



Universidades Lusíada

Fernandes, Sandra Isabel David, 1973-

Psicologia clínica em contexto escolar

<http://hdl.handle.net/11067/2654>

Metadados

Data de Publicação	2017-01-11
Resumo	O presente trabalho descreve as actividades desenvolvidas durante o estágio académico do mestrado, em psicologia clínica, realizado na Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja, no Serviço de Psicologia e Orientação (SPO). O estágio permitiu o exercício da prática clínica em contexto escolar, com o objetivo de promover, desenvolver e aperfeiçoar a prática clínica, aprendida em contexto académico, dinamizando a autonomia no exercício da profissão enquanto estagiária de psicologia clínica. São descrit...
Palavras Chave	Escola E.B. 2/3 Ciclos Moinhos de Arroja (Odivelas, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Adolescentes - Aconselhamento, Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T07:33:30Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Psicologia clínica em contexto escolar

Realizado por:

Sandra Isabel David Fernandes

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Dr.^a Sara Mónica Fonseca Costa

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Relatório aprovado em:

12 de Dezembro de 2016

Lisboa

2016



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Psicologia clínica em contexto escolar

Sandra Isabel David Fernandes

Lisboa

Setembro 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Psicologia clínica em contexto escolar

Sandra Isabel David Fernandes

Lisboa

Setembro 2016

Sandra Isabel David Fernandes

Psicologia clínica em contexto escolar

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Sara Mónica Fonseca Costa

Lisboa

Setembro 2016

Ficha Técnica

Autora	Sandra Isabel David Fernandes
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Dr. ^a Sara Mónica Fonseca Costa
Título	Psicologia clínica em contexto escolar
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

FERNANDES, Sandra Isabel David, 1973-

Psicologia clínica em contexto escolar / Sandra Isabel David Fernandes ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Tília Rute Maia Cabrita ; orientado por Sara Mónica Fonseca Costa. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Tília Rute Maia, 1972-

II - COSTA, Sara Mónica Fonseca, 1976-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Adolescentes - Aconselhamento
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Escola E.B. 2/3 Ciclos Moinhos de Arroja (Odivelas, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Teenagers - Counseling of

2. Clinical psychology - Practice

3. Escola E.B. 2/3 Ciclos Moinhos de Arroja (Odivelas, Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF724.F47 2016

Dedico este trabalho

A Deus pelas bênçãos que me tem proporcionado.

À minha Avó, estrela que ilumina o meu caminho.

Aos meus pais, pelo seu amor incondicional, pelo apoio que sempre me deram, por me terem transmitido os valores de dignidade humana que pautam a minha vida e por terem tornado possível a realização deste meu sonho.

Agradecimentos

Agradeço à minha família e amigos pela compreensão que tiveram ao entenderem as minhas inquietudes e ausências e demonstrarem estar sempre ao meu lado. Sem o seu incentivo e apoio, a consumação deste percurso tornar-se-ia uma realidade muito mais difícil de alcançar.

Aos meus colegas de trabalho, por todo o seu apoio e disponibilidade, apesar da minha presença ausente.

À minha colega e amiga Mena, por estes 17 anos de partilha, por me ter feito acreditar que era possível ultrapassar os obstáculos. Obrigada pelos choros, gargalhadas, dedicação, paciência e carinho demonstrados.

Às minhas colegas que partilharam comigo este 2º ano de Mestrado, nomeadamente à Cristiana, à Daniela, à Laura e à Patrícia por se terem disponibilizado a me ajudarem de forma a que eu conseguisse consiliar o meu trabalho profissional com o percurso académico.

À minha orientadora de estágio, Dra. Sara Costa, agradeço pelo apoio, compreensão e orientação durante a realização do estágio.

Agradeço à Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja pela oportunidade que me proporcionou de efetuar o estágio académico, bem como aos funcionários pela forma carinhosa e afetuosa com que me acolheram.

À minha supervisora de estágio, a Professora Doutora Sofia Humboldt, agradeço a amabilidade do incentivo, compreensão e apoio na elaboração do relatório de estágio.

À Professora Doutora Túlia Cabrita, regente da cadeira de estágios, agradeço a sua capacidade de motivar e de mostrar que é possível alcançarmos os nossos objetivos desde que se trabalhe com seriedade e empenho.

À coordenadora de Mestrado, Professora Doutora Tânia Gaspar, louvo e agradeço a sua dedicação na coordenação do Curso de Psicologia e do Mestrado em Psicologia Clínica.

Aos alunos que tive a oportunidade de seguir, a minha muita gratidão, pela sua entrega, sem saberem que estavam a contribuir de forma tão positiva para a minha aprendizagem.

A todos, um bem-haja!

“ Só a experiência própria é capaz de tornar sábio o ser humano.”

Sigmund Freud (1856/1939)

Resumo

O presente trabalho descreve as actividades desenvolvidas durante o estágio académico do mestrado, em psicologia clínica, realizado na Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja, no Serviço de Psicologia e Orientação (SPO).

O estágio permitiu o exercício da prática clínica em contexto escolar, com o objetivo de promover, desenvolver e aperfeiçoar a prática clínica, aprendida em contexto académico, dinamizando a autonomia no exercício da profissão enquanto estagiária de psicologia clínica.

São descritas as actividades desenvolvidas durante o estágio académico, bem como as tarefas efetuadas, dando particular ênfase à apresentação de dois casos clínicos, acompanhados no Serviço de Psicologia e Orientação, no decorrer do estágio.

Palavras-chave: estágio académico; psicologia clínica; contexto escolar.

Abstract

This paper describes the activities developed during the Academic Master internship in clinical psychology, held in primary school 2/3 Mills of Arroja in Psychology and Guidance Services (SPO).

The stage allowed the exercise of clinical practice in schools in order to promote, develop and improve clinical practice, learned in an academic context, stimulating autonomy in the profession as trainee of clinical psychology.

In this paper are described the activities developed during the academic stage and the tasks carried out, giving particular emphasis to the presentation of two clinical cases followed in the Psychology and Guidance Services during the internship.

Keywords: academic stage; clinical psychology; school context.

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AEMA** - Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja
- APA** - Associação Psicológica Americana
- ASE** - Ação Social Escolar
- BDI** - Inventário de Depressão de Beck
- CDI** - Inventário de Depressão Infantil
- CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CPCJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- DSM-5** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- EB2/3** - Escola Básica 2/3
- FCR** - Figura Complexa de Rey
- H-T-P** - Casa-Árvore-Pessoa
- MCR** - Matrizes Coloridas de Raven
- NEE** - Necessidades Educativas Especiais
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- OPP** - Ordem dos Psicólogos Portugueses
- PCA** - Programa Curricular Alternativo
- PHDA** - Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
- SPO** - Serviço de Psicologia e Orientação
- TCC** - Terapia Cognitiva Comportamental
- TIL** - Teste de Idade de Leitura
- WISC III** - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

Índice

Agradecimentos	III
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XI
Índice	XIV
Introdução.....	18
Caracterização da Instituição.....	20
Caracterização da População Alvo	24
Enquadramento Teórico	26
A Saúde Mental	26
A Saúde Mental Infantil.....	28
Psicologia Clínica	31
O Papel do Psicólogo Clínico em Contexto Escolar.....	33
Anamnese e Observação Clínica	35
Avaliação Psicológica.....	36
As Provas Psicológicas	37
Intervenção Psicológica	38
Psicoterapia de Apoio.....	38
Modelo de Intervenção	41
Modelo Cognitivo-Comportamental.....	41
Desenvolvimento Infantil	43
Perturbações Contextuais do Desenvolvimento Humano.....	48
Divórcio e a Criança.....	48
Perturbação do Neurodesenvolvimento	49
Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção.....	49
Critérios de Diagnóstico da PHDA Segundo o DSM-5	62
Necessidades Educativas Especiais.....	65
Ética e Deontologia Profissional.....	66
Objetivos de Estágio Propostos	69
Método.....	71
Participantes.....	72
Procedimentos.....	74

Instrumentos.....	80
Apresentação dos casos	Erro! Indicador não definido.
Caso I.....	Erro! Indicador não definido.
Motivo do Pedido.....	Erro! Indicador não definido.
Observação.....	Erro! Indicador não definido.
História Clínica.....	Erro! Indicador não definido.
Avaliação Psicológica.....	Erro! Indicador não definido.
Objetivos Gerais	Erro! Indicador não definido.
Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
Intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
Resultados	Erro! Indicador não definido.
Hipótese de diagnóstico	Erro! Indicador não definido.
Resumo das Sessões.....	Erro! Indicador não definido.
Discussão e Conclusões do Estudo de Caso I – R.	Erro! Indicador não definido.
Caso II.....	Erro! Indicador não definido.
Motivo do Pedido.....	Erro! Indicador não definido.
Observação.....	Erro! Indicador não definido.
História Clínica.....	Erro! Indicador não definido.
Avaliação Psicológica.....	Erro! Indicador não definido.
Objetivos Gerais	Erro! Indicador não definido.
Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
Intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
Resultados	Erro! Indicador não definido.
Sessões Semanais.....	Erro! Indicador não definido.
Discussão e Conclusões do Estudo de Caso II - M.....	Erro! Indicador não definido.
Conclusão	Erro! Indicador não definido.
Reflexões Finais	Erro! Indicador não definido.
Referências	95
Anexos.....	Erro! Indicador não definido.
Lista de Anexos	Erro! Indicador não definido.
Anexo A.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo B	Erro! Indicador não definido.
Anexo C.....	Erro! Indicador não definido.

Anexo D.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo E	Erro! Indicador não definido.
Anexo F.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo G.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo H.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo I	Erro! Indicador não definido.
Anexo J	Erro! Indicador não definido.
Anexo L	Erro! Indicador não definido.
Anexo M	Erro! Indicador não definido.
Anexo N.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo O	Erro! Indicador não definido.
Anexo P.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo Q.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo R.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo S.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo T	Erro! Indicador não definido.
Anexo U.....	Erro! Indicador não definido.
Anexo V	Erro! Indicador não definido.

Introdução

A elaboração do presente relatório insere-se no âmbito do estágio académico do mestrado em psicologia clínica da Universidade Lusíada de Lisboa referente ao ano letivo 2015/2016, realizado na Escola Básica 2/3 Moinhos Da Arroja, em Odivelas, iniciado em outubro de 2015, decorrendo até junho de 2016, sob a orientação da Dra. Sara Costa, psicóloga educacional ao serviço da citada EB 2/3 Moinhos da Arroja.

O relatório de estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Túlia Cabrita e orientado pela Professora Doutora Sofia Humboldt.

Numa primeira etapa, apresenta-se e descreve-se a Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja e dá-se a conhecer a sua população alvo.

Numa segunda etapa, será apresentado o enquadramento teórico, sendo que esta investigação é composta por um trabalho empírico, terminando com a ética e deontologia profissional.

A terceira etapa expressa os objetivos de estágios propostos e a metodologia utilizada, incluindo os participantes e procedimentos seguidos durante o estágio, assim como os instrumentos.

A quarta etapa, que descreve o estudo de dois casos clínicos e teve por base a psicoterapia de apoio fundamentada no modelo de orientação cognitivo-comportamental.

Na quinta e última etapa, é apresentada uma breve conclusão, bem como uma reflexão final sobre o estágio académico realizado em contexto escolar.

Caracterização da Instituição

O estágio foi realizado na Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja, pertencente ao recente Agrupamento das Escolas Moinhos da Arroja, sito em Odivelas.

O concelho de Odivelas é um dos mais novos concelhos de Portugal, está incluído no distrito de Lisboa, região da Estremadura, e é composto por sete freguesias: Caneças, Famões, Odivelas, Olival Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião e Ramada, distribuídas numa área de 26,6 km² e com uma população de 133 847 habitantes, segundo os censos realizados junto da população em 2001. É limítrofe com os concelhos de Loures, Sintra, Amadora e Lisboa, e encontra-se na área metropolitana da capital.

O Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja foi estabelecido, no ano letivo de 2005/2006, por despacho do Secretário de Estado da Educação.

Deste agrupamento fazem parte o Complexo Escolar Isabel de Portugal, que integra a Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja e a Escola Básica 1/JI Porto Pinheiro, todas no mesmo complexo em Odivelas, e mais duas escolas em localizações distintas: a Escola Básica 1/JI Manuel Coco e o Jardim de Infância Dr. João Santos, ambas localizadas em Odivelas.

A oferta educativa na educação pré-escolar e nos três ciclos do ensino básico obedece às normas definidas pela administração educativa, sob a tutela do Ministério da Educação.

Nesta conformidade, os 2º e 3º ciclos do ensino básico integram as áreas curriculares disciplinares e não disciplinares e a carga horária semanal de cada uma delas, assim como as respetivas cargas horárias que devem constar do projeto curricular do Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja.

A Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja é fisicamente constituída por dois edifícios cobertos: um bloco único com dois pisos e um pavilhão gimnodesportivo.

No edifício onde funciona a EB 2/3 estão concentrados os serviços administrativos do agrupamento e a direção; e, bem assim, a reprografia, a biblioteca escolar, o refeitório e o bufete, tudo isto servindo também os alunos da EB 1/JI Porto Pinheiro.

Existe um pavilhão polidesportivo fora do edifício que permite a prática da educação física e serve a comunidade envolvente.

A escola EB 2/3 Moinhos da Arroja é constituída por 6 turmas do 5º ano, 8 do 6º ano, 6 do 7º ano, 7 do 8º ano e 4 do 9º ano. No 6º ano existe uma turma com programa alternativo, no 7º ano existe uma turma de programa curricular alternativo (PCA), no 8º ano existem duas turmas de vocacional e uma de programa curricular alternativo.

Na maioria das turmas, encontram-se alunos a usufruírem de Ação Social Escolar (ASE) quer seja o escalão A ou B; e o ensino dos alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) é integrado nas turmas ditas normais.

O Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja centra-se essencialmente em: garantir uma oferta educativa multifacetada, que corresponda a todas as necessidades de cada aluno; promover um conjunto de valores e competências positivas, morais e éticas, como a socialização, o espírito de grupo, a criatividade, a curiosidade, a capacidade de adaptação, de comunicação e resolução de problemas; e incentivar a diferenciação pedagógica.

O Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja possui um Gabinete de Inserção Social (GIS) que é partilhado pela assistente social e pela psicóloga responsável pelo acompanhamento dos alunos da Escola Básica 1/JI Porto Pinheiro, que se encontra dentro do mesmo espaço físico.

Na EB 2/3 Moinhos da Arroja está implementado o serviço de psicologia e orientação localizado no 1º Andar e designado como Gabinete do Serviço de Psicologia e Orientação (SPO). Este desenvolve a sua ação na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário, atuando em três grandes domínios: no apoio psicopedagógico; no apoio ao desenvolvimento de sistemas de relações da comunidade educativa; e na orientação escolar e profissional.

O SPO colabora também com a comunidade educativa, identificando as causas do insucesso escolar e recomendando mensurações tendentes à sua eliminação. Apoiar alunos no seu processo de desenvolvimento pessoal e no delineamento do seu projeto de vida.

Planeia e executa atividades de orientação escolar e profissional através de programas e ações de aconselhamento a nível individual e de grupo.

Colabora com outros serviços, promovendo protocolos, tendo em vista a organização e orientação profissional.

Desenvolve, junto dos alunos, pais e corpo docente, planos de intervenção de modo a minorar as problemáticas existentes na escola.

O alargamento da escolaridade obrigatória para doze anos e a diversificação e reforço progressivo da oferta educativa e formativa vieram dar uma maior relevância à intervenção dos SPO, nomeadamente, ao constituírem uma valência que concorre para a promoção do sucesso escolar.

A melhoria e a garantia da qualidade das atividades de psicologia e orientação constituem uma prioridade da Direção Geral de Educação, através da Direção de Serviços de Educação Especial e Apoios Socioeducativos, unidade orgânica à qual compete delinear orientações e construir instrumentos de suporte às escolas, no âmbito da implementação e acompanhamento de respostas de educação especial e de apoio

educativo, designadamente as de orientação escolar e profissional, educação para a saúde e de ação social escolar.

Caracterização da População Alvo

O Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja caracteriza-se pela população diversificada e pluricultural. A sua abrangência populacional é tão ampla quanto a descrição sobre o Bairro da Arroja e o da Quinta de Porto Pinheiro, designados por Colinas do Cruzeiro. Este agrupamento está inserido na urbanização da Quinta do Porto Pinheiro, designada comercialmente como as Colinas do Cruzeiro, situada na zona oeste da cidade de Odivelas, sendo a população maioritariamente lusa, pertencente a um nível cultural e socioeconómico médio/alto. Além dos alunos provenientes da Colinas do Cruzeiro, do agrupamento fazem também parte alunos do Bairro da Arroja, dos países africanos de língua oficial portuguesa, nomeadamente do Brasil, e dos países de Leste. Constitui uma característica comum a estes últimos o facto de apresentarem níveis culturais e sócio económicos baixos. Este bairro é caracterizado por uma percentagem elevada de desemprego, o que contribui para uma população carenciada.

A Escola Básica 2/3 possui um número considerável de alunos oriundos da comunidade cigana que foi realojada no Bairro da Arroja, sendo estes alunos, dadas as particularidades características da sua comunidade, não concluem os estudos, acabando por abandonar a escola, apesar dos múltiplos esforços realizados pela comunidade educativa para que tal não aconteça.

As características dos bairros envolventes assim como a crescente taxa de desemprego e os trabalhos precários aumentaram o risco de conflitualidade. Os encarregados de educação, na sua grande parte, não exercem o papel que lhes é devido perante a instituição escolar, ou seja, não estão presentes no processo educativo dos seus educandos.

Enquadramento Teórico

A Saúde Mental

Ao longo dos tempos, a disparidade entre a saúde mental e a saúde perfeita foram alvo de contestação, uma vez que a sua análise estava centrada no sujeito doente. Deste modo, durante o século XX, foi considerada fundamental a questão da vinculação entre a criança doente e a sua mãe, como responsável pela construção da personalidade da criança; no entanto, o núcleo familiar referente à criança não era relevante (Alves, 2001).

A palavra saúde teve o seu próprio conceito através de investigação e intervenção autónoma das doenças, sendo que a Organização Mundial de Saúde definia a saúde englobando três vertentes: a física, a mental e a social; uma vez que o sujeito terá de possuir bem-estar nestas três áreas, e não somente ausência de doença ou de incapacidade (OMS, 1948 cit. por Ribeiro, 2007).

Por sua vez, a doença mental é caracterizada como sendo um estado de sofrimento concreto e sem fim para o sujeito, manifestado nas relações que o indivíduo incrementa com o meio envolvente e no desenvolvimento das suas capacidades (Basteiro, Gil, & Marin, 2003).

A saúde mental é parte necessária da saúde, e é de há muito definida como um estado de bem-estar individual, físico e psíquico, em que todos os indivíduos desenvolvem o seu potencial de forma a conseguirem lidar com o stress do dia-a-dia, em ordem ao aumento da produtividade no trabalho, dentro da comunidade onde está inserido. Por outro lado, a saúde corresponde ao bem-estar físico, psicológico e social e não apenas à ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2006).

A perturbação mental era definida como sendo uma carga muito pesada não só para os doentes mas também para as suas famílias, uns e outros marcados pela perda de

qualidade de vida individual e com acentuadas dificuldades de natureza económica e social (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Nos nossos dias, a incapacidade de quem está afetado por doença mental é, pois, muito grande e de grau tanto mais elevado quanto mais grave for o estado clínico do doente.

Na saúde pública, a saúde mental tem um grande impacto a nível de investimento monetário para os diversos países, devido ao elevado grau de absentismo por parte do sujeito. Torna-se, então, fundamental que o rastreio seja efetuado o mais precocemente possível, a fim de se poder dar uma resposta adequada, objetivando a reabilitação do sujeito.

A saúde mental, considerada normativa, é a base da atividade do coletivo de que fazemos parte, sendo um recurso que deve ser aproveitado para aumentar a riqueza e produtividade de uma nação. Segundo o relatório da OMS, a saúde mental é necessária para o crescimento e desenvolvimento económico de uma sociedade e deve ser considerada de forma relevante como parte integrante da saúde pública. Assim, tendo em consideração todos estes fatores, a saúde mental deve ser parte integrante de um orçamento de estado, uma vez que influencia significativamente o recurso humano, o social e económico das nações. Em tempos de crise, uma boa saúde mental permite uma recuperação económica mais rápida e com mais sucesso (OMS, 2011).

De acordo com a OMS, 25% das pessoas estão sujeitas a sofrer de um transtorno psíquico, sendo a depressão o transtorno com mais prevalência no mundo, contabilizando-se atualmente em 154 milhões o número de pessoas afetadas. No entanto, outros males são também alvo de preocupação, uma vez que 91 milhões de pessoas sofrem de problemas de alcoolismo, 25 milhões sofrem de esquizofrenia, e 15 milhões de abuso de drogas e outras demências (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Apura-se que cerca de 20% das crianças e adolescentes de todo o mundo padecem de uma doença mental, podendo esta surgir antes dos 14 anos de idade.

O investimento monetário em saúde mental minimiza os efeitos da crise económica, contribuindo para a redução da taxa de suicídio, bem como a diminuição de mortes pelo consumo de álcool, assim como o tratamento de outros distúrbios mentais. Desta forma, o investimento na saúde mental reduz o risco de exclusão social, promovendo a integração social (Wahlbeck & McDaid, 2012).

A saúde mental envolve demasiados custos, não só pelas variadas consultas mas também pela compra da medicação; e nem toda a população dispõe de recursos financeiros para isso. Consequentemente, a maioria das pessoas com problemas mentais graves não usufruem de qualquer tipo de tratamento (Becker, Ph., & Kleinman, 2013).

A Saúde Mental Infantil

A saúde mental infantil tem sido alvo de discussão entre o normal e o patológico, pelo facto da estrutura mental infantil não se conseguir definir com tanta clareza como a estrutura mental do adulto (Ajuriaguerra & Marcelli, 1986).

Os comportamentos psíquicos e as patologias nas crianças, bem como as suas interligações são menos definidos, uma vez que ainda se encontram em construção, impossibilitando, desta forma a criação de um modelo psíquico infantil, adquirido e completo.

O conceito de normalidade e de patologia é difícil de atribuir, uma vez que existindo a ausência de sinais e sintomas, todos seríamos normais, até à altura em que surgisse sintomatologia que apontasse para uma perturbação mental.

A saúde versus doença é vista assim, como um processo contínuo de maturação do ser humano e não forçosamente a ausência de sinais e de sintomas. No entanto, com

o decorrer da idade, todo o ser humano possui uma grande suscetibilidade para aquisição de doenças mais ou menos graves (Delatorre, Santos, & Dias, 2011).

Existem três ordens de fatores que influenciam de forma condescendente ou ameaçadora a saúde mental, sendo eles os fatores individuais, os fatores sociais e os fatores ambientais. Os primeiros referem-se à autoestima, à capacidade de comunicação, à maturidade cognitiva e emocional, e à utilização de medicamentos ou substâncias químicas; os segundos contemplam a violência ou abusos, o nível socioeconómico, o nível de escolaridade, o suporte familiar, a rede social, a satisfação com a vida, a situação escolar e profissional, o tipo de interação familiar e o estilo parental; e os últimos fatores referem-se à igualdade social e de género, ao nível de integração, à segurança física e material, ao sentimento de justiça social, à integração e aos serviços básicos e essenciais (OMS, 2011).

É de extrema importância fazer a diferenciação entre sintomas ditos normais, que são os intrínsecos ao bom desenvolvimento da criança, e sintomas patológicos, tendo em atenção que os sintomas normais se distinguem pelo facto de serem transitórios, apresentando-se baixos, intensos ou limitados a uma área específica da vida da criança.

Os sintomas patológicos podem caracterizar-se pela sua frequência, intensidade e persistência durante o processo de desenvolvimento da criança, e em muitas ocasiões estão presentes nas diversas áreas da sua vida, envolvendo sinais patológicos desadequados para a sua faixa etária, associados desta forma a múltiplos sintomas (Marques & Cepêda, 2009).

O guia de saúde mental infantil e juvenil, de Marques e Cepêda, publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, remete para a necessidade

de todos os sinais deverem ser tidos em conta pelos profissionais de saúde, de forma eficiente e oportuna, para que seja providenciada uma resposta adequada a cada caso.

Na primeira infância, os sintomas que se devem ter em análise são as dificuldades na relação mãe-bebé, as dificuldades de autorregulação e a falta de interesse por estímulos exteriores, na relação com o outro e no estabelecimento das relações diferenciadas, bem como a ausência de reciprocidade interativa, a incapacidade de iniciar a interação, a perturbação alimentar grave, baseada no cruzamento de percentis sem aparente razão orgânica, e a insónia grave (OMS, 2011).

Na idade escolar, os sintomas a ter em conta são a agressividade, a ansiedade, as birras inexplicáveis e desadequadas, as dificuldades em adormecer e os pesadelos frequentes, as dificuldades de socialização, o isolamento ou relacionamento desadequado com os pares e adultos, a hiperatividade excessiva, as dificuldades de aprendizagem com défice cognitivo, a preocupação ou medo excessivo, a recusa escolar, a violência, as somatizações múltiplas e os comportamentos de oposição frequentes (OMS, 2011).

Na adolescência, os sintomas a ter em consideração são: a alteração do pensamento e da perceção; a ansiedade excessiva; os comportamentos antissociais repetidos; os comportamentos autoagressivos e fugas; os comportamentos purgativos; os comportamentos de passagem ao acto impulsivo (agressivos ou sexuais); a ideação suicida; a inaptidão para lidar com problemas e atividades do dia-a-dia; a insónia grave e persistente; o isolamento relacional; o humor depressivo; a preocupação excessiva com o peso; a restrição alimentar; a sintomatologia obsessivo-compulsiva; as somatizações múltiplas e ou persistentes e a tentativa de suicídio (OMS, 2011).

É frequente que numa unidade de psiquiatria da infância e da adolescência surjam casos com difíceis diagnósticos, não apenas pelo quadro sintomatológico mas

pelas próprias patologias existentes e pelos modelos comportamentais que, apesar de serem contextualizados, estão em processo evolutivo (Dieudonné, 2004).

Psicologia Clínica

O primeiro laboratório de psicologia experimental foi criado por Wilhelm Wundt, na Alemanha, em Leipzig, no século XIX (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

Lightner Witmer, em 1896, foi apelidado de pai da psicologia clínica, por ter fundado a primeira clínica de psicologia e por, na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos da América, ter delineado um programa de treino. Decorria o ano de 1907 quando foi editado e publicado o primeiro jornal científico e profissional, com vista ao desenvolvimento da área da psicologia clínica (Cautin, Freedheim, & DeLeon, 2012).

Os primeiros indivíduos a usufruírem de tratamento psicológico da área clínica foram os que combatiam na guerra e que padeciam de doenças do foro psicológico (Leal, 2008).

Numa primeira fase, a psicologia clínica detinha uma estreita ligação com a psiquiatria, pois ambos os profissionais trabalhavam em ambiente médico, havendo uma forte ligação e até interligação entre a psicologia e psiquiatria. No entanto, inicialmente, as crianças que possuíam debilidades, sendo esta física ou mental, eram alvo da avaliação em psicologia clínica, visto que o psicólogo desenvolvia o seu trabalho na casa do paciente. A psicologia clínica acaba, assim, por conquistar o seu lugar durante o decorrer do século XIX (Leal, 2008).

O início de algumas práticas médicas catapultou a psicologia clínica para um contexto de índole científica. Foi Sigmund Freud que empregou primeiramente o termo psicologia clínica, numa carta a Fliess, em 1899. Pierre Janet referenciou o seu método

e os procedimentos que utilizava na compreensão dos fenómenos psicológicos, apesar de não referenciar os seus estudos (Pedinielli, 1999).

A psicologia clínica foi inserida no ramo da saúde mental, uma vez que esta estava estritamente ligada à psiquiatria e à psicopatologia. Logo, a psicologia clínica estuda o comportamento e as características do sujeito, assente no método psicológico, facilitando desta forma a observação e análise do comportamento, tendo em conta as limitações e ajustes do sujeito com patologia (Leal, 2006).

Decorria o ano de 1912, quando, em Portugal, na Universidade de Coimbra, na Faculdade de Letras, foi criado o primeiro laboratório de psicologia, onde se realizaram estudos psicopedagógicos e de psicologia experimental. No ano de 1930 foram realizados em Lisboa os mesmos estudos. O uso da psicometria surge em 1950, tendo sido utilizada no Instituto de Orientação Profissional, que foi o primeiro a desenvolver atividade nesta área, nomeadamente na aplicação de testes. Em 1976 e face à nova era de democratização do país, é criada a psicologia no ensino superior. Na década de 80, existe uma forte exponencial de licenciaturas em psicologia em diversas instituições de ensino, assim como o investimento em formações específicas de professores, fortalecendo a referência e os métodos de ensino utilizados.

O novo pensamento sobre saúde teve a sua grande contribuição nas direções dos serviços de saúde mental. No entanto, no ano de 1985, os institutos de assistência psiquiátrica foram substituídos pelas direções de saúde mental, o que teve influência na psicologia da saúde (Ribeiro & Leal, 1997).

A psicologia clínica começou a ser reconhecida de outra forma, quando a comissão da APA, em 1947, sugere que para o ensino da psicologia clínica se devem ter em conta variadíssimas recomendações como: o curso de psicologia geral; a psicologia

dinâmica e do comportamento; e métodos de diagnóstico bem como métodos de terapia e investigação, e, ainda, a obrigatoriedade de um ano de estágio (Pardinielli, 1999).

Em Portugal, houve uma reestruturação da carreira, tendo a psicologia clínica passado a ser parte integrante da carreira de técnicos superiores, através do Decreto-Lei nº 241/94, de 22 de setembro, com a denominação de psicólogos clínicos.

A história e a situação de vida do sujeito são contextualizadas, sendo feita uma análise das reações do indivíduo através da psicologia clínica (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

A relação entre o paciente e o psicólogo deve ser distinta e de grande qualidade, tendo por base uma metodologia de intervenção (Ribeiro & Leal, 1997).

O Papel do Psicólogo Clínico em Contexto Escolar

No início do século XIX dá-se o desenvolvimento da psicologia escolar, devido ao alargamento do ensino público, tanto na América como na Europa, bem como o aumento das problemáticas psicológicas nas crianças. Foi no final do mesmo século que surgiu na Europa, nomeadamente em França, o primeiro serviço de psicologia escolar, que tinha como objetivo a observação, a prevenção, a intervenção e a medição das capacidades das crianças, tendo em conta a inteligência e o desenvolvimento infantil, realizando um diagnóstico de forma a permitir uma intervenção adequada, com o intuito de ajudar as crianças nas suas dificuldades escolares (Cassins, 2007).

Os Estados Unidos da América comprovam possuir um avanço a nível da psicologia escolar, pela especialização das suas duas associações; a associação nacional de psicólogos escolares e a divisão de psicologia escolar da associação americana de psicologia. Em 1981, foram divulgadas as instruções de especialidade para a prestação de serviços por psicólogos escolares (idem).

Rousseau revolucionou a ideia da criança deixar de ser vista como um adulto, que não tem apetências para o trabalho, passando a ser encarada como um ser de alto relevo a nível social, inserido no contexto comunitário.

Segundo Caplan e colaboradores, em 1992, os psicólogos exercem três tipos de prevenção nas escolas, acautelando desta forma, ocorrências ou recorrências de fatores de risco.

As escolas oferecem uma riqueza de informação e recursos, preciosa para determinar o tipo e a gravidade das problemáticas das crianças, em contexto escolar, bem como a facilidade de intervenção no meio escolar, proporcionando sucesso académico. As instituições académicas são únicas, pois permitem um fácil acesso à observação da ação das crianças, em diversos contextos, abrangendo áreas preponderantes do seu funcionamento (Brown, 2004).

A 17 de maio de 1991, em Portugal, o Decreto-Lei nº190/91, instituiu a forma de melhorar a qualidade da educação, através de uma reforma que regulamentou a orientação educativa, de modo a potencializar o acompanhamento do aluno durante o seu processo educativo e a identificar as suas áreas de interesse, remetendo a sua atuação para as áreas de dificuldades de aprendizagem, facilitando, assim, o desenvolvimento da identidade do aluno bem como a construção do seu projeto individual de vida. Este Decreto-Lei insere os serviços de psicologia no contexto educacional, sendo preponderante a sua ação tripartida no apoio psicológico dado nas escolas, bem como na orientação escolar e na orientação profissional.

O psicólogo clínico, desempenhando as suas funções em contexto escolar, desenvolve diversas actividades, contribuindo para o desenvolvimento e construção da identidade pessoal dos alunos: delinea estratégias e procedimentos para aplicar a nível de orientação educativa; promove as capacidades educativas dos alunos; intervém a

nível psicológico e psicopedagógico, fazendo a ponte entre pais, encarregados de educação e professores de forma a potencializar as capacidades do aluno, quer inserido no contexto escolar quer na comunidade de que faz parte; participa também em processos de avaliação multidisciplinar a nível da avaliação e intervenção psicológica; estabelece e promove programas educativos individuais e supervisiona-os; desenvolve programas de orientação vocacional em grupo e também a nível individual; promove ações de formação junto do pessoal docente e não docente, participa em projetos de investigação; todas as suas tarefas têm em linha de conta melhorar o sistema educativo (Leal, 1999).

Anamnese e Observação Clínica

A entrevista clínica possibilita ao psicólogo clínico seguir um guião de entrevista, com questões orientadoras, relativas aos temas sobre os quais irá conduzir a entrevista, sendo que as questões não são colocadas ao paciente de forma hierarquizada, mas antes em alturas ou situações que o psicólogo clínico considerar ser oportuno (Cunha, 2000).

A entrevista clínica deve ser compreendida como uma relação autêntica e profissional de interação direta e ao serviço do paciente, em vista a uma finalidade particular (Leal, 2008).

A atuação do psicólogo clínico é caracterizada pela entrevista clínica que efetua, utilizando o método de observação e a avaliação instrumental através da aplicação de testes e escalas (Bénony & Chahraoui, 2002).

A entrevista clínica é um método de recolha de dados que visa obter factos ou representações situacionais em função da subjetividade intrínseca do ser humano (Ketele & Roegiers, 1998).

Avaliação Psicológica

A avaliação é um procedimento de caráter decisivo na prática psicológica (Gonçalves, Simões, Almeida, & Machado, 2003).

A avaliação psicológica é um procedimento organizado segundo princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação, tanto ao nível da personalidade como de outras funções cognitivas do sujeito. Pode ser efetuada sob diversas formas, designadamente a entrevista e a observação clínica, as provas psicológicas, as técnicas projetivas, entre outros procedimentos de investigação clínica, como os jogos, os desenhos, o contar histórias, o brincar. Contudo, é necessário contextualizar o indivíduo, recorrendo, por vezes, à ajuda de uma equipa multidisciplinar, para que se obtenha um melhor conhecimento do sujeito, bem como da sua patologia. Uma imagem geral e final não deve ser retirada da avaliação do sujeito por si só, rotulando-o com um diagnóstico tipo (Ribeiro & Leal, 1997).

Cunha (2000) refere que a avaliação psicológica é um processo científico demarcado no tempo, que advém de diversas provas e técnicas, com o intuito de descodificar problemas psicológicos com referência a conteúdos (Silva, Pasa, Castoldi, & Spessatto, 2010).

A combinação de diversas fontes de informação, investigando diferentes fatores do sujeito, como a família e o seu meio envolvente, permite uma prática integrativa da avaliação psicológica (Soeiro, 2014).

O processo de avaliação psicológica pressupõe que se faça uma triagem das estratégias e dos instrumentos que se utilizam, tendo por base um quadro de referência teórico que serve de guia para o terapeuta, seja este clínico, educacional ou forense, com a finalidade de diagnóstico, intervenção ou prevenção (Araújo, 2007).

A avaliação psicológica com crianças costuma ser efetuada, segundo um determinado guião que é aceite e seguido pelos psicólogos. Primeiramente escuta-se o adulto, de forma a identificar a problemática da criança expressa pelo adulto, observando também a interação que existe entre a criança e o adulto; seguidamente fala-se com a criança, propondo que esta realize um desenho, podendo este ser o desenho da figura humana, da família ou apenas livre; por fim, sintetizam-se os dados recolhidos na entrevista clínica e na observação em contexto clínico (Santos, 2015).

O código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), aprovado a 25 de março de 2011 e publicado no Diário da República, 2.ª série – N.º 78, de 20 de abril de 2011, em anexo ao regulamento n.º 258/2011, referencia a avaliação psicológica no seu ponto 4. A avaliação psicológica é delineada de forma a preservar e respeitar a privacidade da pessoa, independentemente do método e protocolos utilizados. É um processo compreensivo e diversificado. Não deve ser efetuado qualquer tipo de discriminação às pessoas, apresentando estas deficiência ou não, pois todos os sujeitos têm direito a uma avaliação psicológica justa e condigna. A avaliação psicológica é um método de atuação do domínio exclusivo da psicologia que distingue os seus profissionais, através da sua autonomia técnica em relação a outros profissionais (OPP, 2011).

As Provas Psicológicas

Os testes de personalidade surgiram posteriormente às provas de inteligência. Estes são testes qualitativos e não quantitativos, pois avaliam o processo psíquico inerente à personalidade do indivíduo, não existindo respostas certas ou erradas. Os testes de personalidade podem ser de dois tipos: ou questionários ou testes projetivos. Com as crianças, os testes de personalidade menos usados são os questionários, uma vez que estes constituem uma tarefa mais aborrecida para a criança e ela acaba por mostrar

cansaço facilmente. Das provas psicológicas fazem parte as escalas de avaliação que têm por objetivo determinar aspetos específicos de determinadas patologias. As escalas de ansiedade, de depressão, de desenvolvimento infantil e autismo, bem como as das perturbações deficitárias da atenção, fazem parte das provas psicológicas (Marcelli, 2005).

O uso por parte dos psicólogos de provas psicológicas permite a estes técnicos uma melhor concretização da avaliação, tornando-a mais objetiva, para que a decisão da intervenção se torne mais eficiente perante a problemática apresentada (Araújo, 2007).

As provas projetivas são muito usadas pelo psicólogo clínico e bem aceites pela criança durante a sua avaliação. A criança faz a projeção de si própria, permitindo uma melhor perceção e interpretação dos factos retratados por esta. Neste tipo de provas conseguem-se retirar dados que num diálogo com a criança não se retirariam, sendo preponderante o seu uso de modo a maximizar a observação de comportamentos da criança (Soeiro, 2014).

Segundo Anastasi e Urbina (2000), as provas psicológicas são objetivas e padronizadas de uma amostra circunscrita a um determinado comportamento. As provas devem ser uniformes na sua aplicação e cotação, para a mesma população, e devem estar aferidas para a população que se está a estudar, sempre que possível. São as características psicométricas que, cumprindo as normas estatísticas, demonstram se o instrumento está aferido para uma determinada população; ou seja, se o instrumento é representativo da amostra (Marcelli, 2005 cit. por Silva et al. 2010).

Intervenção Psicológica

Psicoterapia de Apoio

A psicoterapia de apoio é utilizada essencialmente como uma abordagem terapêutica, tendo em vista as necessidades do paciente ou do contexto em que este se

insere. É usada tanto de forma isolada como de forma terapêutica, antes de se recorrer a outro tipo de abordagem. Este tipo de intervenção psicológica desperta situações de fragilidade dos pacientes. A autonomia; o fortalecimento da identidade do sujeito; a criação de uma autoimagem estável; a potencialização das capacidades de julgamento e da realidade, promovem a maturidade emocional que são exploradas pelo desenvolvimento emocional do sujeito, e potencializados pelo uso da psicoterapia de apoio. Esta evidencia as motivações inconscientes do sujeito, que são atingíveis no processo de psicanálise. A psicoterapia de apoio é uma terapia eficaz e direcionada para a queixa do sujeito bem como para o seu sofrimento (Leal, 2005).

Segundo Bloch (1999), a psicoterapia de apoio tem como objetivo promover o equilíbrio do paciente de forma a reforçar as suas defesas, numa adaptação mais facilitadora ao meio envolvente bem como promover melhorias sintomáticas. Esta psicoterapia é influenciada pelas particularidades do sujeito como a idade, o diagnóstico e prognóstico de evolução, as circunstâncias sociais envolventes, bem como os recursos pessoais. Tem como objetivo geral aumentar a autoestima, a autoconfiança, através do realce das qualidades do sujeito, tornando-o consciente da sua realidade, de forma a prevenir futuras recaídas, evitando o agravamento clínico ou a hospitalização e promovendo a sua vida laboral, com o intuito de tornar o sujeito independente (Lamperière & Feline, cit. por Leal, 2005).

A promoção da relação paciente terapeuta, proporcionada pela psicoterapia de apoio, é defendida por Novalis (cit. por Leal, 2005), pois sustenta que se devem fortalecer os aspetos saudáveis do sujeito, para que este use os seus recursos disponíveis, minimizando o seu desconforto e melhorando o seu comportamento disfuncional. A psicoterapia de apoio deve ter em conta as limitações do sujeito; no entanto, deve sempre promover a autonomia do indivíduo.

A psicoterapia de apoio tinha por objetivo promover ou restabelecer o bom funcionamento do paciente, devido ao reforço de mecanismos de defesa adaptativos, ou seja: se o paciente era mantido longe de pressões ambientais intensas, de forma a promover a aceitação de medidas para o alívio da sua sintomatologia. Ela é frequentemente utilizada quando o sujeito se encontra numa fase de descompensação temporária ou em situação de crise, tendo por objetivo primordial reforçar e/ou restaurar as capacidades do sujeito que se mostrem comprometidas. É estabelecida uma relação entre o paciente e o terapeuta denominada de aliança terapêutica, baseada no apoio, esclarecimento e auxílio na solução da problemática do paciente. A psicoterapia de apoio pode ser utilizada em diferentes psicopatologias, nomeadamente naquelas em que existe um défice das funções do ego (Cordioli & et al., 2009).

A psicoterapia de apoio nas crianças tem por objetivo auxiliá-las a conseguirem reconhecer e ultrapassar os seus problemas emocionais. Deste modo, a psicoterapia de apoio deve servir de auxílio para que a criança aprenda a desenvolver estratégias saudáveis, conseguindo dessa forma enfrentar as suas limitações; é também importante para doutrinar a criança quanto aos seus deveres e faltas (Cordioli, 1998).

Quanto ao desenvolvimento da criança, este tipo de intervenção psicológica é determinante, pois é um meio facilitador do seu desenvolvimento. A colaboração dos pais é fundamental neste processo, pois eles possuem informações preciosas e únicas sobre a criança. Os progenitores devem sempre saber como funciona o tratamento psicológico. No entanto, o normal desenvolvimento das habilidades adaptativas da criança por vezes é afetado por diversas problemáticas que ocorrem no seu dia-a-dia. Desta forma, a psicoterapia de apoio em crianças define-se como o modo de intervenção que tem por objetivo dar resposta aos seus problemas (Deakin & Nunes, 2008).

Modelo de Intervenção

Modelo Cognitivo-Comportamental

A teoria cognitiva comportamental foi desenvolvida por Aron Beck, na Universidade da Pensilvânia, no princípio da década de 60, sendo considerada um tipo de terapia breve, estruturada, orientada no presente, direcionada para a resolução de questões atuais e para a alteração de pensamentos e comportamentos considerados disfuncionais. Este modelo foi adaptado ao longo dos tempos por outros autores, que se focaram na tecnologia e na duração do tratamento. No entanto, a teoria acabou por permanecer. Em geral, o modelo cognitivo comportamental sugere que os pensamentos erróneos do sujeito influenciam o humor e o seu comportamento, e que para melhorar o seu estado é essencial que este modifique as suas crenças disfuncionais (Beck, 1964).

Segundo Persons, Burns e Perloff (1988), a terapia cognitiva é destinada a sujeitos com níveis de educação diferenciados, tendo sido adaptada a todas as idades, contemplando não só as crianças desde a pré-escola mas igualmente os idosos (Knell, 1993).

Muitas formas derivaram do modelo de Beck, mas mantêm o foco, uma vez que o terapeuta procura motivar a mudança cognitiva, isto é, as alterações na forma de pensar e nas crenças do sujeito, com o objetivo de fomentar a transformação ao nível emocional e comportamental do sujeito.

A teoria cognitiva comportamental (TCC) é considerada como um modelo de terapia organizada e direcionada para o momento presente, tendo por objetivo a resolução dos problemas atuais, bem como a modificação dos pensamentos e os comportamentos disfuncionais do paciente. Neste modelo, é importante a colaboração mútua, ou seja, tanto o paciente como o terapeuta trabalham em parceria. Os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados; assim, este modelo

contribui para a modificação dos pensamentos e das crenças erráticas (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clarck, 1997).

O modelo de terapia cognitiva comportamental muda as percepções e a cognição das pessoas, isto é, se o paciente mudar a forma como pensa e o modo como percebe as situações, vai existir uma mudança a nível comportamental, uma vez que os mecanismos de percepção e cognição são cruciais nos processos de adaptação e mudança.

A alteração de comportamentos é fortemente influenciada pela terapia cognitiva comportamental, pois esta incide nos reforços que são feitos sobre o sujeito no treino de competências, o que coopera para a maneira como o paciente percebe as suas vivências diárias, ao nível psicológico. O modelo da terapia cognitivo comportamental age como mediador, devido ao facto de ser preponderante no processo de reestruturação a nível dos comportamentos do sujeito e da forma como estes se sentem.

Na terapia cognitivo comportamental, nas primeiras sessões, o psicólogo recolhe a informação de pensamento do sujeito bem como a forma como o sujeito reage face a determinados acontecimentos que lhe provocam mau estar (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clarck, 1997).

A própria percepção e a memória são influenciadas pelas crenças, o que faz com que o sujeito se torne particularmente sensível a fatores de stress, quer estes sejam internos ou externos, originados pelas dificuldades no processamento cognitivo, uma vez que estes fatores vão desencadear respostas e comportamentos desajustados (Beck, 1995).

Também as problemáticas com as crianças e adolescentes foram primeiramente tidas em linha de conta pela TCC, usufruindo das teorias de aprendizagem para a sua

aplicação e para promover alterações de comportamentos, tendo como influência o contexto cognitivo em que está inserida (Marcelli, 2005).

A TCC aplicada a crianças deve ser complementada com entrevistas a pais, professores, e a observação directa sobre o comportamento disfuncional, bem como a avaliação inerente (Asbahr & Ito, 2008).

A intervenção através da TCC que, é realizada com crianças possui um carácter muito mais complexo relativamente à mesma feita com adultos. Por tal motivo a experiência profissional possui um cariz importante, visto na entrevista com as crianças não se dar apenas relevo à linguagem verbal, mas ter-se muito em conta a linguagem não verbal, pois esta transmite informação que de forma verbal seria difícil de alcançar (Bénony & Chahraoui, 2002).

É de vital importância o profissional que trabalha com crianças ser muito dedicado e mostrar uma grande dedicação para que seja menos difícil estabelecer uma relação terapêutica que englobe o psicólogo a criança e os seus pais. A dinâmica familiar também deve ser sempre observada para contextualizar a criança na sua família (Marcelli, 2005).

Desenvolvimento Infantil

O estudo sobre o desenvolvimento infantil abrange aspetos qualitativos e quantitativos, pois com o seu desenvolvimento aqueles modificam-se ao longo do tempo. Quanto à qualificação quantitativa do crescimento da criança faz parte o peso e a altura, já que são mensuráveis e originam mudanças nas dimensões do corpo. Contudo, o ritmo de crescimento da criança oscila de criança para criança. O crescimento da criança é diretamente influenciado por fatores hereditários e ambientais, sendo que a única característica que é comum a todas as crianças faz parte do seu processo contínuo

de crescimento e desenvolvimento, resultando em mudanças físicas, cognitivas e emocionais (Thompson & Ashwill, 1996).

Variados estudos se têm efetuado sobre o desenvolvimento do ser humano e daí concluído que a sua conceção advém de uma compilação de diversos fatores, como os biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Este desenvolvimento inicia-se aquando da conceção do ser humano, passando o ser humano, durante o seu ciclo de vida, por um processo evolutivo, de uma situação de dependência total até à fase de autonomia (Castelo & Fernandes, 2009 ; Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

Erik Erikson (1987) considera o contexto histórico e cultural essencial para o desenvolvimento humano, usando a informação daí recolhida como instrumento de análise, que vai proporcionar a retirada de indicativos relativos à formação da identidade do sujeito, que é construída e conservada pela sociedade, designando-o de ego grupal.

Durante o desenvolvimento da criança existe uma diversidade nas suas capacidades e áreas de habilidade, podendo estas serem mais fracas ou mais fortes relativamente ao processo de aquisição; todavia, a ausência de simetria poderá ditar a existência de patologia, sendo um sinal de alarme para o qual se deverá estar atento (Castelo & Fernandes, 2009).

Segundo Erikson, o desenvolvimento é um processo contínuo que decorre em diversos estádios ou fases. Cada estádio é caracterizado por uma crise que é necessário resolver. A criança deverá em cada estádio ter apreendido um determinado grau de domínio e conforto antes de passar para o estádio seguinte, embora a criança nunca termine por completo todas as tarefas de um determinado estádio (Stanhope, 1999).

A crise emerge sempre do estádio precedente, devido à resolução dos conflitos internos, surgindo uma orientação nova para a criança e para a sociedade. Como o

movimento provem de experiências anteriores, existem problemas na progressão dos estádios seguintes, visto existirem dificuldades na resolução das crises (idem).

No primeiro estágio a criança aprende a confiar em si e no ambiente que a circunda, devido à satisfação das suas necessidades. No entanto, se as necessidades forem satisfeitas de forma inconsistente, torna a criança desconfiada e confusa. A resolução da problemática está interligada à qualidade da vinculação e da interação entre mãe/pai e a criança (idem).

O desenvolvimento das capacidades físicas e mentais da criança é realizado durante o segundo estágio. Neste estágio, cabe aos pais o papel de permitirem à criança o aumento da sua independência e a aquisição da sua habilidade pessoal, conseguindo desta forma desenvolver mais facilmente um sentimento de controlo sobre si própria e sobre o ambiente, se os pais possuírem expectativas adequadas e incentivarem a criança. Se este domínio não lhe for inculcido por parte dos pais, a criança sente-se inadequada (idem).

O terceiro estágio é aquele em que as crianças fazem perguntas, permitindo-lhes desta forma tomar iniciativa para a atividade. A criança imita os adultos, ou seja segue os padrões dos pais e aprende a responsabilizar-se pelas suas próprias ações, podendo nesta fase as restrições levar a sentimentos de culpa sobre pensamentos e ações.

O quarto estágio acontece durante a infância média e tardia. Neste estágio a criança passa da iniciação dos projetos para o término destes; a competição e o envolvimento com os pares aumenta. A criança utiliza as suas capacidades cognitivas em desenvolvimento para se tornar um membro ativo do grupo. A autoestima poderá ser posta em causa, se a criança não se sentir suficientemente produtiva (idem).

A identidade faz parte do conflito psicossocial do quinto estágio, sendo uma característica basilar da adolescência. Este estágio é de elevada importância para que o

adolescente se entenda a si próprio, conseguindo atingir um conjunto de valores e crenças, fruto da experimentação de vários papéis e de *feedback* por parte dos outros.

O comprometimento da identidade do adolescente ocorre quando este não é capaz de adquirir um conhecimento de si próprio, ou de se enquadrar no meio envolvente (Stanhope, 1999).

Jean Piaget contribui de uma forma muito importante para a compreensão do desenvolvimento cognitivo do sujeito. De acordo com os seus estudos, a aprendizagem do sujeito deriva da manipulação ativa de objetivos e da informação, seguida da fase de processamento mental do evento (Monteiro & Santos, 1993).

A assimilação e a acomodação são dois processos que terão de existir para que ocorra desenvolvimento adequado.

Quando novas experiências são integradas em esquemas anteriormente existentes, isso designa-se assimilação. Sempre que a informação não possa ser enquadrada em esquemas pré-existentes, há necessidade da criança se ajustar, modificar ou desenvolver novos esquemas, denominando-se isto por processo de acomodação (Stanhope, 1999).

Quatro estádios do desenvolvimento cognitivo foram formulados por Jean Piaget, estádios esses expressivos do aumento da capacidade que a criança possui para a resolução de problemas. Existe sempre um período de transição entre cada um dos estádios, onde se ajustam comportamentos.

No estádio sensório-motor, que vai desde o nascimento da criança até aos dois anos de idade, são desenvolvidas operações onde existe objeto, causalidade e simbolismo. O bebé atravessa progressivas fases, que vão desde a incapacidade de recordar objetos que não estejam visíveis, à aptidão de os localizar, desde que esteja visível apenas uma parte, para posteriormente, o *toddler* conseguir encontrar o objeto

escondido, se este não tiver sido mudado do sítio. Posteriormente, o *toddler* consegue situar um objeto, depois de vários movimentos sem visualizar o objeto, com o intuito de adquirir a permanência do mesmo. Sendo através destas constantes tentativas e progressões que o *toddler* despoleta o conceito da causa-efeito (*idem*).

A criança passa da descoberta lúdica accidental, ao conseguir manipular um brinquedo, tal como o movimento do chuto numa bola, a comportamentos mais elaborados, de forma a fomentar acontecimentos, como soprar um balão (*idem*).

A representação simbólica é descrita como a progressão que a criança faz no processo de manipulação de objetos, ou seja: primeiramente utiliza as mesmas ações para todos os objetos, sem distinção; posteriormente usa um só objeto para representar corretamente outro (Stanhope, 1999).

No estágio pré-operatório as crianças não são capazes de separar as histórias de fantasia da realidade. Este estágio divide-se em dois períodos distintos: o estágio pré-conceptual, que vai dos 2 aos 4 anos e o estágio da fase intuitiva, dos 4 aos 7 anos.

No período pré-conceptual existe um aumento do simbolismo no brincar e na linguagem. A criança não se consegue colocar no papel de outra pessoa, ou seja, não consegue imaginar o que outra pessoa pode imaginar ou sentir (*idem*).

No segundo estágio, na fase intuitiva, a criança é muito literal na perceção que possui das palavras e confunde o que ocorre devido à coincidência com a causa. Devido a este facto, a criança não consegue lidar com vários aspetos do objeto de uma só vez, sendo incapaz de atribuir classificações simples ou fazer agrupamentos (*idem*).

O estágio operatório concreto faz parte do terceiro estágio, permitindo o desenvolvimento de novas habilidades, que se relacionam com perceção direta de informação. Neste estágio a criança não consegue realizar operações mentais, visto não possuir pensamento abstrato (*idem*).

A competência para classificar objetos segundo as suas características, ordem e série, e compreender que as propriedades dos objetos se mantem, mesmo alterando a sua aparência, permite à criança o entendimento do conceito de relação (idem).

O último estágio, o estágio operatório formal, permite à criança trabalhar as ideias abstratas, sendo que, neste estágio, o raciocínio indutivo e dedutivo faz parte da resolução de problemas. Surge então a capacidade de construção de um novo pensamento e ideias, ou seja, o adolescente é capaz, através do seu raciocínio, de formular hipóteses. As operações formais continuam em desenvolvimento ao longo da adolescência até à idade adulta, podendo algumas pessoas nunca completar esta fase (Stanhope, 1999).

Em contexto clínico, a avaliação do desenvolvimento infantil deve ser sempre iniciada com a anamnese. Esta deverá ser elaborada com muito cuidado e ressaltando sempre todos os aspetos inerentes à criança bem como as preocupações dos familiares. Posteriormente realiza-se a observação clínica, analisando o comportamento espontâneo do sujeito, e de seguida aplicam-se provas, de modo a recolher o maior número de dados de informação do sujeito. A observação do desenvolvimento, por si só, constitui um fator fundamental para verificar e despistar a existência de problemáticas que possam influenciar a vida futura (Castelo & Fernandes, 2009).

Perturbações Contextuais do Desenvolvimento Humano

Divórcio e a Criança

Na actual sociedade existe uma pluralidade de estruturas familiares, em que o processo de divórcio é encarado como fazendo parte da mesma. Poderá existir dificuldade de adaptação a uma nova vida, por parte dos membros da família que sofram um processo de divórcio, sendo por norma, no processo de ruptura familiar as crianças as mais afectadas, pois estas não aceitam e nem compreendem na maioria dos

casos o porquê desta mudança, podendo despoletar nestas um desajuste a nível psicológico e emocional (Amato, 2000).

Com a separação dos pais a criança, tem nesta fase a sua primeira grande mudança e adaptação de vida. É uma fase perturbadora para o desenvolvimento da criança, esta altera drasticamente os seus hábitos, existindo uma rutura nas rotinas diárias e também no contacto directo com ambos os progenitores (Eymann, Busaniche, Llera, De Cunto, & Wahren, 2009).

As crianças reagem de forma diferenciada tendo em conta a sua personalidade, género, história de vida, estrutura familiar e temperamento. Também a idade da criança é um fator a ter em conta para a sua perceção sobre a problemática do divórcio parental. A fase de entrada para a escola e a adolescência podem ser alturas do desenvolvimento da criança, adolescente em que, esta sinta de uma forma mais vincada e com mais repercussões o divórcio dos progenitores (Ofra & Adina, 1993).

Perturbação do Neurodesenvolvimento

Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

O modelo médico e o modelo dos distúrbios da aprendizagem são modelos de estudo que assentam a sua origem na história da perturbação por défice de atenção.

Datam do final do século XIX relatos de que o oftalmologista Cyril Hinshelwood em Inglaterra, encontrou semelhanças entre adultos que tinham perdido a capacidade de leitura, após acidentes vasculares cerebrais, tumores ou traumatismos de crânio, e algumas crianças inteligentes com dificuldades para a leitura e a aprendizagem (Ballone, 2005).

Still, no início do século XX, refere um conjunto de sintomas de duplo significado, semelhantes aos sintomas que nos dias de hoje se referenciam como manifestações dos sujeitos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção

(PHDA). Mencionou que as crianças que apresentavam essa sintomatologia revelavam uma deficiência do controlo moral, ou seja, baixos níveis de inibição da vontade e da atenção, bem como agressividade, hiperatividade e outros problemas associados. Still e os seus pressupostos foram importantes, pois formulou a hipótese de etiologia neurológica e determinou que os meninos eram mais afetados que as meninas (Lopes, 2003).

As perturbações por défice de atenção e as perturbações da hiperatividade e défice de atenção (PHDA) são consideradas desordens ao nível do desenvolvimento que vão resultar em problemas de atenção, de impulsividade e até acabar nalguns casos em hiperatividade (Nielsen, 1999).

As dificuldades de aprendizagem preceptivo-cognitivas, a falta de atenção e os problemas de comportamento, bem como a falta de maturidade são evidenciadas como características relevantes, reconhecendo existirem características de menor importância que podem surgir e que são de cariz emocional, como a impulsividade, a ansiedade e a dificuldade de relacionamento com os pares (Vasquez, 1997).

A perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) é caracterizada por alguns indicadores frequentes do comportamento da criança, como a agitação, a desorganização, a falta de persistência, a imaturidade, a impulsividade, a inconveniência social, a inquietude, a irresponsabilidade, a preguiça, os problemas de aprendizagem e o relacionamento social pobre. As crianças, adolescentes e adultos que estão diagnosticados com a PHDA são frequentemente apelidados de problemáticos ou irresponsáveis (Lopes, 2003).

Devido às características inerentes a esta perturbação, a situação familiar, a emocional, a social e a escolar tornam-se complexas. Pais e professoras desesperam com frequência face a estas situações provocadas pela perturbação e essencialmente

porque também estes estão pouco sensibilizados para a problemática. No contexto escolar, podem surgir perturbações de aprendizagem, como a dislexia, a disgrafia, a discalculia, entre outros. Todas estas dificuldades criam na criança uma incapacidade de controlar as suas emoções, revelando uma baixa autoestima, irritando-se com facilidade, sendo característico o seu humor variável (Selikowitz, 2010).

Existem diversas designações para o mesmo diagnóstico, quando se estuda a perturbação da hiperatividade infantil (Garcia, 2001).

A PHDA continua a ser uma das perturbações do desenvolvimento infantil mais investigada, tendo despertado um grande interesse pela comunidade científica, quer por médicos, psicólogos, professores e educadores. É uma perturbação de carácter permanente e de etiologia neurobiológica, com maior prevalência na infância, mas que se manifesta de igual modo na idade adulta.

Fatores associados à PHDA

Fatores que estão frequentemente associados à PHDA são o comportamento, a aprendizagem, a desobediência, a labilidade emocional e a chamada de atenção.

Polaino-Lorente & Ávila (2004), relativamente ao comportamento, afirma que a criança hiperativa apresenta um comportamento totalmente imprevisível, imaturo e inapropriado para a idade, referindo que as crianças hiperativas são travessas e não más, como algumas vezes são designadas. A impulsividade leva as crianças a praticar atos para os quais não lhes ocorre nenhuma consequência, o que frequentemente as coloca em apuros, pois o ato torna-se mais rápido que o pensamento. Na brincadeira com os seus brinquedos a criança ao brincar destrói-os, simplesmente por serem actos não pensados e não por os querer danificar. Estas crianças, na sua grande maioria, revelam-

se agressivas e violentas, tanto com o seu grupo de pares como com todas as pessoas ao seu redor.

A maioria das crianças hiperativas apresenta dificuldades de aprendizagem, não pela sua capacidade intelectual mas pela dificuldade de atenção. A sua falta de reflexão, aliada à excessiva inquietação motora, prejudica a aprendizagem, levando a um fraco rendimento escolar, ou mesmo insuficiente para aprovação do aluno (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

Em crianças muito inteligentes, mas que sejam hiperativas, o seu rendimento escolar, embora seja suficiente, não é na sua grande maioria satisfatório, isto porque apresentam dificuldades na capacidade de memorização, pois possuem uma grande falta de concentração e um aumento excessivo de distração. Quando conseguem concentrar-se é por períodos de tempo muito curtos. Algumas crianças hiperativas têm dificuldades em pronunciar certos sons, estruturar frases ou em aprender a ler e a escrever (idem).

O facto de a criança se mostrar desobediente é uma problemática que afecta o meio familiar, o meio escolar, e todo o seu meio envolvente, pois a criança tem uma predisposição para fazer o contrário daquilo que lhe é pedido. Devido a este fator, o papel de educação por parte dos pais fica algo comprometido, pois é difícil ensinar os filhos relativamente a hábitos básicos como os de higiene e de educação básica (idem).

A labilidade emocional é muito importante para a compreensão da PHDA. Polaino-Lorente & Ávila (2004) constataram que a criança hiperativa possui alterações de humor frequentemente, o que faz com que o seu comportamento seja pautado por essas oscilações. A criança irrita-se intensamente quando os seus desejos não são satisfeitos de imediato, a criança não encara de bom humor o facto de ter de esperar por algo. Acaba, ao longo do tempo, por formar uma má opinião de si própria, utilizando

frequentemente frases pejorativas da sua pessoa como o de ser má pessoa, o de não ter amigos e de não conseguir estudar.

A criança com PHDA não aceita nem assume as suas perdas e fracassos, assumindo uma postura presunçosa para fugir à realidade. Tem um comportamento de destaque em qualquer local que se encontre, querendo ser sempre o centro das atenções, o que faz com que nem sempre a chamada de atenção seja feita da forma mais adequada, pois por vezes a criança não direciona esta chamada para o que realizou mas para ter a atenção de alguém. Assim, quando realiza tarefas com êxito, a sua necessidade de destaque torna-se ainda mais relevante, nomeadamente junto de pais e professores (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

Subtipos da PHDA

A hiperatividade foi considerada durante muito tempo como a característica fundamental da PHDA.

A American Psychology Association (American Psychiatric Association, 2002) distingue três subtipos da PHDA conforme a preponderância dos sintomas de falta de atenção e da hiperatividade e ou impulsividade.

O tipo I é a PHDA do tipo combinado, existe hiperatividade com défice de atenção, e é caracterizado de forma geral tanto pela falta de atenção como pela hiperatividade.

O tipo II é a PHDA do tipo predominantemente desatenção; este é qualificado de forma geral pela dificuldade que a criança tem em prestar atenção na sala de aula, bem como nas brincadeiras, a incapacidade de organizar actividades e tarefas simples, e esquecer-se com muita facilidade.

O tipo III é a PHDA do tipo predominantemente hiperatividade-impulsividade; este tipo é caracterizado por uma inquietude generalizada e movimentos constantes, incapacidade em se sentar quieto, fazer ruído excessivo, ou falar continuamente.

“Uma forma interessante de olhar para o problema é imaginar a criança com PHDA como sendo um carro sem travões: Incapaz de travar as distrações – desatento; Incapaz de travar os desejos – impulsivo; Incapaz de travar as ações – hiperativo.”
(Antunes, 2009, p. 151).

Esta perturbação é tão complexa que, para garantir o respeito pela criança com a PHDA e o rigor científico sobre a mesma temática, foi necessário fazer-se esta subdivisão, para melhor se poder enquadrar a criança num subtipo.

Nem todas as crianças com a PHDA têm dificuldade em se sentar tranquilamente e em controlar a sua impulsividade. No entanto, o que para elas é mais complicado é focarem a sua atenção numa determinada tarefa. Já outras crianças com a PHDA perdem com facilidade e frequência a atenção, embora consigam estar atentas por diversos períodos, pois são predominantemente hiperativas-impulsivas, o que faz com que possuam dificuldade em controlar os seus impulsos e ações. Os alunos que são integrados no Ensino Especial, devido a esta perturbação, por norma, encontram-se inseridos no subtipo I, o combinado. Estas crianças têm sintomas das três características.

Comorbilidade

A PHDA possui comorbilidade face a outras perturbações, sendo estas estudadas para as crianças e para os adultos.

Existe comorbilidade entre a PHDA e a perturbação desafiante de oposição, a PHDA e a perturbação explosiva intermitente, a PHDA e outras perturbações do neurodesenvolvimento, a PHDA e a perturbação da aprendizagem específica, a PHDA e

a perturbação intelectual, a PHDA e a perturbação do espectro do autismo, a PHDA e a perturbação reativa de vinculação, a PHDA e as perturbações de ansiedade, a PHDA e as perturbações depressivas, a PHDA e a perturbação bipolar, a PHDA e a perturbação de desregulação do humor disruptivo, a PHDA e a perturbação por uso de substâncias, a PHDA e as perturbações de personalidade, a PHDA e as perturbações psicóticas, a PHDA e as perturbações neurocognitivas, bem como os sintomas de PHDA induzidos por medicamentos. Tem-se verificado que existe predomínio de comorbilidade entre a PHDA e as referidas Perturbações Psiquiátricas.

Avaliar para intervir com sucesso na PHDA

Diagnosticar a PHDA a crianças nem sempre é fácil. A avaliação da criança com a PHDA deve passar por diferentes fases como uma avaliação médica clássica, uma avaliação comportamental e uma avaliação cognitiva e académica.

Segundo Boavida (1998), a avaliação médica deve incluir a história da criança e da sua família, o exame físico, a avaliação do neurodesenvolvimento, exame à visão e à audição.

A avaliação comportamental da criança deve orientar-se para os aspetos da PHDA, nomeadamente a atenção, a hiperatividade e os impulsos do sujeito.

Para avaliar a parte cognitiva e o desempenho académico, deve determinar-se as áreas fracas da criança e apurar as suas áreas de interesse a nível da aprendizagem e de inteligência, de forma a facilitar o processo de intervenção perante a criança (Boavida, Porfírio, Nogueira, & Borges, 1998).

A avaliação deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar, incluindo o pediatra, o corpo docente, o psicólogo, o psiquiatra, o neurologista e outros, se assim a equipa achar necessário, para se chegar a um diagnóstico, que é clínico, assente em critérios comportamentais, verificados por essa mesma equipa multidisciplinar. No

entanto, não existe nenhum sinal físico nem alteração de resultados de análise que possam confirmar ou negar um diagnóstico (Boavida, Porfírio, Nogueira, & Borges, 1998).

O trabalho multidisciplinar é crucial, tanto no diagnóstico como no tratamento da PHDA (Barkley, 1990).

Na avaliação da PHDA tem de se ter em linha de conta o perfil psicológico do sujeito, pois este poderá ou não influenciar a intervenção. A avaliação circunscreve diversos processos e instrumentos para se alcançar o diagnóstico, de forma a efetuar a avaliação e o percurso da intervenção, para que se proceda a uma avaliação das situações de comorbilidade e a uma avaliação das áreas fortes e fracas em termos psicológicos do sujeito (Barkley, 1990).

Segundo a APA, o diagnóstico da PHDA requer que a criança preencha os critérios de diagnóstico do DSM-5. Pois os referidos critérios reúnem um maior consenso no corpo clínico. O diagnóstico resulta da síntese de um conjunto de informação recolhida junto da família, escola/trabalho e do próprio indivíduo, de entrevistas e de uma observação direta. A utilização do DSM-5 na elaboração do diagnóstico da PHDA deve ser feita tendo em conta outras informações baseadas em dados clínicos e noutros instrumentos de avaliação e diagnóstico.

Também se deve ter em conta a confirmação dos sintomas por parte dos indivíduos que lidam frequentemente com a criança, como os pais e os professores. A informação recolhida junto dos pais e da escola deve ser feita através de entrevistas, questionários, listas de verificação e escalas de avaliação. É também importante avaliar o contexto familiar e o estilo parental.

Intervenção no contexto da PHDA

Pais e professores exercem um papel fundamental na redução ou eliminação da hiperatividade dos seus educandos, apesar de não ser descurada a toma da medicação. Para que os comportamentos sejam mudados, é necessário a aplicação correta de princípios que promovam as modificações nos comportamentos do sujeito.

A intervenção mais indicada de todas as possíveis terapias é a multidisciplinar, que envolve três vertentes: o tratamento médico, baseado em psicofármacos; o tratamento comportamental, baseado em técnicas de modificação de conduta de comportamentos; e o tratamento cognitivo-comportamental, que utiliza técnicas cognitivas e comportamentais de forma a alterar ou modificar comportamentos (Porfírio, Fernandes, & Borges, 1998).

Para que se opere a mudança de comportamentos, é necessário utilizar seis estratégias específicas, que são: o reforço social; a gestão de contingências; os contratos comportamentais; os sistemas de créditos; o ensino positivo e a autogestão (Lopes, 2003).

Farmacologia

O tratamento da hiperatividade com medicamentos só deve ser iniciado quando for efetuada uma avaliação completa por especialistas e o diagnóstico estiver comprovado (Falardeau, 1999).

Os medicamentos mais utilizados no tratamento da PHDA são estimulantes, pois possuem um efeito positivo sobre o nível de atividade cerebral, o que aumenta a disponibilidade de alguns neurotransmissores cerebrais. Na década de 70 esta medicação administrava-se apenas nos dias em que as crianças iam à escola. Vários estudos são realizados de forma a potencializar o efeito da medicação para benefício da

criança. Estas pesquisas demonstraram que a toma da medicação diariamente, diminui o risco de efeitos secundários e que a criança os aceita melhor.

Os medicamentos mais usados são psico estimulantes como a Dexedrina, a Ritalina, a Concerta, o Rubifen e o Cylert, baseados na Dextroanfetamina e no Metilfenidato. Com a prescrição destes fármacos pretende aumentar-se os níveis dos neurotransmissores Dopamina e Noradrenalina, esta também designada de Norepinefrina. Quando se aumenta a sua concentração a nível cerebral, estimula-se o sistema nervoso central que vai promover excitação, aumentando o grau de funcionalidade dos lobos frontais do cérebro da criança, resultando desta forma, um maior nível de concentração para a criança quer no adulto.

A medicação deve ser ajustada à criança, tendo em conta as suas necessidades. Os estimulantes de ação curta como a Ritalina e a Dexedrina produzem efeitos mais suaves, normalmente durante a manhã, o que exige diferente prescrição, se a criança tiver aulas de tarde, pois o índice de concentração diminui ao longo do dia (Antunes, 2009).

Esta medicação, como qualquer outra, possui efeitos secundários que caso sejam sentidos, tendem a diminuir com a toma da mesma.

Modificação comportamental na PHDA

A modificação de comportamentos em crianças com a PHDA deve ser sempre centrada nelas, mas nunca esquecendo o meio familiar e escolar.

Segundo Vasquez, o processo de modificação do comportamento deve envolver várias fases, como a determinação e a seleção de um comportamento indesejado, o estabelecimento da linha de base, a definição dos fatores que motivam o comportamento e o fazem recorrer, a aplicação de um programa de alteração de comportamentos tendo por base o reforço, a monitorização e a avaliação do processo (Bautista, 1997).

Uma das estratégias de intervenção mais adequada à modificação de comportamentos de crianças com a PHDA é o uso do reforço. Deve sempre criar-se um esquema de reforço que seja estimulante para o aluno, para que este se sinta motivado e o execute. Os seus gostos devem ter-se em linha de conta; os pais e os professores possuem uma palavra ativa sobre o aluno. O esquema de recompensa poderá ser feito com a ajuda do aluno, lembrando-lhe que as recompensas são materiais, sociais ou afetivas. O reforço será tanto mais eficaz quanto mais imediato e inesperado face à ação.

O reforço pode ser efetuado de diversas formas, sendo as mais utilizadas e conhecidas o reforço social e ou material, o programa de reforço *token*, os contratos, o custo de resposta e o *time-out*.

O reforço social baseia-se em valorizar socialmente, através do sorriso, do afeto, e das expressões de encorajamento, o comportamento após ocorrência da criança, impulsionando assim a sua frequência. Por outro lado, ignorar o comportamento inapropriado do aluno é um fator importante, dependendo do grau de severidade do comportamento (*idem*).

O reforço material, como o nome indica, associa recompensa material, como uma bola, um chupa, uma goma, que ocorre após o comportamento desejado, quer seja imediato ou por acumulação de pontos.

O reforço *token*, que significa sinal ou símbolo, está associado a uma recompensa material, como um autocolante, cartão, que faz a vez de algo. Esta recompensa não é imediata; vão-se acumulando e, após chegar ao fim das tarefas ou do período, o *token* é trocado pela recompensa previamente escolhida.

Os contratos são entre o professor e o aluno para o desempenho de determinadas tarefas na sala de aula, ou no espaço circundante, mas dentro da escola, com consequências para o aluno, podendo estas serem boas ou más (Bautista, 1997).

O custo de resposta penaliza comportamentos inadequados, de modo a promover a ocorrência de comportamentos desejados. Este poderá ser expresso de diversas formas como avisos, reprimendas, perda de privilégios, bem como a redução de pontos ou *token*. A oportunidade de ganho deve ser superior à de perda, pois estes alunos são caracterizados por uma baixa autoestima e têm tendência a desistir com facilidade.

O *time-out*, ou a técnica de afastamento do reforço positivo, baseia-se em isolar o aluno, seja mantendo-o num canto, ou colocando-o fora da sala de aula, para que ele sinta a negatividade do comportamento que o despoletou. Esta técnica deve ser utilizada em último recurso e apenas se o comportamento for muito grave e de imediato à infração, devendo ser de curta duração, mas com consistência. Depois de ter cumprido o seu *time-out*, o aluno deve ter um tempo de reflexão e calmo, de modo a expressar a vontade de mudança de comportamento.

A PHDA e a sua implicação no contexto escolar

Pressupõe-se que existem princípios gerais que devem ser seguidos, quando se ensinam alunos com a PHDA, apesar de não existirem dois alunos exatamente iguais e a necessitarem do mesmo ambiente e condições de aprendizagem para o seu sucesso (Parker, 2003).

Existem ao longo do percurso escolar várias princípios a ter em linha de conta por parte dos professores, com o intuito de potenciar o rendimento escolar de alunos com a PHDA, entre os quais se destacam: manter uma sala de aula estruturada; usar a atenção do professor como motivação; sentar o aluno perto do professor; planear antecipadamente as transições; identificar os pontos fortes do aluno; usar instruções, avisos e consequências eficazes, para melhorar o comportamento do aluno e ensinar a automonitorização.

Para manter a sala de aula estruturada, os professores devem unir esforços no sentido de manterem uma estrutura e uma rotina nas suas salas de aula. Faz sentido que na sala de aula o professor estabeleça fronteiras bem definidas para a criança hiperativa e que os pais tenham expectativas semelhantes acerca do comportamento na escola e em casa. Para que o aluno hiperativo seja organizado, o professor deve incentivá-lo, apesar de poder ser uma tarefa árdua (idem).

É importante modificar a apresentação das aulas e introduzir adaptações nas tarefas a realizar, para que os alunos se mantenham motivados e despertados para a tarefa. Os docentes devem cativar a atenção da turma e tentar manter um contacto visual com aqueles alunos que possuem dificuldade em fixar a atenção, antes de apresentarem uma aula (idem).

A atenção do professor deve ser utilizada como motivação, para que os alunos mantenham o interesse nas matérias. Os docentes têm de capacitar as salas de aula de forma a estas produzirem focos de interesse nos alunos, de modo a estimular-lhes o raciocínio e a mantê-los ocupados, sendo esta a forma mais apropriada para alunos com a PHDA (Parker, 2003).

Os alunos hiperativos devem ser sentados perto do professor, para que o incentivo para o seu trabalho na sala de aula seja uma constante (idem).

O professor deve antecipadamente planear as transições na sala de aula, devendo dar algumas instruções e regras, como o estabelecer regras para as transições, isto é, recolher os materiais que necessitam, mover-se sossegadamente, manter pés e mãos controlados e ficar pronto para a atividade seguinte; estabelecer limites de tempo para as transições, isto é, tentar completar uma transição em três minutos, se possível; rever as regras para os momentos de transição com a turma, até a rotina estar estabelecida;

supervisionar os alunos de perto, durante os períodos de transição; proporcionar retorno imediato e consistente aos alunos que estão a agir adequadamente.

O aluno com a PHDA tende a ter uma baixa autoestima; assim, o professor deve identificar os pontos fortes do aluno de forma a incentivá-lo no seu trabalho para que o aluno se sinta satisfeito, bem como o docente (idem).

O professor deve usar instruções, avisos e consequências eficazes, para melhorar o comportamento e o desempenho do aluno com a PHDA, pois se usar instruções específicas, breves, sucintas, a probabilidade de o aluno efetuar a tarefa com êxito é maior (idem).

Ensinar a automonitorização é o método que se usa para ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu próprio comportamento, serem capazes de avaliar o seu desempenho, o que promove um maior autocontrolo (Parker, 2003).

Crítérios de Diagnóstico da PHDA Segundo o DSM-5

O diagnóstico de uma criança com perturbação de hiperatividade com défice de atenção é essencialmente clínico, assente em critérios comportamentais. A confirmação do diagnóstico exige a síntese da informação recolhida junto dos pais, dos professores e de outros sujeitos que sejam intervenientes no processo educativo da criança, bem como a avaliação da criança através de uma anamnese detalhada, de um exame objetivo completo, nomeadamente: avaliação em neurodesenvolvimento; aplicação de várias escalas e testes; e de outros procedimentos tais como a Avaliação Pedopsiquiátrica e Educativa, Ressonância Magnética Nuclear e Tomografia Axial Computorizada por emissão de Positrões.

A análise do comportamento das crianças, bem como de qualquer ser vivo, deverá ser efetuada no seu habitat natural, no caso das crianças é a casa e a escola (Antunes, 2009).

Para ajudar a um diagnóstico mais preciso, a Associação Americana de Psiquiatria estabelece critérios de diagnóstico para a PHDA que estão bem definidos no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Critérios de diagnóstico:

A. Desatenção (1) ou Hiperatividade e Impulsividade (2):

(1) Desatenção

Seis ou mais dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses, ou mais, com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento e possui um impacto negativo a nível do desempenho das atividades sociais e/ou académicas:

(a) Frequentemente, não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades incluindo as lúdicas;

(b) Frequentemente, tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades de desempenho (concentração na sala de aula);

(c) Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente e não existe aparentemente nada que promova distração;

(d) com frequência, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência, tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;

(f) com frequência, evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);

(g) com frequência, perde objetos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência, distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

(2) Hiperatividade e Impulsividade

Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade – impulsividade devem persistir pelo menos durante seis meses, ou mais, que é inconsistente com o seu desenvolvimento e tem um impacto negativo nas actividades de ocupação, sendo estas académicas ou sociais:

(a) Frequentemente, movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

(b) Frequentemente, levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

(c) com frequência, corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);

(d) com frequência, tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;

(e) está frequentemente em movimento, como se estivesse ligado a um motor;

(f) com frequência, fala em excesso;

(g) com frequência, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

(h) frequentemente, tem dificuldade em esperar pela sua vez;

(i) com frequência, interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

B. Alguns sintomas de desatenção ou hiperatividade – impulsividade, que causam défices, surgem antes dos 12 anos de idade.

C. Alguns défices provocados pelos sintomas de desatenção ou hiperatividade – impulsividade estão presentes em dois ou mais contextos, por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa.

D. Devem existir provas claras de um défice significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação geral de desenvolvimento; esquizofrenia ou outra perturbação psicótica, e não são melhor explicadas por outra perturbação mental (por exemplo: perturbação do humor, perturbação de ansiedade ou perturbação dissociativa).

Necessidades Educativas Especiais

Necessidades educativas especiais (NEE) são limitações e dificuldades que determinados alunos apresentam de forma mais marcada e profunda que a maioria dos alunos, e que, para obterem sucesso escolar necessitam de ajudas complementares específicas, particulares e definidas de forma a colmatar as suas necessidades individuais (Brennam, 1990).

As necessidades educativas especiais foram implementadas no sistema educativo português através do Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de agosto em 1991. Este Decreto-Lei veio implementar nas escolas uma base legal para que a frequência das aulas por alunos com necessidades educativas especiais fosse possível e balizada.

Entretanto, o Decreto-Lei nº 319/91 foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro. Este novo Decreto-Lei institui a escola como uma instituição democrata e inclusiva, estando vocacionada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens, estabelecendo medidas educativas de educação especial, nomeadamente as adequações

curriculares individuais, as adequações no processo de matrícula, as adequações no processo de avaliação, o apoio pedagógico personalizado, o currículo específico individual e as tecnologias de apoio.

No entanto, foi o Decreto-Lei nº 6/2001, de 18 de janeiro, que veio definir pela primeira vez na legislação o conceito de necessidades educativas especiais de carácter permanente e prolongado, aplicado à gestão do ensino básico. Assim, os alunos com necessidades educativas especiais de carácter prolongado referem-se a crianças e ou jovens que pautam a sua vivência com graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação no contexto educativo, consequentes da interação dos fatores ambientais, sendo eles físicos ou sociais, e as limitações ao nível do funcionamento do aluno, num ou em mais níveis, como o sensorial (audição e visão), o motor, a comunicação (linguagem e fala), o emocional/personalidade e a saúde física.

A escola inclusiva pressupõe que o aluno seja entendido como parte de um todo, inserido numa turma, fazendo a adequação e análise singular do sujeito, de forma a haver uma resposta educativa correta a cada aluno.

Ética e Deontologia Profissional

Remetendo-nos à etimologia da palavra, ética, do grego, éthos, traduz o modo de ser ou carácter. A ética deve referir-se á pessoa, na relação com o outro, uma vez que essa forma de ser, ou o carácter, será direcionado e avaliado por terceiros, enquanto na psicologia, a ética deverá referir-se ao modo de ser do psicólogo na relação com o seu cliente (Bernardo, 1996).

O psicólogo clínico deverá assentar o seu método de trabalho, tendo sempre em consideração a ética, a moral, e a deontologia que pautam as regras e deveres dos profissionais e regem-se pela legislação em vigor, para o bom desempenho da sua atividade profissional (Pedinielli, 1999).

No ano de 2008, foi aprovado o Decreto-Lei nº. 57/2008, de 4 de Setembro. Nos termos do seu artigo 77.º, a ordem dos psicólogos portugueses (OPP) formula, mantém e atualiza o código deontológico da OPP, tornado público a 25 de março do ano de 2011. Este artigo especifica os objetivos gerais e específicos para o exercício da carreira de psicologia em Portugal.

Dos princípios gerais fazem parte a competência, a integridade, a responsabilidade, o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, e a beneficência e não-maleficência. Por competência, entende-se a obrigação que o psicólogo tem de exercer a sua atividade, observando os pressupostos técnicos e científicos da sua profissão, para a qual necessita de uma formação específica e adequada, assim como de uma atualização constante. A integridade pressupõe moral por parte do psicólogo. A responsabilidade diz respeito às consequências que o trabalho desenvolvido pelo psicólogo tem junto das pessoas, representando uma profissão junto da sociedade em geral. No respeito pela dignidade e direitos da pessoa, o psicólogo deve sempre, sem qualquer exceção, respeitar os direitos e decisões da pessoa. Quanto à beneficência e não-maleficência, o psicólogo deve, junto do seu cliente, mostrar-se disponível para o ajudar a promover e proteger os seus legítimos interesses.

Dos objetivos específicos fazem parte a avaliação psicológica, a confidencialidade e privacidade, o consentimento informado e as relações profissionais.

A avaliação psicológica utiliza protocolos válidos, tendo como pressuposto dar resposta às necessidades de informação, tendo em conta sempre o sujeito e salvaguardando e respeitando a privacidade da pessoa (OPP, 2011).

Objetivos de Estágio Propostos

O objetivo da realização de um estágio académico para a obtenção do grau de mestre, em psicologia clínica, realizado no Serviço de Psicologia e Orientação da Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja, em Odivelas, com a realização de 450 horas, foi proporcionar um crescimento pessoal, de aprendizagem e experimentação da teoria em contexto prático e escolar.

Para o desenvolvimento do estágio académico foram propostos os objetivos de estágio julgados mais pertinentes com a finalidade da investigação, de onde se destacam, o acompanhamento e avaliação psicológica; o apoio a alunos em intervenção pedagógica; a psicoterapia de apoio e o manuseamento e aplicação de testes.

Para que os objetivos de estágio pudessem ser alcançados foram desenvolvidas diversas actividades como: o acompanhamento e a avaliação psicológica de alunos; o planeamento da intervenção de psicoterapia de apoio aos alunos em acompanhamento; o ajuste aos métodos de estudo em alunos com necessidades educativas especiais, de modo a promover o aumento das suas capacidades e de forma a obter resultados positivos no seu percurso escolar; e o acompanhamento na orientação vocacional de uma turma do 9º ano.

Método

Em outubro de 2015, iniciou-se o estágio académico. Primeiramente foi efetuada uma visita à Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja, no sentido de conhecer o espaço físico da escola, bem como fazer a apresentação aos respetivos funcionários, com vista ao conhecimento das regras internas relativas ao uso das instalações, tendo sido delineada uma calendarização, de carácter flexível, para a concretização dos objetivos propostos para a realização do estágio académico.

A 10 de dezembro de 2015, foi atribuído o primeiro caso para avaliação em acompanhamento psicoterapêutico de apoio; e, a 11 de dezembro de 2015, o segundo caso, de forma a dar seguimento ao acompanhamento psicológico iniciado anteriormente pela psicóloga educacional a exercer funções na escola. A duração das sessões de acompanhamento foi fixada em 45 minutos, com periodicidade semanal, estipulada à segunda-feira, no caso I, o R às 15 horas e, no caso II, o M às 16 horas, no gabinete do Serviço de Psicologia e Orientação da Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja.

A primeira sessão foi conduzida de forma a criar empatia com ambos os adolescentes de modo a estes se sentirem motivados, no sentido de se alcançar com sucesso os objetivos individuais propostos. A segunda sessão foi em ambos os casos com os encarregados de educação dos alunos, de forma a clarificar o pedido para o motivo do atendimento psicológico e a recolher a maior informação possível na anamnese. Foram reservadas sessões específicas para a avaliação psicológica de ambos os casos, de acordo com a problemática em questão de cada um dos alunos. Houve uma sessão reservada aos encarregados de educação, com o intuito de fazer a devolução dos resultados, decorrentes da avaliação psicológica em relação à problemática apresentada,

sendo exposto o plano de acompanhamento psicoterapêutico de apoio de ambos os alunos.

As provas de avaliação psicológica aplicadas aos casos em acompanhamento e descritos foram: a Figura Complexa de Rey; as Matrizes Coloridas de Raven; o Inventário Depressivo de Beck; o H-T-P; o Desenho da Família; o Teste de Barragem de Toulouse-Piéron; o TIL; e a Escala de Connors aplicada a pais e professores.

As sessões terapêuticas foram apresentadas à Dra. Sara Costa, verbalmente, no fim das mesmas, com periodicidade semanal, de maneira a poder adequar da melhor forma a intervenção em cada um dos casos e sempre com a sua concordância.

A supervisão decorreu, quinzenalmente, com a Professora Doutora Sofia Humboldt, na Universidade Lusíada de Lisboa, de forma a adequar a prática clínica ao setting terapêutico escolar, de modo a fazer o levantamento de hipóteses diagnósticas e a promover uma intervenção mais responsável e apropriada.

A supervisão permitiu abrir novas abordagens, devido à particular contextualização e ao pensamento teórico utilizado na prática clínica, em contexto escolar.

A supervisão assume um papel de vital importância e é imprescindível, uma vez que, só assim é assegurada a qualidade de desempenho profissional. Aquela supervisão pode ser feita em meio institucional ou em privado, por um psicólogo credenciado e com experiência na área. A supervisão é essencial para a discussão de casos, estratégias de intervenção, projetos terapêuticos e o estudo de processos de contratransferência (Leal, 1999).

Participantes

No decorrer do estágio foram realizadas avaliações psicológicas e intervenções em psicoterapia de apoio a dois alunos e efetuado um processo de acompanhamento no

decorrer da orientação vocacional escolar, envolvendo uma turma do 9º ano, sob a orientação da psicóloga educacional Dra. Sara Costa. Resumem-se em seguida alguns dados relativos aos dois casos em acompanhamento psicológico:

Caso I

Nome: R (fictício)

Idade: 11 anos

Sexo: masculino

Motivo da consulta: O R foi à consulta de psicologia a pedido da mãe, uma vez que apresentava dificuldades ao nível do estudo e na relação com os pares.

Instrumentos de avaliação: Observação direta; Anamnese; H-T-P; Figura Complexa de Rey; Matrizes Coloridas de Raven; Inventário Depressivo Infantil; Desenho da Família real e imaginária.

Número de sessões: 19

Observações: Acompanhamento psicoterapêutico contínuo, 1ª sessão a 14-12-2015 e 19ª sessão a 20-06-2016

Caso II

Nome: M (fictício)

Idade: 12 anos

Sexo: masculino

Motivo da consulta: O M foi indicado para o SPO pelo seu comportamento inapropriado na sala de aula, pela sua referenciação para as necessidades educativas especiais.

Instrumentos de avaliação: Observação direta; Anamnese; H-T-P; Figura Complexa de Rey; Desenho da Família real e imaginária; Teste de Barragem de Toulouse-Piéron; Escala de Connors para pais e professores.

Número de sessões: 16

Observações: Acompanhamento psicoterapêutico contínuo, 1ª sessão a 11-12-2015 e 14ª sessão a 06-06-2016.

Procedimentos

Durante o período de estágio foi realizado o acompanhamento de dois casos clínicos, designados como Caso I e Caso II, e aos quais foram atribuídas a designação da Letra R e M, respectivamente, para representarem o nome dos alunos, com a finalidade de manter o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, como considera o código deontológico dos psicólogos portugueses, no princípio específico nº. 7.6, referente à investigação (OPP, 2011).

No decorrer do estágio académico, realizado na Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja, foram desenvolvidas actividades diferenciadas, nomeadamente a presença nas primeiras quintas-feiras de cada mês, nas reuniões mensais, no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, no serviço de Pedopsiquiatria, presididas pelo Dr. Fernando Santos, diretor do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, acompanhado pela sua equipa multidisciplinar. Esta reunião mensal tinha por finalidade reunir os representantes das escolas, do concelho de Odivelas, e membros representantes da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), de forma a permitir que houvesse uma partilha de informação entre o corpo clínico e o corpo docente, sobre os alunos que se encontravam em acompanhamento nas consultas ou que estavam referenciados para estas mesmas consultas.

Das diversas actividades ocorridas durante o estágio, destacam-se as seguintes datas:

20 de Novembro de 2015

Presença na reunião multidisciplinar presidida pela enfermeira da saúde escolar, juntamente com mais três enfermeiros, com uma professora do conselho directivo, com o professor responsável pela saúde na escola, com a técnica de serviço social e com uma psicóloga do AEMA. Foi elaborado um plano de actividades e formações, a realizar pela escola, durante o ano letivo de 2015/2016, formações estas a serem ministradas pela enfermeira responsável pela saúde escolar do Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja.

2 de Dezembro de 2015

Ação de formação, denominada “Urticária do frio”, na Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja, com o intuito de sensibilizar os funcionários da escola para a problemática deste tema, visto existir uma aluna com esta patologia. A ação de formação foi ministrada pela médica assistente da aluna, proveniente do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, nomeadamente do Hospital de Santa Maria, que explicou toda a problemática, bem como os procedimentos a ter em conta nas diversas problemáticas da patologia.

4 de Dezembro de 2015

Assistência e auxílio na aplicação e cotação de testes de orientação vocacional, numa turma do 9º ano, dada pela supervisora de estágio Dra. Sara Costa, e apoio dado a mais duas turmas do 9º ano. A orientação vocacional foi efetuada durante sete sessões.

18 de Dezembro de 2015

Assistência à reunião de um conselho de uma turma, juntamente com a Dra. Sara Costa, que serviu de ponto de observação para representar o SPO, nas próximas reuniões de conselho de turma, sobre os casos dos alunos em acompanhamento.

21 de Dezembro de 2015

Reunião do conselho de turma, do caso II-M, onde foram cantadas as notas de todos os alunos. Quando foi proferido o nome do aluno M acompanhado no SPO, fez-se uma breve leitura, que ficou em acta, pois era pertinente dar a conhecer ao conselho de turma algumas problemáticas do M evidenciadas nas primeiras sessões no SPO, e o trabalho que se pretendia desenvolver com este, para que alcançasse sucesso educativo, visto ser a terceira vez que frequentava o 5º ano de escolaridade. Foi referido que o aluno M. iria ter oito negativas, apesar de já se encontrar inserido nos alunos com NEE.

22 de Dezembro de 2015

Reunião do conselho de turma, do caso I-R, onde foram cantadas as notas de todos os alunos. Quando foi proferido o nome do aluno R acompanhado no SPO, houve lugar a uma breve leitura, que ficou em acta, do desempenho do aluno R, nas primeiras sessões no SPO. A nível de aproveitamento escolar, este aluno não apresentou qualquer negativa, tendo no entanto sido alvo por parte dos professores, da acusação de aluno desinteressado na sala de aula, relativamente ao passar as matérias para os seus cadernos.

Janeiro, Fevereiro e Março de 2016

Reuniões de frequência semanal, com os diretores de turma dos alunos M e R, conforme a necessidade, no sentido de tentar contornar a problemática do comportamento de ambos, tanto na sala de aula como nos intervalos com o grupo de pares.

Registo semanal da sua assiduidade e comportamento na sala de aula e com os pares de ambos os alunos.

Levantamento, com o conhecimento da diretora de turma do aluno R e da encarregada de educação, das saídas da escola, no horário dos recreios, do R, para resolver uma das problemáticas apresentadas em acompanhamento no SPO.

Reuniões com a professora do ensino especial que seguia o aluno M, no sentido de perceber o tipo de abordagem que esta estava a desenvolver, de modo a não repetir as mesmas estratégias.

3 de Março de 2016

Presença no Workshop “Escolas Online”, que decorreu no centro de exposições de Odivelas. Este workshop centrou-se na problemática das dependências sem substância, com o objetivo de alertar para os estudos efetuados até ao momento sobre esta temática e alertar o quão perigoso é esta dependência para as crianças, jovens e adultos. Este estudo foi realizado pela equipa de investigação da unidade de investigação em Psicologia do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), e liderado pela Professora Doutora Ivone Patrão. Serão apresentados em anexo o questionário de avaliação e as conclusões do workshop “Escolas Online”.

21 de Março de 2016

Reunião do conselho de turma, do caso II-M, onde foram cantadas as notas de todos os alunos. Quando foi referido o nome do aluno M, seguido no SPO, procedeu-se à leitura de um breve trecho sobre o desempenho do aluno no SPO, que ficou em acta. O M foi referenciado pelo diretor de turma, como um aluno que continuava muito desinquieto na sala de aula, mas que mostrava muito mais motivação e empenho para a realização das tarefas escolares dentro da sala de aula, tendo também diminuído os seus comportamentos agressivos com os pares. De referir que o aluno M, no segundo período de avaliação curricular, obteve apenas duas negativas.

22 de Março de 2016

Reunião do conselho de turma, do caso I-R, onde foram cantadas as notas de todos os alunos. Quando foi referido o nome do aluno R, seguido no SPO, procedeu-se à leitura de um breve texto sobre o desempenho do aluno no SPO, que ficou em acta. A diretora de turma alertou para a total falta de motivação para as aulas, e que o seu comportamento estava a ficar mais agressivo com os pares, chegando mesmo a envolver-se fisicamente com um colega, opinião corroborada pelos restantes professores. Não foi aplicada qualquer sanção de carácter punitivo ao aluno R, pela diretora de turma, por esta saber a problemática que estava a desencadear tais comportamentos.

28 de Março de 2016

Reunião com a mãe e encarregada de educação do aluno R. Esta reunião foi pedida pela mãe, pois estava preocupada com o comportamento do filho. Foi explicado à mãe que, devido à problemática apresentada e vivenciada pela família, o comportamento que o R demonstrava era normal e que a sua diminuição de interesse, com a conseqüente diminuição do rendimento escolar, fazia parte do processo por que estava a passar.

13 e 14 de Abril de 2016

Elaboração de um Poster e participação no VII Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente, que decorreu na Universidade Lusíada de Lisboa. O Poster foi intitulado “Psicologia Clínica no Contexto Escolar”, pois pretendeu dar a conhecer o trabalho realizado durante o estágio académico, no serviço de psicologia e orientação da Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja.

21 de Abril de 2016

Reunião com a mãe e encarregada de educação do aluno M. A reunião foi pedida no sentido de saber a medicação que o M estava a tomar. A mãe mostrou-se muito preocupada com as contra indicações e realçou que o pai tinha suspenso a medicação ao filho e que não sabia como atuar. Foi efetuada uma breve explicação do porquê de existirem alguns efeitos secundários e que estes se iam tornar de carácter transitório durante a continuação da toma. A mãe mostrou-se mais tranquila, apesar de apreensiva com o que lhe fora explicado, tendo referido que o M iria então tomar a medicação conforme a médica tinha prescrito.

Maio de 2016

Foram tidas reuniões com o diretor de turma do M, bem como com a professora do ensino especial, no sentido de perceber as ausências às sessões do SPO, por parte do M.

14 de Maio de 2016

Visita à Escola Secundária Braamcamp Freire, na Pontinha, com a finalidade de representar o serviço de psicologia e orientação da Escola Básica 2/3 Moinhos da Arroja e de acompanhar as diversas turmas do 9.º ano, para que os alunos tivessem contacto com os diferentes cursos e desta forma poderem efetuar as suas escolhas académicas de uma forma mais esclarecida e elucidada.

14 de Junho de 2016

Reunião do conselho de turma, do caso I-R, onde foram cantadas as notas de todos os alunos. Quando foi referido o nome do aluno M, seguido no SPO, procedeu-se à leitura de um texto sobre o desempenho do aluno no SPO, durante o ano lectivo, que ficou lavrado em acta.

Segundo a diretora de turma, o R apresentou uma melhoria considerável no seu comportamento perante os colegas, apresentando-se mais sociável e não revelando comportamentos conflituosos com os colegas, mostrando-se mais interessado e motivado na sala de aula. Apresentou uma melhoria considerável, tendo obtido classificação positiva a todas as disciplinas e transitado para o 7º ano com aproveitamento.

Reunião do conselho de turma, do caso II-M, onde foram cantadas as notas de todos os alunos. Quando foi referido o nome do aluno M, seguido no SPO, procedeu-se à leitura de um texto sobre o desempenho do aluno no SPO, durante o ano letivo, que ficou lavrado em acta.

Segundo o diretor de turma, o M apresenta-se mais calmo na sala de aula, desde que começou a tomar a medicação, pois os seus comportamentos impulsivos parecem mais moderados, e assim permitiram que o M estivesse mais focado no que lhe era transmitido na sala de aula, sendo muito menos falador e perturbador perante a restante turma. Apresentou uma melhoria significativa quanto ao comportamento e ao empenho, aspeto muito realçado pelo corpo docente. Como classificação final do 3º período obteve duas negativas, o que lhe permitiu transitar com aproveitamento para o 6º ano.

Instrumentos

Na prática da psicologia clínica em contexto escolar, o psicólogo utiliza diversas técnicas e instrumentos, de forma a obter a informação mais abrangente e importante sobre os alunos em acompanhamento, para que se efetue uma abordagem específica, pormenorizada e detalhada sobre os caso em acompanhamento. Ao desenvolver o estágio académico no contexto escola, obtém-se uma mais-valia que é a proximidade com o corpo docente, a qual permite, junto dos diretores de turma dos alunos uma

abordagem mais rápida, eficiente e pormenorizada sobre os alunos, no sentido de recolher informação que se ache pertinente para uma melhor intervenção.

Para que os instrumentos sejam validados, é necessário que os resultados meçam efetivamente aquilo que se propõe medir (Cronbach, 1984, cit. por Kline, 1998).

A estabilidade temporal teste-reteste dos resultados é uma forma de cálculo da precisão ou fidelidade de um teste, no qual a prova é aplicada aos mesmos sujeitos em dois momentos diferentes.

Observação direta

A observação direta e a conversação que se tem com os pacientes são de crucial importância, pois indica a identidade própria do sujeito. Através do processo de observação direta percebem-se sinais e sintomas que diferenciam o sujeito dos demais, com o objetivo da formulação de um diagnóstico através de um conjunto de informações recolhidas.

Anamnese

A anamnese, também denominada de história clínica, tendo na sua origem o significado grego de recordação ou reminiscência, traduz-se na ação de relembrar ou fazer de conta que se lembra. É indispensável um questionário verbal sobre os dados pessoais, familiares e hereditários do paciente, pedindo-se a este para descrever a sua história pessoal, podendo referir-se a toda uma vida ou concentrar-se numa vivência particular, de um período determinado (Leal, 2008).

A anamnese, no caso das crianças, é efetuada com os pais, ou em contexto escolar, com o encarregado de educação, caso este não seja nenhum dos progenitores e a mesma não possa ser feita com os mesmos. Esta deve ser elaborada com o intuito de retirar o máximo de dados possíveis sobre a criança, desde o seu nascimento até à idade

da primeira sessão em consulta. Todos os aspetos devem ser considerados, para a obtenção de um bom diagnóstico.

H-T-P (Casa-Árvore-Pessoa)

A técnica projetiva de desenho da Casa-Árvore-Pessoa (H-T-P, House-Tree-Person) é usada já há mais de 50 anos, com a finalidade de se retirar informação, de forma a compreender como a pessoa experiencia a sua individualidade, face aos outros e ao ambiente do seu lar. É uma técnica que promove a projecção de elementos da personalidade do sujeito e de áreas de conflito do mesmo, dentro da situação terapêutica, com a intenção de avaliar e estabelecer comunicação terapêutica efectiva (Buck, 2003).

O manual e guia de interpretação do H-T-P foi substancialmente revisto, conservando a riqueza clínica dos anteriores, tendo sido reorganizado e consolidado, com a finalidade de melhorar os conceitos clínicos (idem).

Os desenhos despertam vontade no individuo, aumentando o seu interesse na tarefa, promovendo conforto e confiança entre este e o técnico que o aplica. A nível de diagnóstico, o H-T-P fornece determinada informação, que quando correlacionada com a entrevista clínica e outros instrumentos de avaliação, poderão realçar conflitos, interesses e preocupações do sujeito, relativos a si mesmo ou com o meio envolvente. O H-T-P é indicado ser aplicado a indivíduos com idade superior a 8 anos, embora seja mais aplicado a crianças, pois a tarefa de desenho torna-se atraente, e estimula a tarefa verbal (idem).

Para a execução da tarefa o sujeito deve sentar-se frente a uma mesa, o ambiente deve ser calmo e sereno, em que são colocadas folhas brancas e lápis de diversas cores, para a realização dos desenhos. A administração da prova tem uma duração de 30 a 90 minutos, em que deverá ser pedido ao executante para desenhar uma casa, uma árvore e

uma pessoa, posteriormente é efetuado o inquérito sobre o desenho. A interpretação dos desenhos é feita recorrendo ao protocolo de interpretação do H-T-P (Buck, 2003).

O desenho da família real e imaginária

O desenho da família é uma técnica objetiva usada na investigação psicológica.

Appel, em 1931, usava o desenho da família para o estudo da personalidade das crianças, dando a instrução às mesmas para que estas desenhassem uma casa, uma família e animais (Ortega, 1981).

Foi durante a década de 50 que os psicólogos começaram a usar e a estudar mais esta técnica, usando-a de uma forma sistemática, como instrumento de avaliação clínica, independentemente dos diversos métodos usados na sua análise (idem).

Apesar de ter sido utilizada anteriormente, foi em 1952 que Porot codificou o desenho da família, através de uma aplicação simples, em que apenas era utilizada uma folha branca e um lápis preto e a instrução era dada à criança do seguinte modo:

“Desenhe a sua família”, para que esta caracterizasse a sua família verdadeira. Porot sublinhava que era necessário observar a criança enquanto desenhava, tendo em conta quem desenhava primeiro, os contornos, as rasuras e as hesitações na elaboração do desenho. Todos os comentários que eram ditos durante a execução do desenho tinham de ser considerados (idem).

Existem três pontos essenciais, para Porot, a ter em conta, na análise do desenho da família: a composição da família; as valorizações ou desvalorizações referentes aos elementos que desenhou; e o posicionamento que a criança faz de si perante os outros.

Neste tipo de instrumento, a pessoa ao desenhar projeta a imagem que detém do seu próprio corpo, e também de forma objetiva as relações consigo próprio (Ortega, 1981).

Corman, em 1970, pela aplicação consecutiva do desenho da família, em contexto clínico, veio alterar a instrução dada anteriormente por Porot, pois desenvolveu um novo método de interpretação e aplicação do mesmo. Corman alegou que a instrução dada por Porot possuía um carácter demasiado objetivo, que limitava a projeção do sujeito no desenho. Devido a esse fato propôs uma nova instrução que permitisse a liberdade nas projeções inconscientes do sujeito. Assim, era dada a instrução dizendo para desenhar uma família e uma família imaginária. Este método de análise do desenho é composto por três níveis: pelo gráfico; pelas estruturas formais e pelo conteúdo.

Os conteúdos mais abordados por Corman no seu estudo do desenho da família são o complexo de Édipo, o narcisismo, e a rivalidade fraternal (Ortega, 1981).

Morval, em 1974, referencia o desenho da família como sendo um teste projetivo, em que a sua utilização se baseia em três princípios: a família, que é um fator importante na construção da personalidade; a criança que projeta atitudes e sentimentos em relação à sua família, na elaboração do desenho da família; e a interpretação dos signos do desenho da família, que são o significado da expressão da criança.

Morval usa frequentemente a instrução de Corman (1970): "*Desenhe uma família, uma família que você imagina*", pelo facto de permitir liberdade inconsciente a nível das projeções. Contudo, compôs um método de análise, composto por 115 signos, dos quais se destacam: as características gerais do desenho; o nível das estruturas formais desenhadas; e o nível de conteúdo.

A nível das características psicométricas, Morval, (1973, 1974a, b, c, d, 1976) é a autora mais importante na atribuição da validação do Desenho da Família (Ortega, 1981).

Segundo Carneiro (1988), este referencia que o desenho da família possui um papel preponderante na exploração da personalidade da criança, embora só tenha significado, se aplicado no contexto clínico, em que a simbolização constitui um elemento fundamental. É postulado em três elementos: a família, que é um fator importante da estruturação da personalidade do sujeito; a projeção das suas atitudes e sentimentos no que concerne à família, pois estes são projetados quando se elabora o desenho da família; e é viável conhecer essas atitudes e sentimentos recorrendo à interpretação do desenho da família.

No que respeita à interpretação do desenho, existem variadíssimas formas de o interpretar. A personagem desenhada em primeiro lugar é a mais valorizada (Corman, 1967 cit in Carneiro, 1988).

Inventário de depressão para crianças - CDI

É um instrumento criado por Kovács, em 1983, nos Estados Unidos, sendo uma adaptação do Inventário de depressão de Beck, denominado de BDI.

Tem por objetivo a auto descrição da sintomatologia depressiva do sujeito. O instrumento é composto por uma escala constituída por 27 itens, que assenta na descrição de sintomas afetivos, cognitivos, comportamentais e somáticos do sujeito. Os itens são perguntas que abordam a alimentação, autoimagem, dificuldades no trabalho escolar, distúrbios de sono, fadiga, indecisão, isolamento social, pessimismo, suicídio e tristeza. O instrumento poder-se-á dizer que se divide, pois metade das frases começam por potencializar a gravidade, enquanto a outra metade das frases minimiza a gravidade da problemática em questão, tendo por objetivo identificar a severidade da perturbação depressiva, quer na infância, quer na adolescência.

É aplicado individualmente ou em grupo a crianças e jovens em idade escolar entre 7-15 anos. O instrumento é preenchido pelo sujeito e as respostas são dadas numa escala de 3 pontos, podendo haver apenas um indicador numérico.

A versão portuguesa do Inventário de depressão para crianças foi aferida para a população portuguesa por Helena Marujo em 1998.

Figura Complexa de Rey

André-Rey, em 1942, criou esta prova, tendo como objetivo obter o diagnóstico diferencial entre a debilidade mental constitucional e o défice adquirido em consequência de traumatismo crânio-encefálico.

A secção de estudos de testes da CEGOC – TEA, Lda., Lisboa, proprietária da “Copyright”, para a língua portuguesa, foi quem aferiu este teste para a população portuguesa.

Tem como função avaliar a atividade perceptiva e da memória visual, em dois momentos distintos, no processo da cópia e no da reprodução da memória, de modo a perceber como é que o sujeito aprende os dados perceptivos que lhe são fornecidos e o que reteve pela sua memória.

É uma prova individual, aplicada a crianças dos 5 anos até à idade adulta, não existindo limite de tempo para a sua aplicação. No entanto, a média de administração varia entre os 5 e os 25 minutos para a cópia, e não existe tempo para a reprodução da memória, devendo o sujeito indicar quando termina a prova. Entre a fase da cópia e da reprodução, existe um intervalo de sensivelmente 3 minutos, período de tempo, em que se deve fazer algo de competitivo.

Esta prova permite verificar o trajeto do desenho, o traçado do desenho, sempre através dos lápis que o sujeito utilizou.

Regra geral, os sujeitos que não apresentam patologia começam por desenhar o retângulo e só depois os detalhes. Sujeitos com alguma debilidade mental, ou as crianças, começam pela parte, ou seja, pelos detalhes, copiando pouco a pouco, aumentando à medida que a prova se desenrola.

Ao se passar a prova, deve ter-se em conta se existem sujeitos afetados por deficiências congénitas e precoces, ou até mesmo sujeitos que possuam dificuldade na perceção da instrução.

Teste de barragem de Toulouse-Piéron

O teste de barragem de Toulouse-Piéron, também denominado de teste de atenção visual externa, ou simplesmente de Teste de Toulouse-Piéron, foi proposto por Toulouse e Piéron, no início do século XX, nomeadamente em 1904 (Amaral, 1967).

O teste de barragem de Toulouse-Piéron possibilita a avaliação da atenção voluntária permanente, ou seja, a capacidade de concentração do sujeito, assim como o poder de realização do mesmo, avaliando desta forma o índice de dispersão e o rendimento laboral do sujeito. O teste é uma prova psicológica pouco atrativa, pois é monótona, exigindo atenção e rapidez de processamento.

É uma prova que pode ser administrada individualmente ou em contexto de grupo; e administra-se a crianças maiores de 10 anos e a adultos. A sua aplicação demora 10 minutos, é cronometrada e faz-se a contagem minuto a minuto. É necessário verificar se os intervenientes possuem défices visuais, pois é uma prova que exige muito do ponto de vista visual.

O número de faltas é o conjunto de erros e omissões, e o seu total não pode ultrapassar ao 10% de acertos, enquanto o número de erros não pode ser superior a dois quintos das omissões. Se se verificar um aumento da percentagem, deve realizar-se uma avaliação qualitativa (Amaral, 1967).

A base quantitativa da prova é constituída por três variáveis: o índice de dispersão ou poder de realização; a capacidade de concentração; e a resistência à fadiga. Se o sujeito não corresponder positivamente a estes três requisitos, dever-se-á fazer uma análise qualitativa.

Se o número de omissões superar os 20%, ou se o sujeito apresentar mais erros do que omissões, pode-se considerar que se está perante um caso de debilidade mental, ou fraco grau de inteligência. No entanto, se o número total dos acertos não for superior a 80 %, poderá representar uma inibição do foro psíquico. Contudo, se o sujeito for inteligente, mas for pouco concentrado, poderá representar irregularidade afetiva e assume-se como podendo ser passageiro. (Amaral, 1967).

Matrizes Coloridas de Raven

John C. Raven, na universidade de Dumfries, na Escócia, desenvolveu os testes das matrizes progressivas, decorria o ano de 1936. A primeira versão a ser publicada foi a forma geral (SPM), em 1938, e revista posteriormente em 1956.

As matrizes coloridas de Raven (MCR), encontram-se aferidas para a população portuguesa, para crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos, com um valor de alfa de Cronbach apurado de 0.91 (Simões, 1994).

Esta prova psicológica possui consistência interna, pois existe conformidade entre as respostas aferidas a cada item da prova. Os resultados obtidos nestas aplicações estão correlacionados (Almeida & Freire, 2003).

O teste das matrizes progressivas de Raven (MPR) é uma prova de inteligência disponível em três versões, todas elas diferentes: a forma geral (*standard progressive matrices* - SPM) que é constituída por 60 itens (12 em cada série – A, B, C, D e E); a forma colorida (*coloured progressive matrices* – CPM) com 36 itens (12 em cada série

– A, Ab e B); e a forma avançada (*Advanced Progressive Matrices* – APM) composta por 48 itens (12 numa série – *Set I* e 36 noutra – *Set II*).

O nível de dificuldade vai aumentando ao longo do teste; por isso se denomina de progressivas, não só de item mas também de série para série (Simões, 2000).

É composto por um conjunto de funções não-verbais, tendo por objetivo medir a aptidão da pessoa para apreender relações entre figuras. O sujeito precisa apenas de indicar e ou apontar a figura que acha apropriada à resolução do problema apresentado.

Todos os itens do teste foram elaborados para que a sua solução ocorra do ponto de vista perceptivo, espacial ou lógico de uma configuração (*gestalt*) (Pasquali, Wechsler, & Bensusan, 2002).

O teste das matrizes progressivas coloridas de Raven é um dos instrumentos de avaliação de inteligência não-verbal mais utilizados. Cada um dos itens é constituído por uma matriz de figuras geométricas abstratas, sendo a maioria dos itens coloridos; no entanto, existem algumas matrizes a preto e branco. No cimo da página, cada matriz tem uma lacuna, que deve ser preenchida por uma das seis a oito figuras que estão apresentadas na parte inferior da página. A criança deve escolher a forma geométrica que preenche a lacuna, de forma a avaliar a sua capacidade de raciocínio e de resolução do problema apresentado. É organizada em forma de caderno, permitindo que a instrução seja de fácil compreensão, pois a solução é óbvia, não havendo necessidade de haver manipulação do caderno para a sua realização.

O material necessário para a aplicação das matrizes progressivas coloridas de Raven é constituído pelo caderno de estímulos, pelo manual, pela folha de respostas e pela grelha de correção. É um teste que é aplicado individualmente, não havendo limite de tempo (Simões, 2000).

Teste de Idade de Leitura

O Teste de idade de leitura (TIL) foi adaptado do teste Francês Lobrot L3 de 1973, por Santos e Castro, em 2010. Este permite verificar o nível de idade de leitura de uma criança, adequado à sua faixa etária.

Este teste é utilizado, na investigação e na atividade terapêutica, em crianças que possuem dificuldades de aprendizagem. Assim sendo, o TIL pode ser o primeiro teste a ser utilizado para diagnosticar dificuldades de aprendizagem, nomeadamente a Dislexia.

Foi realizado um estudo, em Bruxelas, utilizando o Lobrot L3, com uma amostra de vinte e cinco sujeitos do sexo feminino e cinquenta sujeitos do sexo masculino, com a faixa etária entre os 9 e os 12 anos, falantes de língua francesa, que revelavam dificuldades na leitura. Os jovens que apresentavam dislexia obtiveram o resultado em média de 34,5% de eficácia de leitura, embora apresentassem uma inteligência dentro, ou acima da média.

O TIL é composto por quatro frases de treino e trinta e seis experimentais, separadas e incompletas, aumentando, em extensão e progressivamente. Existem cinco palavras a seguir a cada uma das quarenta frases, das quais só uma está correta. Assim a criança terá de assinalar a palavra correta, fazendo jus às suas aptidões de descodificação e de compreensão (Santos & Castro, 2010).

Em cada cinco palavras disponíveis, quatro são denominadas de distratoras, ou seja, palavras que tentam distrair a criança da palavra correta, ou também denominada de palavra-alvo. Estas palavras distratoras estão distribuídas por quatro categorias: fonologicamente próxima da palavra-alvo; sem semelhança com a palavra-alvo; semanticamente próxima da palavra-alvo; e visualmente próxima da palavra-alvo.

O teste pode ser aplicado individual ou grupalmente e tem a duração de administração de cinco minutos. É apresentado em formato de duas páginas A4, em que

a primeira apresenta a identificação da criança e as frases de treino, e a segunda folha é dividida em duas colunas, com as restantes trinta e seis frases (Santos & Castro, 2010).

A cotação final da prova é obtida através de uma fórmula matemática em que é obtida a soma das frases completas, multiplicada por 100, sendo o seu total dividido pelo número total de frases do TIL, ou seja trinta e seis. A nota é sempre comparada com a da tabela e, na coluna correspondente ao sexo e à idade da criança, aferida para o sexo e idade.

Escalas de Conners

As escalas de Conners fornecem elementos de informação muito importantes, vindos das pessoas que passam mais tempo com os alunos, ou seja, os pais e os professores.

Estas escalas são económicas, rápidas e fáceis, quer na sua aplicação, quer porque requerem apenas pequenas instruções do examinador, quer na leitura, quer na interpretação das mesmas (Simões, 1998).

As escalas podem ter a designação de questionários ou inventários, sendo denominadas de métodos indiretos, uma vez que envolvem descrições retrospectivas face ao comportamento da criança. São utilizadas na fase da avaliação, na formulação de hipóteses diagnósticas, possibilitando a despistagem e identificação de problemas relacionados com a PHDA, atenção, tarefas sociais e comportamentos de oposição. Este tipo de escalas poderá ajudar na elaboração de um diagnóstico provisório da PHDA. No entanto, não permite por si só fazer um diagnóstico definitivo desta perturbação.

Estas escalas possuem algumas limitações, nomeadamente a falta de relação entre o conteúdo e os itens referentes às duas versões da escala, quando estas versões provêm de origens de informação diferentes, no caso dos adultos, (Garcia, 2001) e (Simões, 1998). Esta falta de relação deriva de diferenças reais no comportamento da

criança, quando esta está em diversos meios, assim como dos fatores e variáveis das pessoas que dão a informação e das características das crianças.

Quanto à validação da escala, há limitações quanto à sua fiabilidade relativamente à estabilidade interna, pelos resultados aferidos no Teste Re-teste. Em investigações feitas, os informadores dos dados da primeira escala para a segunda escala tendem a ocultar problemas do comportamento da criança. Para colmatar este tipo de limitações e aumentar a fiabilidade, o intervalo das avaliações das escalas deve ser mais reduzido.

Também existe a tendência para assinalar as respostas na opção muito frequente, ou seja pela negativa, de forma a fazer com que a criança seja medicada o mais rápido possível, para controlar o comportamento desadequado e indesejado, quer para os pais, quer para os professores. Por existir este enviesamento, esta escala por si só não serve para fazer um diagnóstico, sendo imprescindível usar outros métodos de investigação (Simões, 1998).

Na escala de Connors para pais e professores, as hipóteses de resposta vão do nunca ao muito frequentemente. Existem várias versões, cada uma delas em que varia o número de itens.

Escala de Connors para pais

Os problemas de conduta, de aprendizagem, psicossomáticos, a impulsividade, a hiperatividade e ansiedade, são medidos nesta escala aplicada aos pais, e tais comportamentos são observados pelos mesmos no ambiente familiar.

Os pais possuem uma vantagem em relação aos professores, pois podem observar os filhos durante a sua vida e nas mais diversas situações.

Escala de Connors para professores

É uma escala multidimensional, visto abranger diversos domínios do funcionamento do aluno, que englobam o comportamento e a personalidade, incluindo problemas como a agressão, a desatenção, a hiperatividade e o comportamento antissocial.

A escala de Connors para os professores avalia o comportamento da criança na escola, nomeadamente a sua participação e comportamento na sala de aula, perante os colegas e professores. Os professores são encarados como as melhores fontes de informação face a problemáticas como a hiperatividade e as dificuldades de atenção, pois conseguem observar a criança por períodos prolongados e ao nível daquelas duas restrições de movimentos, requerendo atenção prolongada.

O Ludodiagnóstico

O ludodiagnóstico é utilizado pelo profissional de psicologia para estabelecer um vínculo terapêutico com a criança, em que esta, por meio de brinquedos, estruturados ou não, exterioriza a sua personalidade (Affonso, 2012).

Anzieu (1978) considera esta técnica uma projeção cuja finalidade é expelir da consciência as emoções censuráveis, originando uma descarga afetiva, onde é permitido à criança manifestar a sua raiva e o ódio através da criação de personagens ou representações lúdicas, isto é, o brincar fomenta a exteriorização e, em simultâneo, promove a assimilação dos aspetos inconscientes. Este método de observação direta permite ao psicólogo a aquisição de informações relevantes que a criança de outra forma não consegue exprimir.

Os materiais a utilizar devem ser de estatura pequena, o que possibilita à criança a sua fácil manipulação, conseguindo o controlo sobre os brinquedos, sem pôr em risco

a vida da criança, sendo que os mesmos devem ser representativos e reconhecíveis à sua realidade e respeitar a sua cultura (Kleine, 1975).

A caixa do ludo deve incluir elementos que analisem e enfatizem o processo de desenvolvimento, uma vez que o brincar de forma representativa faz parte de uma das etapas do modo de socialização da criança (Aberrastury, 1992)

Referências

- Aberrastury, A. (1992). *Crianças e seus jogos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Affonso, R. M. (2012). *Ludodiagnostico - investigação clinica atraves do brinquedo*. Porto Alegre: artmed.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1986). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Alves, F. (2001). *Acção Social na Área da Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Amaral, J. R. (1967). *O teste da barragem de Toulouse e Piéron (na medição e diagnóstico da atenção): elementos de aferição para a população portuguesa*. Lisboa: Gráfica Imperial.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, pp. 62: 1269–1287.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, A. L. (2009). *Mal-entendidos: Da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As resposta que procura*. (5ª ed.). Lisboa: Verso de Kapa.
- Araújo, M. d. (Setembro de 2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*, pp. 126-141.
- Asbahr, F. R., & Ito, L. M. (2008). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Brasil: Artmed .
- Ballone, G. J. (2005). *Distúrbio de deficit de atenção por Hiperactividade*. Acesso em 20 de Maio de 2016, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=263>: <http://www.psiqweb.med.br/site/>
- Barkley, R. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.
- Basteiro, S., Gil, C., & Marin, R. (2003). *Guia para familiares de doentes mentais* (1 ed.). Lisboa, Portugal: Fed. Nac. das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Edições Dinalivro.

- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II Theory and Therapy. Em *Archives of General Psychiatry* (pp. 561-571).
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford.
- Becker, A. E., Ph., D., & Kleinman, M. D. (4 de July de 2013). Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine*, 66-73.
- Bedrozian, R. C., & Bozicas, G. D. (1994). *Treating family of origin problems: A cognitive approach*. New York: Guildford Press.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernardo, F. (1996). Ética na investigação em Psicologia: Algumas questões. Em *Actas do colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 89-96). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Boavida, J. E., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). *A criança hiperactiva*. Coimbra: Centro de investigação da criança do HPC.
- Brennam, W. K. (1990). *El Currículo para Niños com Necesidades Especiales*. Madrid: Siglo XXI.
- Brown, G. (2004). *How Students Learn*. Fonte:
http://studmed.unibe.ch/infos/files/mme_11_how_to_learn.pdf
- Buck, j. N. (2003). *H-T: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de intrepertação*. São Paulo: Vetor.
- Carneiro, F. C. (1988). O desenho da família de adolescentes psicóticos. *Jornal de Psicologia*, 7 (4), 8-12.
- Cassins, A. M. (2007). *Manual de psicologia escolar - educacional*. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado.
- Castelo, T. M., & Fernandes, B. (Abril de 2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Revista Saúde Infantil*, pp. 12-17.
- Cautin, L. R., Freedheim, D. K., & DeLeon, P. (2012). *Handbook of Psychology*. (I. Weiner, Ed.)
Fonte: Psychology as a Profession:
<http://lp.wileypub.com/HandbookPsychology/SampleChapters/Volume1.pdf>
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, pp. 124(1), 3-21.
- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias - Abordagens atuais* (2ª ed.). Brasil: Artmed.
- Cordioli, A. V., & et al. (2009). *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V* (5ª ed.). Porto alegre: Artmed Editora.

- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. (2008). Efetividade e eficácia na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças. Em M. N. Strey, & D. C. (Orgs.), *Sobre ETS e Dinossauros: construindo ensaios temáticos* (pp. 113-141). Passo Fundo, Rio Grande do Sul: Universidade de Passo Fundo.
- Delatorre, M. Z., Santos, A. S., & Dias, H. Z. (Janeiro de 2011). O normal e o patológico: implicações e desdobramentos no desenvolvimento infatil. *Revista Contexto & Saúde*, 11, pp. 317-326.
- Dieudonné, V. (2004). Mal-educado ou irrequieto? Caso clínico de hiperatividade vs alterações do comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, pp. 81-88.
- Docter, P., & Carmen, R. D. (Diretores). (2015). *Divertida Mente* [Filme Cinematográfico]. Walt Disney Pictures.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Eymann, A., Busaniche, J., Llera, J., De Cunto, C., & Wahren, C. (2009). Impact of divorce on the quality of life in school-age children. *Jornal de Pediatria*, pp. *Jornal de Pediatria*, 85(6): 547-552.
- Falardeau, G. (1999). *As Crianças Hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Garcia, I. (2001). *Hiperatividade: Prevenção Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & Machado, C. (2003). Contributos para a divulgação de instrumentos de avaliação psicológica. Em M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado, *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 7-14). Coimbra: Quarteto.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clarck, D. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Hothersall, D. (2006). *História da psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Ketele, J. M., & Roegiers, X. (1998). *Metodologia da Recolha de Dados*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kleine, M. (1975). *Psicanálise da criança* (2ª ed.). São Paulo: Mestre Jou.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Play Therapy*. United States of America: A Jason Aronson Book.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Fim de século edições.

- Lopes, J. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi editores.
- Marques, C., & Cepêda, T. (Outubro de 2009). *Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde. Fonte: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/saude_mental_%20Recomendacoes_para_a_pratica_clinica.pdf
- Monteiro, M., & Santos, M. (1993). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas Especiais na sala de aula - Um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Ofra, A., & Adina, F. (1993). *Chain reaction: children and divorce*. Londres: Jessica Kingsley.
- OMS. (October de 2006). *Constitution Of The World Health Organization*. Fonte: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- OMS. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Fonte: WHO Regional Office for Europe: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- OPP. (20 de Abril de 2011). *Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Fonte: Ordem dos Psicólogos: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf
- Ortega, A. C. (1981). O desenho da família como técnica objectiva de investigação psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33 (3), pp. 73-81.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade. Um guia para pais, educadores e professores. Colecção Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Pasquali, L., Wechsler, S. M., & Bensusan, E. (2002). Matrizes Progressivas do Raven Infantil: Um estudo de validação para o Brasil. Em *Avaliação Psicológica* (pp. 95-110). Brasília: Edith Bensusan.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Polaino-Lorente, A., & Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva. Comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Porto: Edições Asa.
- Porfírio, H., Fernandes, J. B., & Borges, L. (1998). *A Intervenção Psicofarmacológica na Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Raposo, H. S., Figueiredo, B. F., Lamela, D. J., Nunes-Costa, R. A., Castro, M. C., & Prego, J. (2011). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Revista psiquiatria clinica*, pp. 1, 38, 29-33.

- Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1997). *Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde*. Fonte: web site da Universidade do Minho: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5548/2/80973.pdf>
- Ribeiro, J. P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Santos, A., & Castro, S. L. (2010). *Aprender a ler e avaliar a leitura - O TIL: Teste de Idade de Leitura* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Santos, M. C. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes* (2ª ed.). Lisboa: edições sílabo.
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Coimbra: Lidel.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Silva, R. B., Pasa, A., Castoldi, D. R., & Spessatto, F. (Jan/Mar de 2010). O desenho da figura humana e o seu uso na avaliação psicológica. *Psicol. Argum.*, 28 (60), pp. 55-64. Fonte: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3510&dd99=pdf>
- Simões, M. (1998). Avaliação Psicológica e Diagnóstico da Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção (II): Escalas de Avaliação. *Psychologica*, 19, pp. 83-107.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Soeiro, D. (2014). Avaliação psicológica de crianças e de adolescentes na prática clínica. Em *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (pp. 31-44). Lisboa: Lidel.
- Stanhope, M. (1999). Teorias e desenvolvimento familiar. Em M. L. Stanphone, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias* (pp. 491-515). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Thompson, E. D., & Ashwill, J. W. (1996). *Uma introdução à enfermagem pediátrica* (6ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vasquez, I. (1997). *Hiperactividade, in Rafael Bautista (Coord.). Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Wahlbeck, K., & McDaid, D. (October de 2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 139-145.