus hábitos alimentares e padrões de sono, estes caracterizam-se como normativos, não apresentando J. P. qualquer aspecto a apontar.

## **2.1. Avaliação Neuropsicológica**

O paciente J. P. tem 7 anos de idade, reside no Concelho da Covilhã, com os pais e irmãos (irmã de 13 anos e irmão de 5 anos) e actualmente frequenta o 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico. É referido pelo Serviço de Neurologia à consulta de Neuropsicologia Clínica. A avaliação neuropsicológica foi realizada em sete sessões, devido à metodologia de avaliação considerada. O processo de avaliação foi iniciado no dia 25 de Setembro, através da recolha de informação pela entrevista semi-estruturada (Rigolet, 2002), junto ao paciente e à mãe, com o principal objectivo de realizar uma avaliação funcional a nível comportamental, permitindo deste modo a identificação e compreensão do motivo pelo qual a criança adopta determinados comportamentos e em que situações ocorrem (Carr, Levin, McConnachie, Carlson, Kemp & Smith, 1994). Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Exame Breve do Estado Mental (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975), Escala de Inteligência de *Wechsler* para Crianças (Terceira

Edição - Wechsler, 1992), Modelo Multiaxial de Achenbach - *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (Achenbach, 1991), constituído pelos inventários: *Child Behavior Checklist (CBCL)* (aplicado aos Pais); *Teacher Report Form (TRF)* (aplicado ao Professor) e uma Entrevista Semi-Estruturada *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)* (aplicado à Criança) bem como uma Grelha de Observação: *Direct Observation Form (DOF)* (aplicado à Criança em contexto escolar) (Achenbach, 1991). Utilizou-se ainda na avaliação junto do paciente, o Desenho da Figura Humana de *Goodnough* (Harris, 1991).

A criança surge inicialmente acompanhada pela mãe. Numa primeira abordagem, a entrevista foi direccionada com uma maior pontualidade para o agente educativo presente, permitindo desta forma que fornecesse informação clínica relevante, especialmente relacionada com a sintomatologia comportamental e fisiológica. Ao momento da avaliação, a criança apresenta-se orientada espacio-temporalmente auto e alo-psiquicamente (30, numa pontuação máxima de 30 para uma escolaridade inferior a 11 anos, MMSE), sem manifestação marcada de nenhuma grande área de funcionamento neuropsicológico ou intelectual. Apresenta humor eufímico, fâcies expressivo e reactivo a pequenas brincadeiras do avaliador. Não se encontra presente semiologia de carácter depressivo (*Children Depression Inventory*, com uma pontuação igual a 10 – *Ausência de Depressão*). Ao momento da avaliação, J. P. demonstra uma dificuldade marcada em manter níveis atencionais que lhe permitam um desempenho satisfatório nas tarefas, apresentando um discurso espontâneo elevado, por vezes desadequado às várias situações elicitadas durante o respectivo processo. Verifica-se ainda um estado de exacerbação psicomotora durante todo o processo. Segundo informação de Médico Neurologista, o paciente não se encontra medicado, excluindo-se diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com *Déficit* de Atenção por parte de médico especialista. Posteriormente, procedeu-se à aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – III (Wechsler, 1992) (quatro sessões de avaliação); Questionário de Comportamentos da Criança preenchidos pelos pais (CBCL 4-18, Achenbach, 1991); o *Teacher Report Form (TRF)*, entregue ao professor responsável. Em consulta foi também desenvolvida a Entrevista Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes [*Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)*] e utilizado o *Direct Observation Form (DOF)*, tendo sido necessária a deslocação até a escola do aluno.

### **2.1.1 Avaliação do Desenvolvimento Intelectual**

A criança foi avaliada através da WISC-III (Wechsler, 1992) foi possível verificar o funcionamento intelectual da criança, depois de transformados os valores brutos em padronizados, verificou-se um QI Verbal de 142 (percentil 99,7), QI de Realização de 135 (percentil 99) e QI na Escala Completa de 144 (percentil 99,8). Através da utilização desta escala

permitiu a avaliação dos valores padronizados nos vários Índices Factoriais: Índice factorial de Compreensão Verbal no valor padronizado de 129 (percentil 97); o Índice Factorial de Organização Perceptiva de 109 (percentil 72) e o Índice Factorial de Velocidade de Processamento que se traduziu no valor padronizado de 100 (percentil 50).

Os dados e resultados referidos anteriormente permitiram a elaboração de um perfil de J. P. bem como aferir que o desenvolvimento intelectual da criança traduz-se em “*Muito Superior*”.

Analisando qualitativamente as várias áreas do desenvolvimento intelectual, verifica-se que ao nível da **Componente Intelectual Verbal**, a criança possui: capacidade de compreensão de questões de informação geral; possui a capacidade de abstracção do significado de um par de palavras na procura de semelhanças entre as duas palavras; capacidade de compreensão da totalidade dos aspectos implicados e fornece respostas adequadas aos problemas propostos o que evidencia possuir um grau normativo de informação prática, aptidão na avaliação e utilização da própria experiência e flexibilidade intelectual; capacidade de memória imediata de dígitos em sentido directo e inverso, no entanto é importante referir que mantém dificuldades na manutenção de níveis de atenção e concentração o que poderá ter prejudicado o seu desempenho na tarefa em questão (Memória de Dígitos); capacidade de conferir significado a determinados conceitos tendo em conta as características e funções das palavras que são pedidas. Relativamente ao nível da **Componente Intelectual de Realização** verifica-se que a criança possui: capacidade de identificação de partes de um todo, que permite uma unificação adequada as imagens apresentadas bem como aptidão perceptível e conceptual básicas dado que reconhece e identifica visualmente objectos e formas familiares (Complemento de Gravuras); capacidade de compreensão e de análise de uma situação total, de manipulação das partes de um todo, estando presente a utilização de um conteúdo associativo lógico. Na Componente de **Compreensão Verbal**, verifica-se que a criança possui: nível normativo de aquisição de informação geral, ou seja conhecimento adquirido em casa e na escola. No que concerne à funções mnésica (*e.g.*, a memória a longo prazo), encontra-se mantida pois evoca correctamente um conjunto de informação necessária; Presença de Raciocínio abstracto verbal (*e.g.*, capacidade de categorização verbal e de conceptualização); Desenvolvimento da linguagem normativo, conhecimento do significado das palavras, fluência verbal preservada; Compreensão do funcionamento da sociedade, juízo prático e social, senso comum. Quanto à Componente de **Organização Perceptiva**, verifica-se que a criança possui: Análise visual, organização perceptiva (*e.g.*, compreende a relação parte-todo e esquema corporal); Dificuldade na análise espacial, no raciocínio espacial (*e.g.*, apresenta dificuldades na resolução de problemas visuais abstractos). Considerando a dimensão **Velocidade do Processamento**, verifica-se que a criança

apresenta uma maior dificuldade em tarefas que implicam a destreza visuo-motora, a concentração e a persistência na realização da tarefa. Nas restantes subescalas, a criança releva um resultado no limiar inferior para a normalidade, Aritmética (capacidade mental na realização de cálculo sem suporte escrito), Cubos (capacidade de reprodução de modelos bidimensionais e tridimensionais utilizando cubos tridimensionais de várias cores), Composição de Objectos (organização de partes de objectos de forma a inseri-las num todo coerente), Pesquisa de Símbolos (identificação se um símbolo isolado se repete ou não numa série de três símbolos) e Labirintos (capacidade de orientação e de resolução visuo-espacial atendendo a determinados critérios na sua execução). Dado o seu desempenho nas tarefas anteriormente referidas, é importante mencionar a particularidade do comportamento da criança, sendo este caracterizado por níveis de atenção e concentração desadequadas e por um padrão impulsivo e errático na abordagem das tarefas, podendo estes aspectos sustentar grande parte do seu desempenho nestas últimas escalas, em dissonância com o seu desempenho global.

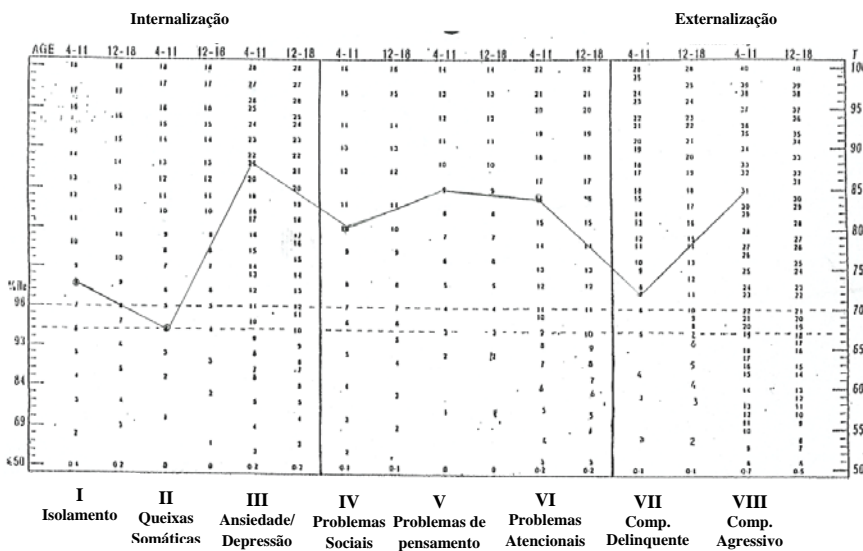
**Breve sugestão na relação Comportamento-Ensino-Aprendizagem apresentada e discutida para encaminhamento escolar em conformidade.**

Após realização da presente avaliação, seria importante que o J. P. beneficiasse de um treino estruturado de focalização da atenção, o que provavelmente se reflectiria em melhor desempenho e envolvimento de tarefas tanto a nível escolar como a nível familiar. O seu comportamento ao longo da avaliação caracterizou-se por um padrão impulsivo tanto na leitura como na escrita, no entanto em tarefas que lhe suscita interesse, o J. P. apresenta capacidade de se centrar na tarefa. Tendo em conta todos estes aspectos o J. P. beneficiaria de desenvolvimento de áreas tais como, assertividade de forma a lidar de uma forma mais correcta perante situações de negação, conseguindo estabelecer objectivos próprios coerentes com a situação, desenvolvimento de competências de antecipação das consequências, resistência à frustração, bem como respeito com as outras pessoas; e treino estruturado de atenção/concentração nas tarefas. Este acompanhamento teria uma maior eficácia se trabalhado junto aos pais e aos demais agentes educativos, práticas e técnicas de assertividade perante o comportamento da criança.

## 2.1.2. Avaliação através da Utilização dos instrumentos que integram o Modelo Multiaxial de Achenbach

### 2.1.2.1. Análise Eixo I: Dados relativos à aplicação da CBCL – Pai e Mãe

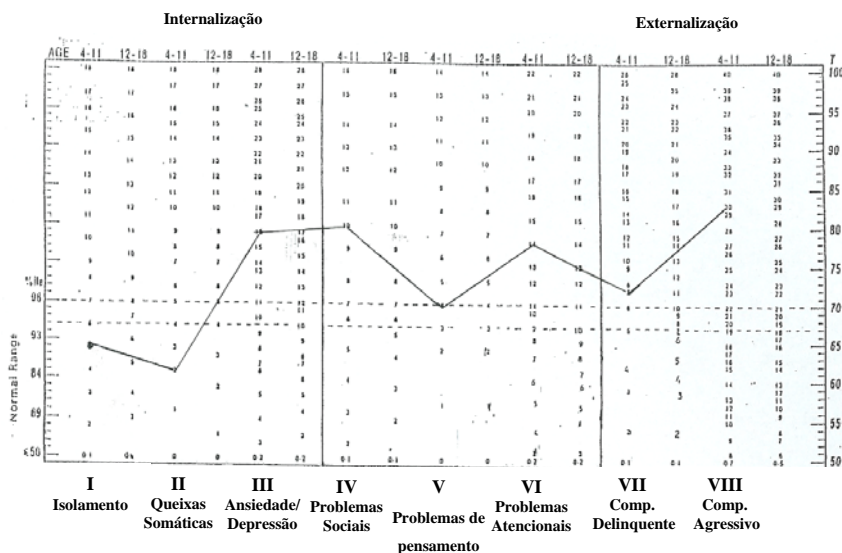
Para além da avaliação realizada ao funcionamento intelectual, foi realizada a avaliação através da utilização dos instrumentos que integram o Modelo Multiaxial de Achenbach (1991), nomeadamente o Questionário de Comportamentos da Criança preenchido pelos pais (CBCL 4-18, Achenbach, 1991); o Questionário do Comportamento da Criança – Relatório do Professor [*Teacher Report Form (TRF)*, Achenbach, 1991], entregue ao professor responsável; a Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes [*Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)* (Criança – 6-18)] e a Grelha de Observação: *Direct Observation Form (DOF)* (Criança – 5-14) em contexto de sala de aula. Neste sentido, foram organizadas as análises dos vários instrumentos utilizados, no entanto em contexto de sessão de



**Figura VII.** Perfil CBCL 4-18 anos para Rapazes – Escalas Problemas (CBCL preenchido pela Mãe).

avaliação (quatro sessões), foi apenas desenvolvida a Entrevista Clínica Semi-Estrutura para Crianças e Adolescentes [*Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)* (Criança – 6-18)]. As referidas análises organizam-se de acordo com a forma de avaliação do Modelo Multiaxial de Achenbach (1991). Neste sentido, através dos Questionários de Comportamentos da Criança preenchidos pelos pais (CBCL 4-18, 1991), em análise dos perfis traçados (Figuras VII e VIII) verifica-se que existe alguma estabilidade entre os resultados obtidos relativamente ao pai e à mãe. A mãe tem tendência para acentuar e problematizar alguns aspectos do J. P., que são desvalorizados pelo pai, no entanto existe uma concordância relativamente às grandes áreas afectadas com significado clínico. Neste sentido, os dados analisados onde existe uma certa concordância, e que se apresentam um índice elevado com significado clínico centram-se na presença de ansiedade e depressão, na existência elevada de

problemas ao nível social, problemas atencionais, comportamento delinquente e comportamento agressivo. No entanto, existem índices com os quais os pais não se encontram em acordo, nomeadamente a mãe que refere a presença de isolamento, bem como a presença de queixas somáticas (em *borderline*), ambos com significado clínico. Em ambas as avaliações, o J. P. apresenta índices mais elevados de externalização (nota T de 77 – CBCL Mãe e Pai) (com significado clínico). Em suma, na CBCL pai e mãe relatam comportamentos disfuncionais em todas as dimensões claramente acima do patológico, com excepção do pai que relativamente ao isolamento e à queixas somáticas classifica respectivamente em Nota T 65 e 60 (contudo notas a considerar clinicamente). Os níveis de clara concordância quer do pai quer da mãe são: elevação dos comportamentos relacionados com a dimensão Ansiedade/Depressão, Problemas Sociais, Problemas Atencionais e Comportamento Agressivo em comparação com a mãe, o pai parece não valorizar as dimensões problemas de pensamento, queixas somáticas e isolamento, encontrando-se contudo a sua classificação dentro ou no limite para a disfuncionalidade.



**Figura VIII.** Perfil CBCL 4-18 anos para Rapazes – Escalas Problemas (CBCL preenchido pelo Pai)

No que concerne à análise da Escala de Competências relativas a ambos os pais (Figuras IX e X), verificam-se dados discordantes entre ambos. Através do CBCL preenchido pela mãe, o J. P. apresenta um nível abaixo do normativo na Escala de Actividades, mantendo um nível normativo na Escala Social e para a Escala Escolar. Estes dados corroborados com os dados referentes ao CBCL preenchido pelo pai, permitem denotar uma discrepância dos índices apresentados anteriormente, pois segundo o pai a Escala Social é considerada aquela que apresenta maior problemática e conseqüentemente um significado a nível clínico.

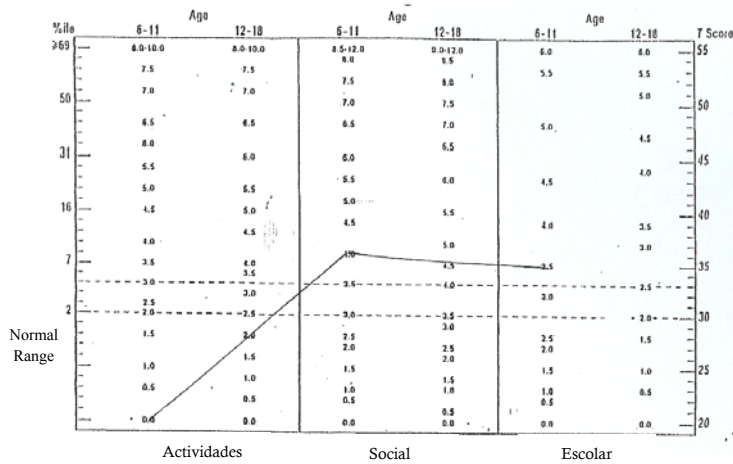


Figura IX. Perfil CBCL 4-18 anos para Rapazes – Escalas de Competências (CBCL preenchido pela Mãe).

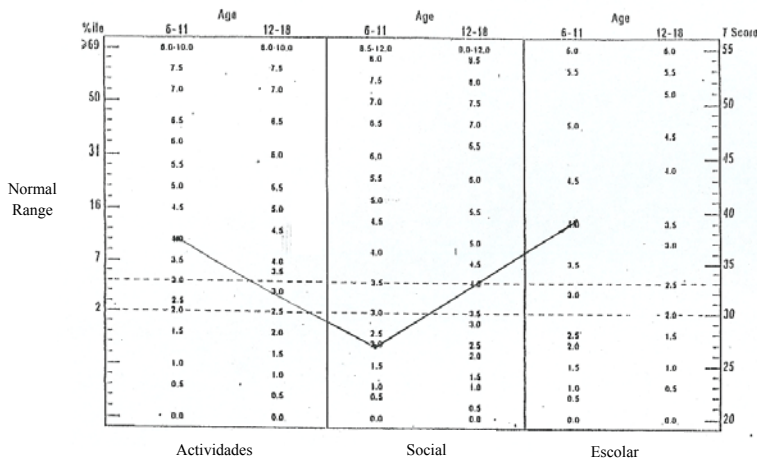


Figura X. Perfil CBCL 4-18 anos para Rapazes – Escalas de Competências (CBCL preenchido pela Pai).

### 2.1.2.2. Análise Eixo II: Dados relativos à aplicação do TRF ao Professor

Neste eixo é analisado o *Teacher Report Form* (TRF) (Professores – Idade Escolar). Relativamente à escala de problemas, apresenta valores significativos a nível clínico nas Escalas da Ansiedade e Depressão e de Problemas Atencionais (*em borderline*) (Figura XI), no entanto as áreas que se revelam mais problemáticas são as referentes às Escalas que avaliam os Problemas Sociais e os Problemas de Pensamento (Figura XI). O comportamento delincente assume um índice próximo a área *borderline*, sendo importante dar especial atenção.

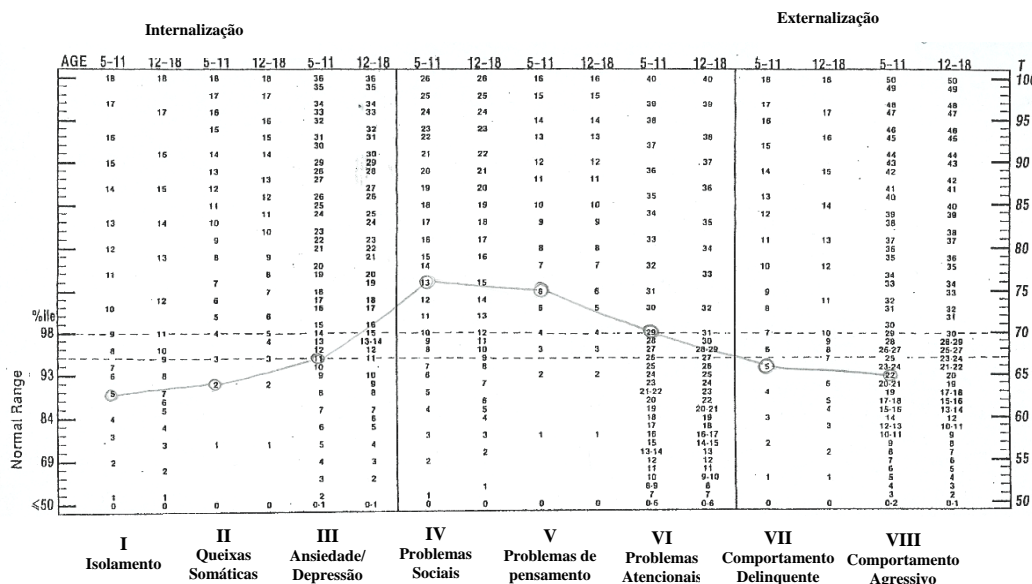


Figura XI. Perfil TRF para Rapazes – Escalas de Problemas

É importante referir que a este nível, o J. P. apresenta índices mais elevados de Internalização (nota T de 68) do que Externalização (nota T de 27).

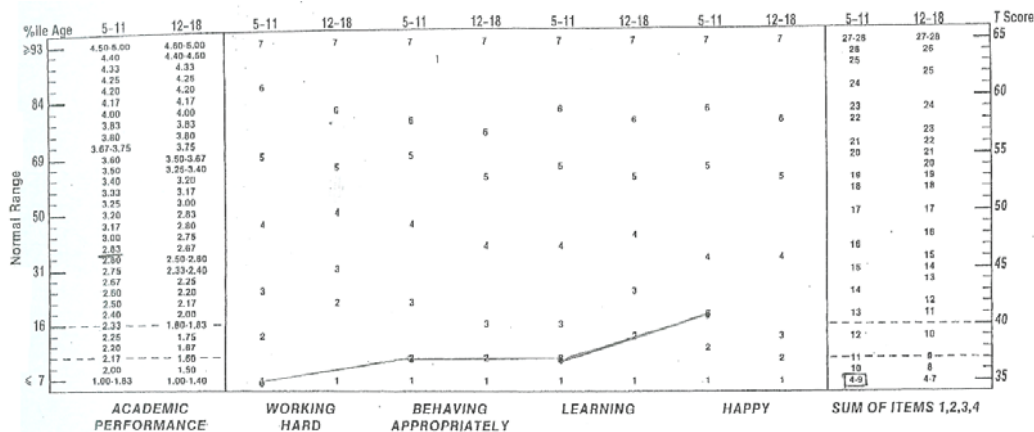


Figura XII. TRF para Rapazes - Escala do Funcionamento

Na opinião do Director de Turma, a criança apresenta níveis subclínicos da dimensão Felicidade em clara correlação com a sua cotação no TRF, escala de problemas na dimensão Ansiedade/Depressão onde a mesma é cotada numa expressão clínica embora no limite inferior. Estes resultados estão correlacionados positivamente com a opinião dos pais relativamente à dimensão Ansiedade/ Depressão na CBCL e na Escala de Problemas. Mais ainda, o Director de Turma, expressa a sua opinião como estando J.P. em níveis claramente disfuncionais/ clínicos significativos no que respeita à sua capacidade de aprendizagem de apresentar um comportamento apropriado e de apresentar níveis de investimento com a tarefa (Figura XII). Verifica-se que as dimensões onde o professor (director de turma) classifica o comportamento de J. P. como clinicamente significativo (igualmente os pais) são problemas sociais, problemas de pensamento, problemas anti-sociais e ansiedade e depressão. As outras dimensões: Isolamento, Queixas Somáticas, Comportamento Agressivo apresentam-se ao nível abaixo significativamente clínico, todavia com uma classificação a considerar (Nota T 75).

Regra geral, relativamente às principais dimensões que podíamos associar características personalísticas, ainda que em desenvolvimento parece haver uma concordância com a opinião dos pais verificando-se com grande diferença as categorizações em duas escalas: Problemas Atencionais e Comportamento Agressivo. Da análise de todos os dados (acompanhamento junto à criança, entrevistas relatórios), esta opinião parece ser sustentada por o J. P. apresentar no contexto escolar junto a outras figuras de autoridade, que não as parentais, um comportamento atitudinal diferenciado (o mesmo se verifica nas consultas). Assim em ambientes estruturados J. P. tende a, embora com dificuldades, exercer um maior controlo sobre os seus mecanismos atencionais alcançando resultados mais adequados do que s alcançados em ambientes não estruturados, bem como se verifica uma redução da expressão de comportamentos agressivos. De

realçar que este padrão parece manter-se estável com uma figura de autoridade, diferente dos pais, que expresse um estilo educacional assertivo/ restrictivo.

#### **2.1.2.3. Análise Eixo III: Avaliação Cognitiva**

Esta área já se encontra explorada aquando a avaliação dos processos intelectuais, especificamente com a utilização da WISC-III.

#### **2.1.2.4. Análise Eixo IV: Avaliação Física**

História desenvolvimental normativa, apenas a referir cirurgia menor aos agónóides (7 dias no hospital) quando tinha cerca de 5 anos de idade. De momento, apresenta peso superior ao esperado para a sua estatura e faixa etária. Encontra-se a frequentar o 1º ciclo do Ensino Básico, tendo frequentado a Creche e posteriormente o Infantário, desde os 4 meses de idade. Adaptou-se sempre bem às transições (creche e infantário num local, e presentemente escola num local diferente). A mãe refere que o J. P. gosta de desafios, o que tem tornado adaptativas as transições. A mãe refere que a gravidez de J. P. foi normativa, no entanto coincidiu com uma época em que o casal apresentava conflitos conjugais. Do ponto de vista de destreza e coordenação motora fina e grossa, não apresenta qualquer dificuldade. Quanto ao seu desempenho académico, J. P. tem apresentado uma progressão considerada normal (sem retenções), todavia com características particulares, entre as quais recebe apoio pedagógico uma vez por semana na escola. Apresenta uma boa capacidade de memorização, capacidade de abstracção, boa capacidade de resolução de problemas (verbais ou práticos), elevada compreensão de problemas lógicos, no entanto apresenta dificuldade na análise espacial, no raciocínio espacial, ou seja apresenta dificuldades na resolução de problemas visuais abstractos. A criança apresenta uma maior dificuldade em tarefas que implicam a destreza visuo-motora, a concentração e a persistência na realização da tarefa. Este dado é corroborado com a elevada distractibilidade e dificuldade em manter níveis de atenção e concentração por elevados períodos de tempo.

#### **2.1.2.4. Análise Eixo V: Avaliação Directa da Criança**

Tendo em conta a utilização do DOF e da SCICA, e considerando o comportamento do J. P. em situação de avaliação e em situação de contexto escolar em sala de aula, verifica-se que se encontra presente, de forma marcada, um padrão impulsivo na realização das tarefas, bem como níveis de desadequados de manutenção da atenção. O professor refere de forma exaustiva que J. P. é uma criança que facilmente se distrai com estímulos externos, em contexto de realização das tarefas escolares; é desorganizado; verifica que grande parte do seu desempenho é prejudicado devido ao estado de inatenção permanente, no entanto o seu comportamento é alterado quando

submetido a um sistema de regras, visto que em contexto escolar e individual não se verificarem comportamentos desadequados aos relatados pela mãe e que habitualmente ocorrem em contexto familiar [ex. segundo a mãe: “*por vezes digo-lhe para ir estudar e ele responde-me não quero, e a partir dali não consigo fazer nada*” (sic)].

### **Análise da SCICA**

A Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes (6-18 anos) (SCICA) utiliza séries estandarizadas de temas e tarefas que visam a recolha de amostras de funcionamento em nove áreas gerais: 1) actividades, escola, emprego; 2) amigos; 3) relações familiares; 4) fantasias; 5) auto-percepção, sentimentos; 6) problemas relatados pelos pais/professores; 7) testes de realização (opcional); 8) para as idades (6-12): pesquisar anormalidades motoras – destreza fina e grossa (opcional); 9) para idade de 13-18: queixas somáticas, álcool, drogas, problemas com a lei (McConaughy & Achenbach, 1994). A criança inerente ao presente estudo apresentava aquando da avaliação 7 anos de idade, o que fez com que determinadas áreas de funcionamento gerais não fossem analisadas. Neste sentido, após a entrevista ter sido gravada em áudio, foram recolhidas as notas do observador e os auto-relatos do sujeito, procedeu-se à codificação do sujeito imediatamente após a entrevista. Perante todo o processo avaliativo inicial, J. P. mostrou-se colaborativo e reactivo ao discurso do avaliador. A primeira área a avaliar, *Actividades, escola, emprego*, permitiu que fosse iniciada a entrevista no sentido de J. P. participar de forma activa nas suas respostas. Foi explorado aspectos tais como: o que gosta de realizar nos tempos livres (e.g., “*brincar um bocadinho, andar de skate, bicicleta, brincar com o meu amigo J.*” sic.) Durante a abordagem a esta área, observou-se no início uma reduzida agitação psicomotora que se foi agravando de forma gradual, reduzido contacto ocular e acentuar do tom de voz aquando a abordagem de tema de interesse para o próprio (i.e., programa de televisão, conjunto ou personagem favorita). Ao nível do seu funcionamento escolar, verifica-se que “*jogar futebol*” (sic.) é aquela actividade que demonstra mais interesse e “*estudar*” (sic.) é aquela que lhe confere menor prazer. No que concerne ao seu relacionamento entre professores, J. P. identifica-se com pelo menos três dos seus professores, sendo interessante que uma das características pelas quais refere gostar deles é que “*ensinam bem*” (sic.), no entanto “*as vezes são um pouco duros*” (sic.), não se verificando que este último aspecto referido pela criança seja considerado negativo. A realização dos trabalhos de casa é uma tarefa que J. P. refere realizar de forma assídua (e.g., “*faço-os todos, todos os dias*” sic.), acrescentando que quem o ajuda nesta tarefa é “*a avó, e às vezes a minha mãe*” (sic). Durante esta fase da entrevista, a criança apresentou uma agitação psicomotora acrescida, sendo importante referir que após chamada de atenção por parte do avaliador, J. P. manteve-se focalizado nas questões apenas por breves

momentos, tendo assumido posteriormente um comportamento desadequado à situação de avaliação (*i.e.*, levantou-se da cadeira sem qualquer motivo aparente, e começou a procurar algo debaixo da mesa). Tendo em conta a análise realizada, para J. P. a escola representa um tópico sensível no que concerne às dificuldades académicas que experiencia. Quanto a pares, refere ter muitos amigos [*“são uns quinze... não... dezasseis” (sic)*], tendo estes uma idade superior à dele. Relativamente ao padrão de contactos sociais, relação entre pares e percepção destes, J. P. apresenta incongruência na caracterização dos seus amigos, bem como relata um padrão de agressividade no caso de confronto, por parte de algum dos seus colegas/amigos. O relacionamento familiar, é percebido por J. P. não de uma forma negativa. No entanto, ao ser questionado pelas pessoas que fazem parte da sua família, refere por esta ordem *“o meu pai, a minha mãe, eu, o meu irmão e a minha irmã” (sic)*, bem como relata discussões entre os pais, imposição de castigos por parte dos pais, castigos estes que não compreende [*(Achas que os castigos são justos ou injustos? “injustos, claro” (sic)*]. De forma a recolher mais informação acerca dos aspectos familiares, foi solicitado ao J. P. a realização de um desenho da sua família a fazer uma actividade conjunta. Tendo em conta a análise do desenho, verifica-se que J. P. não conseguiu cumprir o objectivo, visto que apenas dois elementos se encontram a realizar algo em conjunto, nomeadamente jogar futebol entre o pai e ele próprio. No desenho verifica-se que J. P. desenha-se a si próprio duas vezes, em diferentes posições, podendo reflectir um certo egocentrismo. A criança percebe que uma actividade familiar conjunta é representada pelos elementos a realizar uma tarefa isoladamente (*e.g.*, a mãe encontra-se a servir algo para comer, a irmã está no computador e o irmão está a andar de bicicleta) à excepção dele próprio, que na imagem joga futebol com o pai. É provável que o facto do pai ser ausente (por motivos laborais), provoca em J. P. a necessidade de incluí-lo de forma pontual a realizar uma actividade conjunta com ele, já que não tem oportunidade de o fazer frequentemente. O desenho elaborado caracteriza-se por ser um desenho infantilizado, com traços grosseiros, nos quais se observa uma certa impulsividade na realização da tarefa. A atitude e comportamento de J. P. demarcou-se pela impaciência, reduzidos mecanismos de combate à frustração (*i.e.*, perante algum erro que cometia reagia com agressividade verbal), baixa capacidade de concentração e de focalização da tarefa e contínua hiperactividade dos membros inferiores. No que concerne a aspectos integrativos de fantasias, preocupações que a criança possa ter acerca de si própria ou das situações, verifica-se uma sobrevalorização a nível material e monetário [*e.g.*, [Se tivesses três desejos a pedir, o que pedirias?] *“1. Playstation; 2. Deixar de ser pobre; 3. Ter um jogo” (sic.) [Razões para cada um dos pedidos?] “1. Para brincar; 2. Para ter dinheiro; 3. Para brincar” (sic.)*]. Na avaliação da auto-percepção da criança, revelação de sentimentos, preocupações que o fazem sentir triste,

preocupado, zangado ou com medo, J. P. demonstrou-se pouco colaborativo [(e.g., “*Não gosto de falar de mim (...) não gosto de falar disso para ninguém*” (sic.)], bem como incongruência nas suas respostas [e.g., “*às vezes grito mas é a brincar*” (sic.)]. Não refere preocupações, ansiedades nem pensamentos suicidas [e.g. “*eu não tenho medo de nada*”; “*sinto-me bem a maior parte do tempo*” (sic.)]. Na avaliação da percepção acerca de problemas específicos referidos pelos pais e professor, tendo em conta a análise do CBCL e do TRF, foram considerados os comportamentos que apresentavam um maior nível de gravidade nas escalas de síndromas (Quadro 12). Verificou-se que perante a confrontação de alguns comportamentos-problemas referidos pelos agentes educativos, J. P assume uma atitude de negação e de distorção do seu comportamento.

**Quadro 12.** Parte do registo do protocolo da Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes (SCICA/6-18 anos) (Área 6. Fontes de Informação: Pais/Professores).

<b>Fontes de Informação</b>	<b>Auto-relato</b>
1. Não consegue estar sossegado, é muito activo ou irrequieto, é distraído e desastrado;	* “ <i>Às vezes sou assim... não sei porquê</i> ”(sic.);
2. Chora muito, sente-se sem valor e anda sempre a choramingar;	* “ <i>Eu não choro</i> ” (sic.);
3. Fazem pouco dele, é ridicularizado;	* “ <i>Não! Todos dão-se bem comigo</i> ” (sic.);
4. Gosta de se exhibir, de fazer palhaçadas, mostra-se vaidoso e gabarola;	* “ <i>As vezes sou engraçado</i> ” (sic.);
5. É impulsivo, age sem pensar, é teimoso mal-humorado e irritável.	* “ <i>Sou distraído, gosto que façam o que eu digo</i> ”(sic.).

### **TESTES DE REALIZAÇÃO**

A avaliação do funcionamento cognitivo e educacional através de testes de realização padronizados, permitem verificar se existem diferenças comportamentais entre a realização de tarefas escolares e a conversação livre. Para esta área de avaliação, foram recolhidos Testes de Avaliação junto ao professor, visto ser difícil colocar a criança em contexto de consulta, a realizar de forma padronizada a tarefa. Neste sentido, o comportamento da criança durante a realização de tarefas desta natureza, mantém-se semelhante ao observado em contexto de consulta, ou seja, segundo o Professor responsável, “*nos primeiros momentos mantém-se atento, no entanto acaba por deixar algumas questões devido à acrescida distractibilidade (...) distrai-se facilmente, por isso é que nas fichas de avaliação fica isolado, gosta que esteja alguém a seguir o seu desempenho enquanto realiza a tarefa*” (sic.).

### **Análise da Avaliação Escolar Padronizada**

De seguida serão apresentadas algumas imagens correspondentes às Fichas de Avaliação realizadas por J. P. no período de Dezembro, nomeadamente de Língua Portuguesa, Estudo do Meio e Matemática. A análise da Ficha de Língua Portuguesa permite verificar que J. P. preencheu correctamente o cabeçalho de identificação, bem como do texto apresentado, observa-

se que foi trabalhado, através das anotações realizadas indicando a numeração dos cabeçalhos demonstrando assim trabalho o realizado e que procedeu à leitura do texto.

Tendo em conta a análise da **Figura XIII**, é possível observar que relativamente ao nível da Língua Portuguesa, mais especificamente ao nível da compreensão de textos, realiza uma interpretação normativa do texto, visto que apresenta capacidade de identificação de informação implícita – identifica os principais protagonistas, bem como denota capacidade na justificação de perguntas, transcrevendo vocábulos ou as expressões que as traduzem.

**Completa:**  
O texto fala-nos de uma menina e estrela.

**Responde:**  
- Quando se passou a acção do texto?  
Acção de todo o texto aconteceu de Inverno e  
- O que tinha acontecido ao pinhal, no Verão?  
A pinhal no Verão tinha ardido.  
- A que compara a estrela a estrela que posou no pinhal?  
A estrela compara-se a estrelas que tinham posado com outras.  
- Uma menina apareceu e falou com a estrela.  
O que lhe prometeu ela, em nome de todas as crianças?  
As meninas prometem que todas as crianças vão guardar  
tudo o que lhes derem e não vão fazer nada de errado.  
**Justifica as seguintes frases com expressões do texto...**  
De repente, o pinhal ficou iluminado.  
A estrela posou e iluminou o quebão queimado.  
A noite ficou mais clara.  
XX

**Copia o quinto parágrafo do texto.**  
A estrela posou e iluminou a quebão que  
queimado. As crianças que tinham guardado  
de quebão, tudo o que lhes deram na noite que foi  
na noite.

**Procura no dicionário os sinónimos das seguintes palavras e regista-os.**  
- murmurar - falar baixinho  
- erguer - levantar  
- acerrar - colocar os olhos de

**Escreve, nas respectivas árvores, exemplos de palavras monossilábicas, dissilábicas e polysilábicas.**  
Monossílabos: noite  
Dissílabos: Natal  
Polissílabos: estrela  
menina  
pinhal  
quebão  
queimado  
crianças  
guardar  
de  
erro  
do

**Divide cada palavra em sílabas e pinta o □ da sílaba tónica...**  
• noite □  
• Natal □  
• estrela □  
• devagrinho □

**Repara na frase:**  
"Era noite de Natal."  
- Como se chama o sinal de pontuação utilizado nesta frase?  
O sinal chama-se pontuação.  
- Transforma-a numa frase exclamativa!  
A noite chama-se noite final!  
- Que sinal de pontuação utilizaste no final da frase?  
Um sinal de pontuação.  
- Copia, do texto, uma frase interrogativa.  
Quem poderia queimar os pinheiros queimados que?  
**Muda a seguinte frase para o plural.**  
A estrela posou e iluminou aquele quebão queimado.  
XX

**Figura XIII.** Continuação da Ficha de Avaliação Formativa de Língua Portuguesa realizada a 11 de Dezembro de 2006 (Página 2 e 3).

**Escreve os nomes no lugar correcto.**  
céu estrela noite  
floresta céu pinheiro  
**NOMES**  
género feminino: estrela  
género masculino: céu  
noite  
pinheiro  
floresta

**Resolve a cruzada!**  
1- As pessoas oferecem... C1  
2- A ceia de Natal é a... C2  
3- Na chaminé ponho o... C3  
4- Fritam-se as... 4  
5- Na ceia não falta o... 5

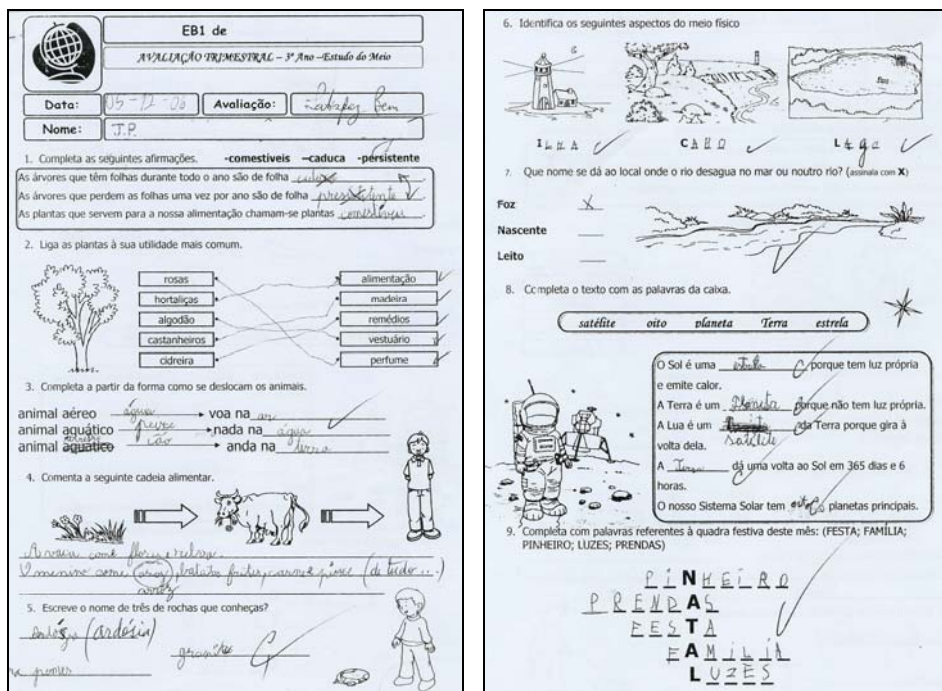
**EXPRESSIONE ESCRITA**  
O texto fala de uma noite de Natal.  
Conta como gostarias de passar a tua noite de Natal.  
Eu gostava de passar a noite em paz.  
Também de estar a desentão.  
Eu gosto mais do dia de Natal e mais mais prouder.  
Eu gosto de comprar uma PS2 mas não posso  
porque é muito caro.  
Eu gosto mais de ir ao cinema que me comprava  
a PS3.  
Eu me sou de Natal gosto muito de bolo de  
Amêndoas.

**Figura XIV.** Continuação da Ficha de Avaliação Formativa de Língua Portuguesa realizada a 11 de Dezembro de 2006 (Página 4).

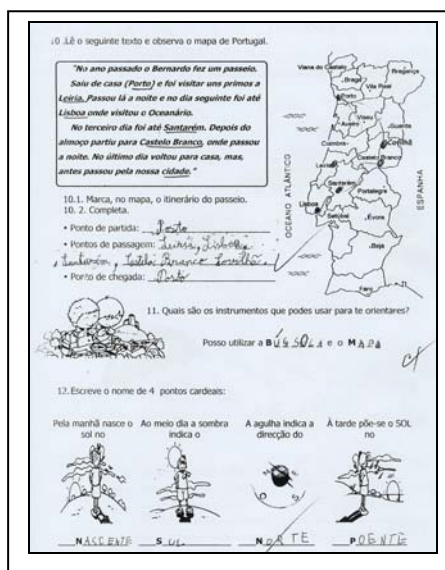
É capaz de seleccionar dados específicos relevantes em texto do tipo informativo, produzindo respostas a questões em função dos dados recolhidos. O desempenho de J. P. torna possível verificar que compreende o que se encontra subentendido no texto. A este primeiro nível, a principal dificuldade que é possível identificar encontra-se na ortografia, ou seja não escreve com correcção ortográfica, não aplicando de forma contínua a técnica de auto-correcção. Por exemplo, reescreve uma passagem do texto, no entanto não coloca os sinais auxiliares da escrita necessários. Este último aspecto faz com que o desempenho de J. P. seja prejudicado, pois ao nível de compreensão do texto o aluno apresenta capacidade de interpretação. A dificuldade ao



está subentendido num texto. A sua maior dificuldade remete-se para a ortografia, nomeadamente não aplica os sinais de pontuação de forma correcta, ou seja não utiliza os sinais de pontuação ou utiliza-os de modo aleatório, com infracções às regras elementares, realiza erros ortográficos com carácter sistemático, e no em alguns casos, comprometedores da inteligibilidade do texto, contudo demonstra alguma capacidade de auto-correcção.



**Figura XVI.** Ficha de Avaliação de Estudo do Meio (Avaliação Trimestral) realizada a 12 de Dezembro de 2006 (Páginas 1 e 2).



**Figura XVII.** Continuação da Ficha de Avaliação de Estudo do Meio (Avaliação Trimestral) realizada a 12 de Dezembro de 2006 (Páginas 3 e 4).

A Ficha de Avaliação Trimestral de Estudo do Meio (Figura XVII e XVIII) permite-nos verificar que J. P. apresenta um bom desempenho, no entanto as suas maiores dificuldades residem na identificação de determinados conceitos estudados (e.g., [diferenciação do tipo de árvores relativamente à sua folha, identificação da nomenclatura de tipos de rochas]). Apresenta capacidade na associação de conhecimentos, nomeadamente na identificação de aspectos do meio físico, tendo em conta as imagens (e.g., [Que nome se dá

ao local onde o rio desagua no mar ou noutro rio? Foz; Nascente; Leito] “foz”), a identificação geográfica de localidades de acordo com um itinerário facultado e na identificação dos pontos cardeais, a partir de

características físico-ambientais.

A nível matemático verifica-se que J. P., apresenta um bom desempenho (Figuras 18 e 19), reflectindo também a realização do cálculo mental de uma eficaz/correcta. Apresenta capacidade para identificar, ler, e escrever números inteiros e decimais, escreve números numa recta graduada, ordena números (e.g., [por ordem crescente] “ $34 < 276 < 999 < 1143 \dots$ ”), realiza contagens crescentes e decrescentes, efectua cálculos aplicando as regras aprendidas. No que concerne à leitura de números ordinais, preenchimento de múltiplos (e.g., múltiplos de 6) mantém preservada a capacidade de realização.

**AVALIAÇÃO TRIMESTRAL - 3º Ano - MATEMÁTICA**

Nome: J. P. Class: 3º ano  
 Data: 12-12-06 Prof:

1. Escreve os números por ordem crescente.  
 276 999 1143 2324 34 12 0123  
 $34 < 276 < 999 < 1143 < 2324 < 120123$

2. IDENTIFICA os números, por classes e por ordens:

U. unidade	CM	DM	UM	C	D	U
D. dezenas					3	4
C. centenas				2	7	6
UM. unidades de milhar			1	4	9	
DM. dezenas de milhar			1	4	3	
CM. centenas de milhar	7	2	0	7	2	3

3. Completa segundo o exemplo:  
 •  $1123 = 1000 + 100 + 20 + 3$  ou mil, cento e vinte e três unidades.  
 •  $899 = 800 + 90 + 9$  ou oitocentos e noventa e nove.  
 •  $27 = 20 + 7$  ou vinte e sete.  
 •  $14750 = 10000 + 4000 + 700 + 50$

4. Escreve as adições em forma de multiplicação.  
 •  $4 + 4 + 4 + 4 = 16$  ou  $4 \times 4 = 16$   
 •  $7 + 7 + 7 + 7 + 7 = 49$  ou  $7 \times 7 = 49$   
 •  $8 + 8 + 8 + 8 = 40$  ou  $8 \times 5 = 40$   
 •  $6 + 6 + 6 = 18$  ou  $6 \times 3 = 18$

5 - Faz a leitura dos números ordinais.  
 • 13º dezenove fevereiro Sétimo 7  
 • 9º nono Décimo quarto 14  
 • 20º vinte Décimo nono 19

6 - Preenche o quadro:

Antes	Entre	Depois
1120	1121	1122
2855	2856	2857
998	999	1000
6798	6799	6800

7 - COMPLETE O QUADRO E PINTA OS MÚLTIPLOS DE 6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

COMPLETA:  
 •  $6 \times 1 = 6$   
 •  $6 \times 2 = 12$   
 •  $6 \times 3 = 18$   
 •  $6 \times 4 = 24$   
 •  $6 \times 5 = 30$   
 •  $6 \times 6 = 36$   
 •  $6 \times 7 = 42$   
 •  $6 \times 8 = 48$   
 •  $6 \times 9 = 54$   
 •  $6 \times 10 = 60$   
 •  $6 \times 100 = 600$   
 •  $6 \times 1000 = 6000$   
 •  $6 \times 10000 = 60000$

Faz a legenda da figura geométrica:  
 circunferência → círculo

**Figura XVIII.** Ficha de Avaliação de Matemática (Avaliação Trimestral) realizada a 12 de Dez. de 2006 (Páginas 5 e 6).

**É INVERNO**

■ Pinta cada guarda-chuva com a cor indicada pelo seu número.

180 18 dezenas  
 40 4 dezenas  
 300 3 centenas  
 30 3 dezenas  
 25 25 unidades  
 10 1 dezena  
 350 35 dezenas

vermelho - o quádruplo de 25.  
 amarelo - o dobro de 150.  
 castanho - o triplo de 100.  
 verde - a quarta parte de 40.  
 roxo - a metade de 500.  
 rosa - a terça parte de 300 mais a metade de 50.

azul - a terça parte de 120.  
 verde - a quarta parte de 40.  
 roxo - a metade de 500.

**Figura XIX.** Ficha de Avaliação de Matemática (Avaliação Trimestral) realizada a 12 de Dezembro de 2006 (Páginas 5 e 6).

As dificuldades de J. P. a este nível, são menores comparadas com o seu desempenho na Ficha Língua Portuguesa, todavia os erros que comete são susceptíveis de verificação devido à presença de uma certa impulsividade na realização da tarefa e *déficit* nos níveis atencionais (e.g., verificar na Figura 16 os exercícios devidamente assinalados). Relativamente a eventuais anormalidades motoras, área de avaliação na SCICA. Verifica-se que não apresenta qualquer *déficit* na motricidade fina e grossa, e portanto apresenta desenvolvimento motor normativo.

## Análise do Perfil tendo em conta a SCICA

Através da Folha de Observação da Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes (6-18 anos) (SCICA), a criança apresenta níveis subclínicos da dimensão Problemas Atencionais e Resistência, em clara correlação com a cotação na SCICA, e na dimensão Comportamentos Estranhos onde a mesma é cotada numa expressão clínica embora em *borderline*. Estes resultados não se encontram correlacionados positivamente com a opinião dos pais relativamente à dimensão Ansiedade/Depressão na CBCL e com a opinião do professor na TRF. Verificando-se o perfil, segundo a análise dos auto-relatos e comportamento não verbal, a criança apresenta resultados dentro do padrão normativo para a sua idade, nas dimensões Ansiedade/Depressão, Ansiedade, Problemas Familiares, Isolamento, Comportamento Agressivo, no entanto nestas áreas analisadas existem duas que se manifestam com uma maior acentuação, nomeadamente Problemas familiares e Isolamento. Verifica-se que não se verificam dados comuns às dimensões onde o professor (director de turma) classifica o comportamento de J. P. como clinicamente significativo (igualmente os pais) são problemas sociais, problemas de pensamento, problemas anti-sociais e ansiedade e depressão. Pelo contrário, nas dimensões: Isolamento e apresenta-se a nível abaixo significativamente clínico, todavia com uma classificação a considerar (Nota T 69) (Figura XX).

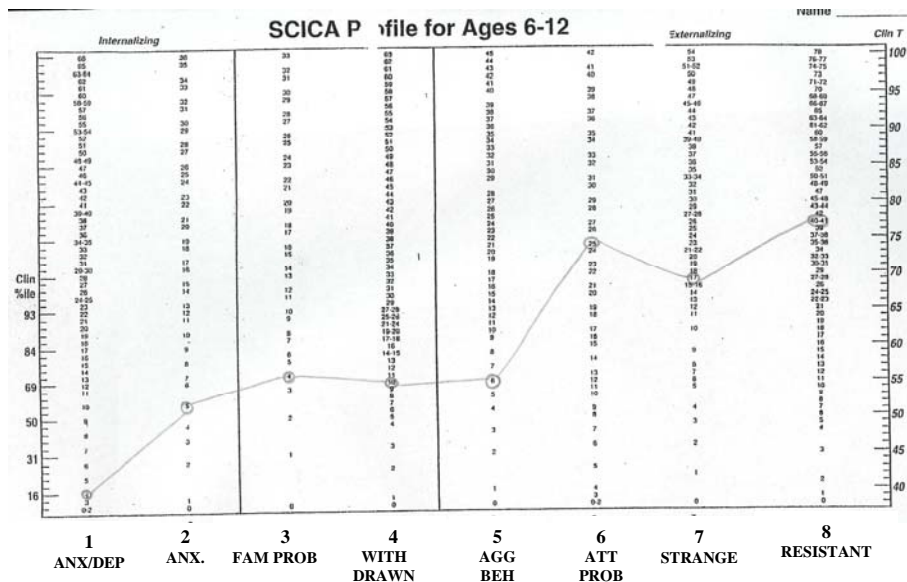


Figura XX. SCICA Perfil para as idades de 6-12 anos.

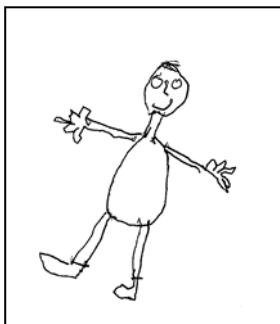
Verifica-se que tendo em conta, outros itens de observação, a criança ao longo do processo de entrevista: queixa-se de estar a ser chateada pelos testes ou pelo examinador; chora; apaga ou risca muito quando escreve ou desenha; ri inapropriadamente; mente ou engana; faz movimentos com a boca enquanto escreve ou desenha; belisca ou coça o nariz e a cabeça; parece depender

demasiado do entrevistador; amua; choraminga e queixa-se; preocupa-se e nega responsabilidades ou culpa os outros.

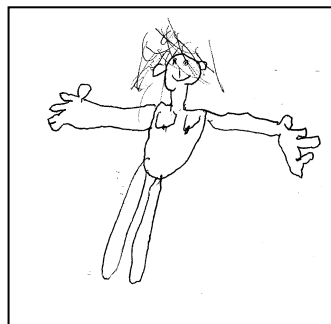
Relativamente a outros itens de auto relato, verifica-se refere ter discussões ou lutas com os irmãos; dizer mentiras e fazer batota; prefere estar sozinho; relata exibicionismo e palhaçadas; armazena coisas de que não necessita [*i.e.*, “pedras, folhas”(sic.)] e arrelia-se com os outros incluindo os irmãos. Após a análise, poderemos verificar que as principais dimensões que identificam com significado clínico, poderão estar associadas a características personalíssimas, no entanto ainda em desenvolvimento. Uma vez mais, é possível verificar que a grande problemática envolve a dimensão Problemas Atitudinais e Resistência, áreas marcadamente referidas anteriormente tanto de forma directa como indirecta. Apesar de em ambientes estruturados o J.P. apresentar um comportamento diferenciado, nesta forma de avaliação, a criança revelou-se pouco colaborativa, estando subjacente a a não revelação da sua forma de sentir, e dificuldade em lidar com situações que directamente o criticam.

### 2.1.3. Avaliação do paciente utilizando o Desenho da Figura Humana de *Goodnough* (Harris, 1991)

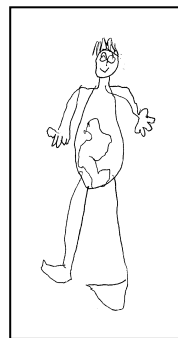
O Desenho da Figura Humana é uma tradução gráfica do esquema do corpo, a forma como este é vivido na criança, e que representa a expressão de si mesmo (Harris, 1991). J. P. apresentou capacidade em desenhar a figura humana de um homem, de uma mulher e de si próprio (Figuras XXI, XXII e XXIII respectivamente).



**Figura XXI.** Desenho de um Homem



**Figura XXII.** Desenho de uma Mulher



**Figura XXIII.** Desenho de si próprio.

Neste sentido, foi possível realizar uma análise quantitativa, verificando-se o Q.I. do J. P., encontrado no Teste da Figura Humana de *Goodenough*, respectivamente no Desenho do Homem e no Desenho da Mulher é 109,7, enquanto para o Desenho de Si próprio, revelou um Q. I. de 106,6. Situando estes valores na banda dos Q.I., o seu desempenho na realização do Desenho de um Homem e na realização do Desenho da Mulher, classifica o seu Quociente de Inteligência

como Médio Superior, enquanto que classificando o desenho da Figura de si próprio, o Q. I. classifica-se como Médio.

Verificou-se uma diferenciação na classificação, apesar de não ser em grande amplitude, devido ao facto de J. P. no desenho de si próprio, não desenhar determinadas particularidades (*e.g.*, boca e nariz em duas dimensões), no entanto desenhou-se a si próprio com uma maior dimensão comparativamente com os restantes desenhos. É igualmente possível realizar uma análise qualitativa do desenho. Segundo uma análise qualitativa considerada por Luquet (1927 *cit. in* Harris, 1991), verifica-se que J. P. encontra-se num determinado estágio de evolução do grafismo infantil, que segundo este mesmo autor corresponde ao Realismo intelectual. Este estágio caracteriza-se pelo facto da criança não desenhar aquilo que vê mas aquilo que sabe, ou seja, nesta fase existe uma mistura de diversos pontos de vista/ perspectivas.

Tendo em conta os desenhos do J. P. verifica-se que é caracterizado por formas definidas, que representam uma ordenação interna e externa, para um desenho de formas mais estruturadas, projectando para o exterior a realidade que lhe é familiar.

Verifica-se uma simbolização, ou seja a criança apropria-se progressivamente, de regularidades ou códigos de representação das imagens, tendo em conta as figuras familiares.

Estabelecendo uma equiparação aos dados obtidos na avaliação das funções intelectuais, através da Escala de Inteligência de Weschler para crianças, verificou-se que da mesma forma que o seu desempenho na WISC, o J.P. apresenta capacidade de compreensão de questões de informação geral, bem como capacidade para conferir significado a determinados aspectos, que neste caso foram desenhados, tendo em conta as características e funções pedidas. É de referir que o seu desempenho, tal como na realização da WISC, caracterizou-se por uma elevada dificuldade na manutenção de níveis de atenção e concentração adequados. Tal como observado em algumas subescalas da WISC-III, que exigem a capacidade visuo-construtiva, a resolução visuo-espacial, a organização de partes de um determinado objecto/ figura de forma a inseri-lo num todo coerente, o J.P. na realização dos desenhos das figuras humana, evidência dificuldades no que é denominado por tarefas de realização, devido a assumir uma postura que revela níveis de atenção e concentração desadequados, e um padrão impulsivo e errático na abordagem às tarefas, o que sustenta em parte o seu desempenho na realização da tarefa pedida. As figuras que apresentam uma maior qualidade formal (*i.e.*, maior cotação) correspondem ao Desenho do Homem e o Desenho da Mulher, enquanto a figura que apresenta menor qualidade formal (*i.e.*, menor cotação), corresponde ao Desenho de si próprio. Será importante referir que apesar, de na análise da qualidade formal do desenho, o Desenho do Homem e o Desenho da Mulher apresentarem igual cotação, o Desenho da Figura do Homem, apresenta grandes similitudes com o desenho de

si próprio, no entanto, no Desenho da Mulher, o J. P. apresenta um desenho mais infantilizado e incompleto: na realização de alguns traços, desempenhou-os assumindo uma rigidez na execução dos movimentos, o que poderá reflectir a imagem da mãe nesta última figura, e consequentemente existir uma possível conflitualidade nesta relação.

Analisando a Figura 23, correspondente ao Desenho de Si próprio, verifica-se que existe uma integração do esquema corporal, no entanto de uma forma incompleta, visto que aplica a bidimensionalidade apenas a uma parte o seu corpo. É possível observar que comparativamente aos outros desenhos, desenha-se a si próprio com um tronco mais alto do que nos restantes. É possível afirmar que pela realização da Figura Humana de Goodenough, o J.P. apresenta um desenho infantilizado e pobre, com características de limitação de abstracção, resultando num produto que reflecte novamente a impulsividade na realização da tarefa, revelando a preocupação do J.P. em terminar a tarefa o mais rapidamente possível.

No estabelecimento de uma comparação entre desenhos, considerando o desenho de si próprio com o desenho correspondente ao da figura do adulto do mesmo sexo, apresenta uma figura completa, ou seja, apresenta cabeça, tronco, membros e extremidades, em ambos os desenhos. Algo a referir é que ambos os desenhos apresentam uma grande similitude na forma, pela qual foram desenhados; não se verifica uma diferenciação marcada, que revele por exemplo na figura do adulto, uma diferenciação a nível facial, em termos de indicadores de maturidade. Existe uma diferenciação do cabelo (*e.g.*, desenha o seu cabelo maior), no tamanho das figuras (*e.g.*, o tronco de si próprio é maior que o da desenho do homem) e na ornamentação (*e.g.*, acrescenta no centro da figura, o que definiu por ser as figuras da camisola), apresentando-se estes elementos mais elaborados na Figura Humana de Si próprio. Nesta, é possível identificar igualmente elementos que sugerem características típicas do indivíduo, nomeadamente o cabelo, tal como está desenhado e a “*camisola*” que reflecte o que tinha vestido ao momento da avaliação. Não realiza um desenho de si próprio que evidencia ficção ou fantasia, bem como não sugere qualquer tipo de actividade, por exemplo actividade de desporto ou alguma actividade lúdica. Em contrapartida, relativamente à qualidade de execução e o detalhe do desenho, o desenho de si próprio reflecte uma pior execução comparativamente ao desenho da figura do adulto do mesmo sexo. O mesmo se verifica na execução do desenho do adulto do sexo oposto, sendo que neste último, não se verifica qualquer tentativa para representação dos pés.

Quanto à colocação do desenho na folha, verifica-se uma colocação na parte superior da folha, o que indica uma expressão de fantasia; bem como reflecte também a análise do movimento do desenho e das produções associadas, que se caracterizaram por: descoordenação na sua elaboração e dificuldade no controlo do traçado (*e.g.*, caracteriza-se por ser um traço mal

controlado e existe uma falta de proporções, sendo estes aspectos indicadores de impulsividade). Na análise do traçado, podemos salientar que se encontra presente um traçado sensorial, dado que apesar de não ser possível identificar cores, observam-se curvas, e não apenas um traço quadrado e linhas rectas.

Na elaboração dos vários desenhos, verificaram-se também aspectos específicos, tais como ausência de pés na figura da mulher, presença de detalhes do vestuário apenas no desenho de si próprio, sendo considerando um sinal de elaboração e de abstracção, contudo, a exemplo do que se verifica nos três desenhos, o seu desempenho remete para um nível de funcionamento pobre e concreto.

## **2.2. Integração diagnóstica**

Aquando do acompanhamento inicial de J.P., este surge com um padrão marcado de comportamento externalizado, ou seja, desobediência marcada às figuras de autoridade, na realização das tarefas, impulsividade nas tarefas, constante agitação psicomotora dos membros superiores e inferiores, baixos níveis de atenção e concentração, baixa resiliência face a situações de frustração ou de negação.

Tendo em conta esta sintomatologia que se reflecte tanto a nível familiar como escolar, foi encaminhado para o Serviço de Neurologia, consulta de Neuropsicologia Clínica, de forma a verificar se seria um caso de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

No entanto, a partir da informação recolhida junto aos pais e ao professor, verificamos que existe uma certa incongruência no comportamento do J. P., na medida que perante figuras de autoridade que lhe impõem limites estruturados e um padrão restritivo, J. P. modifica ligeiramente o seu padrão comportamental. Estes dados poderão suscitar a hipótese de que não estamos perante uma criança com Hiperactividade com Défice de Atenção, visto J. P. quando se encontra num ambiente estruturado, em que lhe sejam impostos limites e regras, J. P., apesar de um comportamento de resistência inicial, progressivamente aceita e colabora positivamente. A avaliação do funcionamento intelectual, permite concluir que não estamos perante uma criança com dificuldades de processamento intelectual não só pela avaliação formal através da WISC-III, mas também pela avaliação dos seus resultados escolares (nível de Satisfaz em todas as disciplinas menos dramática que se encontra num nível de Satisfaz Muito Bem). Existe uma discrepância relativamente ao seu desenvolvimento cognitivo quando avaliado com testes formais (WISC-III) e os seus resultados escolares. Por um lado, a avaliação absoluta através de um Teste de Inteligência indicar-nos-ia uma criança com um nível de pensamento muito superior, por outro lado os seus desempenhos escolares situam-se no nível Satisfaz.

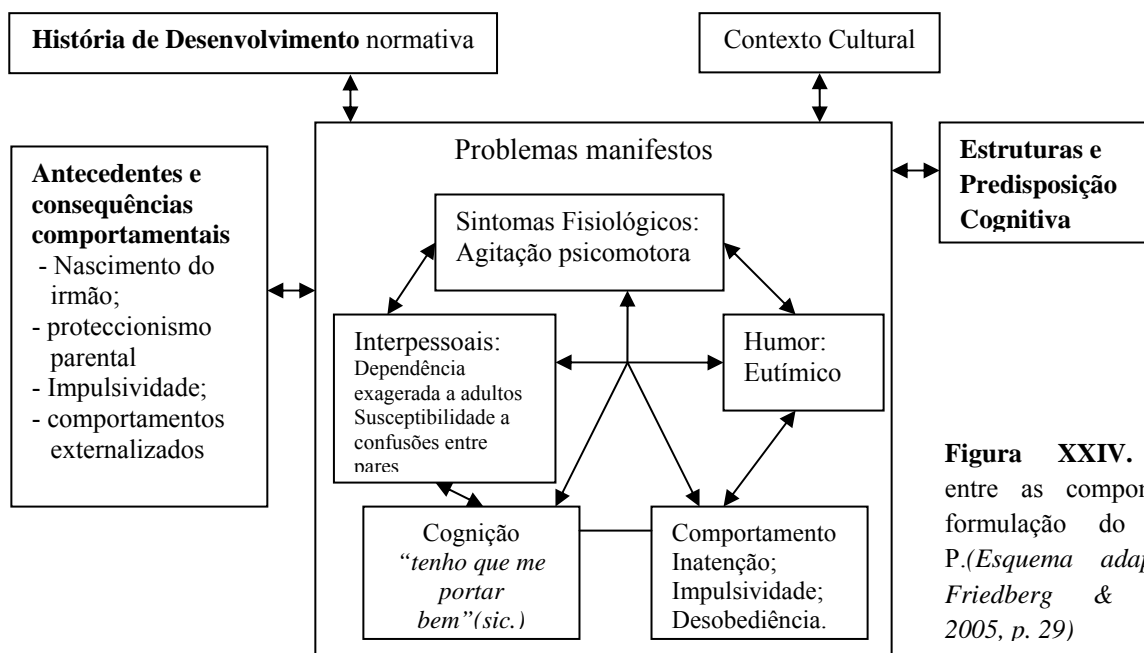
Este aspecto parece dever-se essencialmente, não a um padrão de Hiperactividade com Défice de Atenção, mas sim a padrões de funcionamento desenvolvimentais fortemente relacionados com as práticas parentais. Desta forma, quando na ausência de figuras de autoridade ou pares que se relacionam com o próprio, de forma assertiva e/ou restritiva, J. P. apresenta fortes dificuldades em utilizar os seus recursos intelectuais, emocionais, personalísticos, *etc* no sentido de desenvolver um comportamento global funcional na sua relação com o meio académico, social e familiar.

Apresenta de facto sintomatologia que podia hipotetizar ao diagnóstico de Hiperactividade com Défice de Atenção, todavia tudo o que referimos anteriormente parece explicar melhor o seu padrão de problemas comportamentais, não se devendo contudo descartar a hipótese de Hiperactividade e Défice de Atenção, e a intervenção junto aos pais (trabalhar aspectos relacionados com a assertividade e com práticas parentais adequadas), junto à criança (treino de atenção e concentração) e junto ao professor (trabalhar aspectos assertivos).

### 3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO CASO DO PACIENTE J.P.

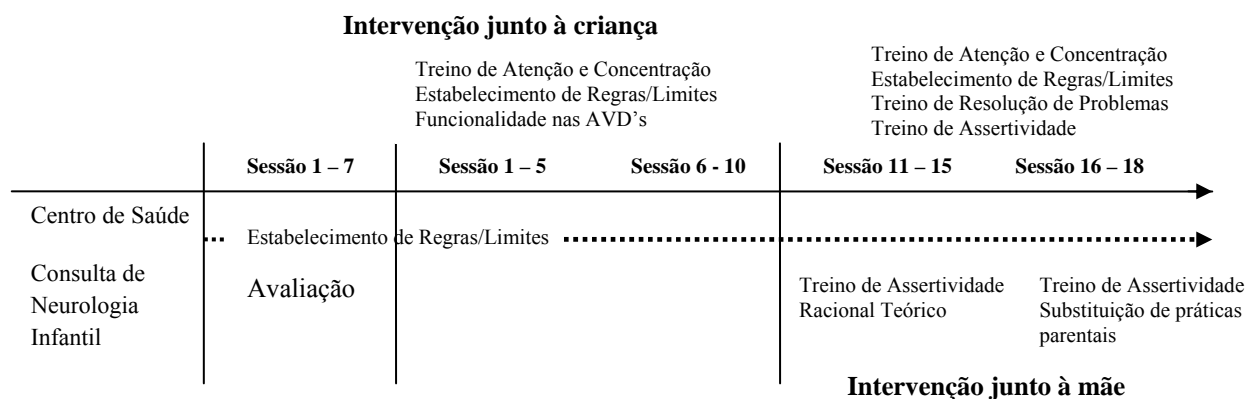
Após a primeira fase de avaliação, o programa psicoterapêutico com o paciente J.P. organizou-se de forma ter consideração as dificuldades manifestadas, bem como a adesão e motivação no processo terapêutico, bem como as queixas centradas pela mãe, sendo aspectos a serem discutidos posteriormente. No entanto, é possível de seguida observar as várias componentes da formulação do caso do J.P (Figura XXIV).

Tendo em conta a sintomatologia identificada através do processo avaliativo, procedeu-se à implementação do programa de intervenção (Figura XXV).



**Figura XXIV.** Relação entre as componentes da formulação do caso J. P. (Esquema adaptado de Friedberg & McClure, 2005, p. 29)

Tendo em conta a Figura XXV, foram estabelecidas linhas gerais de intervenção, tendo sido dado o início do processo de estimulação das funções como a atenção e a concentração, de forma há



**Figura XXV.** Esquema alusivo à avaliação e programa de intervenção junto a J. P.

existir em situação estruturada, a progressiva focalização da atenção em tarefas desenvolvidas. Todas as sessões iniciaram-se com uma breve contextualização acerca do ocorrido a nível escolar. Para além do trabalho directamente desenvolvido junto a J. P., posteriormente foi iniciado o processo de Treino de Assertividade e Práticas parentais junto à mãe, visto que perante a figura materna revelou uma maior ocorrência de comportamento exteriorizado directo. É de referir, que J. P. mantém um acompanhamento a nível escolar, designado por Apoio Pedagógico, com uma frequência de uma vez semanal. Neste sentido, o plano terapêutico foi centrado no estabelecimento de regras e limites, Treino de Atenção e Concentração e Treino de Resolução de Problemas, focando-se nas principais áreas problemáticas. Face a isto, segundo a idade do paciente, o decorrer de cada sessão, baseou-se numa fase inicial de revisão de tarefas para casa, posteriormente desenvolvidas actividades no âmbito dos objectivos inicialmente estipulados, finalizando-se com uma revisão do discutido na sessão, bem como das tarefas destinadas para casa, sendo que as tarefas realizadas nesse âmbito eram valorizadas na sessão seguinte. De modo a não existir uma repetição de conteúdos, e sendo uma decisão a nível organizativo, as primeiras quatro sessões apresentam-se individualmente, sendo que as restantes sessões encontram-se organizadas em grupos de quatro sessões, correspondendo a fases de intervenção comuns tendo em conta os objectivos estipulados. Como sugerido na literatura (Friedberg & McClure, 2005), o acompanhamento foi direccionado tendo em conta uma avaliação cuidadosa do quadro comportamental apresentado. As sessões apresentaram uma frequência semanal de duas vezes no Centro Hospitalar Cova da Beira, com uma duração média de uma hora. De modo paralelo, foi realizado um acompanhamento junto à mãe, com uma frequência semanal de uma sessão, não tendo sido possível uma maior frequência devido à situação laboral da mãe. Ao longo das sessões realizadas, foi continuamente desenvolvido o aspecto da focalização da atenção através de tarefas

que exigem um maior nível atencional, de forma a conferir uma manutenção dos níveis atencionais; a instrução e cumprimento de regras, para desconstruir a questão da baixa resiliência que a criança apresenta perante situações de frustração, de negação. As tarefas desenvolvidas envolveram igualmente a activação de funções a nível mnésico (a nível verbal e visual), bem como do raciocínio lógico.

Iniciou-se junto à mãe, um acompanhamento que se baseou num processo de Treino de Assertividade e de Práticas Parentais, de forma a estruturar as práticas educativas que se revelavam inconsistentes. Foi também permitido que em consulta individual junto à criança, como também junto à mãe, fossem desenvolvidos aspectos tais como: recompensar o comportamento positivo: através do elogio, da descrição do comportamento e da reflexão; ignorar o comportamento impróprio, o facto de se ocorrerem comportamentos indesejados tentar implementar estratégias que substituam a punição (por exemplo, remoção dos privilégios), entre outros; estes aspectos serão abordados mais adiante aquando da explanação da Intervenção junto ao Responsável Educativo.

## **SESSÃO I**

Após uma primeira fase constituída por sessões de avaliação neuropsicológica, a sessão iniciou-se com o relembrar do pedido de consentimento informado, em que foi assegurado por J. P. que aceitava e compreendia as questões de confidencialidade, e que neste sentido tudo o que fosse discutido durante as sessões seria algo não divulgado, não comentado fora do contexto terapêutico, nem com demais intervenientes, nomeadamente os familiares. A excepção careceria da sua autorização. J. P. surgiu à consulta acompanhado pela avó paterna, a qual assistiu à sessão. A sessão deu continuidade através da contextualização do motivo pelo qual o J. P. se encontrava na sessão, e após as várias sessões de avaliação. Primeiro, foi explicado ao paciente de uma forma geral todo o trabalho que é desempenhado por profissionais na área da Psicologia. Seguidamente, procurou-se atendendo a uma forma pedagógica, contextualizar as dificuldades que J. P. que apresenta, bem como determinados comportamentos que lhe estão a comprometer algumas áreas de vida (*e.g.*, familiar e escolar), considerando que todo este processo se baseia na reciprocidade de ambas as partes. O supramencionado vai de encontro com o que se verifica na literatura, ou seja como refere Parry, Cape e Pilling (2003), a intervenção a este nível (a intervenção psicológica) assume-se como um processo de aprendizagem, no qual o principal objectivo define-se no apoio e na melhoria do comportamento daqueles que consultam esta área, bem como deverá ser entendido como um processo de tomada de decisão conjunta entre o terapeuta e o paciente (Morris, 2003). Logo a seguir, foram colocadas as primeiras questões relacionadas com o decorrer do fim-de-semana e com o dia do J.P., bem como com aspectos

relacionados com a escola, disciplinas favoritas, tendo sido referido que as preferidas são Expressão Dramática e Matemática, enquanto as de menor preferência correspondem a Língua Portuguesa e Inglês, acrescentando que tinha dificuldade na escrita de determinadas palavras, caracterizada por erros ortográficos. Foram colocadas mais questões na tentativa do estabelecer uma boa relação terapêutica e obtenção uma maior informação acerca do J. P., considerando que o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, permite um relacionamento terapêutico e consequentemente um processo colaborativo nas tarefas e objectivos do processo terapêutico a desenvolver (Leiper & Kent, 2001). A aliança terapêutica representa de facto um dos principais preditores para os resultados da terapia (Horvath & Symonds, 1991 *cit. in* Leiper & Kent, 2001; Newman, Erickson, Przeworski & Dzus, 2003; Kazdin, Marciano & Whitley, 2005). É de referir, que no início da conversação, J. P. assumiu uma postura reservada, conferindo respostas com o estritamente necessário. No entanto no decorrer da sessão, e com a implementação de tarefas práticas, nas quais a atenção, a concentração e o controlo de impulsos são funções inerentes o paciente foi-se envolvendo com maior evidência. Posteriormente, desenvolveram-se tarefas que implicam a compreensão básica da ordem dos acontecimentos através de cartões ilustrativos, tendo sido o J. P. chamado à atenção relativamente à forma que adoptou para segurar os cartões, assumindo uma atitude reactiva perante a situação (*e.g.*, recusa inicial na realização da tarefa na forma alternativa dada pelo terapeuta). O estabelecimento de limites é importante, pois se a criança não convive no seu quotidiano com a delimitação de regras, principalmente em casa, junto aos pais, posteriormente a mesma desafia os adultos até conseguir o que pretende. Se os pais reagirem de forma agressiva, a criança apreende tal comportamento, reagindo assim posteriormente a uma situação que não aceita (Günther & Günther, 1998; Soares, Souza & Marinho, 2004). Da mesma forma Alvarenga (2001), Baraldi e Silvaes (2003), Gomide (2003), Del Prette e Del Prette (2005) referem que o estabelecimento de limites é um componente importante a ter em consideração nas práticas parentais, devido a aspectos de modelação e de realização de tarefas em conjunto. O estabelecimento de limites também deverá ser implementado no ambiente escolar, e nos restantes ambientes nos quais é necessário um padrão comportamental esperado (Vokoy & Pedroza, 2005). Neste sentido, foram dados ao paciente ambos os cartões (um ilustrativo de uma situação causal relativamente a outra situação) e foi convidado a identificar os objectos inerentes à imagem de cada cartão e, de seguida, que os organizasse de uma forma correcta. Utilizando o mesmo material de estimulação, desenvolveram-se tarefas que tiveram como objectivo o desenvolvimento do raciocínio lógico, e que simultaneamente requerem uma maior nível de atenção focalizada e de concentração, bem como o estabelecimento de um controlo inibitório (Handley, Capon, Beveridge, Dennis & Evans,

2004). A atenção constitui uma das funções básicas do sistema cognitivo, pois permite o processamento de estímulos internos e externos (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) e na ausência desta função, o envolvimento em tarefas voluntárias seria prejudicado (Bilbao, 2003). É entendida como um mecanismo central de controlo que permite regular um conjunto de funções, inibir informação desnecessária, intervir no processamento de informação, *etc.* (Bartolomé & Ardila, 2005). As funções atencionais permitem a cada sujeito obter um determinado nível de activação cerebral que lhe permite executar uma tarefa, seleccionar a informação relevante e posteriormente proceder à codificação da informação. Por isto, estas funções são fundamentais para a aprendizagem e memória (Rapport, Scanlan & Denney, 1999; Levitt & Johnstone, 2001). As dificuldades nesta função são as mais variadas e podem ocorrer ao nível da oscilação dos níveis de alerta, atenção dividida, focalização e manutenção da atenção (Baddeley, 1999). Posteriormente, desenvolveu-se uma tarefa de estimulação do discurso livre, tendo em conta a associação de acontecimentos causais, nos quais o J. P. conferia uma consequência alternativa considerando os vários elementos inseridos nas imagens. Nestas tarefas, o paciente não evidenciou particular dificuldade, realizando e concluindo as tarefas com sucesso. A nível comportamental, de facto apresenta um padrão de impulsividade nas tarefas, auto-valorização elevada, por vezes desadequada, que se reflecte no modo como ele reage, quando é corrigido. Relativamente ao padrão de impulsividade na realização da tarefa, apesar de J. P. apresentar este sintoma que vai no sentido de querer realizar a tarefa o mais depressa possível. Em casos de Hiperactividade com Défice de Atenção, a criança apresenta um tipo de impulsividade que é um pouco diferente, ou seja, estas crianças agem antes de pensar pois têm dificuldade em esperar e não porque tenham pressa de agir (Friedberg & McClure, 2005). A sessão finalizou-se com a solicitação a J. P. para trazer o caderno escolar para a análise na próxima sessão das suas dificuldades na escrita.

## **SESSÃO II**

O paciente surge acompanhado à consulta pela avó paterna. Inicialmente apresenta-se pouco colaborativo ao facto de permanecer na sessão. O seu comportamento caracteriza-se por agitação motora, irritabilidade, mantém um discurso em tom elevado com a avó, de forma ríspida. Perante a situação, foi questionado acerca do que possivelmente tinha ocorrido.

Da conversação existem aspectos necessários a ser apontados, nomeadamente a dificuldade que J.P. apresenta em controlar a sua reacção numa situação de frustração; possível conflitualidade fraternal; práticas educativas desadequadas que se manifestam num vínculo mãe-filho desestruturado. Perante comportamentos agressivos, quer verbais, quer físicos. Grave e Blissett (2004), referem intervenções tais como Treino Parental; Manutenção e Controlo da Raiva e

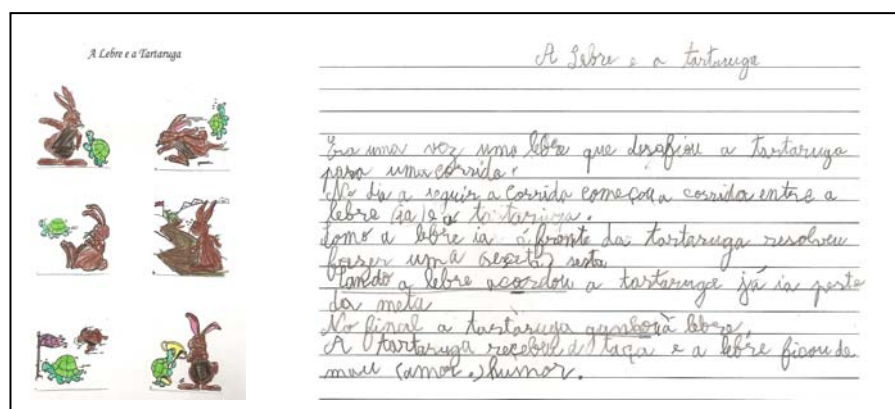
Treino de Resolução de Problemas<sup>9</sup>. Existem modelos sócio-cognitivos que têm especificado processos cognitivos que poderão relacionar a raiva e a agressão. Derivam das formulações sociais de aprendizagem desenvolvidas por Bandura (1973), bem como modelos de Atribuição causal (Kelley, 1972) e o Modelo de Resolução de Problemas (*cit. in* Sukhodolsky, Kassinove & Gorman, 2004). Neste sentido, a situação inesperada permitiu concluir que seria necessário trabalhar junto a J. P., para além do Treino de Atenção e Concentração, que permite também o controlo da impulsividade; Treino de Resolução de Problemas, Treino de Assertividade e iniciar um acompanhamento individualizado com a mãe. Segundo Lochman, Meyer, Rebiner e White (1991), a raiva e a falta de controlo, poderão dever-se a ineficazes capacidades de resolução de problemas.

No que concerne ao Treino de Atenção e Concentração, este justifica-se, pois a Atenção constitui um constructo multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com os níveis de alerta, a activação, a selectividade, a manutenção da atenção, a distractibilidade ou ao nível de apreensão, entre outros (Hale & Lewis, 1979 *cit. in* Stefanatos & Baron, 2007) sendo que a investigação sugere que os problemas de atenção revelam-se mais acentuados particularmente em tarefas em que é exigido uma vigilância ou uma manutenção prolongada de atenção (Douglas, 1983), estando esta sintomatologia presente no caso em questão. O seguimento da sessão baseou-se na realização de tarefas que implicaram o controlo da motricidade fina (*e.g.*, pintura de desenhos em dimensões pequenas) e controlo da impulsividade, escrita de uma história a partir das imagens apresentadas. Segundo Kendall e Choudhury (2003), a realização de tarefas ou de testes estruturados é importante antes, durante e depois da intervenção, com o objectivo da redução da impulsividade e para aumento do auto-controlo. Com o objectivo de conferir uma estruturação na realização de tarefas por parte do J.P., antes de iniciar as tarefas foi-lhe conferida a *Ficha “O nosso Plano na Realização das Tarefas”*, de forma a conferir directrizes, linhas de orientação e fomentar a estruturação na realização de tarefas, tanto em contexto de consulta como em casa. Para tal, foi-lhe facultado um exemplar para afixar no local onde habitualmente estuda e faz os trabalhos de casa. Portanto, foi-lhe explicado que os passos inerentes à Ficha facultada, era para ter em consideração do seguinte modo: após o terapeuta exemplificar parte da tarefa falando em voz alta o objectivo desta, seguir uma série de estratégias de monitorização contribuindo para uma estruturação na forma de realizar as tarefas e actividades (Modelação cognitiva). Posteriormente, J. P. desempenhou a mesma tarefa, mas com a direcção verbal do terapeuta

---

<sup>9</sup> Para uma leitura mais aprofundada ver: Southam-Gerow, M., & Kendall, P. C. (1997). Parent-focused and cognitive-behavioral treatments of antisocial youth. *In* D. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley.

(representando assim um guia externo). Focalizou-se na importância do J. P. ter sempre presente os vários passos da Ficha, e ir seguindo-os em voz alta. Desta forma, este tipo de procedimento é baseado na ideia de que a linguagem é a chave do auto-controlo, e que as verbalizações internas revelam-se de grande importância no controlo do comportamento (Luria, 1961; Vygotski, 1962; Meichenbaum, 1977 *cit. in* Mas, 1998). É especialmente indicado em casos que esteja presente a impulsividade na realização da tarefa, com o principal objectivo de permitir a realização de uma tarefa, inicialmente de uma forma lenta, para que posteriormente, e de forma automática, o indivíduo consiga realizar as tarefas de forma correcta (Barkley, 1990 *cit. in* Zentall, Hall & Lee, 2004; Meichenbaum, 1997). Apenas a título de análise, e de posterior comparação a Figura 26 e 27, apresenta um exemplo de tarefa, na qual é possível observar a impulsividade no pintar (Figura 26), bem como na escrita (Figura 27), verificação de ortografia e ocorrência de erros ortográficos (Figura XXVI), perca do fio condutor na leitura da história.



**Figuras XXVI e XXVII.** Atividades desenvolvidas: XXVI) Descrição das imagens e pintura das figuras; XXVII) Escrita da descrição das figuras em forma de história.

Na Figura XXVI é evidente a presença de impulsividade na realização da tarefa, pois J. P. desenvolve uma pintura descuidada, nas primeiras figuras, mas advertindo-o para seguir “*O nosso Plano na Realização das Tarefas*”, verifica-se uma ligeira melhoria, o que vai de encontro com o que referem Kendall e Choudhury (2003), em que quanto maior a estruturação nas tarefas, melhor será o desempenho do próprio sujeito. Tendo em conta os desempenhos de J. P. (Figura XXVII), na tarefa escrita, verifica-se que este comete erros ortográficos (*e.g.*, *cando* – quando; *acurdou* – acordou; *umor* – humor), escreve aplicando técnicas de auto-correcção, apresentando-se, no entanto, o texto escrito de forma desorganizada, com repetição das ideias e com caligrafia pouco cuidada.

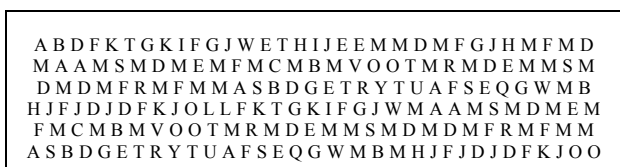
É importante ainda referir que nesta última tarefa, a Escrita, J.P. realizou-a apenas com apoio visuo-perceptivo, não tendo sido conferida ajuda nesta tarefa. Posteriormente, J. P. prosseguiu à correcção dos erros ortográficos. Finalizou-se a sessão conferindo actividades para trabalho de casa, de Treino de Atenção e Concentração, bem como preenchimento da Folha de Registo de Comportamentos. Ficou estipulado, junto à avó e à mãe, que a partir da presente sessão, seria

adequado a sessão ser realizada individualmente com o J. P., devido ao maior nível de distractibilidade que apresentava aquando presença de uma figura familiar.

### SESSÃO III

Tal como nas outras sessões, esta iniciou-se com a questão relativa à maneira como decorreu o fim-de-semana e o dia de escola. J. P. referiu ter passado o fim-de-semana na casa dos avós maternos, na qual gosta muito de ir para a garagem com o irmão. Descreveu várias brincadeiras com o irmão, que segundo ele o acompanha em tudo o que faz. Só apontou um aspecto negativo, que foi uma discussão que se gerou por volta do almoço, pela recusa deste não querer comer a sopa. Esta situação ficou resolvida após, ter sido dada outra sopa ao J. P. Após este momento de partilha de informação diária, questionou-se acerca das fichas de avaliação na escola. J. P. relata que realizou uma ficha de avaliação de Língua Portuguesa que segundo ele “*correram bem*” (*sic.*), acrescentando que tinha ficado com uma classificação de Satisfaz Pouco. Perante isto, questionou-se o motivo para tal resultado, e verificou-se que apesar de J. P. conseguir identificar os erros cometidos nessa ficha, nomeadamente a não conclusão de uma composição alusiva ao *Dia de São Martinho, ao Magusto*, caligrafia pouco elaborada [e.g., “*o meu professor disse que devia ter feito a letra mais bem feita, que estava horrível, mas eu não acho*” (*sic.*)], não avalia de forma realista os seus desempenhos. Esta questão verifica-se igualmente em contexto de consulta, por vezes não admitindo que errou. Este aspecto é corroborado por Friedberg e McClure (2005), na medida em que refere que as crianças que partilham um ambiente familiar pouco estruturado a nível de práticas parentais, apresentam baixos níveis de responsabilização pelos seus actos.

Assinala todas as vezes que aparecerem duas letras iguais seguidas. Procura ser rápido, mas trabalha com **muita atenção!**



**Figura XXVIII.** Exemplo dos Exercícios desenvolvidos para Trabalho de Casa

Por se verificar dificuldade ao nível de tarefas que envolvem a linguagem e a escrita, sugeriu-se que durante as sessões havia a possibilidade de fazer alguns exercícios a esse nível, para que consolidar os conhecimentos e aperfeiçoar a caligrafia, uma sugestão que não agradou o J. P.

Verificou-se posteriormente o trabalho de casa que se baseou em vários exercícios, com o objectivo de focalizar a atenção (Figura XXVIII.) J. P. apresentou um bom desempenho, apesar de não ter verificado uma das linhas, sendo para tal chamado a atenção para a utilização da ficha “*O nosso Plano na Realização das Tarefas*” e reforçado o seu esforço.

Este tipo de exercícios permitem ajudar a criança a aprender estratégias que elicitam a focalização da sua atenção. É importante proceder à intervenção a este nível, pois as

consequências funcionais são maiores do que, por exemplo, ao nível da agitação psicomotora. A incapacidade para prestar atenção é que torna igualmente a organização das suas tarefas desadequada, e isso estende-se aos hábitos de estudo, como não realização dos trabalhos de casa, aumentando notavelmente a probabilidade de insucesso escolar. Os níveis desadequados atencionais, também prejudicam a nível familiar, na medida em que a criança ao não focalizar a sua atenção às ordens e regras que são estipuladas, não obedece. Por estes motivos, é imprescindível a aprendizagem na focalização da atenção (Zentall, 1993; Parry, Cape & Pilling, 2003; Cabral, 2004; Rohde, Filho, Bennetti, Gallois & Kieling, 2004). Deu-se continuidade à sessão, desenvolvendo o Treino de Resolução de Problemas. Neste sentido, e de forma lúdica, facultou-se uma banda desenhada (Moreira, 2002), na qual esteve inerente uma história em que as personagens seguem determinados passos para tomarem uma decisão e depois o indivíduo, de acordo com os passos que realiza, é solicitado a resolver outros problemas [segundo Braswell & Bloomquist (1991), corresponde a uma técnica: a História da Rotunda); Castro-Blanco, 1999]. De acordo com Barkley, Edwards e Robins (1997), a resolução de problemas pode ser uma tarefa abstracta, no entanto se for facultado um suporte escrito com as fases a ter em conta, torna-se uma tarefa mais concreta. Foi solicitado a J. P. para ler em voz alta e posteriormente para optar, pela opção que mais lhe faz sentido. Para a cada uma das situações apresentadas ao longo da história, J. P. dispôs de uma ficha com três opções na qual, deveria optar por aquela, que no seu ponto de vista reflectia a resolução mais adequada para o problema levantado. Tendo em conta a análise, das suas opções, verificou-se que J.P. realiza uma decisão tendo em conta o que melhor se reflecte a nível social, por exemplo: numa das situações-problema que estaria a personagem indecisa a entrar no mar, foram conferidas três opções. J.P. optou pela opção que incide na decisão menos pensada e mais precipitada, e que reflecte a não valorização das possíveis consequências dessa decisão, reflectindo antes sim a opinião que a nível social poderia advir do seu comportamento. Posteriormente, foram discutidas as consequências positivas e negativas de cada uma das decisões seleccionadas, reforçando recorrentemente os vários passos inerentes à Ficha, bem como confirmando a sua decisão seguindo os seguintes passos (Mas, 1998): *1. O que deverá ele fazer? 2. O que exige se ele assumir esse comportamento? 3. Quais as alternativas? 4. Quais as vantagens e desvantagens nesse comportamento? 5. Ele conseguiu tomar uma melhor decisão?* Após a recapitulação das decisões, verificou-se uma modificação nas opções realizadas por J. P., tendo sido substituídas por aquelas em que seriam mais adequadas tendo em consideração as consequências da adopção dos comportamentos em questão. Posteriormente, foram desenvolvidas uma ficha de actividades inseridas no Treino de Atenção e Concentração. Observou-se nesta fase da sessão evidências de sinais de cansaço, maior agitação psicomotora,

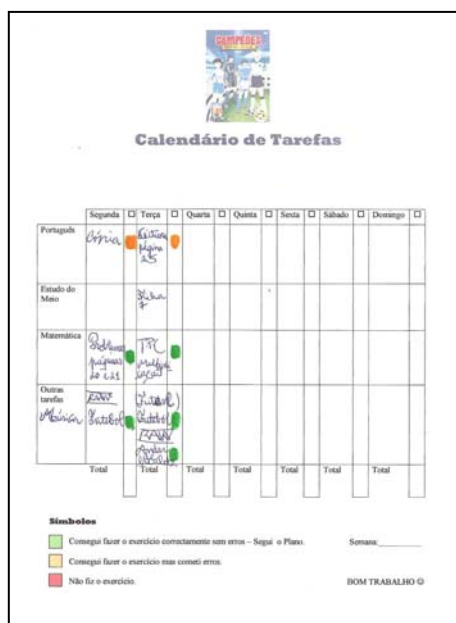
bem como maior nível de desatenção, caracterizado por erros frequentes na tarefa proposta. Procedeu-se ao preenchimento da Folha de Registo de Comportamento, e visto o J. P. apresentar uma ficha de avaliação no dois dias precedentes, decidiu-se não enviar Trabalho Para Casa, como reforço contingente ao facto de este ter mantido um comportamento adequado apresentado por J. P. ao longo da sessão, tendo o mesmo sido explicado ao paciente.

#### **SESSÃO IV**

A presente consulta teve como principais objectivos consolidar as questões relacionadas com a intervenção psicoterapêutica abordada na consulta anterior (Treino de Resolução de Problemas), através da realização de algumas actividades. No entanto, iniciou-se a consulta com a questão relativa à maneira como correu o fim-de-semana, e se haveria alguma questão a apontar para a restante semana. J. P. refere aspectos ocorridos ao fim-de-semana, nomeadamente a hora das refeições em casa. Quando realizada a tentativa de explorar estes aspectos, J. P. recusou-se a partilhar, realizando uma mudança no assunto, remetendo para as tarefas que iriam ser abordadas ao longo dessa sessão.

A seguir à exploração das restantes actividades e acontecimentos do fim-de-semana, passou-se à elaboração e preenchimento do Horário escolar e da calendarização de actividades de lazer, bem como o Registo de Auto-monitorização de Tarefas que foi preenchimento relativamente aos dias passados da presente semana. Segundo Fowler (1995) e Badía, Pujol e Abril (2006), este tipo de tarefas permitem o estabelecimento de uma estruturação das actividades, da rotina criança, bem como permite a antecipação de certas dificuldades que possam surgir.

Questionou-se se já tinha preenchido algum, ou se tinham algum horário disponibilizado em casa. J. P. acrescentou que nunca tinha realizado. Desta forma, após o preenchimento do horário escolar, reforçou-se a questão de ser importante o J. P. afixá-lo no local onde realiza os trabalhos de casa, de forma a ter sempre presente as disciplinas que tem diariamente. Relativamente, ao registo de auto-monitorização das tarefas, explorou-se a forma de preenchimento e o objectivo que estaria inerente a esse registo, seria então esperado que diariamente preenchesse o registo, para que durante as sessões fosse possível verificar as dificuldades surgidas nas várias tarefas, ou trabalhos de casa vindos da escola. Relativamente, a este último, o J.P. demonstrou-se resistente, alegando que seria mais um trabalho acrescido que teria que fazer (*“é sempre a mesma coisa...mandam todos trabalhos de casa...ainda mais trabalho, eu chego do futebol cansado” sic.*). De forma a tranquilizá-lo e alertá-lo para os objectivos do preenchimento do registo, recapitulou-se algumas dificuldades escolares que apresenta no dia-a-dia, nomeadamente esquecer fazer o trabalho de casa, o que depois lhe causa insatisfação por ter depois ter excesso de trabalho de casa, e que esta seria uma forma de o ajudar a não se esquecer.



**Figura XXIX.** Registo de Auto-monitorização de Tarefas

Após esta fase, procedeu-se à realização de uma actividade, de forma a dar continuidade ao Treino de Atenção e Concentração, no qual se baseou na comparação de várias imagens com elevado grau de semelhança, no entanto apenas uma correspondia a uma imagem modelo, apresentada inicialmente. Comparativamente, com os exercícios a este nível já desenvolvidos verificou-se que observou-se uma melhoria, no comportamento e atitude anteriormente assumidos. Verificou-se que no caso de o J.P. ter presente a *Ficha “O nosso Plano na Realização das Tarefas”*, apresenta melhor desempenho e

consequentemente realiza menos erros. Será importante referir, que ao longo da sessão observou-se uma oscilação no comportamento e no humor, nomeadamente assumindo uma atitude e comportamento desadequados (e.g., levantar-se da cadeira, elevar o tom de voz) perante tarefas que não lhe suscitavam interesse. Na actividade supramencionada, após realizada a tarefa foi revista novamente pelo J.P., o seu desempenho, bem como a escrita do seu nome, data, e aspectos que não foram realizados e deveriam ter sido adoptados para um melhor desempenho.

Procedeu-se à exploração das Actividades de Vida Diária, na qual pretendeu-se tomar conhecimento da sua rotina diária: higiene, o vestir, a alimentação. O J. P. relata que habitualmente faz as seguintes actividades sem ajuda de um adulto: comer, tomar banho, vestir-se, apenas refere que precisa de ajuda para apertar os atacadores das sapatilhas.

Finalizou-se a sessão, recapitulando as várias questões desenvolvidas na consulta, e que em casa seriam precisas ter em conta, e foram determinadas as tarefas que o J. P. levaria para casa: *“Aspectos que na minha opinião poderia melhorar”*; preenchimento do registo de auto-monitorização de Tarefas (Figura XXIX). O J. P. concordou com as tarefas e comprometeu-se a trazê-las na seguinte.

**SÍNTESE CLÍNICA**

**Dois semanas** após o início do processo de intervenção o paciente revela:

- **Maior estruturação na realização das tarefas que lhe suscitam interesse;**
- **Seguimento de instruções, em situação estruturada de sessão;**
- Movimentação psicomotora (e.g., levantar-se da cadeira irreflectidamente);
- Fala excessivamente;
- Replica ou participa inadvertidamente antes que a questão ou tarefa é colocada;
- Interrompe o discurso do adulto;
- Fácil distração perante estímulos irrelevantes.

## SESSÃO V-VIII

Ao longo das duas semanas, foram realizadas quatro sessões, sendo que a primeira (Sessão V) iniciou-se com a análise das tarefas de casa. Sendo questionado acerca de como decorreram as tarefas de casa, J. P. afirma que “*correram bem*” (*sic.*), no entanto acrescentou que não havia trazido o Registo de Auto-monitorização das tarefas, por ter ficado na casa da avó. Deu-se continuidade à sessão, explorando a outra tarefa que tinha ficado como tarefa de casa, nomeadamente a escrita de “*Aspectos que na minha opinião poderia melhorar*”, segundo o J.P. tendo esta sido verificada como pedida, redigida numa folha do tipo “caderno escolar”. Neste sentido, procedeu-se à exploração de forma conjunta com o J. P., de cada um dos aspectos apontados. Considerando o primeiro “*Vou melhorar o comportamento*”, J. P. acrescenta que dada a última sessão, teria de assumir um comportamento mais adequado (*e.g.*, “*vou tentar portar-me melhor*” *sic.*). Foi questionado de que forma, na sua opinião, poderia melhorar o seu comportamento, tendo referido que deveria estar mais calmo e atento a fazer as coisas, não encontrando outro tipo de solução para a modificação do seu comportamento. Deu-se continuidade à análise deste item, referindo algumas situações reais (*e.g.*, discussão com o irmão devido a um brinquedo; discussão com a irmã devido à utilização do computador; discussão com a mãe por causa da alimentação). Nestas três situações, abordou-se o comportamento assumido habitualmente por J.P., verificando-se que se baseiam em elevar o tom de voz, arreliar-se, bater (*e.g.*, empurrar, neste caso o irmão) e “fazer queixinhas” ao pai (*sic.*). Perante os comportamentos referidos, foram discutidas e feitas compreender a J.P., formas alternativas para não serem geradas as tais discussões, de modo a modificar os antecedentes a essas discussões.

Foram conferidas igualmente algumas estratégias que ele poderia utilizar quando se sentisse irritado, tais como paragem de pensamento (Zentall, 1993; Barkley, 1998), contar de 1 até 10 numa situação na qual não consegue lidar. No entanto, alguns autores (Carr, Levin, McConnachie, Carlson, Kemp & Smith, 1994; Fowler, 1995, American Academy of Pediatrics, 2000; Pelham & Fabiano, 2001; Edwards, 2002), defendem que o principal objectivo em toda a estratégia de manutenção do comportamento é o de aumentar o comportamento apropriado e diminuir o comportamento inadequado. Segundo estes mesmos autores, a melhor forma de aumentar o comportamento desejado, é através da modificação dos antecedentes ao dado comportamento, ou seja o comportamento define-se como uma ou mais acções específicas, e para a manutenção de comportamentos existe por vezes a focalização nos próprios comportamentos. No entanto, para o comportamento ocorrer, existe uma ou mais acções específicas que estabelecem a base para o comportamento (*i.e.*, os chamados *antecedentes*) e algo que se segue, o qual proporciona ou não a repetição do comportamento (a chamada *consequência*). Neste sentido,

a modificação do comportamento requer a alteração de antecedentes e consequências de forma que o comportamento da criança modifique. Abordou-se igualmente novamente a questão das actividades de vida diária, que na última sessão foi abordada, mas que segundo informação conferida pela mãe, verificou-se que J.P. havia mentido.

No decorrer da sessão realizada individualmente com a mãe, quando explorados os hábitos familiares, a mãe refere que o pai do J. P., apesar de demonstrar preocupação relativamente aos comportamentos do filho por motivos laborais, é um “*pai ausente*”. Mesmo o relacionamento entre o casal não se encontra muito estável. Acrescenta que é ela ou a avó paterna que apresentam maiores cuidados com os filhos, nomeadamente nas tarefas escolares e na imposição de limites. Neste sentido, após terem sido trabalhadas formas alternativas que permitissem uma maior participação do casal, tanto da figura materna como também paterna na realização de tarefas, não só em tarefas em grupo mas também nos cuidados diários em casa, principalmente por parte do pai. Segundo Bertolini (2002) e Verschueren e Marcoen (1999), é habitual no que concerne aos cuidados dos filhos, existirem actividades diferenciadas assumidas por cada um. Desta forma, os pais ocupam-se com maior frequência em proporcionar lazer fora de casa enquanto as mães focalizam-se mais no estabelecimento de horários para deitar, para as refeições e no controlo da higiene. O importante é que seja ambos os pais a participar no incentivo das responsabilidades por tarefas escolares e por tarefas domésticas, pois esta elevada participação revela-se como preditora de sucesso escolar (Cia, D’ Affonseca & Barham, 2004) e de motivação dos filhos para estudar bem como para a sua responsabilização (Huntsinger, Jose & Larson, 1998).

Neste sentido, e ao longo da sessão foram referidos cuidados que a mãe apresenta, perante J. P, nomeadamente: confere ajuda no vestir, no alimentar-se (*e.g.*, refere que dar-lhe a sopa na boca, enquanto ele vê televisão na sala de estar), comer muito depressa para se levantar da e ir ver televisão; no tomar banho e no lavar os dentes.

Perante esta situação, podemos afirmar que J. P. se encontrava dependente na totalidade da figura materna, na realização das actividades de vida diária, alguns aspectos foram trabalhados junto à mãe de forma a implementar autonomia na criança, em conjunto com o chamado reforço contingente, baseado em expressão de carinho, todas as vezes que realizasse uma tarefa desejável, bem como incentivar a realização dessas tarefas por reforço verbal. De facto a autonomia da criança é importante, e para se verificarem mudanças a este nível, é importante que a criança seja motivada. Parte dessa motivação poderá ser obtida através de factores externos (prémios, elogios, demonstração de afectividade, reforço positivo verbal), no entanto é também importante promover uma interiorização desta vontade para a mudança e a melhor forma de conseguir é fomentar a autonomia (Friedberg & McClure, 2005).

Geralmente, muitos dos comportamentos disruptivos, por ausência de responsabilidade da criança, e imaturidade nos seus comportamentos, esta recebe apoio excessivo por parte daqueles que a rodeiam e desresponsabiliza-se dos problemas que provoca bem como das actividades que deveriam ser assumidas por si própria (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

Neste processo de autonomia, é importante também mostrar disponibilidade, oferecer ajuda, sem no entanto, impô-la de forma rígida. Relativamente à questão da criança solicitar recorrentemente ajuda, assumindo uma forma educativa, é necessário conferir ajuda só quando esta necessita, insistindo na realização, para que se verifique aprendizagem (Cecconello, Antoni & Koller, 2003). No que concerne, ao comportamento verificado na última sessão (falta de motivação nas sessões), bem como o facto de ter mentido relativamente às suas actividades de vida diária, procedeu-se à elaboração da lista de princípios, tendo sido esta tarefa feita em conjunto com J. P., todavia tal como verificado em outras sessões, limitou-se a concordar com o que era dito. Ao ser confrontado com toda a situação, revelou choro copioso, verbalizando que *“dizem sempre que eu tenho culpa de tudo, estou farto, todos dizem isso, não vale a pena... mesmo que me esforce, não adianta. Eu não tenho culpa”*(sic.). Perante a situação e após J. P. estar mais calmo, abordou-se novamente os motivos pelos quais se encontrava a frequentar as sessões, e posteriormente sugeriu-se a finalização da sessão com o que seria a Tarefa para casa (actividade de treino de atenção e concentração). A reacção que J.P. evidenciou, demonstra uma reacção esperada em crianças que vêem os outros como adversários mais do que como aliados (Friedberg & McClure, 2005). Segundo um estudo desenvolvido por DiGiuseppe e colaboradores (1994), existe uma tendência das crianças que assumem o mesmo comportamento que J. P., na culpabilidade dos outros pelos seus actos, o que pode ser um factor de maior resistência ao processo terapêutico. As sessões seguintes basearam-se na psicoeducação acerca da importância da higiene oral e da função dos alimentos, do sistema digestivo, de todo o processo que envolve e da importância de termos cuidado com a nossa alimentação, bem como da forma como a realizamos.

Desenvolveu-se igualmente o Treino de Resolução de Problemas, no qual inicialmente foi recapitulada a identificação das várias etapas constituintes. Neste sentido, foi apresentado a J. P. um problema com conteúdos verbais, no qual o mesmo teve que identificar o problema, as alternativas, e sugerir as possíveis soluções. No entanto, explicitou-se que iriam ser aplicados alguns passos tendo em conta o Plano conferido. Neste sentido, o terapeuta leu o texto e exemplificou as etapas subjacentes à tentativa de resolução do problema. Depois de lido, iniciou-se a situação de modelagem. Verificou-se que J. P. não apresentou dificuldade em acompanhar a situação analisada, apesar de ter sido chamado a se focalizar uma vez durante análise. De seguida, foi solicitado para ler em voz alta, e assinalar com apoio de suporte escrito, a indicação dos vários

passos para a resolução do problema, a identificação do problema, conferindo posteriormente algumas hipóteses de resolução. No final, procedeu-se à discussão em conjunto das possíveis consequências positivas e negativas das hipóteses de resolução que conferiu, de modo ser escolhida a mais adequada. Realizou-se o mesmo procedimento para uma situação de resolução de problemas com conteúdos figurativos-espaciais.

Tendo em conta as duas actividades desenvolvidas supramencionadas, verificou-se por parte de J. P., na tarefa que envolveu conteúdos figurativos-espaciais, uma maior motivação na sua realização e maior concentração na tarefa. Ao longo das três sessões, foi dada continuidade ao estabelecimento de limites em contexto de consulta. Este procedimento é importante, dado que é através do estabelecimento de limites que as crianças aprendem a respeitar as regras e normas. No entanto, deverá ser realizado baseado no respeito às crianças, no qual o “não” seja explicado, e o “porque”, apenas seja referenciado quando realmente existir uma razão concreta para ser dito, constituindo nas mesmas a sensação de estarem a ser respeitadas e estimulando nelas a imitação do comportamento (Levy & Lazera, 2002). O Treino de Atenção e Concentração realizado através de actividades (Fichas em suporte papel), foi igualmente dada continuidade, verificando-se uma consolidação progressiva da forma de execução, não sendo necessário, realizar recorrentes chamadas de atenção. É de referir que na elaboração de todas as actividades desenvolvidas a *Ficha “O nosso Plano na Realização das Tarefas”*, bem como o preenchimento do Registo de comportamento, discussão do abordado, e apresentação da tarefa para casa, no final de cada sessão.

Um aspecto a apontar será a falta de motivação, a agitação psicomotora, o desafio à autoridade através de elevação da voz, a desresponsabilização dos seus comportamentos (*e.g.*, esquecer o trabalho de casa, ou trazê-lo incompleto).

#### SÍNTESE CLÍNICA

Quatro semanas após o início do processo de intervenção o paciente revela:

- **Maior estruturação na realização das tarefas que lhe suscitam interesse;**
- **Seguimento de instruções, em situação estruturada de sessão;**
- **Maior monitorização do pensamento na resolução de problemas propostos em sessão;**
- Movimentação psicomotora (*e.g.*, levantar-se da cadeira irreflectidamente) e Fala excessiva;
- Replica ou participa inadvertidamente antes que a questão ou tarefa é colocada e Interrompe o discurso do adulto;
- Fácil distração perante estímulos irrelevantes;
- Falta de motivação e Desresponsabilização do seu comportamento.

#### SESSÃO IX-XII


A presente consulta, teve o seu início com a questão relativa à maneira como decorreram os dias anteriores à consulta. J. P. inicia por dizer que tem marcadas fichas de avaliação que

correspondem a uma avaliação global das disciplinas, e que habitualmente realizam no final de cada mês, mas que, como o Período de Férias de Natal se aproximava, o professor responsável alertou os alunos para estudarem. J. P. menciona que ainda não estudou nada, mas que não está preocupado pois ainda tem tempo para se preparar. Posteriormente à exploração das actividades e acontecimentos dos dias passados, procedeu-se à verificação das tarefas de casa, nomeadamente à averiguação ao Registo de auto-monitorização das tarefas bem como da tarefa de casa baseada no Treino de Atenção e Concentração. Verificou-se que mais uma vez, J. P., se havia esquecido de ambas as tarefas, referindo que tinha sido culpa da mãe, pois não o lembrou de os meter na mochila. Novamente, confrontou-se com o facto da responsabilidade de trazer os trabalhos de casa ser dele e não da mãe. Desta feita nesta sessão pretendeu-se avaliar o auto-conceito de J.P. e simultaneamente focalizar a sua atenção numa tarefa estruturada (*U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs, 2006*). Neste sentido foi utilizado material que faz parte do Programa Crescer a Brincar (Moreira, 2002), no qual se pretendeu a exploração do auto-conceito através de um jogo, tarefa na qual se desenvolveu uma caracterização a nível físico.

Iniciou-se esta fase da sessão perguntando a J. P. o que era para ele uma fotografia (*e.g., “é uma imagem de uma pessoa ou de outras coisas (...), temos que usar uma máquina fotográfica” sic.*), tendo sido acrescentado que uma fotografia é algo que diz como nós somos. Neste sentido, solicitou-se a J. P. que tendo em conta a Folha de Exercícios conferida, pintasse para cada uma das folhas as características que o caracterizam em relação ao seu corpo, relativamente à sua família e relativamente ao seu desempenho na sua escola. Verificou-se que possui uma correcta auto-imagem, no entanto apresentou-se relutante na sua classificação (*e.g., “sou gordinho e magro”*) e dificuldade em considerar a sua estrutura física, sendo importante referir que a exploração deste conceito permitiu confirmar que J. P. apresenta o que seria de esperar em crianças que apresentam falta de controlo e impulsividade nas tarefas (Friedberg & McClure, 2005). Ao longo da tarefa foi desenvolvida a leitura e a pintura. Relativamente ao comportamento de J. P., este manteve o padrão de impulsividade na realização das tarefas, bem ainda como inquietação (*e.g., não permanece sentado quieto*). As melhoras a apontar remetem para uma maior aceitação de figuras de autoridade demonstrando igualmente um maior respeito tanto em contexto de consulta bem como relativamente às pessoas em seu redor (Mãe, Avó, Avô). Após uma fase de análise das actividades desenvolvidas, procedeu-se à introdução da Técnica *Token Economy* ou Técnica de Fichas. Utilizou-se a Técnica *Token Economy* com o objectivo de fomentar o desenvolvimento de J. P. a nível da sua organização relativamente às tarefas, bem como controlar a sua impulsividade e ainda como factor de motivação extrínseca para a

frequência às sessões, uma vez que a motivação representa um factor decisivo para todo o processo de acompanhamento (Robinson & Beck, 2000; Mitchell & Riggs, 2001). Neste sentido, inicialmente foi explicado o racional teórico da Técnica *Token Economy* ou Técnica de Fichas. Posteriormente foram discutidas e estabelecidas com J.P. quais seriam as suas recompensas, tendo ficado definido que para as adquirir seria necessário o acumular de pontos que corresponderiam, posteriormente, a uma actividade a desenvolver em contexto de sessão. A Técnica *Token Economy* ou Técnica de Fichas, é considerada uma intervenção comportamental baseada na contingência que pretende reforçar as respostas e atitudes adequadas do paciente. Neste sentido, são introduzidos reforços para o comportamento esperado (Barkley, 1998; Child Study Center, 2002). No presente caso foram utilizados pontos, que foram conferidos a J. P. quando este demonstrou comportamentos adequados, e retirados pontos quando ocorreram comportamentos desadequados. Segundo Rohde, Knapp, Lykowski e Carim (2004), é importante definir em conjunto com a criança todas as questões relacionadas com as regras e atribuição de pontos, bem como as recompensas, sendo estas últimas definidas considerando recompensas de valorização pessoal pequena, média e de maior valor. Para cada recompensa determinada, neste caso actividade a desenvolver em contexto de consulta, existiu um valor  $x$  de número de pontos, que teve que ser acumulado, para que a actividade fosse desenvolvida. A técnica foi empregue do seguinte modo: inicialmente, foi estabelecido com J. P., quais seriam as suas recompensas e foram definidas em quatro possibilidades: desenvolver um jogo diferente (15 pontos), pintar um desenho a guache (20 pontos), jogar um jogo didáctico no computador do técnico (30 pontos) e utilizar o computador do gabinete, com o programa RehaCom disponível (40 pontos) (Maia, Gaspar, Azevedo, *et al.*, 2004). Estes pontos seriam dados através de pequenos cartões, que ao ser contabilizados no final da sessão, seriam recortado e colados pelo J. P., no Banco Pessoal (*i.e.*, folha destinada à colagem e contabilização de pontos). Esta estratégia, permite para além do anteriormente mencionado trabalhar questões relacionadas com a impulsividade, na medida que segundo Rohde, Knapp, Lykowski e Carim (2004), em casos de pacientes que apresentam um elevado nível de impulsividade, é comum pretenderem trocar um número mínimo de pontos por uma recompensa menor mas que seja imediata, mesmo que tenha preferência por uma que exige maior acumulação de pontos. Após a compreensão de todos os critérios, procedeu-se à realização do denominado “*Contrato de Compromisso*” (Figura XXX), que se definiu num pequeno acordo que foi realizado entre J. P. e o terapeuta, com o objectivo de levar a que J. P. se comprometa a colaborar com este novo método de trabalho, e evitar o *drop-out*, e a desvalorização da realização das tarefas, quer em casa quer em consulta.

Após a concordância de ambas as partes, na realização e desenvolvimento deste novo método de

  
**CONTRATO**

Decidi fazer parte desta nova forma de trabalhar, depois de ter conhecimento dos seus objectivos.  
Sei que nela poderei valorizar-me mais como pessoa e como estudante, mas sei também que tenho uma grande responsabilidade relativamente ao sucesso do seu funcionamento, e que quanto mais me empenhar no trabalho, mais facilmente conseguirei atingir esse objectivo.  
Assim comprometo-me:  
- a cumprir as Regras estabelecidas;  
- a participar activamente em todas as actividades desenvolvidas  
A minha psicóloga compromete-se a organizar as actividades necessárias para atingir os objectivos nas sessões e a responder a dificuldades que surjam na realização das tarefas.

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

\_\_\_\_\_  
A Psicóloga

\_\_\_\_\_  
O Participante

trabalho, procedeu-se à realização de uma actividade inerente ao Treino de Atenção e Concentração. A tarefa consistiu na comparação de duas colunas, cada uma com um conjunto de figuras, estando uma das colunas com diferenças comparativamente à outra. O objectivo baseou-se na identificação e sinalização das diferenças encontradas, e posteriormente contabilizá-las.

No final da presente sessão, foi pedido à mãe para entrar, de forma a ser explicitada a Técnica *Token Economy*, tendo em conta o Registo de Auto-monitorização de Tarefas realizado em casa, a

**Figura XXX.** Contrato de Compromisso

monitorização de Tarefas realizado em casa, a

mãe assumisse uma atitude mais participativa no processo terapêutico.

A partir desta sessão, e sempre que possível, dependendo do horário laboral da mãe, solicitou-se a presença da mesma, nos últimos 15 minutos de cada sessão de forma a existir uma integração dos procedimentos supramencionados de forma a posteriormente poder ser aplicado ao nível do contexto familiar. J. P. apresentou um bom desempenho na tarefa, caracterizado por nível atencional adequado no início, verificando-se que posteriormente, encontrou uma maior dificuldade na sua realização, sendo necessária a monitorização por parte do terapeuta. Na finalização da sessão, foi preenchida pelo J. P., uma ficha diária na qual constavam as actividades que foram desenvolvidas durante as sessões, as funções psicológicas trabalhadas, e a opinião de J. P. acerca das actividades desenvolvidas (*e.g., aspectos negativos, aspectos positivos, o que mudaria?*). O decorrer das restantes três sessões baseou-se na consolidação do novo método de trabalho, nas quais foi continuamente desenvolvido a questão do Auto-Conceito, de forma a trabalhar a questão da consciencialização da postura que J. P. assume, de como se comporta ou age, sendo estas características típicas de crianças que apresentam comportamentos disruptivos e impulsividade (Friedberg & McClure, 2005). Explorou-se novamente a questão das actividades de vida diária, no entanto J. P. demonstrou-se relutante a partilhar qualquer informação, mantendo as respostas que havia dado inicialmente quando abordado este assunto; ou seja, afirma ser autónomo em todas as actividades de vida diária Durante as sessões, verificaram-se algumas alterações ao nível da motivação, ou seja, observou-se que progressivamente J.P. apresentou uma preocupação no trazer as tarefas de casa, bem como na manutenção de um comportamento adequado.

#### SÍNTESE CLÍNICA

Seis semanas após o início do processo de intervenção o paciente revela:

- **Maior estruturação na realização das tarefas que lhe suscitam interesse;**
- **Seguimento de instruções, em situação estruturada de sessão;**
- **Maior monitorização do pensamento na resolução de problemas propostos em sessão;**
- **Melhoria no comportamento perante mãe, avó e avô;**
- **Maior responsabilização do seu comportamento, pedindo inclusivamente desculpas em situações que assim se espera;**
- **Aumento da motivação e Melhoria na caligrafia;**
- Replica ou participa inadvertidamente antes que a questão ou tarefa é colocada em menor intensidade. e pede desculpa quando chamado a atenção;
- Movimentação psicomotora (*e.g.*, levantar-se da cadeira irreflectidamente) e Fala excessiva e Interrompe o discurso do adulto e Fácil distração perante estímulos irrelevantes.

#### SESSÃO XIII-XVI

As sessões XIII à XVI foram igualmente iniciadas com o questionamento acerca do decorrer dos dias anteriores às consultas, bem como à correcção dos trabalhos de casa. Todavia, as presentes sessões foram programadas de forma a serem desenvolvidas actividades de cariz escolar, ou seja, o desenvolvimento de exercícios que fossem de encontro com as dificuldades apontadas pelo professor responsável. Neste sentido, e para contactar com o ambiente escolar, procedeu-se ao contacto directo com o professor responsável, bem como à observação em contexto de sala de aula de J. P.

Tendo em conta a observação realizada, existem alguns aspectos que deverão ser considerados de forma a caracterizar a atitude assumida pelos professores relativamente a J.P. Neste sentido, verificou-se que, no que concerne ao seu lugar na sala de aula, este situa-se isolado numa mesa, tendo sido decidido pelo professor por motivos atencionais (*e.g.*, “*ele distrai-se a si próprio e aos colegas*” *sic.*), bem como por motivos de desresponsabilização por parte do aluno, relativamente as suas acções. Neste sentido, após o contacto seguinte estabelecido com o professor, conferiram-se algumas linhas de orientação, de forma a ter em conta para actuar a este nível. Seria então necessário o professor ensinar competências a nível social, ou seja dispor de actividades educativas diferenciadas para que os alunos adquiram competências de relacionamento interpessoal positivas; promover e utilizar todas as técnicas que visem a obtenção de um ambiente positivo e tranquilo; estabelecer pautas de comportamento adequadas e orientar a criação de um sistema de regulação para responder efectivamente aos comportamentos disruptivos; É importante que esteja presente a estimulação de leitura recreativa e comentários acerca do que foi lido, controlar e assumir uma postura crítica sobre o que vêem na televisão e as actividades com os amigos e colegas; evitar reforços imediatos para ser possível alcançar objectivos a longo-prazo; exprimir afecto e interesse pelos desempenhos dos alunos e por outros progressos

relacionados com o desenvolvimento pessoal. Estes procedimentos poderão ter uma adaptação mais consistente se existir cooperação entre os professores e os pais. Por exemplo, na realização das tarefas, será necessário um *feedback*, dado pelo professor de forma a reforçar o que foi correctamente realizado, e ensinar novamente o que foi realizado de forma incorrecta. É fundamental maximizar o impacto positivo dos trabalhos para casa. A este nível, uma forma dos alunos apreenderem competências sociais de trabalho cooperativo bem como de avaliar os seus próprios esforços e o dos outros, poderia passar serem os próprios alunos a realizar os próprios trabalhos de casa. As directrizes anteriormente apresentadas, são parte do que foi discutido com o professor de forma a colmatar algumas das dificuldades apresentadas pelo J. P.

No seguimento das dificuldades apontadas pelo professor, assumem-se mais urgentes os exercícios que implicam o raciocínio matemático e os que implicam a resposta a questões alusivas a um texto predefinido. Apesar de em contexto de consulta, observar-se uma melhoria na escrita de J. P. O professor refere que um dos aspectos que J. P. deveria melhorar, seria a sua caligrafia.

Neste sentido, foram desenvolvidas actividades a este nível. No que concerne ao comportamento do J. P., verifica-se que se observa uma diferenciação, no entanto poderá justificar-se pela utilização da Técnica *Token Economy* estipulada, o que leva a considerar uma consolidação deste processo na medida a ser implementado igualmente em casa, de forma a J. P. aprender a controlar a sua impulsividade e a aguardar pela soma de pontuações maiores, de forma a obter as recompensas que mais lhe agradam. Relativamente ao seu desempenho nas actividades ao nível da língua portuguesa, verifica-se que apresenta capacidade de compreensão dos textos apresentados, no entanto a maior dificuldade encontra-se na ortografia, ou seja não escreve com correcção ortográfica, não aplicando de forma contínua técnicas de auto-correcção, bem como são observáveis respostas incompletas, nas quais o J.P. tem de recorrentemente ser chamado a focalizar a sua atenção e rever o seu desempenho (Treino de Resolução de Problemas). Ao nível das operações aritméticas, é possível observar que consegue desenvolver com facilidade este tipo de raciocínio, localizando os seus maiores erros no produto final por déficite atencional, e por não seguir os passos do Plano do Treino de Resolução de Problemas. Perante situação de correcção, verifica-se que J. P. expressou as suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões, de uma forma que é ameaçadora ou punitiva para com o interlocutor. Neste sentido, procedeu-se à exploração deste aspecto junto à responsável educativa de J. P. (mãe). A par do acompanhamento individual junto a J. P., foi desenvolvido junto à mãe um acompanhamento que se baseou no Treino de Assertividade (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Del Prette & Del Prette, 2003). Segundo Domingos e Risso (2002) e Bolsoni-Silva e Martu (2002), é de grande importância a

orientação para a mãe, de forma a realizar esclarecimentos acerca da sua postura a ser adoptada perante comportamentos apresentados pelo paciente.

Iniciou-se junto à mãe o processo de Treino de Assertividade e de Práticas Parentais a dar continuidade, para tentar estruturar as práticas parentais que se revelavam inconsistentes. Segundo Silva, Del Prette e Del Prette (2000), apontam que para promoção da assertividade e das competências sociais, é necessária a expressão de afecto dos pais relativamente aos filhos, carinho, opiniões e direitos, para favorecer a educação efectiva e um relacionamento positivo entre os pais e os filhos. Trabalhar tanto em consulta individual, como também junto à mãe, no meio familiar, recompensar o comportamento positivo: através do elogio, da descrição do comportamento e da reflexão; ignorar o comportamento impróprio e, se ocorrerem comportamentos indesejados, tentar implementar estratégias que substituam a punição (por exemplo, remoção dos privilégios). As sessões tiveram continuidade com a discussão dos seus desempenhos em tarefas que envolviam o raciocínio matemático e a língua portuguesa, bem como a realização de actividades ao nível do Treino de Focalização da Atenção, verificando-se nestas um melhor desempenho, e níveis atencionais mais adaptativos. No final de cada sessão, procedeu-se ao preenchimento da Ficha Final, ao recorte e à colagem dos pontos correspondentes às actividades realizadas (inseridos no Banco Pessoal), bem como contabilização das tarefas que são igualmente para casa e que se encontram estipuladas no mesmo sistema de trabalhos.

## **SESSÃO XVII-XX**

Iniciou-se a sessão começando por rever a tarefa para casa, e por colocar no banco pessoal os pontos correspondentes à realização dessa mesma tarefa. Posteriormente, foi explorado o tema “*O Natal*”, no sentido de compreender os hábitos e costumes ao nível familiar da criança, bem como exploração do que estava a pensar pedir como prendas. J.P. relata que gosta muito do Natal, e que já decidiu as prendas que quer receber: a *Playstation*, uma Trotineta e uma bicicleta. Tendo em conta os presentes referidos, e após diálogo, concluiu-se que o sistema familiar de J. P., apresenta um funcionamento de reforços, que não são considerados adaptativos à própria criança. Esta questão foi explorada junto à mãe: discutiu-se acerca da necessidade de haver uma implementação de reforços contingentes e adequados à situação (Friedberg & McClure, 2005). Procedeu-se à elaboração de uma ficha na qual J. P., preencheu com uma composição acerca do Natal. Esta tarefa, foi de difícil realização devido à resistência que J. P demonstrou para iniciá-la. No entanto, apesar de tudo foi possível realizar um exercício de escrita acerca da opinião que J.P. apresenta relativamente ao período natalício. Posteriormente, foi introduzido o conceito de assertividade, sendo este definido pelo processo através do qual o indivíduo expressa sentimentos

e pensamentos de forma adequada; ou seja, utiliza entoação, latência e fluência de fala apropriadas, bem como assume um comportamento em consonância (Caballo, 1998; Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Foi explorado este conceito através de uma actividade na qual, recorrendo a imagens, e estando inerentes os três tipos de comportamento: o comportamento assertivo, não assertivo e agressivo. A realização desta tarefa foi marcada com a presença do Plano de realização das tarefas (Treino de Resolução de Problemas), o que permitiu que após ter optado por uma decisão que corresponderia ao comportamento agressivo, se discutiram as vantagens e as desvantagens da decisão de cada um dos comportamentos para que, posteriormente, chegasse à conclusão do comportamento assertivo. Evidenciou-se uma certa impaciência por parte de J. P., que a pedido do pai (que o acompanhou até ao consultório), não estando presente durante esta, a sessão fosse finalizada um pouco mais cedo. Neste sentido, apenas se realizou o preenchimento da Ficha Final e o recorte e a colagem dos pontos no Banco Pessoal. Foi conferida uma tarefa para casa, na qual o objectivo seria trabalhar o raciocínio abstracto. Foi explicado a J.P. que para a realização desta tarefa ele tinha que ter em conta que as *características* são qualidades importantes que se encontram em pessoas, ou em objectos, e que servem para os distinguir. Tendo em consideração o supramencionado, a tarefa exigia que J.P., para cada uma das figuras expostas na ficha, que representavam animais, objectos, utensílios, *etc.*, colocasse por esta ordem, a identificação da figura, a sua função bem como uma das suas características. Aquando da explicitação da tarefa para casa, foi dada por finalizada a sessão. Este tipo de tarefa para casa foi mantido para as restantes sessões (Sessão VIII à XX). Na sessão seguinte, foi dada continuidade à sessão anterior na medida em que se realizaram tarefas para explorar a aprendizagem do conceito Assertividade. Verificou-se que quando questionado, J. P. referiu que significava “*portar-se bem*” (*sic*), não tendo sido cumprido o objectivo da sessão anterior. Perante o verbalizado, procedeu-se à recapitulação da sessão anterior, utilizando o mesmo tipo de tarefa e igual procedimento, de forma a se verificar uma maior consolidação do conceito. Nas duas sessões seguintes (Sessão XIX e XX), procedeu-se à continuidade do desenvolvimento de processos perceptivos e de facilitação da atenção. Neste sentido, explorou-se novamente o conceito de atenção, solicitando-se a J. P. para referir situações nas quais esta se encontra presente. Posteriormente, foram desenvolvidas actividades de suporte escrito nas quais seria necessária a busca e focalização de caras com diferentes emoções, tamanhos e orientações. Associada ao mesmo objectivo, foram conferidas no decorrer de ambas as sessões, fichas nas quais seria necessário J. P. assinalar com um traço todo o algarismo que se encontrava no meio de dois algarismos ímpares. No final da realização das actividades, foram analisadas as respostas e

questionou-se qual tinha sido a estratégia de resolução aplicada, tendo sido referido por J. P. que utilizou a procura visual com o dedo.

Foram também discutidas as actividades durante as férias de Natal, bem como a festa de aniversário realizada, os presentes recebidos e as actividades realizadas durante este período. No final de cada sessão, J. P. procedeu ao preenchimento da Folha Final, recorte e colagem dos Pontos.

Verificou-se que perante a contabilização dos pontos, ele teria de tomar uma decisão, entre optar pela primeira recompensa ou deixar acumular os pontos. A opção tomada foi a de retirar os pontos necessários para a recompensa com menor números de pontos, ou seja, a realização de um jogo diferente em contexto de consulta, tendo ficado decidido que seria o Monopólio. No que concerne ao comportamento de J. P., ao longo das sessões, verificou-se que se mantém mais calmo, aspecto que poderá ser melhor explicado pela atitude assumida por parte do cuidador, segundo J. P. *“a minha mãe anda mais calma” (sic.)*, sendo caracterizado por aceitação das tarefas propostas, apesar de ainda reagir de forma impulsiva, perante situações particulares, revelando também maior atenção nos pormenores, o que efectivamente evita cometer tantos erros por descuido na realização das tarefas. No que concerne ao preenchimento do Registo de Auto-monitorização das Tarefas, que era realizado em casa, verificou-se uma maior responsabilização por parte da criança.

#### SÍNTESE CLÍNICA

Dez semanas após o início do processo de intervenção o paciente revela:

- **Estruturação na realização das tarefas que lhe suscitam interesse e seguimento de instruções, em situação estruturada de sessão;**
- **Maior responsabilização do seu comportamento; Aumento da motivação; Melhoria na caligrafia;**
- **Interrompe com menor frequência o discurso do adulto;**
- **Maior atenção aos pormenores e comete com menor frequência erros por descuido nas suas tarefas**
- Alteração da monitorização do pensamento na resolução de problemas propostos em sessão;
- Replica ou participa inadvertidamente antes que a questão ou tarefa é colocada em menor intensidade, e pede desculpa quando chamado a atenção;
- Movimentos com as mãos, pés quando sentado e Fácil distração perante estímulos irrelevantes.

#### SESSÃO XXI-XXIV

A presente sessão (Sessão XXI), iniciou-se com a exploração dos acontecimentos decorrentes no fim-de-semana. J. P. refere que ele e a família realizaram um passeio, juntamente com os avós para a Serra da Estrela. Relativamente ao seu desempenho nas disciplinas escolares, refere na Ficha de Avaliação em Língua Portuguesa e na de Estudo do Meio ter obtido Satisfaz Bem, e na Ficha de Avaliação em Matemática Satisfaz. Posteriormente, tal como estabelecido na última sessão, foi desenvolvida a actividade que corresponde à recompensa, pela acumulação de pontos

através do cumprimento do decidido no Contrato de Compromisso, e na forma de trabalhar com a Técnica *Token Economy*. Neste sentido, verificou-se que J.P. se apresentou muito agitado no início, no entanto posteriormente, e aquando da explicação das regras do jogo, manteve um comportamento adequado. Durante a sessão, focalizou-se a importância de todo o esforço realizado, através dos objectivos cumpridos (reforço positivo verbal). Foram realizadas da mesma forma: o preenchimento do Banco Pessoal através do recorte e colagem dos pontos adquiridos, e o preenchimento da Ficha Final. Foi estipulada igualmente uma tarefa para casa na qual J. P. deveria pensar acerca do motivo pelo qual a presente sessão se realizou de forma diferente. Nas Sessões XXII, XXIII e XXIX, realizaram-se actividades cujo objectivo principal seria comparar informação. Neste sentido, discutiu-se o conceito de comparação, e perante duas actividades laborais (*e.g.*, artesão e professor; médico e enfermeiro), apresentadas a partir de duas imagens ilustrativas (comparação de informação com conteúdos figurativos, de elementos isolados), solicitou-se a J. P. para identificar as diferenças e as semelhanças entre as duas profissões. Posteriormente e tendo em conta um referido problema levantado, solicitou-se a J. P. para encontrar soluções de resolução. Neste tipo de exercício J. P. apresentou dificuldades dado que não se encontrava focalizado, o que exigiu por parte do terapeuta a repetição recorrente das instruções. Após as referidas hipóteses de resolução, foi pedido a J. P. para indicar os passos que realizou para chegar a apenas uma resolução. Posteriormente, foram desenvolvidas actividades que tiveram como objectivo aumentar a percepção pessoal de controlo (internalidade do comportamento). Estas actividades basearam-se perante um texto, proceder à identificação das duas frases que apresentavam três palavras em comum (*e.g.*, de, para). Posteriormente foi-lhe questionado acerca da técnica utilizada para resolução da tarefa (internalidade do comportamento), tendo sido referida por J. P. que tentou orientar-se pela indicação do dedo no texto, e posteriormente na eliminação daquelas que não faziam parte do pedido. Em ambas as sessões, as actividades supramencionadas requeriam a escrita das resoluções encontradas por J. P. Após cada uma das sessões, discutiram-se os conteúdos principais trabalhados e procedeu-se à realização da Ficha Final. Finalizou-se a sessão com a estipulação das Tarefas para Casa, bem como com o recorte e colagem dos pontos, colocando-os no Banco Pessoal.

### **SESSÃO XXIX-XXXII**

O paciente surge à sessão (Sessão XXV) acompanhado pelo avô paterno, o qual não assiste à consulta. Apresentou-se colaborativo à entrada, no entanto verifica-se que o seu comportamento se caracteriza por agitação motora. Iniciou-se a exploração dos acontecimentos decorrentes no fim-de-semana e verificação das tarefas para casa, no entanto ao iniciar a verificação das tarefas

de casa, J. P. relata que se esqueceu de um dos exercícios, acrescentando que teria de retirar dois pontos correspondentes à totalidade dos pontos acumulados (responsabilização no seu comportamento). Nas restantes sessões, verificou-se igualmente o esquecimento das tarefas de casa, significando que J. P. não trouxe as tarefas de casa durante duas semanas. O seguimento das sessões baseou-se na realização de tarefas que implicaram desenvolver o vocabulário em termos de compreensão e expressão, aprender a analisá-lo e a observar como as palavras se relacionam para chegar a uma boa compreensão da realidade e expressão do pensamento. Com a realização destas actividades, pretendeu-se incrementar a capacidade verbal aumentando o vocabulário, tornando a expressão mais precisa, melhorando a compreensão e desenvolvendo o raciocínio. Desenvolveu-se as seguintes actividades. A primeira pretendeu desenvolver o conhecimento dos sinónimos, de forma a enriquecer o vocabulário de J. P. e aumentar a compreensão verbal. Foi pretendido que J. P. verificasse que quando numa frase se substitui uma palavra por um sinónimo da mesma, esta não altera o sentido da frase. Neste tipo de actividade J. P. encontrou algumas dificuldades na identificação de alguns sinónimos. Foram também desenvolvidas tarefas que pretendiam desenvolver o conhecimento dos antónimos da mesma forma para aumentar a compreensão verbal e o vocabulário. Nestas actividades, o pretendido era que J.P. encontrasse a palavra que significasse o oposto àquela que se apresentava isoladamente. Com esta actividade, foi possível que J. P. focalizasse a sua atenção para as diferenças e semelhanças do significado de cada palavra apresentada. Por último, dentro da exploração do raciocínio verbal, desenvolveram-se actividades nas quais o pretendido seria a classificação das palavras (*e.g.*, característica importante: animais, meios de transporte, metais, *etc.*). Para além destas actividades, em cada uma das sessões desenvolvidas, solicitou-se a J. P. a resolução de operações aritméticas simples e complexas, envolvendo igualmente problemas, bem como na escrita. É de referir que apesar de J. P. apresentar algumas dificuldades em tarefas deste tipo de exploração, verificou-se que manteve níveis medianos de atenção e de focalização na tarefa, considerando também que teve em conta, a ficha “*O nosso Plano na Realização das Tarefas*” (Treino de Resolução de Problemas), o que parece ter-lhe facilitado o seu desempenho e permitido o controlo da impulsividade. Para finalizar as referidas sessões, desenvolveu-se uma actividade de pintura, de forma a trabalhar a motricidade fina e novamente o controlo da impulsividade. Finalizou-se a sessão conferindo actividades como tarefas de casa (de Treino de Atenção e Concentração), alertando J. P. para o facto de se ter esquecido das tarefas de casa, significa que se encontrava a retirar pontos ganhos, e para tal reforçou-se o facto de ele realizar as tarefas bem como de as trazer para a sessão. Finalizou-se cada sessão preenchendo a Ficha Final respectiva, procedendo ao recorte e colagem dos pontos ganhos durante a sessão.

## SÍNTESE CLÍNICA

Dezasseis semanas após o início do processo de intervenção o paciente revela:

- Estruturação na realização das tarefas que lhe suscitam interesse;
- Seguimento de instruções, em situação estruturada de sessão;
- Melhoria na caligrafia e nas actividades de vida diária;
- Maior atenção aos pormenores e comete com menor frequência erros por descuido nas suas tarefas
- Menor responsabilização do seu comportamento e Interrupção com frequência o discurso do adulto;
- Replica ou participa inadvertidamente antes que a questão ou tarefa é colocada em menor intensidade, e pede desculpa quando chamado a atenção Fácil distração perante estímulos irrelevantes;
- Monitorização do pensamento na resolução de problemas propostos em sessão e Movimentos com as mãos, pés quando sentado.

## SESSÃO XXXIII-XXXVI

A Sessão XXXIII iniciou-se com o questionamento acerca das tarefas de casa, bem como dos acontecimentos relativos ao dia anterior na escola. J.P. relata que no dia anterior, um amigo dele fez aniversário, por isso apesar de ter ido às aulas no final do dia fizeram uma festa de comemoração para todos os alunos e alguns professores. A verificação da tarefa para casa, permitiu observar alguns erros na realização do trabalho, quando questionado acerca disso, J. P. referiu que havia realizado o trabalho “*com muita pressa*” (*sic.*), pois tinha jogo de futebol. Verifica-se igualmente uma desresponsabilização pela importância da realização deste tipo de tarefa. Prosseguiu-se com o início da actividade: Expressão de Sentimentos. É importante referir que este tipo de abordagem foi apenas aplicado nesta fase da intervenção, devido ao facto de J. P. ser reservado, ou seja, nas questões do tipo “*O que sentiste?*”, habitualmente respondia “*não gosto de falar do que sinto, os outros querem é saber*” (*sic.*). Por este motivo, exploraram-se os conceitos *sentimento e pensamento*.

Foi apresentado um texto lúdico no qual J. P., procedeu à sua leitura e explorou o significado do conceito pensamento em conjunto com o terapeuta. Posteriormente, analisaram-se as respostas e dúvidas de J. P., acrescentando varias hipóteses de situações para que J.P. apresentasse um pensamento acerca delas, e o escrevesse (*e.g., A Escola, o que gostas e não gostas?; Os teus amigos?; A tua família? A comida? Brincar?*). Após a partilha de pensamentos, procedeu-se à explicitação do significado do conceito *Sentimento*. Dado o esclarecimento, da mesma forma foram apresentadas actividades, nomeadamente perante uma série de afirmações, J.P. procedeu à análise de cada uma, de forma a identificar o sentimento subjacente, tendo como apoio a *Tabela de Sentimentos (i.e., conjunto de imagens que traduzem uma emoção: manhoso, amigo, arrependido, brincalhão, etc.)*. Após a realização desta foram analisadas em conjunto as opções realizadas por J. P. Numa fase posterior, iniciou-se a abordagem ao conceito *Consequências*. Questionou-se J.P. relativamente ao que ele pensava acerca deste conceito [*“é o que acontece*

*quando fazemos alguma coisa” (sic.)]. Após partilha de opiniões, analisou-se a questão tendo em conta, como suporte escrito, a definição do que seria uma consequência, e quais os aspectos que J. P. desconhecia nesta dimensão.*

Para consolidar que a consequência advém de uma decisão que é tomada por nós próprios ou pelos outros, analisou-se a importância de tomar decisões e qual é a melhor forma, a melhor atitude a assumir perante uma situação. Para tal, apresentou-se uma história através de Banda Desenhada, na qual estava exposta uma decisão tomada por uma das personagens da história bem como as devidas consequências. Após análise da história solicitou-se a J. P. que escrevesse uma ou algumas decisões que tomou e que trouxeram consequências previsíveis e imprevisíveis e procedeu-se de seguida à análise dos conteúdos. A realização destas actividades permitiu que a aprendizagem deste tipo de conceitos fosse efectiva: a partir do momento em que são generalizados os conhecimentos a outras situações, principalmente próximas da realizada e dos contextos, bem como a naturalidade de atitudes e comportamentos (Gonçalves, 2000) as aprendizagens são revestidas de maior valor ecológico.

Portanto, nas sessões XXXIII e XXXIV, realizaram-se estas actividades e após o mesmo, procedeu-se ao preenchimento das Fichas Finais, das Folhas de Registo do Comportamento nas Sessões, bem como a estipulação de Tarefas para Casa. Nas Sessões XXXV e XXXVI, procedeu-se ao Desenvolvimento de actividades, tais como a Leitura de Textos, a Resolução das Fichas Informativas, *etc.* No final, das tarefas supramencionadas foi igualmente realizada a tarefa de Ditado do excerto do texto analisado.

### **SESSÃO XXXII-XXXIX**

Ao longo das sessões realizadas (Sessão XXXVII e Sessão XXXVIII), foi desenvolvido o aspecto da focalização da atenção através de tarefas que exigem um maior nível atencional, de forma a manter a criança concentrada. Foi também trabalhada a instrução e cumprimento de regras, para desconstruir a questão da baixa resiliência que a criança inicialmente apresenta com maior intensidade, perante situações de frustração, de negação, sendo trabalhada de forma mais consistente a questão da tolerância à frustração. As presentes sessões seguiram um padrão inicial comum, ou seja, questionamento acerca de como decorreram as actividades escolares. Segundo J. P. durante essa semana, a escola *“correu mal que se farta” (sic.)*, devido principalmente aos testes que foram realizados, e outros que efectivamente iria realizar. Nas presentes sessões foram conferidos cartões nos quais estavam inseridas palavras isoladas. Solicitou-se a J.P. formular frases coerentes tendo em conta os referidos cartões. Com esta tarefa, pretendeu-se verificar o comportamento de J. P. perante uma actividade lúdica, bem como a sua capacidade de elaboração

de frases. Posteriormente, conferiu-se a J. P. fichas onde constavam “Sopa de Letras e de Números e de Figuras Geométricas”, nos quais este assinalou as letras, os números e as figuras geométricas pretendidas. Durante a realização da tarefa, foi necessária a recorrente chamada de atenção, por forma a que J. P. seguisse o Plano na Realização das Tarefas, aspecto que parecia ter ficado consolidado nas sessões anteriores. No final de ambas as sessões, procedeu-se ao preenchimento do Registo de Auto-Monitorização, bem como o preenchimento da Ficha Final. Posteriormente, foi decidido em conjunto a tarefa a realizar em casa, e finalizada a sessão com o recorte e a colagem dos pontos no Banco Pessoal. A nível comportamental, J. P. manteve um padrão de impulsividade na realização das tarefas, bem como uma auto-valorização elevada, que se reflecte no modo como ele reage, quando é submetido a algum tipo de correcção.

Na sessão XXXIX, foram desenvolvidas actividades nas quais esteve subjacente estimular as funções perceptivas, tais como a percepção da cor, o reconhecimento de figuras geométricas, o reconhecimento de faces e a organização de estímulos visuais complexos (sendo estas funções representadas pelo termo Gnosias). Neste sentido, foram inicialmente realizadas várias tarefas que tinham como objectivo o reconhecimento visual de cores (*e.g.*, o vermelho e o branco), de figuras geométricas (*e.g.*, assinalar o círculo, o triângulo, o quadrado, *etc.*), o reconhecimento de imagens conhecidas dos desenhos animados (*e.g.*, *Doreamon*, *Oliver & Benji*, *etc.*) e de figuras públicas (*e.g.*, o Primeiro Ministro, *etc.*). Quanto ao desempenho de J. P., verifica-se que em tarefas que lhe suscitem maior interesse, estas são realizadas de forma eficaz, focalizando a sua atenção. Posteriormente analisou-se o desempenho, e questionou-se J. P. Na sua opinião, o facto de realizar de forma correcta as actividades, deveu-se a um maior nível de concentração e atenção (*e.g.*, “*eu gostei desta tarefa, e estive mais atento*” *sic.*). Segundo Barkley (1990), Mattox e Harder (2007), a atenção é diminuta perante uma tarefa quando a tarefa não possui um valor motivacional ou de atracção suficiente, ou não parece produzir uma recompensa visível e imediata para o sujeito. Procedeu-se ao preenchimento da Ficha Final, e do respectivo Registo de Auto-monitorização de Comportamento. A contabilizar os pontos verificou-se que já tinha pontos suficientes para jogar no computador do terapeuta (um jogo didáctico). Ficou estabelecida a tarefa de casa a apresentar na próxima sessão.

## **SESSÃO XL**

O paciente surge à consulta acompanhado pela mãe apresentando-se colaborativo. Neste sentido, iniciou-se a sessão questionando o J. P acerca dos dias precedentes à consulta, bem como a sua situação escolar, tendo sido acrescentado por J. P. e confirmado pela mãe que se verificou um decréscimo no rendimento nas disciplinas de Língua Portuguesa e Matemática (Satisfaz Menos e

Satisfaz Pouco). Tendo em conta o acumular de pontos, relativos ao *Token Economy*, na sessão anterior ficou a recompensa que seria a utilização dum jogo no computador do terapeuta.

No final da sessão, foi discutido em conjunto o estado actual do paciente, a sua evolução e as possíveis áreas passíveis de intervenção. Por motivos de cessação de estágio, o processo psicoterapêutico foi interrompido, tendo sido referido a importância da continuidade deste processo junto ao J. P. Não se procedeu ao desenvolvimento de estratégias de prevenção da recaída, uma vez que este caso apresenta indicações para continuação do processo terapêutico. Desta forma, deverá ser acompanhado por outro técnico depois da devida passagem terapêutica.

#### SÍNTESE CLÍNICA

Vinte semanas após o início do processo de intervenção o paciente revela:

- **Estruturação na realização das tarefas que lhe suscitam interesse e Seguimento de instruções, em situação estruturada de sessão;**
- **Mantém-se a funcionalidade em termos da realização das actividades de vida diária e melhoria da caligrafia;**
- **Maior atenção aos pormenores e comete com menor frequência erros por descuido nas suas tarefas;**
- **Monitorização do pensamento na resolução de problemas propostos em sessão;**
- Desresponsabilização do seu comportamento e Interrupção com frequência o discurso do adulto;
- Replica ou participa inadvertidamente antes que a questão ou tarefa é colocada em menor intensidade; Pede desculpa quando chamado a atenção; Movimentos com as mãos, pés quando sentado e Fácil distração perante estímulos irrelevantes.

### 3.1. INTERVENÇÃO JUNTO AO RESPONSÁVEL EDUCATIVO

A psicoterapia infantil não é possível sem a possibilidade de trabalhar com os adultos, ou seja, com os responsáveis educativos, dado que os problemas de comportamento ocorrem com maior frequência fora do contexto estruturado, ocorrendo maioritariamente no ambiente familiar ou escolar (Friedberg & McClure, 2005). Alguns autores dividem o estudo das práticas parentais em duas grandes áreas: os estudos relacionados com os constructos abrangentes de controlo parental ou gestão do comportamento da criança e as relações emocionais (Cummings, Davies & Campbell, 2000). Neste sentido, foi desenvolvido um processo terapêutico também junto à mãe de J. P. Assim, o processo terapêutico foi estabelecido com uma frequência semanal de uma sessão, dependendo da disponibilidade laboral da mãe. Numa primeira fase, a primeira estratégia utilizada foi a de psicoeducação, na medida em que foi explorada qual a informação que a mãe possuía acerca da sintomatologia problemática evidenciada por parte de J. P. Segundo a mãe, que considerava inicialmente um Diagnóstico de Hiperactividade e Défice de Atenção, brevemente ficou esclarecida a este nível. Para tal, foram discutidas, com o apoio do DSM-IV-TR (APA, 2002), quais as características que de facto eram comuns relativamente ao J. P. (*e.g.*, segundo a mãe *“ele nunca presta atenção ao que eu lhe digo, a nada, está sempre no mundo da lua, e quando eu grito é que ele ouve ... , não pára quieto, tem uns jeitos, deve ser da televisão, dos*

*bonecos que vê” sic.*), bem como aquelas diferenciadas, e que permitiam não considerar J. P. como uma criança hiperactiva.

Tal como refere Cabral (2004), as crianças desatentas são por vezes descritas como não prestando atenção a nada, todavia poderão também ser compreendidas de outra maneira, ou seja, a de prestarem atenção a tudo e por isso não se mantêm concentradas numa tarefa ou objecto. É importante também acrescentar que apesar destas crianças se caracterizarem muitas vezes pela sua impulsividade, os períodos que antecedem o adormecer ou que se seguem ao acordar podem constituir momentos de transição prolongados com marcada lentidão na realização de tarefas (*e.g.*, vestir, despir, comer, *etc.*), sendo acompanhados de comportamentos disruptivos (*i.e.*, brinquedos ou gestos mais incómodos ou barulhentos, que parecem ser escolhidos de propósito), interpretados pelos que as rodeiam como provocatórios. No entanto, estas atitudes provocatórias deverão ser distinguidas das Perturbações de Comportamento, sendo nestas últimas observável uma clara agressividade e destrutibilidade dirigidas, que provocam dificuldades de relacionamento com as outras crianças e adultos. É consensual segundo os autores (Cicchetti & Toth, 1991; Lopes 2000), que as perturbações que envolvem o comportamento externalizante incluem a sintomatologia agressiva, desregulação comportamental, hiperactividade e desafio perante figuras de autoridade. No entanto, ss variáveis como o controlo inibitório e a regulação da atenção parecem alternar entre os vários factores de risco e o ajustamento positivo ou problemático (Lengua, 2002). Quando existe um padrão de vinculação parental, principalmente com a mãe, na qual a criança não desenvolve estratégias organizadas para lidar com situações adversas, estas crianças desorganizam-se tanto a nível cognitivo como comportamental (DeOliveira, Bailey, Moran & Pederson, 2004). De facto, as dimensões como o afecto positivo dos pais ou a sua estabilidade emocional parecem estar fortemente relacionadas com o exercício de uma parentalidade positiva influenciando a qualidade das práticas de disciplina (Conley, Caldwell, Flynn, Dupre & Rudolph, 2004). Neste sentido, explorou-se quais os principais problemas identificados pela mãe relativamente a J. P., tendo sido operacionalizados em: padrão impulsivo na realização de qualquer tarefa; dificuldade em lidar com situações de negação; ausência de competências de antecipação das consequências (*e.g.*, “*nunca mede o que vai fazer” sic.*); atribuição da responsabilidade dos seus actos a outras pessoas; interrompe com frequência quando um adulto está a falar, replica e participa inadvertidamente antes de uma questão ser totalmente colocada; movimentação constante dos membros superiores e inferiores; total dependência na realização das actividades de vida diária (*e.g.*, lavar os dentes, comer a sopa, tomar banho, vestir-se); atitude reactiva com a mãe e conflitualidade entre os irmãos, sendo estes últimos fontes de grande ansiedade para a mãe. Perante os problemas expostos, deu-se

continuidade ao processo, analisando as expectativas realistas de comportamento que a mãe possuía. Neste sentido, diferenciou-se junto à mãe o comportamento *desejado* e o comportamento *previsível* (Friedberg & McClure, 2005). Por exemplo, a conflitualidade entre irmãos, era considerada pela mãe como algo não era normativo, e que seria esperado eles brincarem durante horas, sem discutirem. No entanto não é previsível (e não é razoável esperar) que isto aconteça. As expectativas pouco realistas que a mãe possuía, provocavam atribuição-percepção de fracasso maternal relativamente ao processo educacional de ambos os filhos.

Da mesma forma, quando abordados os comportamentos que esperava que o filho assumisse, nomeadamente a realização das actividades de vida diária, verificou-se que as actividades que não eram realizadas por ele, eram colmatadas com o apoio da mãe, tendo sido alertada para o facto desses mesmos comportamentos (in) desejáveis no repertório comportamental de J.P., fazem parte da experiência passada e de todo um processo de habituação criado ao longo do seu desenvolvimento. Neste sentido, foram estabelecidos alguns comportamentos a assumir perante a realização das actividades de vida diária de J. P., nomeadamente estabelecer de forma progressiva algumas tarefas a assumir pelo próprio: lavar os dentes sozinho, vestir-se autonomamente, tomar banho apenas com algum apoio a mãe, tomar as refeições na cozinha e comer autonomamente (e.g., deixando de ser os pais a dar sopa à boca e a realizar as refeições na sala de estar), bem como a organização de um horário para J. P. estudar, no qual a mãe deveria retirar no mínimo 15 minutos do seu tempo para verificar os trabalhos de casa em conjunto com J.P., de forma a ser mais activa nas actividades escolares do filho. Neste caso específico, foram exploradas junto à mãe quais as estratégias educativas utilizadas diante de comportamentos inadequados do J. P. e verificou-se que seriam as seguintes: castigo e fechava a porta à chave, elevava o tom de voz (e.g., “quando me irrita desato aos berros, mas quanto mais eu grito, mais ele grita e não há fim”), etc. Perante o exposto, seria importante a iniciação do Treino de Assertividade. Cole, Teti e Zahn-Waxler (2003) verificaram que o comportamento das mães, nomeadamente a expressão de raiva como reacção ao comportamento da criança, contribui para o aumento de comportamentos desadequados das crianças entre a idade pré-escolar e o escolar, enquanto uma expressão emocional positiva das mães associa-se a uma diminuição dos problemas de comportamento. O Treino de Assertividade é uma técnica comportamental utilizada para modificar e melhorar os défices, conflitos e ansiedade interpessoal do indivíduo (Alberti & Emmons *cit. in* Wilson, 2005). Neste sentido, tem como um dos objectivos ajudar o indivíduo a ter controlo sobre si mesmo, ser menos submisso e mais expressivo (ou menos agressivo e hostil), que resulta na capacidade de influenciar a maneira como os outros se comportam em relação a si, principalmente quando esses o ofendem (Bower & Bower, 1991). Isto desenvolve confiança no

sujeito e permite assegurar que essas aptidões sejam assimiladas e se tornem parte do repertório comportamental do sujeito. Os comportamentos assertivos podem ser categorizados como respostas verbais sobre sentimentos ou opiniões com respeito perante o outro. As respostas assertivas podem ser directamente comparadas a respostas agressivas e respostas passivas (Spiegler & Guevremont, 1998 *cit. in* Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Os indivíduos que desenvolvem treino de assertividade, frequentemente referem reacções positivas por parte dos outros, sentimentos de auto-confiança, e redução da ansiedade em situações sociais. Neste sentido, permite o desenvolvimento da comunicação interpessoal, bem como reduz os sintomas somáticos e psicossomáticos associados (Wilson, 2005). Segundo Bayne (1998 *cit. in* Feltham & Horton, 2000), uma definição de assertividade poderá basear-se na capacidade do indivíduo em expressar ou assumir um comportamento consoante os seus próprios direitos, respeitando os mesmos direitos de terceiros. O comportamento assertivo pode ser definido como aquele que envolve a expressão directa, pela pessoa, dos seus sentimentos, das suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões sem que, ao fazê-lo, esta experiencie ansiedade indevida ou excessiva, e sem ser hostil para a outra pessoa. Assim, um comportamento assertivo é aquele que permite defender os próprios direitos sem violar os direitos dos outros (Caballo, 1987, *cit. in* Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Vaz Serra, 2003).

De acordo com Vaz Serra (2003), existem alguns passos que devem ser tidos em consideração, os quais se encontram expostos em seguida. Deste modo, o primeiro passo consiste em identificar as situações em que a pessoa sente maiores dificuldades; posteriormente, estabelece-se uma hierarquia de situações organizadas segundo as suas características específicas, e em relação às quais o indivíduo possa discriminar as que são mais fáceis ou mais difíceis para si, ou seja, tendo em conta as suas aptidões e o desconforto que nelas sente; em seguida, pretende-se apresentar-se o racional ao indivíduo. Ou seja, explicar com clareza ao indivíduo em que é que consistem as aptidões de auto-afirmação e em que aspectos é que elas precisam de ser melhoradas. A pessoa pode ter padrões de comportamento adequados de comportamento que não são utilizados por ela, devido à ansiedade ou aos pensamentos negativos inerentes à situação social, de tal forma, que é importante que o indivíduo aprenda a controlar essa mesma ansiedade e pensamentos negativos (Gambrill, 1985 *cit. in* Vaz Serra, 2003). Este processo pode ser feito, inicialmente, através de apresentação de modelos, podendo ser tanto o terapeuta como outra pessoa com a qual o indivíduo se identifica. O modelo deve mimetizar o comportamento desejável para a situação específica na qual o doente sente dificuldades; o terapeuta também pode utilizar vídeos ou gravações áudio em que o sujeito assista ou ouça alguém a comportar-se adequadamente (Vaz Serra, 2003). Joyce-Moniz (2002), refere que este treino permite ao indivíduo assimilar ou

representar as respostas adequadas, e para tal será importante a realização de *role-play*, que permite, ao terapeuta, esclarecer pensamentos disfuncionais ou erróneos, bem como demonstrar um ponto de vista alternativo para o indivíduo ou esclarecer adicionalmente os factores que interferem na expressão emocional apropriada (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Numa quinta e última etapa, após a concretização destes passos, o indivíduo é encorajado a praticar os comportamentos apropriados directamente no meio real sob supervisão directa (terapeuta presente) ou indirecta (terapeuta ausente) (Joyce-Moniz, 2002), principiando pelas mais fáceis até chegar às mais difíceis.

Ao nível das estratégias educativas a assumir perante o comportamento adequado do filho, trabalharam-se estratégias diferentes, tais como: demonstrar a expressão de uma opinião e a solicitação adequada de mudança de comportamento, como por exemplo “eu não gostei do que fizeste” (expressa um sentimento, identificando o comportamento da criança), “preferia que não fizesses isso...” (expressão de opinião ou solicitação específica de mudança de comportamento) “...de forma a nos conseguirmos entender melhor” (possível consequência positiva frente à mudança comportamental da criança) (Sidman, 1995; Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Del Prette & Del Prette, 2003). Estabeleceu-se igualmente que deveria ser modificado o tipo de punição (*e.g.*, fechar à chave a criança no quarto), pois apesar de parecer funcionar como um *time-out*, não se encontra a ser estabelecido da melhor forma. Para tal, em vez da utilização da punição, utilizar o *time-out* definido como, após realização do comportamento desadequado, colocar J. P. numa cadeira perto da mãe (por exemplo, se a mãe estivesse a cozinhar, sentar-se-ia à mesa) na qual deveria estar sentado o tempo em minutos correspondente à idade, caso ele se levantasse, dobrar o tempo, tantas vezes quantas fossem necessárias, de modo a ele compreender, que por qualquer atitude que ele assumisse teria de cumprir o tempo de *time-out*. Adicionalmente, procedeu-se juntamente à mãe a definição de determinadas actividades de vida diária que deveriam ser desenvolvidas em casa, nomeadamente: as refeições realizadas apenas na cozinha; na hora de refeição, o J. P. só podia levantar-se da mesa depois de todos acabarem a refeição; o J. P. teria que escovar os dentes, vestir-se e tomar banho de forma autónoma; apenas quando estritamente necessário é que a mãe lhe daria apoio.

Junto à mãe foram trabalhadas atitudes a adoptar tais como: resolução de problemas; a implementação de elogios / recompensas não materiais, experiência de auto-controlo pessoal (perante o comportamento desadequado assumido por J.P., utilizar técnicas de paragem de pensamento) (Silva, Del Prette & Oishi, 2003). Operacionalizando com maior rigor as estratégias utilizadas no acompanhamento junto à mãe, foi igualmente trabalhado a avaliação da frequência, intensidade e duração dos comportamentos evidenciados por J. P., de modo a trabalhar as

expectativas realizadas pela mãe (Friedberg & McClure, 2005). Deste modo, foi conferido à mãe a elaboração de um Registo de Auto-Monitorização, de forma a proceder a uma avaliação e registo da frequência e intensidade que ocorre os comportamentos e atitudes disfuncionais, Segundo Anastopoulos (1998), a intensidade do comportamento por ser considerado um aspecto na definição do comportamento, é importante conferir directrizes de orientação aos pais de modo a controlar o comportamento, antes de conferir técnicas comportamentais concretas. Neste sentido, foi utilizado o Modelo ABC, para ilustrar a forma como é possível alterar os comportamentos de J.P., existindo a possibilidade de modificar os Antecedentes e as Consequências, alertando para o facto que J. P. poderá assumir comportamentos adequados se receber consequências positivas ou evitar situações não desejadas (Anastopoulos, 1998). Foi realizado um diálogo, estabelecendo os Antecedentes (A), os Comportamentos (B, *Behaviors*) e as Consequências (C), relacionados com o comportamento do J.P. Esta estratégia permitiu que a mãe fosse capaz de entender os princípios comportamentais do Modelo ABC, bem como retirar as respostas que ela própria assumia como consequência do comportamento de J. P. assim como prever os acontecimentos que levam ao comportamento. Foram igualmente desenvolvidas estratégias que têm como objectivo o aumento do comportamento desejado, consequentemente a sua frequência, sendo consideradas *estratégias proactivas*. Estas técnicas, podem apenas ser aplicadas antes do aparecimento dos comportamentos negativos (Friedberg & McClure, 2005). Segundo Denham, Mitchell-Copeland, Strandberg, Auerbach & Blair (1997), o desenvolvimento de certas características inseridas no comportamento da criança, é influenciado pelos comportamentos parentais condicionarem estes igualmente o próprio comportamento da criança. Após exploração das práticas educativas implementadas pela mãe de J. P., um aspecto de urgência a intervir, seria a questão do Reforço. A literatura corrobora a importância deste conceito, na medida em que é importante os pais reforçarem positivamente o comportamento dos filhos (Barkley, Edwards & Robin, 1999). O reforço é considerada uma estratégia comportamental básica que permite a produção de resultados imediatos através do aumento do comportamento desejado. É a estratégia mais importante para o desenvolvimento de determinados comportamentos (Menegatti, 2002). Um reforço ou uma recompensa pode implicar conferir algo de positivo, algo material, como por exemplo um brinquedo, mas pode ser algo não material, como por exemplo um abraço. No entanto também poderá representar retirar algo negativo, como por exemplo ter que ajudar nas tarefas domésticas.

Verificou-se que relativamente a J. P., apesar de existir pais que não reforçam os filhos perante um comportamento adequado, centrando-se apenas nos comportamentos menos positivos, o padrão familiar desta criança demonstrou que eram atribuídos reforços recorrentes não sendo

contingêntes com o comportamento assumido pela criança. Um exemplo do anteriormente referido, era ele receber algo todos os dias comprado pela mãe ou de todas as vezes que ia a um supermercado (*e.g.*, guloseimas, brinquedos, *etc.*) Neste sentido, foram desenvolvidos exemplo de reforços a implementar junto ao J. P., nomeadamente conferir mais tempo de visionamento dos desenhos animados preferidos, poder ir jogar futebol com o melhor amigo. Outro tipo de reforço é a possibilidade de escolha que poderá ser conferida à criança, bem como o aumento de reforços quando a criança realiza os comportamentos adequados, devendo estes ser aplicados logo após o comportamento (Webster-Stratton & Hancock, 1998). Foi indicado à mãe que iniciasse com pequenos reforços (*e.g.*, reforços verbais, físicos: um abraço, actividades divertidas, andar de bicicleta) relativamente à realização das actividades de vida diária mais pequenas (por exemplo, dobrar o casaco quando chega a casa), sendo importante a regularidade deste tipo de reforço e posteriormente o reforço de comportamentos que exigem mais da criança (por exemplo, vestir-se sozinho). Foi indicado à mãe desenvolver a aplicação de reforços diferenciais, ou seja atribuir um reforço mais valorativo a um comportamento mais complexo e um reforço menor para comportamentos mais simples. Desta forma, foi possível melhorar a eficácia da mãe e evitar que a criança criasse habituação relativamente aos reforços. Neste sentido, segundo Bolsoni-Silva e Marturano (2002), ao utilizar estratégias educativas, perante os comportamentos dos filhos, que se baseiam na expressão de opiniões e a da solicitação adequada de alteração do comportamento, aumenta a probabilidade desse comportamento aumentar. Durante as sessões de acompanhamento, foi realizada uma monitorização dos reforços aplicados ao longo do processo terapêutico junto a J. P. No que concerne aos reforços a nível verbal, estes não deverão ser constituídos por juízos de valor e devem ser aplicados de forma imediata, e sendo um reforço considerado uma recompensa, não deverá ser acompanhado por críticas (*e.g.*, evitar verbalizações do tipo: *Está muito bem o que fizeste mas devias ter feito desta forma*; Deve ser dito: *Fizeste bem em realizar isso*, em vez de: *És um lindo menino porque realizaste isso*). Para intervir na questão apontada pela mãe, a desobediência, foi necessário abordar esta questão através do controlo de contingências (Roselló, Garcia-Castellar, Tárraga-Mínguez & Mulas, 2003). O controlo de contingências é considerada uma aplicação específica fazendo parte dos princípios dos reforços. O seu objectivo é proporcionar a motivação externa necessária para que as crianças realizem determinadas tarefas, ou assumam determinado comportamento (Anastopoulos, 1998). O processo implica reforçar positivamente os comportamentos estabelecidos como objectivos (Soriano, Becerra & Salas, 2002). Neste sentido, em conjunto com a mãe foi elaborada uma lista, das situações ou comportamentos nos quais iriam ser aplicados os reforços (*e.g.*, “*realização dos trabalhos de casa, arrumar o quarto, vestir-se sozinho, comer sozinho, lavar os dentes*” *sic.*),

nomeadamente verbais, bem como actividades tais como ver mais 15 minutos dos desenhos animados preferidos do J. P., “*andar de bicicleta, jogar futebol com o melhor amigo*” (sic.). Associada a esta técnica, implementou-se a Técnica *Token Economy* (Reitman, Hupp, O’Callaghan, Gulley & Northup, 2001), já explorada anteriormente, tendo sido monitorizada pela mãe algumas tarefas que implicavam a sua valorização nas sessões individuais junto a J. P. Para além da manutenção dos comportamentos desejados, desenvolveu-se junto à mãe técnicas que permitissem a manutenção de comportamentos não desejados assumidos por J. P. É importante a preparação dos pais, e neste caso específico, a mãe, na preparação para reagir perante os comportamentos não desejados por parte dos filhos, através de formas defensivas de disciplina e de imposição de regras e limites (Friedberg & McClure, 2005). Explicitou-se e trabalhou-se junto à mãe técnicas para aplicar perante o comportamento desadequado, a desobediência e o *acting out*. Como já referido anteriormente, a atenção conferida pelos pais aos filhos é um reforço muito importante, que por vezes é conferido involuntariamente nos comportamentos desadequados assumidos pelos filhos (Silva, Del Prette & Oishi, 2003).

Nestes casos, é importante a utilização de uma técnica que é ignorar / extinguir, que consiste no adulto retirar a atenção dos comportamentos desadequados, evitando o contacto ocular, e não responder perante o comportamento (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Por exemplo, num exemplo dado pela mãe “*ele quando me vê arreliada, já me disse várias vezes, tu queres é que eu morra, se calhar vou atirar-me da janela*” (sic.). Perante este tipo de verbalização, a mãe reagia violentamente a nível verbal e físico. Após implementação, desta técnica simultaneamente com o facto de a mãe expressar os sentimentos (e.g., “*fico triste quando me dizes isso*” sic.), o comportamento do J. P. não se repetiu.

No entanto, para implementar esta técnica, foram dadas outras indicações que vão no sentido de por vezes os filhos pretenderem atenção. Neste sentido, foi recomendado que seria importante não ignorar os comportamentos potencialmente perigosos; e que para extinguir o comportamento, a mãe deveria ser capaz de ignorar o comportamento em todos os níveis da sua intensidade, não reagindo de forma reactiva. O *Time-out*, é outra das técnicas utilizadas que quando realizada de forma inconsistente e desadequadamente, não surte efeito (Silva, Del Prette & Del Prette, 2000).

Neste sentido, foi realizada a psicoeducação sobre esta técnica. O *time out* permite retirar a criança de uma situação que constitui um reforço para ela. Este afastamento é temporal e é utilizado como uma ferramenta de aprendizagem (Johnson, 2000). Depois de um breve afastamento, permite-se que a criança retorne ao contexto, permitindo-lhe a continuação das tarefas. Repete-se novamente o comportamento desadequado, volta novamente a ser retirado da situação. No início da aplicação desta técnica, as crianças poderão mostrar-se resistentes à

firmeza e à consistência do estabelecimento de limites. Neste sentido, os pais deverão manter a sua atitude de forma consistente, identificando simultaneamente os comportamentos que provocaram a situação, de forma à criança compreender os mecanismos envolvidos (Friedberg & McClure, 2005). É importante também colocar a criança em *time-out* num lugar em que haja o menor número de estímulos distractores (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Por exemplo, no caso em questão, foi sugerido à mãe que deveria colocá-lo na cozinha, sentado numa cadeira, enquanto esta confeccionava uma refeição, e não o mandar para o quarto e fechá-lo à chave, tal como realizava até então.

Relativamente ao tempo disposto, a criança deverá ser colocada em *time out*, tendo em conta um minuto por cada ano de idade que tenha. Assim, se por exemplo, tem 8 anos de idade, então deverá ficar 8 minutos em *time out*. Caso desobedeça, repete-se o mesmo procedimento (Friedberg & McClure, 2005). Tendo em conta o exposto anteriormente, podemos concluir que os aspectos relacionados na interacção entre pais e filhos, influenciam e são observáveis na manifestação e na manutenção das alterações emocionais e no *acting out* das crianças. Neste sentido, a implicação dos pais no processo terapêutico, neste caso da mãe, sendo o agente educativo mais activo, assume toda uma lógica, dado que os pais é que detêm o controlo dos reforços que influenciam os filhos. Proporcionando informação aos pais e colaborando com eles na identificação dos comportamentos e competências que deverão ser desenvolvidas junto à criança, o terapeuta podem ensinar a aplicar reforços positivos e apoiar o seu filho na generalização de comportamentos fora das sessões. São as estratégias educativas e de disciplina, que estes adoptam que assumem a principal influencia na melhoria do comportamento dos filhos.

## 4. REFLEXÃO CRÍTICA

---

O caso do paciente J. P., quer do ponto de vista da avaliação como da intervenção, expõe de forma clara o exposto na literatura, na medida em que faz referência a problemas de comportamento, relacionando-os, em parte, às práticas educativas parentais desenvolvidas em contexto familiar (Silva, Del Prette & Oishi, 2003). Tendo em consideração os princípios e as técnicas que constituíram a intervenção realizada, principalmente o princípio de estabelecimento de limites e regras a nível contingencial, bem como todo o conhecimento das práticas parentais, é possível levantar a hipótese de que alguns dos comportamentos desadequados assumidos pelo J. P. terem sido condicionados, em grande parte, pelas práticas educativas assumidas pelos pais, e neste caso específico, pela mãe.

Ao realizar uma breve análise global das contingências que actuavam sobre o comportamento de J. P., é possível perceber que a maior parte das práticas educativas desenvolvidas por todo o contexto familiar, a partir do nascimento do seu irmão (há cerca de três anos precedentes), contribuíram em grande medida para o desenvolvimento de comportamentos ditos disruptivos. No entanto, após implementação de técnicas comportamentais e desenvolvimento destas no ambiente familiar, bem como do envolvimento activo da mãe no processo de intervenção, verificou-se que foi possível ensinar de certo modo J. P. a aceitar e cumprir as regras e limites de forma mais adaptativa, permitindo o aumento substancial da responsabilidade, dos comportamentos adequados perante determinadas situações, do diálogo, da assertividade na forma de se dirigir a terceiros e de uma maior resiliência perante situações de negação ou de frustração. A nível familiar verificou-se que existia uma estimulação de comportamentos através de uma disciplina inconsistente, insuficiente interacção positiva e monitorização das actividades da criança. Os pais não assumiam um comportamento contingente na utilização do reforço positivo, ignoravam ou respondiam perante os comportamentos desadequados de forma inapropriada (principalmente atitude assumida pela figura materna), sendo utilizadas punições desadequadas que contribuíam para o aumento da frequência e duração do comportamento desadequado. Neste sentido, foi possível desenvolver junto à mãe práticas educativas, mais adaptativas através da compreensão da importância que os comportamentos dos agentes educativos assumem na interferência e na manutenção de um relacionamento positivo, por exemplo entre a relação mãe-filho, bem como o desenvolvimento de uma atitude assertiva nessa mesma manutenção. Portanto, para além da promoção de práticas educativas mais efectivas, e consequentemente do desenvolvimento de relacionamento mãe-filho mais adaptado, foi necessário o desenvolvimento de estratégias educativas, as quais apresentaram como prioridade, a expressão de uma opinião por parte do agente educativo; a sinalização do comportamento desadequado junto à criança, explicitando o que sentia face ao comportamento assumido por esta, e sugestão simultânea de alternativas para um comportamento mais adequado. Quanto à intervenção individual junto a J. P. será importante referir que por vezes a atitude de desmotivação apresentada pelo paciente na realização das tarefas, implicou um esforço de maior flexibilidade e adaptação no trabalho desenvolvido junto a este. Tendo em conta este aspecto, apesar da tentativa de estruturar o programa de intervenção, existiram momentos nos quais não foi possível, tal como programado, assumindo antes uma adopção de linhas gerais de intervenção, sendo estas por vezes equilibradas junto ao acompanhamento com a mãe.

Com este caso, e de acordo com o trabalho desenvolvido até ao momento, conclui-se que seria importante a continuidade do acompanhamento, a nível individual junto ao paciente, como

também junto ao agente educativo (mãe), de forma a consolidar as técnicas e procedimentos desenvolvidos de forma a existir uma maior integração e prática. Em termos de prognóstico, tendo em conta a avaliação realizada e o acompanhamento, no caso de existir uma continuidade dos procedimentos adoptados durante a intervenção, para o ambiente familiar, e principalmente assumidos por ambos os pais, prevê-se uma boa evolução, no sentido do aumento da responsabilização por parte do J. P., caso contrário J. P. poderá readquirir novamente determinados comportamentos desadequados, sendo este o motivo pelo qual se iniciou o presente acompanhamento. Neste contexto, em que o estudo das práticas parentais se revelou uma importante estratégia de intervenção para os comportamentos desadequados assumidos pela criança, e por vezes desde muito cedo ao nível do seu desenvolvimento, o desenvolvimento deste tipo de actuação junto aos agentes educativos, considerando como medida preventiva e não interventiva, seria uma forma de prevenção do desenvolvimento dos problemas e perturbações comportamentais, psicológicos e cognitivos, que acabam por fomentar outros aspectos tais como, insucesso escolar, problemática entre pares, *etc.*

# CAPÍTULO II

---

## CASOS DE ACOMPANHAMENTO

### INTRODUÇÃO

---

O presente capítulo pretende apresentar três exemplos de casos de acompanhamento clínico desenvolvidos no âmbito do Estágio Curricular. Neste sentido, é importante referir que a intervenção foi realizada de duas formas, nomeadamente acompanhamento psicoterapêutico, o que se optou pela apresentação de apenas dois casos clínicos, e uma outra forma de intervenção ao nível de reabilitação neuropsicológica, na qual é apresentado um caso clínico.

## 1. CASOS DE ACOMPANHAMENTO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

---

### 1.1. CASOS DE INTERVENÇÕES – CASO N.º 4<sup>10</sup>

**Número de Sessões de Acompanhamento:** onze sessões.

#### Identificação Sumária

**Nome:** C. de J. R. **Idade** 22 anos; **Sexo:** Feminino **Escolaridade:** Estudante universitária.  
**Residência:** Covilhã.

**Tipo de Acompanhamento:** acompanhamento psicoterapêutico.

**Motivo da consulta:** pedido realizado pela própria paciente para acompanhamento psicoterapêutico, devido às dificuldades relacionadas com o seu desempenho académico e aspectos emocionais relativos a si própria, ao grupo de pares e à família.

#### Objectivos Gerais da Intervenção:

1. Estabelecimento da relação terapêutica;
2. Exploração das áreas problemáticas;
3. Fomentar a ventilação emocional;

---

<sup>10</sup> Numeração conferida tendo em conta o Quadro 11.

4. Processo psicoterapêutico com vista a melhorar o seu estado emocional e auto-estima, auto-monitorização dos seus pensamentos disfuncionais;
5. Treino de Assertividade, e a sua relevância para alcançar equilibradamente as suas metas;
6. Exploração das crenças de auto-eficácia, e determinar as tarefas que escolhe, bem como o seu esforço e persistência na realização das mesmas;
7. Treino de Habilidades Sociais, de modo a desenvolver competências para lidar com as situações/relações interpessoais;
8. Trabalhar aspectos emocionais relativos a si própria e à família;
9. Revisão dos ganhos terapêuticos, e das estratégias desenvolvidas;
10. Cessação das sessões de acompanhamento do serviço de Neuropsicologia.

### **Intervenção Psicoterapêutica**

O programa de intervenção iniciou-se com a recolha de informação sobre as motivações inerentes ao acompanhamento pretendido, da qual se destacam três factores essenciais: dificuldade de concentração em tarefas académicas que requerem uma maior exigência a este nível; conflitualidade entre pares; relacionamento reactivo de confronto verbal com a mãe.

A paciente realizou uma breve descrição do seu ambiente familiar, referindo história de alcoolismo no pai durante a sua infância, com maus tratos físicos e psicológicos, principalmente à mãe, caracterizado por discussões frequentes entre o casal, necessidade de dormir fora de casa, sendo um facto no caso de ausência da mãe o pai projectava a violência para com a paciente.

Habitava numa casa bastante deteriorada (*e.g.*, chegando a chover algumas vezes no seu interior). Ao nível das relações familiares, o pai e os avós maternos não apresentam um relacionamento normativo com pai, devido a não concordarem com muitas atitudes assumidas por este no passado. A nível de história escolar, um dado referido após várias sessões de acompanhamento, a paciente referiu o seu ingresso para o ensino secundário, nomeadamente para o 10º ano, tendo a paciente 14 anos, a qual foi vítima de tentativa de abuso sexual, por parte de dois colegas, não tendo sido o acto concretizado, por ter conseguido sair da situação em questão. Para além deste episódio, a sua frequência ao ensino secundário, foi caracterizada por grande competitividade académica e decepção para com alguns colegas que considerava amigos.

Referiu ainda que toda a preparação para a entrada na universidade caracterizou-se pela presença de apoio constante da mãe em todos os momentos decisivos e que requeriam a tomada de decisões. No entanto, aquando da saída de casa para o ingresso no ensino superior, a atitude e comportamento da mãe viram-se modificados pelo facto, da paciente ter ingressado numa universidade deslocada da sua área de residência. Desde então, e a frequentar o terceiro ano da Licenciatura em Gestão, vê-se acometida por uma falta de apoio por parte da mãe, bem como conflitualidade entre colegas de curso, o que levou a desenvolver crenças de auto-eficácia e de desvalorização das suas capacidades, encontrando-se a ponderar a desistência do ano lectivo em questão. Tendo em conta uma breve avaliação verificou-se que em tarefas que exigem maior atenção e concentração e em tarefas mais próximas da realidade académica vivenciada no seu

quotidiano, apresenta resultados fortemente deficitários quando se avalia o seu desempenho. Em tais situações, o seu desempenho apresenta-se como desorganizado, caracterizado por erros frequentes, sendo este desempenho sustentado por pensamento bradifrénico, padrão inatencional e errático na abordagem das tarefas. Tais dificuldades apresentam sustentação em história de Perturbação Depressiva ligeira, e subsequente prejuízo significativo no desempenho académico esperado.

Tendo em conta as sessões de acompanhamento realizadas, a paciente caracteriza-se como uma pessoa que assume vários papéis e que se encontra constantemente preocupada com os problemas de outrem, parecendo viver em função das problemáticas dos outros, bem como dos comentários que advêm de terceiros relativamente a si própria.

A este nível adopta uma atitude de passividade perante o confronto de colegas e pequenas discussões geradas. Esta problemática assume um carácter ansiogénico no quotidiano da paciente, limitando a sua capacidade de concentração em tarefas necessárias, nomeadamente de cariz académico. Neste sentido, foi desenvolvido Treino de Assertividade, através de psicoeducação acerca do constructo bem como da implementação de estratégias a assumir perante várias situações. Tendo em conta a situação supramencionada, deu-se início ao Treino de Assertividade, nomeadamente ao racional teórico acerca do constructo. Verificou-se que a paciente apresentava uma baixa assertividade, em situações de desempenho de papéis perante os colegas, o que posteriormente a levava a sentir um maior grau de ansiedade e apresentar auto-avaliações negativas de si própria (e.g., “*talvez elas tenham razão, senão não gozavam comigo, eu é que tenho algo errado*” sic.). As situações de conflito influenciavam a sua capacidade de expressão social, e condicionavam a uma desadequada interpretação da comunicação verbal dos outros.

De forma concomitante, na explicação da causalidade dos acontecimentos conferia sempre responsabilidade a nível interno, ou seja, explicava que a fonte de controlo dos acontecimentos era da sua própria responsabilidade (*locus* de controlo interno). Procedeu-se ao desenvolvimento da modificação deste tipo de cognição, desenvolvendo explicações nas quais a fonte de controlo dos acontecimentos se encontra por vezes fora do sujeito. Verificou-se que ao ter sido trabalhada a assertividade através de psicoeducação e situações de *role-play*, observou-se um aumento da auto-estima, do desenvolvimento de competências sociais e diminuição das auto-verbalizações negativas sobre si própria. Foi implementado igualmente um treino das competências sociais, pois verificava-se que associada à sintomatologia depressiva existia a distorcida valorização das suas competências. Neste sentido, incluiu o desenvolvimento de treino de estratégias tais como técnicas de conversação e planeamento de actividades sociais.

Nesta última estratégia, pretendeu-se aumentar o número de tarefas gratificantes no dia-a-dia da paciente, nomeadamente interacções sociais positivas (e.g., após estudo, sair e ir ao café) e participação em actividades de que gosta (e.g., jantar com as amigas). Procedeu-se igualmente e de forma concomitante à redução das cognições com carácter depressivo, caracterizadas por esquemas cognitivos irracionais e negativos. Neste sentido, foi conferido o racional teórico acerca da diferença entre uma cognição, pensamento e emoção. Uma vez identificado o padrão e os despoletadores, bem como, a importância dos Registos de Auto-monitorização, o foco de trabalho passou pela identificação de pensamentos e sentimentos associados com episódios de maior tristeza e de auto-avaliação negativa, bem como pelo desenvolvimento de estratégias alternativas para a paciente lidar com as situações de alto risco relativamente a potenciarem tais episódios (e.g., manter uma relação de proximidade com as colegas que lhe causavam maior ansiedade).

Por conseguinte, após identificados os pensamentos catastróficos, o grau de ansiedade que produziam e o peso que estas crenças tinham na paciente, procurou-se substituir esses pensamentos automáticos negativos por pensamentos mais realistas (e.g., “*qual a necessidade de ser amiga delas, elas só me prejudicam*” sic.) Durante as sessões, foram trabalhadas respostas racionais para os pensamentos automáticos, através da análise das evidências que sustentavam ou não, os pensamentos automáticos apresentados pela paciente. Portanto, a reestruturação cognitiva permitiu encorajar a paciente a reconhecer e avaliar os seus pensamentos e sentimentos maladaptativos, levando-os a desenvolver competências comportamentais alternativas, utilizando para tal técnicas cobertas de assertividade.

Este método terapêutico permitiu que a paciente identificasse e modificasse as suas crenças e atitudes irracionais através de exercícios de auto-monitorização. A paciente foi instruída a escrever numa coluna os pensamentos disfuncionais e, noutra coluna, escrever uma resposta razoável a esses mesmos pensamentos, tendo-se incluído outras colunas para o registo das emoções, comportamentos, e da situação despoletadora que precedeu a cognição. O objectivo com a auto-monitorização dos pensamentos, permitiu aumentar a objectividade da paciente acerca dos seus pensamentos para demonstrar a relação entre cognições negativas, emoções desagradáveis e comportamentos desajustados, bem como fazer uma diferenciação entre um relato realista de situações e um relato distorcido por significados idiossincráticos. Assim, nessa fase, a paciente desenvolveu a capacidade de questionar os seus pensamentos problemáticos.

Associado ao Treino de Assertividade e ao Treino de Competências Sociais, junto à paciente foram desenvolvidas em sessão, capacidades de comunicação, negociação e resolução de problemas. Portanto, o treino de competências comunicacionais centrou-se na aquisição de comportamentos positivos, tais como parafrasear para verificar a mensagem pretendida,

desenvolvimento de respostas activas e directas, contacto ocular apropriado, e a gradual eliminação de comportamentos desadequados na comunicação, tais como interrupções, acusações, *etc.* Relativamente às técnicas de negociação ou de resolução de problemas em conjunto com a paciente, definir os problemas, sem estar subjacente a crítica, realizar uma *brainstorming* de soluções alternativas, avaliar a solução, verificar as possíveis consequências positivas e negativas ao assumir uma determinada solução. Após reflexão da melhor opção, a paciente tentou implementá-la. Em termos das dificuldades inicialmente identificadas, verificou-se uma evolução positiva em termos académicos, no entanto verificou-se que não foi estabelecida uma relação terapêutica adequada, visto que entre o terapeuta e a paciente não existiu uma relação de total confiança, segurança e colaboração, tendo este dado influenciado a exploração e o tratamento dos problemas associados à perturbação em questão. Pelo facto da aliança terapêutica ser um preditor central para os resultados satisfatórios do processo terapêutico, neste caso não se verificou provocando neste sentido lacunas na própria planificação do processo terapêutico.

Outro aspecto de grande relevância a apontar, é o facto da paciente em contexto de consulta apresentava sintomatologia depressiva e ansiogénica, com choro fácil aquando abordagem das suas principais dificuldades, nomeadamente dificuldade de concentração e elevados níveis de ansiedade perante tarefas que exigem uma maior concentração e que suscitam uma maior exigência de desempenho académico, o que seria necessário um acompanhamento biomédico, de forma a estabilizar a sintomatologia referida, e conseqüentemente o estado de humor da paciente.

### **Sugestão terapêutica**

Tendo em conta o plano terapêutico organizado e o processo desenvolvido, a paciente beneficiaria da continuidade do processo para que os objectivos inicialmente estipulados, fossem consolidados e mantidos, bem como desenvolvidas novas estratégias perante as novas problemáticas que surgiram após uma exploração mais consistente, no entanto devido à cessação do estágio curricular, foi interrompida a referida intervenção.

## **1.2. CASO DE INTERVENÇÃO - CASO N.º 7<sup>11</sup>**

**Sessões de Acompanhamento Neuropsicológico:** trinta e quatro sessões.

### **Identificação sumária**

**Nome:** M. I. C. F. **Idade:** 47 anos **Sexo:** Feminino **Escolaridade:** 4.<sup>a</sup> classe **Residência:** Covilhã **Estado civil:** Divorciada **Profissão:** Empregada Doméstica **Dominância manual:** direita.

<sup>11</sup> Numeração conferida tendo em conta o Quadro 11.

**Tipo de Acompanhamento:** acompanhamento psicoterapêutico em co-terapia.

**Motivo da consulta:** pedido efectuado por médico neurologista para avaliação neuropsicológica em paciente que apresenta queixas de memória quotidiana.

### **Informação Clínica relevante**

A paciente é seguida no Serviço de Neurologia desde 2003. Apresenta historial médico de Epilepsia de difícil controlo manifestando uma perda progressiva de memória. Acometida por Acidente Vascular Cerebral em 2004 e Traumatismo Craneo-Encefálico em 2006.

Aquando da avaliação neuropsicológica realizada, apresentou claro embotamento afectivo, *fácies* triste, choro fácil, e não reactiva a pequenas brincadeiras do avaliador. Este estado foi reforçado pelos resultados da avaliação formal da esfera depressiva, com indicação de Perturbação Depressiva Grave com recorrência de ideacção suicidária. É de referir que a paciente encontra-se divorciada, reside sozinha, e no início do acompanhamento psicoterapêutico não desempenhava qualquer actividade laboral. Neste sentido, foi iniciado o acompanhamento psicoterapêutico, no qual se verificou que a paciente apresentava um padrão de funcionamento neuropsicológico normalizado, com excepção da dimensão mnésica, que se encontrava fortemente deficiária, sendo melhor explicada devido a condição médica geral, e não a um processo neurológico focalizado ou disseminado. Apresenta sintomatologia neurológica epiléptica em co-morbilidade por quadro psiquiátrico de Depressão com recorrência de ideacção autolítica e padrão de ansiedade patológica, com respectivo prejuízo de funcionamento dos mecanismos executivos centrais (acentuação de processos bradifrénicos). Medicada com Lamictal (100 mg), Tegratol (200 CR), Cibelium, Cipralex, Dialzepam (5 mg).

### **Objectivos Gerais de Intervenção**

1. Estabelecimento da relação terapêutica e da aliança terapêutica;
2. Estabelecimento de contrato anti-suicidário;
3. Psicoeducação acerca da patologia neurológica
  - Registo de auto-monitorização da sintomatologia;
  - Diferenciação entre crises epilépticas e crises psicogénicas;
4. Reestruturação cognitiva;
5. Descrever o racional da Perturbação Depressiva;
6. Psicoeducação acerca do início e desenvolvimento da perturbação, bem como ensinar à doente a natureza dos seus problemas, os factores da sua manutenção, bem como o processo terapêutico;
7. Explicação a tríade cognitiva da depressão;
8. Planificar actividades realizáveis, realistas;
9. Utilizando a técnica de questionamento Socrático e flecha descendente, para disputar as crenças disfuncionais com a doente;
10. Possibilitar a identificação e manutenção de pensamentos racionais alternativos, explicitando a sua contribuição para a modificação dos estilos cognitivos e comportamentais mal adaptativos;
11. Focalizar autocríticas e trabalhar nas respostas de enfrentamento, isto é, avaliações realistas de áreas-problema em vez de autocrítica;
12. Estabelecimento de Objectivos;
13. Debate de vantagens e desvantagens encontradas no processo terapêutico;

14. Permitir a ventilação emocional.
15. Revisão dos ganhos terapêuticos, e das estratégias desenvolvidas;
16. Cessação das sessões de acompanhamento do serviço de Neuropsicologia.

### **Intervenção Psicoterapêutica**

O processo de intervenção psicoterapêutica foi iniciado com o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Neste sentido, foi estabelecida uma atitude empática para com a paciente através do envolvimento da paciente na terapia mediante uma relação directiva, com objectivos delineados, delimitados e operacionalizados, através da hierarquização das dificuldades actuais e estruturação de um plano de acção nas primeiras sessões.

Foi igualmente explicado a natureza da terapia cognitivo-comportamental, mencionando que esta enfatiza o presente, e é orientada para o problema e para o desenvolvimento de aptidões.

Prosseguiu-se à psicoeducação acerca da patologia neurológica, através de material de suporte escrito e de definição de conceitos em situação de consulta. Tornou-se fundamental definir alguns conceitos para a paciente pudesse compreendê-los de forma apropriada, particularmente *crise* e *epilepsia*. Define-se crise como uma descarga repentina e excessiva de um conjunto de neurónios do cérebro, e como consequência dessa descarga, surgem as alterações na consciência, na actividade sensorial e na motricidade. O aumento da contracção muscular pode ser definido como *tónico*, significando uma contracção muscular mantida com duração de poucos segundos a minutos, e *clónico*, no qual a contracção muscular é seguida de relaxamento, originando abalos musculares sucessivos. Tendo em conta a sintomatologia descrita pela paciente aquando de uma crise (*e.g.*, relaxamento esfíncteriano: perda de urina, mordedura da língua, perda súbita de consciência, presença de actividade motora dos membros superiores e inferiores, e sialorreia), bem como a frequência da ocorrência das crises, estas são caracterizadas por serem crises generalizadas tónico-clónicas (ou de “*grande mal*”), cuja semiologia inicial indica o envolvimento de áreas encefálicas amplas de ambos os hemisférios cerebrais. À paciente também ocorre as chamadas crises de ausência (ou de “*pequeno mal*”), tendo uma duração de 5 a 10 minutos. Portanto, nas crises apresentadas pela paciente, ou seja nas crises tónico-clónicas generalizadas, estas apresentam-se combinadas com crises parciais simples, nas quais a paciente descreve sintomatologia focal, tal como parestesias, que posteriormente se propagam e ocorre a generalização. Aquando da avaliação neuropsicológica, e início do acompanhamento verificou-se que a paciente apresentava a dimensão mnésica fortemente deficitária, bem como marcada desorientação temporal, combinada com características personalísticas e da esfera do humor, podendo ser apontadas como principais hipóteses de sustentação dos défices de memória. A este nível, está subjacente o estado depressivo grave, associado a um estilo ansiogénico de abordagem das tarefas e o estado de dificuldades de concentração comumente associados a quadros

epilépticos (quer por aspectos etiopatogénicos quer pelos eventuais efeitos indirectos da medicação epiléptica). Pelo facto da paciente apresentar sintomatologia depressiva com recorrência de ideacção suicidária, foi estabelecido um contrato anti-suicidário telefónico, tendo sido facultado o contacto telefónico de um dos terapeutas, de forma a que a paciente entrasse em contacto com este, sempre que estivesse presente ideacção autolítica.

É importante referir que a paciente desenvolvia de forma marcada, pensamentos de ideacção suicidária, aquando da recuperação de uma crise epiléptica, ou perante situações de grande ansiedade, por exemplo perante o confronto com o ex-marido, ou com as suas filhas, elemento que não estabelecia um relacionamento positivo.

Foi também explicitado junto à paciente que as dificuldades das funções mnésicas, de atenção, concentração e de orientação espácio-temporal, estariam fortemente relacionadas com o próprio desenvolvimento da patologia neurológica em co-morbilidade com o desenvolvimento da perturbação depressiva. Neste sentido, procurou-se ensinar a paciente a natureza dos seus problemas, factores de manutenção, bem como a forma de abordagem em termos de processo terapêutico. Tendo em conta experiências específicas da paciente, procurou-se explicar a relação (ciclo vicioso) entre pensamento, humor e comportamento.

Para colmatar as dificuldades mnésicas, foram conferidas estratégias de forma a que a paciente, utilizasse auxiliares de memória nomeadamente apontamentos (*e.g.*, realizar um apontamento acerca das tarefas estipuladas para a sua realização durante o dia, colocação da documentação sempre no mesmo local, entre outros). Ao longo do processo terapêutico, foi reforçada e incentivada a planificação de actividades realizáveis, realistas, de forma a colmatar a inactividade da paciente em termos laborais, bem como conferir uma estruturação na sua rotina. Neste sentido, verificou-se que tendo em conta a adaptabilidade da paciente e a condição psiquiátrica e neurológica subjacentes, progressivamente a paciente em termos laborais foi readquirindo parte das actividades que realizava anteriormente, apesar de ser em menor intensidade. Toda a manutenção da realização de actividades gratificantes e realistas permitiu gradualmente aumentar os níveis de actividade, bem como envolvimento em actividades sociais (*e.g.*, sair para trabalhar), actividades de auto-cuidado (*e.g.*, tirar o domingo para descansar), e actividades recreativas (*e.g.*, visitar uma amiga), permitindo a diminuição da inactividade e o isolamento. É importante referir, que o isolamento no qual a paciente permanecia, era caracterizado por evitar sair de casa, de forma a não encontrar o ex-marido, factor de grande ansiedade para a paciente. Neste sentido, foi explicitado que o comportamento assumido pela paciente era típico, de pessoas que apresentam história de maus tratos (*Síndrome da Janela Aberta*). Para colmatar este medo irracional, foram conferidos comportamentos a adoptar no caso de ser necessária uma resposta de defesa perante

terceiros. Em sessões centradas na ventilação emocional, foi possível através de técnicas tais como questionamento socrático e flecha descendente, disputar as crenças disfuncionais com a paciente, permitindo analisar as vantagens e desvantagens, e possibilitando a identificação e manutenção de pensamentos racionais alternativos, explicitando a sua contribuição para a modificação dos estilos cognitivos e comportamentais mal adaptativos. Assim, realizou-se uma avaliação do fundamento das autocríticas irrealistas da paciente, tentando posteriormente focalizar-se nelas e trabalhar nas respostas de confronto, isto é nas avaliações realistas de áreas-problema em vez de autocríticas. Aquando da ventilação emocional, ao longo das sessões existiu sempre a tentativa de passar da ventilação emocional para o *insight* das mudanças internas. Desenvolveu-se igualmente junto à paciente a distinção entre crises epilépticas e crises psicogénicas ou neuropsiquiátricas, sendo estas últimas caracterizadas por ataques de ansiedade que em determinados picos poderão ser acacterizados por ataques de pânico.

A este nível, a paciente foi instruída para que juntamente com o apontamento acerca da sintomatologia concernente com as crises epilépticas, igualmente registasse a ocorrência de crises neuropsiquiátricas através da sua sinalização no registo de auto-monitorização.

O conceito de personalidade epiléptica, também foi explorado, na medida em que as pessoas que apresentam epilepsia durante toda a vida, e quando não lhes é explicado a natureza das crises, acabam por desenvolver personalidade caracterizada por uma baixa auto-estima e baixa auto-eficácia, contribuindo para um isolamento evitando todo o estigma que existe relativamente à patologia em questão. Verificou-se ao longo do acompanhamento, perante situações de negação, a paciente apresentava baixa resiliência e adaptabilidade, contribuindo para a recorrente necessidade de ser apoiada. Neste sentido, foi trabalhada a questão da paciente tentar transformar a revolta que desenvolvia, em capacidade de volição, em força de trabalho.

Relativamente ao seu estado de humor, a paciente ao longo das sessões apresentou-se com humor melhorado, sendo a própria paciente a referir comportamentos que actualmente implementa e que são mais adaptados perante a ideacção autolítica que por vezes desenvolve (todavia, com menor frequência). Na finalização deste processo, foi abordado do conceito de prevenção da recaída, tendo sido focalizados aspectos que ao longo da vida surgem e que são necessários para ocorrer uma adaptabilidade.

### **Sugestão terapêutica**

Tendo em conta o processo terapêutico desenvolvido, e considerando a sintomatologia depressiva que a paciente apresentava com presença de ideacção suicidária (em menor frequência), ansiedade exacerbada com momentos de perda de controlo dos impulsos, irritabilidade, labilidade

emocional e neurotização da regulação das emoções, o presente caso, foi indicado para posterior continuidade do processo terapêutico devido a cessação do estágio curricular.

## 2. CASOS DE ACOMPANHAMENTO REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

---

### 1.2. CASO DE REABILITAÇÃO - CASO N.º 18<sup>12</sup>

**Número de sessões de Acompanhamento Neuropsicológico:** 27 sessões de acompanhamento.

#### **Identificação sumária**

**Nome:** A. L. J. F. **Idade:** 67 anos **Sexo:** Masculino **Escolaridade:** 4.<sup>a</sup> classe **Residência:** Covilhã **Estado civil:** Casado **Profissão:** reformado (antes carpinteiro mecânico)  
**Dominância manual:** direita.

**Tipo de Acompanhamento:** acompanhamento neuropsicológico de estimulação cognitiva em co-terapia.

**Diagnóstico:** dificuldades mnésicas e de atenção; comorbilidade entre condição médica geral (sequelas do AVC Isquémico) e quadro depressivo ligeiro.

**Motivo de avaliação e acompanhamento:** pedido realizado pelo médico cardiologista, para avaliação das funções neuropsicológicas em paciente acometido por Acidente Vascular Cerebral. Continuidade do processo de estimulação cognitiva e reabilitação neuropsicológica iniciado no ano anterior.

**Informação Clínica:** O paciente foi acometido por Acidente Vascular Cerebral do Tipo Isquémico, trombose com enfarte cerebral. Do ponto de vista clínico, apresenta diabetes *mellitus* tipo II e hipertensão. Segundo o próprio paciente, após Acidente Vascular Cerebral apresentou afecção do membro superior direito, hemiparesia à direita, dificuldade na escrita e estado confusional ligeiro (*e.g.*, apoio na alimentação, apoio de alguém para passear na rua, no entanto actualmente não necessita). À altura não apresentou alterações de linguagem. Refere que no início do acompanhamento pela equipa de Neuropsicologia, sentia-se desorientado. Actualmente como principais queixas, revela esquecimentos frequentes no seu quotidiano (*e.g.*, memorizar recados que lhe conferem, esquecer conversações entre os amigos) e alterações ao nível da qualidade do sono (*e.g.*, sonhos relacionados com situações de guerra), apesar de ter referido uma

---

<sup>12</sup> Numeração conferida tendo em conta o Quadro 11.

melhoria, após medicação. A este respeito, saliente-se para o facto de ter participado na Guerra do Ultramar enquanto jovem durante o período de cumprimento de serviço militar obrigatório. Actualmente encontra-se a tomar a seguinte medicação: Losartana potássica - Cozaar<sup>®</sup>; Clopidogrel – Plavix<sup>®</sup>; Cipralex e Diamicron (Gliclazida). É importante referir que ainda, em jovem, realizou uma operação cirúrgica ao nervo mediano do membro superior direito (eventual Síndrome de Túnel Cárptico). Segundo informação facultada pela esposa, o paciente encontra-se frequentemente apático, caracterizado por falta de interesse na realização de actividades de lazer (e.g., ir passear a Lisboa, o que anteriormente realizava frequentemente); não realização de tarefas adstritas a este (e.g., tarefas de *bricolage*, de carpintaria); humor deprimido ligeiro [corroborado pela pontuação obtida no Escala de Depressão Geriátrica (*GDS, Yesavage et al*, 1983)] e por vezes menor contacto social. Na avaliação formal das Actividades de Vida Diária, verifica-se que o paciente apresenta uma pontuação de 100, no Índice de *Barthel* (Junqué, Bruna & Mataró, 2003), apesar de precisar de apoio no manuseio de grandes quantias de dinheiro.

### **Objectivos Gerais da Intervenção:**

1. Estabelecimento da relação terapêutica;
2. Continuação do Treino de Atenção e Concentração (familiaridade com o material informático e funcional);
3. Motivação na implementação de sugestões práticas no dia-a-dia;
4. Racional teórico acerca da importância da realização de tarefas do dia-a-dia;
5. Estabelecimento de expectativas mais realistas;
6. Implementação de tarefas a realizar durante a semana;
7. Repetição escrita e treino de leitura;
8. Treino de Memória:
  - Técnicas para facilitar a memorização (e.g., formação de acrónimos, agrupar elementos, mnemónica de lugares, sublinhar e colorir frases e títulos de Jornais e Revistas do dia presente, etc.).
  - Treino de Memória Topológica.
9. Implementação de Mecanismos de retenção/recuperação de informação utilizada externamente: *Check lists*, caderno de notas; Pistas Verbais; Preenchimento de um diário (monitorização das actividades);
10. Desenvolvimento de Suporte Social Proactivo;
11. Treino Gnóstico;
12. Manutenção das técnicas desenvolvidas ao longo do acompanhamento.

### **Intervenção Neuropsicológica**

Após duas sessões de avaliação neuropsicológica e tendo em conta o plano de intervenção elaborado, foi iniciado o acompanhamento que se baseou na realização de sessões de estimulação cognitiva e reabilitação neuropsicológica. A intervenção baseou-se em três componentes distintas: inicialmente baseou-se num processo de reabilitação neuropsicológica assistido por

computador (Programa *RehaCom*); posteriormente num processo de reabilitação neuropsicológica a nível funcional, de forma concomitante foi desenvolvido um processo psicoterapêutico e psico-educativo no sentido de trabalhar alguns aspectos sócio-emocionais.

O processo de reabilitação caracterizou-se pela apresentação do Programa de computador *ReahCom*, no qual foi iniciado a execução de exercícios que têm como objectivo estimular funções tais como a atenção e a concentração. Apesar do paciente já ter contactado com o material supramencionado, verificou-se uma dificuldade de adaptação, tendo sido colmatada após a terceira sessão. Com este exercício, incentivou-se o paciente a focalizar a atenção, quer ao nível da identificação de objectos, como na focalização de atenção em pormenores dos mesmos. Com a execução desta tarefa, mostrou-se pouco satisfeito com a metodologia necessária para a realização deste exercício. Neste sentido, foi introduzido o processo de reabilitação a nível funcional. Para tal foram organizados exercícios, que permitiram desenvolver funções cognitivas como a atenção, concentração e memória. Os exercícios foram organizados em suporte papel, no qual o paciente deveria assinalar o que era pedido.

Conferiu-se continuidade à implementação junto ao paciente do registo das actividades diárias num caderno. As sessões organizaram-se igualmente na leitura dos registos realizados no diário, o que permitiu a implementação de mecanismos de retenção e de recuperação de informação utilizada diariamente. Assim sendo, aquando da realização dos registos, recorreu-se ao uso de reforço positivo no sentido de tentar manter este mesmo comportamento e explicar ao paciente que seria uma forma de poder monitorizar as suas actividades ou ausência das mesmas, contribuir para o seu estado de humor, e principalmente estimular a memória quotidiana.

Para além do supramencionado, desenvolveu-se junto ao paciente o registo de algumas anedotas que recordava. Uma vez que o paciente apresentava alguma abstracção selectiva, em que focalizava essencialmente aspectos negativos, recorreu-se a alguma psicoeducação neste sentido.

Explicitou-se que com o decorrer do tempo ocorrem alterações orgânicas no sentido de um maior declínio inevitável, fazendo este parte do processo de envelhecimento normativo. Além disso, uma vez que também refere “*já não escrevo bem como escrevia*” (*sic.*) confrontou-se directamente com texto realizados, e nos quais apresentava uma caligrafia bastante legível e sem erros ortográficos. Confrontou-se ainda a crença: “*já não me lembro de nada*” (*sic.*) uma vez que apenas se verificava que o paciente necessitava de uma pequena pista, para recordar a informação com maior facilidade. Foram igualmente organizados exercícios que integram o Treino de Memória. Neste sentido, foram apresentados exercícios tais como, treino de memória de figuras com cartões ilustrativos. Em alguns exercícios, o paciente foi confrontado com quatro cartões nos quais deveria memorizar a posição dos mesmos; noutros eram dispostos dois cartões e

manipulados em termos de disposição espacial (para a direita, para cima e para baixo, *etc.*) e que o paciente teria que identificar determinada carta verbalizada pelo técnico (Treino de Memória Topológica). Igualmente foram implementadas técnicas para facilitar a memorização (*e.g.*, formação de acrónimos, agrupar elementos, sublinhar e colorir frases e títulos de Jornais e Revistas do dia presente, *etc.*). Neste sentido para realizar a formação de acrónimos, foi solicitado ao paciente que para a informação ser recordada, o paciente deveria criar palavras com as iniciais de outras palavras a serem retidas, de forma a que esta informação se tornasse facilmente recuperável. Desenvolveu-se junto ao paciente a técnica do agrupar informação: agrupar números de telefone, objectos a serem utilizados numa determinada tarefa, e de leitura de pequenos textos nos quais o paciente deveria sublinhar frases ou determinadas informações mais importantes (por exemplo, datas, locais, *etc.*), para promover uma aproximação ao momento de orientação espacio-temporal actual. Não se procedeu ao desenvolvimento de estratégias de prevenção da recaída, uma vez que este caso apresenta indicações para continuação do processo de acompanhamento neuropsicológico. Desta forma, deverá ser acompanhado por outro técnico depois da devida passagem terapêutica.

### **Sugestão Terapêutica**

O paciente de uma forma global beneficiaria da continuidade do acompanhamento neuropsicológico, de modo a proceder à manutenção das estratégias desenvolvidas e implementação mais consistente no seu quotidiano, no sentido de amenizar algumas dificuldades que apresenta.

# REFLEXÃO CRÍTICA

---

Todo o processo de aprendizagem, especialmente a actividade de estágio, compreendeu os dois principais objectivos já mencionados: o desenvolvimento de competências práticas de intervenção e investigação, bem como o aprofundar dos conhecimentos teóricos e práticos na área científica em questão.

Neste sentido, os conteúdos teóricos estudados e aprendidos ao longo dos quatro anos de licenciatura permitiram orientar e fornecer bases teóricas, de forma a que perante a observação clínica fossem consolidadas e aplicadas. Neste sentido, no presente ano lectivo a possibilidade de observar a articulação das várias componentes na prática clínica, permitiu uma noção mais clara dos conhecimentos teóricos adquiridos.

O vasto campo de exploração da Neuropsicologia é constituído pela actividade biológica que se encontra inerente ao funcionamento cerebral, especialmente ao córtex, e tem em consideração a análise das capacidades cognitivas superiores (*e.g.*, linguagem, atenção, memória, percepção) e os comportamentos característicos dos indivíduos.

A área de Neuropsicologia, apesar de ser uma área que se prima pela sua especificidade, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos num nível mais abrangente, tendo sido necessária a premente actualização de informação. Esta contínua actualização de informação, foi simultaneamente um recapitular de conteúdos à partida assimilados, um aperfeiçoar do conhecimento relativamente a esta área e uma resolução de possíveis lacunas existentes no conhecimento já adquirido.

Do estágio curricular realizado na Consulta de Neuropsicologia Clínica, foi possível contactar com uma diversidade de casos provenientes de vários serviços, e conseqüentemente apresentando uma grande variedade de quadros clínicos. Toda esta experiência por si só, foi enriquecedora, tendo sido possível um acompanhamento directo de vários pacientes, de forma autónoma e através de uma participação activa ao nível de avaliação neuropsicológica, de acompanhamento neuropsicológico e psicoterapêutico. A realização da avaliação neuropsicológica permitiu uma maior prática, contudo representa uma ínfima parte do conhecimento necessário para a sua efectiva realização no que concerne ao campo de acção da Neuropsicologia.

Relativamente aos acompanhamentos, foi por vezes difícil a separação entre a directividade e objectividade requeridas em contexto de avaliação neuropsicológica, e a componente emocional. Esta situação verificou-se em alguns casos nos quais, a afinidade estabelecida com alguns pacientes dificultou de certa forma a atribuição de um possível diagnóstico. Em casos nos quais o

prognóstico não se apresentava favorável, a atribuição de um diagnóstico, foi para mim um factor gerador de ansiedade, no entanto foi colmatada pela hipótese de conferir uma orientação desses mesmos pacientes, para um acompanhamento a nível neuropsicológico.

Neste contexto, perante determinados casos pontuais de acompanhamento, verificou-se que o investimento pessoal e emocional implementado e o processo terapêutico desenvolvidos, não se mostraram suficientes eficazes na resolução dos mesmos, o que representa que este percurso de aprendizagem é apenas o início do consolidar de conhecimentos que são necessários nesta área de intervenção, e que grande parte surge da experiência clínica desenvolvida e alcançada.

Na organização do Serviço, é de salientar a importância que o trabalho em equipa assume neste âmbito específico, no qual é necessária a participação de técnicos de várias áreas de forma a responderem eficazmente às necessidades que os pacientes apresentam. Foi possível constatar e observar o trabalho em equipa, na interacção entre médicos neurologistas e a equipa que constituiu a Consulta de Neuropsicologia Clínica, na medida em que existiu um empenho para otimizar uma avaliação e intervenção eficazes. A organização dos próprios membros da equipa, ao assumir uma atitude de humildade e adaptabilidade em resposta ao que era necessário, permitiu que o serviço assumisse um bom funcionamento em prol do bem-estar dos pacientes.

Quanto à complexidade envolvida no que representa trabalhar em contexto hospitalar, esta assume grande relevância dado que prescreve a aquisição de conhecimentos não adstritos apenas a uma área científica, de tal forma que exigiu um esforço pessoal para assimilar alguns conceitos específicos da área de Neurologia, e que sem os quais não seria possível uma correcta compreensão.

Tal como já referi anteriormente, este estágio permitiu-me contactar directamente com uma variedade de quadros clínicos, conseqüentemente com diferentes realidades, ou seja, cada caso implicava uma problemática diversificada, o que exigia uma adaptabilidade constante.

De igual modo, durante o acompanhamento de pacientes, maioritariamente por patologias caracterizadas pela presença de deterioro cognitivo e de processos demenciais, verifiquei que por um lado, é gratificante o facto de ser possível a manutenção da funcionalidade do indivíduo, no entanto noutros casos a intervenção neuropsicológica não surtiu o que seria esperado, dado o avanço da própria patologia, ou por aspectos relacionados com ausência de suporte familiar.

Para finalizar esta breve reflexão crítica, apenas acrescento que o facto de me ter sido possibilitado o estágio na Consulta de Neuropsicologia Clínica e contactado com as oportunidades de aprendizagem inerentes, permitiu-me adquirir conhecimentos essenciais para o futuro desempenho a nível profissional, representando assim uma experiência muito positiva e gratificante a nível pessoal.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Acedo, M. & Garcia, E. (2000). Traumatismo craneoencefálico. *Medicina General*, 20, 38-45.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- Adunsky, A., Y. Fleissig, Y., Levenkrohn, S., Arad, M. & Noy, S. (2002). Clock drawing task, mini-mental state examination and cognitive-functional independence measure: relation to functional outcome of stroke patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 153-160.
- Albuquerque, C. P., Fonseca, A. C., Simões, M. R., Pereira, M. M., Rebelo, J. A. & Temudo, P. (1999). Inventário do comportamento da criança para pais (I.C.C.P.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, e L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2) (pp. 21-36). Braga: APPORT/SHO.
- Altschuler, E. L., Multari, A., Hirstein, W. & Ramachandran, V. S. (2006). Situational Therapy for Wernicke's aphasia. *Medical Hypotheses*, 67, 713-716.
- Alvarenga, P. (2001). Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. Em J. H. Guilhardi (Org.), *Sobre comportamento e cognição Expondo a variabilidade* (pp. 52-57). Santo André: ESETec.
- Alves, R. & Castro, S. (2002). Linguagem e Dislexia. *O Choque Linguístico – A Dislexia nas Várias Culturas*. Bruxelas: Dyslexia International – Tools and Technologies.
- American Academy of Pediatrics (2000). Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105(5), 1158- 1170
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (IV-Revisto)* (4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Anastopoulos, A.D. (1998). A training program for parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of Parent Training: Parents as Cotherapists for Children's Behavior Problems*. New York: John Wiley & Sons.
- Andriola, W. & Cavalcante, L. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 1-9.
- Araújo, A. (2002). Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*, 78, 104-110.
- Ardila, A. (2005). Etiología de los Síndromes Neuropsicológicos. In M. V. P. Bartolomé & A. Ardila (Eds.), *Síndromes Neuropsicológicos* (pp. 13-30). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Department of Communication Sciences and Disorders. Florida International University. Miami, Florida, EE.UU.
- Argollo, N. (2003). Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: Aspectos Neuropsicológicos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7(2), 197-201.
- Artigas, J. (1999). Implicaciones psicológicas y sociales de las epilepsias del adolescente. *Revista de Neurologia*, 28 (161), 43-49.
- Ávila, R. & Miotto, E. (2002). Reabilitação neuropsicológica de deficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Ver. Psiq. Clín*, 29 (4), 190-196.
- Baddeley, A. D. (1999). *Essentials of human memory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Bahls, S.C. (2002). Aspectos Clínicos da depressão na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 78(5): 359-366.
- Ballenger, J. C. (1999). Current Treatments of the Anxiety Disorders in Adults. *Biol Psychiatry*, 46, 1579-1594.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do Desenvolvimento. Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Baraldi, D. M. & Silveiras, E. F. M. (2003). Treino de habilidades sociais em grupo com crianças agressivas, associado à orientação dos pais: Análise empírica de uma proposta de atendimento. In A. Del Prette & A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 235-258). Campinas: Alínea.
- Baren, M. (2002). ADHD in Adolescents: Will you know it when you see it? *Contemporary Pediatrics*, 19: 124-143.
- Barkley, R. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit atencional. *Investigación y ciencia*, 266, 48-53.
- Barkley, R. A., Edwards, G. H. & Robins, A. L. (1997). *Defiant teens: A clinician's manual for assessment and family intervention*. New York: Guilford Press.
- Barroso, J., A. Nieto, et al. (2000). Evaluación Neuropsicológica en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurologia*, 30 (10), 985-988.

- Barry, D. T., Lyman, R. D. & Grofer, K. L. (2002). Academic underachievement and attention deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology, 40*, 259-283.
- Bartolomé, M. V. P. & Ardila, A. (2005). *Síndromes neuropsicológicas*. Salamanca: Ed. Amarú.
- Bartolomé, M. V. P. (2000). Evaluación neuropsicológica en pacientes con déficit sensitivo y/o motor. *Revista de Neurologia, 30*(5), 468-473.
- Bartolomé, M. V. P., Fernandez, V. L., & Ajamil, C. E. (2006). *Neuropsicología: Libro de Trabajo* (3ª ed.). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: ARTMED.
- Belke, E., Brysbaert, M., Meyer, A. S. & Ghyselinck, M. (2005). Age of acquisition effects in picture naming: evidence for a lexical-semantic competition hypothesis. *Cognition, 96* (2), 45-54.
- Benson, D. F. (2003). Aphasia. In K. M. Heilman & E. Valenstein. *Clinical Neuropsychology*. (pp. 17-36). 4ª edição. New York: Oxford University Press. 34, 327-331.
- Berney, T. (2006). Overview of Learning Disability in Children. *Psychiatry, 5* (10), 346-351.
- Berthier, M. L. (2005). Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging, 22*, 163-82.
- Bertolini, L. B. A. (2002). Funções paternas, maternas e conjugais na Sociedade Ocidental. In A. L. B. Bertolini (Org.), *Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar* (pp. 27-31). São Paulo: Vetor.
- Biederman, J., Faraone, S. V. & Lapey, K. (1995). Comorbidity of Diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.) *Attention-deficit hyperactivity disorder, child & adolescent clinics of North America*. Philadelphia: Sanders.
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry, 157* (5), 816-818.
- Bilbao, A. B., (2003). *Guia de Famílias*. Federación Española de Daño Cerebral: Madrid
- Bogousslavsky J., Kaste M., Olsen T. S., Hacke W., Orgogozo J. M. (2000). Risk factors and stroke prevention. *Cerebrovascular Disease, 10*(3), 12-21.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Del Prette, Z. A. P. (2003). Problemas de comportamento: Um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5*(2), 91-103.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia, 7*(2), 227-235.
- Botrel, T. E. A., Costa, R. D., Costa, M. D. & Costa, A. M. D. (2000). Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. *Revista Brasileira Clínica de Terapia, 26*, 87-90.
- Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Gamvrula, K., Hatzigeorgiadou M., Kourtis, A. & Karavatos, A. (2004). Clock Drawing Test in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 121*, 229-238.
- Brass, L.M. (1993). Stroke. In B.L. Zaret, M. Moser, L.S. Cohen (Eds.), *Heart Book* (pp. 215-233). USA: Library of Congress.
- Braswell, L. & Bloomquist, M. L. (1991). *Cognitive Behavioral therapy with ADHD children: Child, Family and School interventions*. Guilford Press.
- Bronner L. L., Kanter D. S. & Manson J. E. (1995). Primary prevention of stroke. *New England Journal of Medicine, 333* (21), 1392-1400.
- Brown, C. M. (1990) *Spoken-word processing in context*. Tese de doutoramento, University of Nijmegen.
- Brown, T. E. (2006). Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education, 53* (1): 35-46.
- Bruna, O., & Suhevic, N. (2004). Afasias, Alexias, Agrafias, Acalculias y Trastornos Relacionados. In C. J. i. Plaja, O. B. i. Rabassa & M. M. i. Serrat (Eds.), *Neuropsicología del Lenguaje: Funcionamiento normal y patológico, Rehabilitación* (pp. 49-77). Barcelona: Masson, S.A.
- Buller, R., & Legrand, V. (2001). Novel treatments for anxiety and depression: hurdles in bringing them to the market. *Drug Discovery Today, 6*(23), 1220 - 1230.
- Bunn, E.M., Tyler, L.K. & Moss, H.E. (1998). Category-specific semantic deficits: The role of familiarity and property type reexamined. *Neuropsychology, 12*, 367-379.
- Busch, R. M., Frazier, T. W., Haggerty, K. A. & Kubu, C. S. (2005). Utility of the Boston Naming Test in Predicting Ultimate Surgery in Patients with Medically Intractable Temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsia, 46*(11), 1773-1779.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabral, P. (2004). Desenvolvimento psico-motor: variabilidade, perturbações e dificuldades de aprendizagem. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 20*, 685-699.
- Calabresi, P. (2004). Diagnosis and Management of Multiple Sclerosis. *American Family Physician, 70* (10), 1935-1943.
- Caldas, A. C. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Caldas, A. C. (2000). Algumas noções de patologia. In A. C. Caldas (Ed.). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. (pp. 46-62). Lisboa: McGraw-Hill,

- Cantero, F. M. & Vargas, M. A. (2002). Traumatismos oculares: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*, 29, 5-19.
- Cao, M., Ferrari, M., Patella, R., Marra, C. & Rasura, M. (2007). Neuropsychological findings in young-adult stroke patients. *Archives of clinical neuropsychology*, 22 (22): 133-142.
- Cardoso, T., Fonseca, T. & Costa, M. (2003). Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 239-244.
- Carpenter, P. A., Miyake, A., & Just, M. A. (1995). Language comprehension: sentence and discourse processing. *Annual Reviews Psychology*, 46, 91-120.
- Castilho, G. M. & Janczura, G. A. (2002) Influência do conhecimento conceitual sobre o raciocínio indutivo. *Estudos em Psicologia*, 7(1), 151-162.
- Castro, S. F., Gomes, I. & Caló, S. (2007) *Psycholinguistic Assessments of Language Processing in aphasia, PALPA-P*. Poster apresentado no Joint Mid-Year Meeting International Neuropsychological Society. Bilbao – Espanha. 4 a 7 de Julho. Livro de Resumos, Federation of Spanish Societies of Neuropsychology, Spanish Neuropsychological Society, Spanish Psychiatry Society, p.109.
- Castro-Blanco, D., *STAND-UP: Cognitive-behavioral intervention for high-risk adolescents*. Apresentação realizada na Reunião Anual da Association for Advancement of behavior Therapy. Toronto, Canadá, Novembro de 1999.
- Cecconello, A. M., Antoni, C. D. & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 45-54.
- Cembrowicz, S. (2006) *Beat in depression: the complete guide to depression and how to overcome it*. 2ª Edição. London: Class Publishing.
- Choi, S. & Bowerman, M. (1991). Learning to express motion events in English and Korean: The influence of language-specific lexicalization patterns. *Cognition*, 41, 83-121.
- Cia, F., D’Affonseca, S. M., & Barham, E. J. (2004). A relação entre envolvimento paterno e desempenho acadêmico dos filhos. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 14(29), 277-286.
- Citoler, S. (1996). *Las Dificultades de Aprendizaje: Um enfoque Cognitivo – Lectura, Escritura, Matemáticas*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- Cole, P. M., Teti, L. & Zahn-Waxler, C. (2003). Mutual emotion regulation and the stability of conduct problem between preschool and early school age. *Development and Psychopathology*, 15: 1- 18.
- Coltheart, M. & Coltheart, V. (1997). Reading Comprehension Is Not Exclusively reliant upon Phonological Representation. *Cognitive Neuropsychology*, 14(1), 167-175.
- Comité de trabalho clínico do *Rehabilitation in Multiple Sclerosis*, s/d. Alterações Cognitivas e Esclerose Múltipla. Fundação Schering Lusitânea.
- Conley, C. S., Caldwell, M. S., Flynn, M., Dupre, A. J. & Rudolph, K. D. (2004) Parenting and mental health. In M. Hoghugh & N. Long. *Handbook of parenting. Theory and research for practice*. (pp. 72-87) London: Sage Editors.
- Cordioli, A. (1998). *Psicoterapias: Abordagens Actuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Correia, L. & Martins, A. (1999) *Dificuldade de Aprendizagem – Que são? Como entendê-las?*. Biblioteca Digital, Coleção Educação – Porto Editora.
- Cortés, N. A. S. (2006). Estudio de la agrafia. Clasificación de las alteraciones de la escritura y su rehabilitación. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 51(1), 38-43.
- Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguez, M. W. & Costa, J. C. (2004). Avaliação Neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80 (2 Supl.), 111-116.
- Coutinho, M. P. L., Gontíes, B., Araújo, L. F. & Sá, R. C. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Revista Psico-USF*, 8 (2), 183-192.
- Cuffé, S. P., McKeown, R., Jackson, K., Addy, A., Abramson, R. & Garrison, C. (2001). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1037-1044.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. & Campbell, S. B. (2000). Developmental psychopathology and family process. *Theory research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Cupello, R. C. M. & Miranda, A. B. R. (2003). Rupturas em trajetórias cerebrais subjacentes a alguns sinais neurolinguísticos encontrados em diversos tipos de afasia. *Fono atual*, 23, 42-59.
- Damásio A. R. & Damásio, H. (2000). Aphasia and the Neural Basis of Language. In M-M Mesulam (Ed.). *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology* (2ª Ed.) (294-315). New York: Oxford University Press.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 125-136.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Denham, S. A., Mitchell-Copeland, J., Strandberg, K., Auerbach, S. & Blair, K. (1997). Parental contributions to preschooler’s emotional competence: direct and indirect effects. *Motivation and Emotion*, 21(1), 65-86.

- DeOliveira, C. A., Bailey, H. N., Moran, G. & Pederson, D. R. (2004). Emotion socialization as a framework for understanding the development of disorganized attachment. *Social Development*, 13(3), 438-467.
- DeShazo, B. T., Lyman, R. D. & Grofer, K. L. (2002). Academic underachievement and attention deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology*, 40, 259-283.
- Dias, M. G. B. B., Silva, M. L. D. B. & Carvalho, L. M. (2006). The development of terms relating to space in children and adults. *Psicol. Reflex. Crit.*, 19 (1), 106-113.
- Dockrell, J. & McShane, J. (2000). *Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Dockrell, J., MacShane, J. (1992). *Children Learning Difficulties*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Domingos, N. A. M. & Risso, K. R. (2002). O Transtorno de Déficit de Atenção e a Hiperatividade Infantil. In E. F. M. Silveiras (Org.). *Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil*. 2ª Ed. (pp. 63-83). Campinas: SP Papirus.
- Douglas, V. I. & Parry, P. A. (1983). Effects of reward on delayed reaction time task performance of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 313-326.
- Edwards, J. H. (2002). Evidenced-based treatment for child ADHD: "Real world" practice implications. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(2), 126-139
- Falcão, I. V., Carvalho, E. M. F., Barreto, K. M. L., Lessa, F. J. D. & Leite, V. M. M. (2004). Acidente Vascular Cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Maternal Infantil*, 4(1), 95-102.
- Faropi-Shah, Y. & Thompson, C. K. (2007). Verb inflections in agrammatic aphasia: Encoding of tense features. *Journal of Memory and Language*, 56, 129-151.
- Feinstein, A. (2002). An examination of suicidal intent in patient with multiple sclerosis. *Neurology*, 59, 674-678.
- Fernandes, E. & António, J. P. (2004). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 451-454.
- Fernandes, H. (2002). *Educação Especial, Integração das Crianças e Adaptação das Estruturas de Educação – Estudo de caso*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Fernández, M.C. & Fraile, S.P. (2000). *Daño Cerebral – guía de familias*. Madrid: Artegraf
- Ferri, J., Chirivella, J., Caballero, M.C., Simó, M., Ramirez, R.M. & Noé, E. (2004). Pronóstico e inteligencia en los traumatismos craneoencefálicos graves: estudio neuropsicológico mediante el test de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III). *Neurología*, 19 (6), 285-291
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Festas, I., Leitão, J., Formosinho, M., Albuquerque, C., Vilar, M., Martins, M. et al. (2006). PAL-PORT: Bateria Portuguesa de Avaliação Psicolinguística das Perturbações da Linguagem. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. XI Conferência Internacional. Braga: Universidade do Minho 5 a 7 de Outubro.
- Fleminger, S., Leight, E., Eames, P., Langrel, P., Nagra, R. & Logsdai, L. (2005). HoNOS-ABI: a reliable outcome measure of neuropsychiatric sequelae to brain injury? *Psychiatric Bulletin*, 29, 53-55
- Flores-Mendoza, C. E., Abad, F. J. & Lelé, A. J. (2005). Análise de itens do Desenho da Figura Humana: Aplicação de TRF. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 21 (2), 243-254.
- Folstein, M., Folstein, S. & Mchugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, J. Guerreiro, M. & Castro-Caldas, A. (2002). Analfabetismo e recuperação da afasia. *Sinapse*, 2 (2), 39-49.
- Fonseca, V. (1999). *O Insucesso Escolar – Abordagem Psicopedagógica das Dificuldades de Aprendizagem*. 2ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). Dificuldades de aprendizagem: Na busca de alguns axiomas. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (3), 13-38.
- Fowler, M. (1995). Disorder Deficitario de la Atención. 2ª Ed, (pp. 2-15). In *National Information Center for Children and Youth with Disabilities*. Washington: NICHCY.
- Franco, M. A. & Criado, A. H. (Coords) (2002). *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer com deterioro leve*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Friedberg, R. & McClure, J. M. (2005). *Práctica Clínica de terapia cognitive com niños y adolescentes*. Barcelona: PAIDÓS.
- Fuller, G. (1996). *Neurological Examination Made Easy*. London: Churchill Livingstone.
- Gallien, P. & S. Robineau (1999). Sensory-motor and genito-sphincter dysfunctions in multiple sclerosis. *Biomed & Pharmacother*, 53, 380-385.
- Garcia, A. F. & Albán, M. F. (2003). Traumatismo craneoencefálico en el niño. *Revista Electrónica de Biomedicina*, 1(1), 12-24.
- García-Alvea, J. E., Sánchez-Bernardos, M. L. & del Viso, S. (1996). *Evaluación de las afasias*. Madrid: Panamericana.
- Gil, R. (2004). *Neuropsicologia*. Barcelona: Masson, S.A.

- Gilbert, T. P. (2000). *Overcoming Depression*. London: Constable & Robinson.
- Golden, C. J., Purisch, A. D. et al. (1995). *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: Manual Forms I and II*. California: Western Psychological Services - WPS.
- Golfeto, J., Veiga, M., Souza, L. & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29 (2), 66-70.
- Gomide, P.I.C. (2003). Estilos Parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette & Z. Del Prette (Orgs.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (21-60). Campinas: Alínea.
- Gonçalves, M. M. & Simões, M. R. (2000). O Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 39-81). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*, Philadelphia: Lea & Febiger.
- Goodglass, H. (2005). *Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados*. 3ª Edição. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *Assessment of aphasia and related disorders*. 2ª Ed. Philadelphia: Lea & Febiger
- Grave, J. & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24 (4) 399-420.
- Grevet, E. H., Abreu, P. B. & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista de Psiquiatria*, 25 (3), 446-452.
- Grinde, B. (2004). An approach to the prevention of anxiety-related disorders based on evolutionary medicine. *Preventive Medicine*. In press.
- Groth-Marnat, G. (2000). *Neuropsychological Assessment in Clinical Practice*. USA, John Wiley & Sons, Inc.
- Grzesiuk, A. K. (2006). Características clínicas e epidemiológicas de 2 pacientes portadores de esclerose múltipla acompanhados em Cuiabá – Mato Grosso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64 (3A), 635-638.
- Günther, I. A. & Günther, H. (1998). Brasília pobres, Brasília ricas: perspectivas de futuro entre adolescents. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11 (2), 1-14.
- Guerreiro, M. (1993). *Contributo da Neuropsicologia para o estudo das demências*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Habib, M. (2003). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ham, P., Waters, D. B & Norman, O. (2005). Treatment of Panic Disorder. *In American Family Physician*. 71(4), 733-739.
- Handley, S.J., Capon, A., Beveridge, M., Dennis, I., & Evans, J.St.B.T. (2004). Working memory and inhibitory control in the development of children's reasoning. *Thinking & Reasoning*, 10(2), 175-195.
- Hessl, D., Dyer-Friedman, J., Glaser, B., Wisbeck, J., Barajas, R. G., Taylor, A. et al. (2001). The Influence of Environmental and Genetic Factors on Behavior Problems and Autistic Symptoms in Boys and Girls with Fragile X Syndrome. *Pediatrics*, 108 (5), 1-9.
- Hillis, A. E. & Caramazza, A. (1995). Converging evidence for the interaction of semântico and phonological information in accessing lexical information for spoken output. *Cognitive Neuropsychology*, 12, 187-227.
- Hodges, J. (1994). *Valoración cognitiva*. Barcelona: Prous Science
- Hogue, A., Liddle, H. A. & Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-Based Prevention Counseling for High-Risk Young Adolescents: Immediate Outcomes. *Journal of Community Psychology*, 30(1), 1-22.
- Hollon, S. O. & Beck, A. T. (2004). Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies – Panic and the anxiety disorders. In Lambert, M. J., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 447-492). 5ª Ed. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Holsboer, F. (2004). Therapeutics for depression and anxiety disorders. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 1, 105-109.
- Hora, E.C. & Sousa, R.M. (2005). Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1), 93-98
- Huntsinger, C. S., Jose, P. E., & Larson, S. L. (1998). Do parent practices to encourage academic competence influence the social adjustment of young European American and Chinese American children? *Developmental Psychology*, 34(4), 747-756.
- Hutz, C. S. & Bandeira, D. R. (2000). Desenho da Figura Humana. In J. A. Cunha (Org.) *Psicodiagnóstico V*. (pp.507-512). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Informação do Centro Hospitalar Cova da Beira. Retirado de <http://www.chcbeira.min-saude.pt/Emergencia/Triagem/Triagem.htm> Acedido a 20 de Março de 2007.
- Informação do Centro Hospitalar Cova da Beira. Retirado de [www.chcbeira.min-saude.pt/Hospital/Historia](http://www.chcbeira.min-saude.pt/Hospital/Historia). Acedido em 17 de Maio de 2007.
- Informação retirada de <http://www.chcbeira.min-saude.pt/Hospital/Historia> Acedida a 20 de Março de 2007.

- Ino, T., Asada, T., Ito, J., Kimura, T., & Fukuyama, H. (2003). Parieto-frontal networks for clock drawing revealed with fMRI. *Neuroscience Research*, 45, 71-77.
- International Dyslexia Association – IDA. Retirado de <http://www.interdys.org/fact%20sheets/Definition%20N.pdf> Acedido a 20 de Março de 2007.
- Issakidis, C., Andrews, G. (2002). Rationing of health care: Clinical decision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 17, 59-74.
- Janicek MJ, Schwartz RB, Carvalho PA, Garoda B. Holman BL. Tc-99m HMPAO brain perfusion spect in acute aphasia: correlation with clinical and structural findings. *Clinical Nuclear Medicine* 1993;18:1032-8.
- Jaramillo, F. J., González, G., Vélez, P., Bran, M. E., Restrepo & D., Duque, A. (2001). Factores de riesgo asociados con letalidad y complicaciones tempranas en pacientes con trauma craneoencefálico cerrado. *Colombia Médica*, 32 (1), 49-56
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcom, J. H., Abikoff, H. B. et al. (2001). ADHD Comorbidity findings from MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158.
- Johnson, B. D. (2000). Parent Teining Through Play: Parent-Child interaction therapy with a hyperactive child. *Family Journal*, 8(2), 180-186.
- Johnstone, B., Holland, D. & Larimore, C. (2000). Language and Academic Abilities. In G. Groth-Marnat (Ed.). *Neuropsychological Assessment in Clinical Practice*. (335-354). USA, John Wiley & Sons, Inc.
- Joly, M. C. R. A. (2001). Leitura no contexto educacional: avaliando estratégias para aquisição de habilidades criativas. Em F. F. Sisto, E. T. B. Sbardelini & R. Primi (Orgs.), *Contextos e questões da avaliação psicológica* (pp. 98-116). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Joyce-Moniz, L. (2002). *A Modificação do comportamento – Teoria e Prática da Psicoterapia e Psicopedagogia Comportamentais*. 4ª Edição. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Junqué, C. & Barroso, J. (1995). *Neuropsicologia. Capítulo 2 – Patologia Cerebral* (pp. 71-83). Madrid: Síntesis Psicología.
- Junqué, C. & Barroso, J. (1995). *Neuropsicologia. Capítulo 2 – Patologia Cerebral* (pp. 71-83). Madrid: Síntesis Psicología.
- Junqué, C. & Barroso, J. (2001). *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis Psicología
- Junqué, C., Bruna, O. & Mataró, M. (2003). *Traumatismos craneoencefálicos: Un enfoque desde la Neuropsicología y la Logopedia – Guía práctica para profesionales y familiares*. Barcelona: Masson S. A.
- Kaplan, H. J., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1997). Transtornos de Ansiedade. In H. J. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, (Eds.). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª Ed.). São Paulo: Artmed (pp. 545-583).
- Karasik, D., Demissie, S., Cupples, L. A. & Kiel, D. P. (2005). Disentangling the Genetic Determinants of Human Aging: Biological Age as an alternative to Use of Survival Measures. *Journal of gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Science*. 60 (5), 574-587.
- Kavale, K. A. & Forness, S. R. (1999). Intererence, Inibition and Laearning Disability: A Commentary on Dempster and Corkill, *Educational Psychology Review*, 2, 97-104.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L. & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726-730.
- Kelley, L. A., Bell-Dolan, D. & Beitman, B. D (1997). An Integrated Therapy for Anxiety Disorders. In *Psychotherapy in Practice*, 3(2), 5-21.
- Killcross, S. (2003). The neural substrates of anxiety. In M. A. Ron, T. W. Robbins. *Disorders of Brain and Mind 2*. UK: Cambridge Press.
- Kipp, K. (2005). A Development Perspective on the Measurement of Cognitive Deficits in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1256-1260.
- Kirshner, H. S. (2004). Language and Speech Disorders. In W. G. Bradley, R. B. Daroff, G. M. Fenichel & J. Jankovic (Eds.), *Neurology in Clinical Practice: Principles of Diagnosis and Management*, Volume I (pp.141-160). USA: Butterworth Heinemann An Imprint of Elsevier.
- Kirshner, H. S. (2004). Language and Speech Disorders. In W. G. Bradley, R. B. Daroff, G. M. Fenichel & J. Jankovic (Eds.), *Neurology in Clinical Practice: Principles of Diagnosis and Management*, Volume I (pp.141-160). USA: Butterworth Heinemann An Imprint of Elsevier.
- Koch, H. J., Gürtler, K. & Szecey, A. (2003). Correlation of Mini-Mental state examination (MMSE), Syndom-Kurtztest (SKT) and clock test (CT) scores in patients with cognitive impairment assessed by means of multiple regression and response surface analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40 (1), 7-14.
- Koizumi, M., Lenrão, M., Jorge, M. & Primerano, V. (2000). Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no município de São Paulo, 1997. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 58 (1): 81-90
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (1996). *Fundamentals of Human Neuropsychology* (3ª ed.). New York: Freeman.
- Kremenchtzky, M. (2000). The natural history of multiple sclerosis. *Revista de Neurología*, 30 (10): 967-972.

- Kuhlmann, T. & W. Brück (2000). Algunos aspectos de la histopatología en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*, 30 (12), 1208-1212.
- Kuljis, R. O. (1999). Evaluación neurológica de los trastornos del aprendizaje. *Revista de Neurología*. 29 (4), 326-331.
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305-331.
- Laws, K. R. (2000). Category-Specific Naming Errors in normal Subjects: The Influence of Evolution and Experience. *Brain and Language*, 75(1), 123-133
- Leal, G. & Martins, I. P. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 359-364.
- Leal, G. (2003). Avaliação da afasia. *Psychologica*. 34, 129-142.
- Lee, T. H., Hsu, W. C., Chen, C. J. & Chen, S. T. (2002). Etiologic study of young ischemic stroke in Taiwan. *Stroke*, 33, 1950-1955.
- Leibson, C. L., Katusic, S. K., Bardaresi, W. J., Ranson, J. & O'Brien, P. C. (2001). Use and cost of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity. *The Journal of the American Medical Association*, 285, 60-66.
- Leiper, R. & Kent, R. (2001). *Working Through Setbacks in Psychotherapy – Crisis, Impasse & Relapse*. London: Sage Publications.
- Lengua, L. J. (2002). The contribution of emotionality and self-regulation to the understanding of children's response to multiple risk. *Child Development*, 73(1), 144-161.
- León-Carrión, J. (1995). *Manual de Neuropsicología Humana*. Espanha, Siglo Veintiuno Editores.
- Levitt, T. & Johnstone, B. (2001). The assessment and rehabilitation of attention disorders. In B. Johnstone & H.H. Stonnington (Eds.), *Rehabilitation of Neuropsychological Disorders: a practical guide for rehabilitation professionals* (pp. 27-52). USA: Psychology Press.
- Levy, A. V. & Lazera, A. A. A. (2002). *Um estudo exploratório sobre as consequências da falta de limites para o desenvolvimento social de crianças de classe média na faixa etária de 6 a 9 anos: Concepção dos Professores*. Trabalho de Licenciatura ao Curso de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Belém: Unama. Retirado em 08 de Março de 2007: [http://www.nead.unama.br/bibliotecavirtual/monografias/DESENVOLVIMENTO\\_SOCIAL\\_CRIANCAS\\_CLASSE\\_MEDIA.pdf](http://www.nead.unama.br/bibliotecavirtual/monografias/DESENVOLVIMENTO_SOCIAL_CRIANCAS_CLASSE_MEDIA.pdf)
- Lezak, M. D. (2003). *Principles of Neuropsychological assessment*. *Psychologica* 34, 9-25.
- Liga Portuguesa Contra a Epilepsia. *O que é a epilepsia?* Disponível em <http://www.lpce.pt/doque.html> Acedido em 26/03/2007.
- Lima, A. & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice. *Psicologia*, 6: 149-158.
- Lochman, J. E., Meyer, B., Rebiner, D. & White, K. (1991). Parameters influencing social problem solving of aggressive children. In R. Prinz (Ed.), *Advances in Behavioral assessment of Children and Families*, Vol. 5, pp. 31-63. Greenwich, CT: JAI Press.
- Lopes, J. A. (2000) Distúrbios externalizados de comportamento: uma perspectiva desenvolvimental. In I. Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp.182-224). Coimbra: Quarteto Editora.
- López, F.O., Hernández, E.S., Espinosa, D.G., Boliart, R.T., Rona, S.R., Guitart, M.B. (2004). Resultado funcional al alta de los traumatismos craneoencefálicos graves ingresados en una unidad de daño cerebral. *Revista de Neurología*, 39 (10), 901-906
- Lozano, A., Ramírez, M. & Ostrosky-Solis, F. (2003). Neurobiología de la dislexia del desarrollo: una revisión. *Rev Neurol*, 36, 1077-1082.
- Luria, A. R. (1979). *El Cerebro Humano y Los Procesos Psíquicos: Análisis neuropsicológico de la actividad consciente*. Barcelona: Fontanella.
- Maia, L. (2002). Alterações Neuropsicológicas em Pacientes Esquizofrénicos. *Revista de Psicologia e Educação*, 1 (1 e 2), 51-72.
- Maia, L. (2006). *Esclerose Múltipla: Avaliação Cognitiva*. Viseu: Psico & Soma.
- Maia, L., Gaspar, C., Azevedo, M., Loureiro, M. J., & Silva, C. F. (2004). Reabilitação Cognitiva Assistida por Computador – O programa RehaCom e a sua utilização no GEARNeurop. *Psiquiatria Clínica*, 25 (2), 83-105.
- Maia, L., Loureiro, M. & Silva, C. (2002). *Versão Portuguesa Experimental da Bateria Neuropsicológica de Luria-Nebraska*. Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior.
- Maia, L., Loureiro, M. J., Silva, C. F. D., Vaz Patto, M. A., Loureiro, M., & Marques, M. M. (2003). *Presentation of the Luria Nebraska Neuropsychological Battery – Portuguese Experimental Version – Instrument Description through a case study of a patient of Multiple Sclerosis: The Evaluation and Rehabilitation process*. Congresso em Neurociências Cognitivas – Universidade de Évora – (10-12 de Outubro). Évora.
- Manga, D. & Fournier, C. (1997). *Neuropsicología clínica infantil – Estudio de casos en edad escolar*. Madrid: Editorial Universitas, S.A.

- Mansur, L. L., Radanovic, M., Araújo, G. C., Taquemori, L. Y. & Greco, L. L. (2006). Teste de Nomeação de Boston: desempenho de uma população de São Paulo. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 18 (1), 13-20.
- Mansur, L. L., Radanovic, M., Rüegg, D., Mendonça, L. I. Z. & Scaff, M. (2002). Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances. *São Paulo Medical Journal – Revista Paulista de Medicina*, 120 (6), 170-174.
- Mansur, L. L., Radanovic, M., Taquemori, L., Greco, L. & Araújo, G. C. (2005). A study of the abilities in oral language comprehension of Boston Diagnostic Aphasia Examination – Portuguese version: a reference guide for the Brazilian population. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(2), 277-292.
- Marchetti, R. & Kurcgant, D. (2001). Diagnóstico e Tratamento de Epilepsia e Crises Pseudoepilépticas psicogênicas associadas. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 59 (2), 461-465.
- Martínez-Arán, A., Solé, P., Salamero, M., Azpiazu, P. d., Tomás, S., & Marín, R. (1998). El test del dibujo del reloj: métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos. *Revista de Neurologia*, 27(155), 55-59.
- Mas, J. S. (1998). El entrenamiento en Autoinstrucciones. In Caballo, V. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 607-623). Madrid: Siglo XXI.
- Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 21, 11-20
- Mattox, R. & Harder, J. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and diverse populations. *Child and Adolescence Social Work Journal*, 24(2), 195-207.
- Max, J., Roberts, M., Koele, S., Lindgren, S., Robin, D., Arndt, S., Smith, W., Sato, Y. (1999). Cognitive outcome in children and adolescents following severe traumatic brain injury: Influence of psychosocial, psychiatric, and injury-related variables. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 58-68.
- Mayou, R. & Bryant, B. (2000). Unconsciousness, amnesia and psychiatric symptoms following road traffic accident injury. *British Journal of Psychiatry*, 177: 540-545
- Mazzola, D., Polese, J. C., Schuster, R. C. & Oliveira, S. G. (2007). Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 20(1), 22-27.
- McConaughy SH, Achenbach TM. 1994 *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*. Burlington: VT.
- Meichenbaum, D. (1997). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. Nova York: Plenum Press.
- Melo, M. H. & Silveiras, E. F. (2003). Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com déficits em habilidades sociais e acadêmicas. *Temas em Psicologia da SBP*, 11 (2), 122-133.
- Mesulam, M.-M. (2000). Behavioral Neuroanatomy. In M-M Mesulam (Ed.). *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology* (2ª Ed.)(1-120). New York: Oxford University Press.
- Mitchell, P. & Riggs, K. (2001). *Children's reasoning and the mind*. Hove: Psychology Press.
- Moreira, M. A., Tilbery, C. P., LanaPeixoto, M. A., Mendes, M. A., KaimenMaciel, D. R. & Callegaro, D. (2002). Aspectos históricos de la esclerosis múltiple. *Revista de Neurologia*, 34(4), 378-383.
- Moreno, A. M. (2001). Instrumentos de Evaluación Clínica en Niños y Adolescentes. *Revista de Psiquiatria*, 2 (1), 23-40.
- Morris, S. J. (2003). A Meta-model of Theories of Psychotherapy: A Guide to Their Analysis, Comparison, Integration and Use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol. 10 (1-18). UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Mumenthaler, M. & Mattle, H. (2004). *Neurology*. New York: Georg Thieme Verlag.
- Nagahama, Y., Okina, T., Suzuki, N., Nabatame, H. & Matsuda, M. (2005). Neural correlates of impaired performance on the clock drawing test in Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 19(5-6), 390-396.
- National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (2000). *Reading and Learning Disabilities*. 3ª Edição. pp 3-4.
- Nauckler, K. & Magnusson, E. (2002). What's the point of going to school? A longitudinal study of reading and writing development of students differing in linguistic abilities. *Lund University, Dept. of Linguistics Working Papers*, 50, 109-123.
- Newman, M. G, Erickson, T., Przeworski, A. & Dzus, E. (2003). Self-Help and Minimal-Contact Therapies for Anxiety Disorders: Is Human Contact Necessary for Therapeutic Efficacy?. In *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 251-274.
- Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A. D. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biological Psychiatry*, 57, 1224-1230.
- NIMH, National Institute of Mental Health (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Bethesda: National Institute of Mental Health. Retirado em 27 de Dezembro de 2006 de <http://www.nimh.nih.gov/publicat/NIMHAdhdpub.pdf>
- O'Brien, P. (2002). Ansiedade e Perturbações Dissociativas. In P. O'Brien, W. Kennedy, D. K. Ballar (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: uma integração de teoria e prática* (pp. 317-330) Lisboa: McGraw-Hill.

- Oliveira, J. & Oliveira, A. (1996). *Psicologia da Educação Escolar I: Aluno –Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Oscanoa, T. (2004). Evaluación de la prueba del reloj en el tamizaje de enfermedad de Alzheimer. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú*, 65 (1), 42-48.
- Otero, D. J. L. & Scheitler, L. F. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev Med Uruguay*, 19, 4-13.
- Parry, G., Cape, J. Pilling, S. (2003). Clinical Practice Guidelines in Clinical Psychology and Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 337-351.
- Pastura, G. M. C., Mattos, P. & Araújo, A. P. (2005). Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(6), 324-329.
- Pavarino, M. G., Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. (2005). Agressividade e empatia na infância: estudo de caso correlacional com pré-escolares. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 215-225.
- Payette, D. (2001). Treating Anxiety Sufferers in Clinical Practice. *Insights – News for Clinical Counsellors of B. C.* 13(2), 23 - 24.
- Pelham W. E., & Fabiano, G. (2001). Behavior modification. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 9(3), 671-688.
- Pereira, H. S., Araújo, A. P. & Mattos, P. (2005). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 5 (4), 391-402.
- Pereira, S., Coelho, F. B. & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 187-192.
- Perrier, P. (2005). Control and Representations in speech production. *ZAS Papers in Linguistics*, 40, 109-132.
- Pimentel, J. (2006). Epilepsia. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 89-100). Lisboa: Lidel.
- Pineda, D. A., Rosselli, M., Ardila, A., Mejia, S. E., Romero, M. G. & Perez, C. (2000). The Boston diagnostic aphasia examination; spanish version; the influence of demographic variables. *Journal International of Neuropsychological Society*, 6(7), 802-814.
- Pinel, J. P. (2005). *Biopsicologia*. São Paulo: ARTMED Editores.
- Pires, S. L., Gagliardi, R. J. & Gorzoni, M. L. (2004). Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(3-B), 844-851.
- Pittela, J. E. H. & Duarte, J. E. (2002). Prevalence and types of cerebrovascular diseases in 242 hospitalized elderly patients, autopsied in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, from 1976 to 1997. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 47-55.
- Pliszka, S. (2000). Inhibitory control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: event-related potentials identify the processing component and timing of an impaired right-frontal response-inhibition mechanism. *Biological Psychiatry*, 48(3), 238-246.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., et al., (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24 (3), 713-717.
- Pound, P., Bury, M. & Ebrahim, S. (1997). From apoplexy to stroke. *Age and Ageing*, 2, 331-337.
- Powell, T. (2000). *The Mental Health Handbook – Edição Revista*. United Kingdom: Speechmark Publishing.
- Pozzilli, C., Romano, S. & Cannonni, S. (2002). Epidemiology and current treatment of multiple sclerosis in Europe today. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 39 (2), 175-186.
- Pugliatti, M., Rosati, G., Carton, H., Riise, T., Drulovic, J., Vécsei, L. et al. (2006). The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European Journal of Neurology*, 13 (7), 700-722
- Quinn, B. (2000). *The Depression Sourcebook*. 2ª Edição. USA: McGraw-Hill
- Radanovic, M & Mansur, L. L. (2002). Performance of a Brazilian population sample in the Boston Diagnostic Aphasia Examination: A pilot study. *Brazilian Journal of Medical Biological Research*, 35 (3), 305-317.
- Radanovic, M., Mansur, L. L. & Scaff, M. (2004). Normative data for the brazilian population in the Boston diagnostic aphasia examination influence of schooling. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37 (11), 1731-1738.
- Rapport, M.D. Scanlan, S.W. & Denney, C.B. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and scholastic achievement: A model of dual developmental pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1169-1183
- Raymer, A. M. & Rothi, L. J. G. (2001). Cognitive approaches to impairments of word comprehension and production. In R. Chapey, *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*, 4ª Ed., Cap. 23 (pp. 524-550). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rebello, J., Fonseca, A., Simões, A., Ferreira, J.(1995). Dificuldades de Aprendizagem: Elementos para a Caracterização do Problema. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. N.º 3.
- Rebello, J. S. (1993). *Dificuldades da leitura e da escrita em alunos do ensino básico*. Porto: Coleção Horizontes da Didáctica, Edições ASA.

- RehaCom Basic Manual (2003). Retirado de [http://www.hasomed.de/fileadmin/user\\_upload/Rehacom/Manuale/ENG/RehaComEN.pdf](http://www.hasomed.de/fileadmin/user_upload/Rehacom/Manuale/ENG/RehaComEN.pdf) a 10 de Abril de 2007.
- Reitman, D., Hupp, S. D. A., O'Callaghan, P. M., Gulley, V., & Northup, J. (2001). The influence of a token economy and methylphenidate on attentiveness during sports with ADHD-diagnosed children. *Behavior Modification*, 25, 305-323.
- Renzi, E. D. & Faglioni, P. (1975). Verbal comprehension in aphasic and in normal subjects with a shorted version of the token test. *Rivista di Patologia Nervosa e Mental*, 96 (4), 252-269.
- Rey, R.R. (2002). *Fundamentos de neurologia e neurocirurgia*. Tucumán: Editorial Magna Publicaciones.
- Ribeiro, C. A. (1999). Farmacologia da buspirona na ansiedade e na depressão. *Saúde Mental*, 1 (3).
- Ribeiro, J. P. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsi.
- Riddoch, M. J., & Humphreys, G. W. (1994). *Cognitive neuropsychology and cognitive rehabilitation*. Hove: LEA Publishers
- Rigolet, S. (2002). *Os Três P: Precoce, Progressivo, Positivo*. Porto: Porto Editora.
- Robinson, E. J. & Beck, S. (2000). What is difficult about counterfactual reasoning? In P. Mitchell, & K. J. Riggs (Eds.). *Children Reasoning and the Mind*. Hove: Psychology Press.
- Rohde, L. A. & Halpem, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: actualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2 Supl.), 61-70.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S. & Polanczyk, G. (2000). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl II), 7-11.
- Rohde, L. A., Filho, M. E. C., Bennetti, L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), 124-131.
- Rohde, L. A., Knapp, P., Lykowski, L. & Carim, D. (2004). Crianças e adolescentes com Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In P. Kanpp (Org.). *Terapia Cognitivo-comportamental na Prática Clínica* (pp. 358-373). Porto Alegre: Artmed Editora
- Ropper, A. H. & Brown, R. H. (2005). *Principles of Neurology*. 5ª Edição. USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Roselló, B., Garcia-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl. 1), 79-84.
- Ross, R. T. (1999). *How to Examine the Nervous System*. 3ª Edição. USA: Appleton & Lange.
- Rosseli, D., A. Ardila, Pradilla, G., Morillo, L, Bautista, L., Rey, O. *et al.* (2000). El Examen abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurologia*, 30(5), 428-432.
- Rosselli, M., Ardila, A., Florez, A., & Castro, C. (1990). Normative data on the Boston Diagnostic Aphasia Examination in a Spanish-Speaking population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12 (2), 313-322.
- Royall, D. R., Mulroy, A. R., Chiodo, L. K., & Polk, M. J. (1999). Clock drawing is sensitive to executive control: A comparison of six methods. *The Journals of Gerontology*, 54B(5), 328-333.
- Rudd, A. & Olfe, C. (2002). Aetiology and pathology of stroke. *Hospital Pharmacist*, 9, 32-36.
- Sacadura, C. (2002). *Investigação sobre possíveis processos cognitivos e comportamentais envolvidos na manutenção da ansiedade social*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Salmani-Nodoushan, M. A. (2002). *Text Familiarity, reading tasks, and Test Performance: a study on Iranian lep and non-lep university students*. Dissertação de Doutoramento em filosofia. Iran: Faculty of Foreign Languages.
- Santo, J., Maineri, N. & Portuquez, M. (2004). Epilepsia e Crises Não-Epilépticas. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (4), 29-33.
- Santos, A. A. A. (1997). Psicopedagogia no 3º Grau: Avaliação de um Programa de Remediação em Leitura e Estudo. *Pro-Posições*, 8(1), 27-37.
- Santos, A. A. A., Suehiro, A. C. B., & Oliveira, K. L. (2004). Habilidades em compreensão da leitura: um estudo com alunos de psicologia. *Estudos de Psicologia – PUC Ampinas*, 21 (2), 29-42.
- Santos, A. A. R., Lana Peixoto, M. A., Munhoz, M. S. L. & Almeida, A. V. (2003). Avaliação dos potenciais evocados auditivos do tronco encefálico na esclerose múltipla. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(2-B), 392-397.
- Santos, M. E., Sousa, L., Caldas, A. C. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 71-76
- Sanz de la Torre, J.C. & Perez-Rios, M. (2000). Neuropsychological evaluation in a case of multiple sclerosis. *Revista de Neurologia*, 30 (12): 1161-1165.
- Saygin, A. P., Wilson, S. M., Dronkers, N. F. & Bates, E. (2004). Action comprehension in aphasia: linguistic and non-linguistic deficits and their lesion correlates. *Neuropsychologia*, 42 (5): 1788-1804.
- Senra, H.; Oliveira, R.A. (2003) Avaliação neuropsicológica no traumatismo crânioencefálico grave. *Psychologica*, 33, 123-143.
- Sheras, P. L. (1992) Depression and suicide in adolescence. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*, 2ª Edition. New York: John Wiley and Sons.

- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editorial Psy.
- Silva I. R., & Gunther, I. A. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), 31-40.
- Silva, A. & Cavalheiro, E. (2004). Epilepsia: uma janela para o cérebro. *MultiCiência*, 3, 1-11.
- Silva, A. T. B., Del Prette, A. & Oishi, J. (2003). Habilidades sociais de pais e problemas de comportamento de filhos. *Argumento*, 9, 11-81.
- Silva, A. T. B., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2000) Relacionamento pais-filhos: um programa de desenvolvimento interpessoal em grupo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 3(3), 203-215.
- Silva, E. L. & Menezes, E. M. (2001). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina
- Silva, M. M. J. & Santos, A. A. A. (2004). Avaliação da compreensão em Leitura e o Desempenho acadêmico de Universitários. *Psicologia em Estudo*, 9 (3), 459-467.
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: Elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psicologica*, 21, 27-64.
- Simões, M. (2002). Utilizações da WISC-III na Avaliação Neuropsicológica de Crianças e Adolescentes. *Revista Paidéia*, 12 (23), 1-18.
- Simões, M., Santos, M., Albuquerque, C., Pereira, M., Almeida, L., Ferreira, C. *et al.* (1999). Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – terceira edição (WISC-III). In L. S. Almeida, M. Gonçalves & M. R. Simões (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: Sistemas humanos e organizacionais.
- Simposium Terapêutico* (2004). StWin para Windows. Lisboa: Edições Simposium Lda.
- Soares, M. R. Z., Souza, S. R., & Marinho, M. L. (2004). Envolvimento dos pais: incentivo à habilidade de estudo em crianças. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 253-260.
- Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple (2003). *Hechos Basicos sobre Esclerosis Múltiple*. España: Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple.
- Söderström, M. (2003). Multiple sclerosis: rationale for early treatment. *Neurological Sciences*, 24 (4), 298-300.
- Soler, C. L., Montalvo, C. G., Múrcia, L., Martín, C., Cortegano, C. López-Mora, I. *et al.* (1995). Problemas psicopatológicos en muestra clínica de niños-niñas: Taxonomias empíricas. *Anales de Psicología*, 11(2), 129-141.
- Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57, 1231-1238.
- Southam-Gerow, M., & Kendall, P. C. (1997). Parent-focused and cognitive-behavioral treatments of antisocial youth. In D. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley.
- Stefanatos, G. A., & Baron, I.S. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A neuropsychological view towards DSM-V. *Neuropsychological Review*, 17, 5-38.
- Storey, P. (1997). Examining the test-talking process: a cognitive perspective on the discourse Cloze test. *Language Testing*, 14 (2), 214-231
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H. & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269.
- Swanson, H., (1991). *Handbook on the Assessment of Learning Disabilities, Theory, Research, and Practice*. Austin: pro•ed.
- Tanaka, O. Y. & Lauridsen-Ribeiro, E. (2006). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (2), 1845-1853.
- Teixeira, J. (1999). Clínica da Ansiedade: aspectos práticos. *Saúde Mental*, 1 (3)
- Teles, P. (2004). Dislexia: Como Identificar? Como Intervir? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(5), 713-730.
- Terán, I. C. & Arteaga, R. M. (2000). Traumatismos craneoencefálicos en el niño. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias*, 40, 109-114.
- Tfouni, L. V. (1988). Comportamento Metaprocedimental em Adultos Não-Alfabetizados de Um Plano de Pesquisa. *Ilha de desterro*, 7(19), 74-77.
- Tirado, E., Salguero, F., Reina, C., Algarrada, P., Luque, F., Vega, O., Burgos, R. (2003). Complicaciones de los traumatismos craneoencefálicos en una unidad hospitalaria de rehabilitación: serie de 126 casos. *Rev Neurol*, 36 (12), 1126-1132
- Tonelotto, J. M. F. (2001). A utilidade do WISC na detecção de problemas de atenção em escolares. *Psicologia escolar educacional*, 5(2), 31-37.
- Torpy, J. (2003). Lesión cerebral traumática. *The Journal of the American Medical Association*, 289 (22): 11
- Torres, R. M. R. & Fernández, P. (2002). *Dislexia, Disortografía e Disgrafía*. Amadora: McGraw-Hill.
- Turkeltaub, P. E., Gareau, L., Flowers, D. L., Zeffiro, T. A., Eden, G. F. (2003). Development of neural mechanisms for reading. *Nat. Neurosci.* 6 (7), 767- 773.
- U. S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs (2003). *Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home*, Washington D. C. Retirado em 20 de Dezembro de 2006 de: <http://www.ed.gov/teachers/needs/speced/adhd/adhd-resource-pt1.pdf>

- U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs (2006). *Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home*, Washington, D.C.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (1ª Edição). Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de Neurologia*, 32(10), 980-986.
- Verschuere, K. & Marcoen, A. (1999). Representation of self and socioemotional competence in kindergartners: Differential and combined effects of attachment to mother and to father. *Child Development*, 70(1), 183-201.
- Victoria, D., Bazaldúa, B., Granados, T. & Idrovo, J. (2005). Personalidad y rendimiento intelectual en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal (ELT), delincuentes y no-delincuentes. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 6 (4), 297-304.
- Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation. In R. R. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.). *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (pp. 1-9). New York: Guilford Press.
- Vokoy, T. & Pedroza, R. L. S. (2005). Psicologia Escolar em educação infantil: reflexões de uma actuação. *Psicologia Escolar e Educação Infantil*, 9 (1), 95-104.
- Waghorn, G. R. & Chanta, D. C. (2004). Employment restrictions among persons with ICD-10 anxiety disorders: characteristics from a population survey. *Anxiety Disorders. In press*.
- Webster-Stratton, C. & Hancock, L. (1998) Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. In J. M. Briesmeister & C. E. Shaefer (Eds.) (pp. 98-152). *Handbook of parent training: Parent as co-therapists for children behavior problems*. 2ª ed. New York: Wiley.
- Wechsler, D. (1992). *WISC-III: Manual*. Londres: The Psychological Corporation
- Wechsler, D. (2003). *WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição*. Manual. Lisboa: CEGOC (Redacção do Manual: Mário R. Simões e Carla Ferreira)
- Wechsler, S. M. & Schelini, P. W. (2002). *Avaliação Psicológica*, 1, 29-38.
- Weiner, I. B. (2003). *Handbook of Psychology - Research Methods in Psychology*. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Weintraub, S., Robinson, H., Smith, H., Plessas, G. P., Roser N. L. & Rowls, M. (1975/1976). Summary of investigations relating to the reading. *Reading Research Quarterly*, 11.
- Wilson, G. T. (2005). Psychological Treatment of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.
- Witter, G. P. (1997). *Psicologia, Leitura e Universidade*. Campinas: Alínea.
- Yacubian, E. M. (2002). Proposta de classificação das crises e síndromes epilépticas. Correlação Videoelectroencefalográfica. *Revista de Neurociências*, 10 (2), 49-65.
- Yamamoto, S., Mogi, N., Umegaki, H., Suzuki, Y., Ando, F., Shimokata, H., et al. (2004). The Clock Drawing Test as a Valid Screening Method for Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18(2), 172-179.
- Zentall, S. (1993). Research on educational implications of Attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional children*, 60(2), 143-153.
- Zentall, S. S., Hall, A. M. & Lee, D. L. (2004). Attentional Focus of Students with Hyperactivity during a word Search Task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (5), 335-343.