



Universidades Lusíada

Machado, Ana Rita Pinto, 1991-

Avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier : perturbação de hiperatividade com défice de atenção

<http://hdl.handle.net/11067/2626>

Metadados

Data de Publicação	2017-01-09
Resumo	Este relatório foi realizado no âmbito do mestrado em psicologia clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa, representando todo o trabalho teórico-prático desenvolvido enquanto estagiária em psicologia clínica na consulta de psicologia e avaliação psicológica do serviço de pediatria do Hospital São Francisco Xavier. O estágio teve como objetivos: Integração na equipa multidisciplinar do serviço de consulta externa da pediatria do Hospital São Francisco Xavier; Observação de consultas de desenvo...
Palavras Chave	Centro Hospitalar de Lisboa Norte Serviço de Pediatria - Ensino e estudo (Estágio), Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção, Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:17:34Z 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

Avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier: perturbação de hiperatividade com défice de atenção

Realizado por:

Ana Rita Pinto Machado

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Dr.^a Sílvia Faria de Bastos

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:

22 de Novembro 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

**Avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do
Hospital de São Francisco Xavier: perturbação de
hiperatividade com défice de atenção**

Ana Rita Pinto Machado

Lisboa

Setembro 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do
Hospital de São Francisco Xavier: perturbação de
hiperatividade com défice de atenção**

Ana Rita Pinto Machado

Lisboa

Setembro 2016

Ana Rita Pinto Machado

Avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier: perturbação de hiperatividade com défice de atenção

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: Dra. Sílvia Faria de Bastos

Lisboa

Setembro 2016

Ficha Técnica

Autora	Ana Rita Pinto Machado
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Dra. Sílvia Faria de Bastos
Título	Avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier: perturbação de hiperatividade com défice de atenção
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MACHADO, Ana Rita Pinto, 1991-

Avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier : perturbação de hiperatividade com défice de atenção / Ana Rita Pinto Machado ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Tília Rute Maia Cabrita ; orientado por Sílvia Faria de Bastos. - 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 - BASTOS, Sílvia Faria de, 1973-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Distúrbio de hiperactividade com défice de atenção
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Serviço de Pediatria - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Attention-deficit hyperactivity disorder

2. Clinical psychology - Practice

3. Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Serviço de Pediatria - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RJ506.H9 M33 2016

Agradecimentos

Quero agradecer aos meus pais e aos meus avós que foram quem lutaram pela minha educação e formação, sem nunca deixarem de acreditar em mim e sempre incentivaram a continuar, o que me ajudou a superar dificuldades e obstáculos que foram sentidos ao longo de todo o percurso académico.

À professora Túlia Cabrita por toda a sua paciência comigo e preocupação durante este percurso.

A todos os professores da licenciatura e mestrado. de uma forma geral, pelos seus ensinamentos e conhecimentos transmitidos.

À Dra. Sílvia Bastos por partilhar toda a sua experiência, pelo seu ensinamento e paciência em todas as minhas questões. Assim, como à Dra. Márcia Viana que sempre apoiou se necessário.

A todas as minhas colegas de curso, especialmente à Cátia Mendes e Filipa Silva pela amizade, ajuda e paciência gasta comigo.

Por fim, mas não menos importante a todas as minhas amigas, especialmente à Carmen Gutierrez, Rita Fernandes e Andreia Serra por toda a amizade, apoio, assim como pela capacidade de me ouvirem nas horas menos boas.

Um grande e especial obrigado ao Nuno Liquito, pelas horas menos dormidas, por toda a paciência que foi precisa durante este processo todo e por todo o apoio que foi essencial nesta etapa da minha vida.

Índice

Resumo.....	i
Abstract.....	ii
Lista de abreviaturas.....	iii
Lista de tabelas.....	iv
Introdução.....	1
Caraterização da Instituição.....	3
Caraterização da população-alvo.....	9
Enquadramento teórico.....	11
Psicologia Clínica.....	11
Psicologia no contexto infantil ou pediátrica.....	13
Intervenção Psicológica.....	15
Modelo de Avaliação Psicológica.....	18
Desenvolvimento Infantil.....	21
Perturbações associadas ao desenvolvimento.....	31
Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.....	31
Diagnóstico diferencial: Perturbação Desafiante de Oposição.....	36
Objetivos.....	39
Método.....	40
Participantes.....	40
Procedimentos.....	40
Instrumentos.....	43
Entrevista Clínica.....	43
Entrevistas breves de avaliação.....	44
Testes Psicológicos.....	44

Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (WISC-III)	45
Matrizes Progressivas de Raven.....	46
Teste da barragem de Toulouse e Piéron.....	47
Figuras complexas de Rey.....	48
Teste de Idade de Leitura.....	49
Teste de avaliação da fluência e correção de leitura – “O Rei”	50
Avaliação da linguagem oral, Inês Sim-Sim.....	50
Bateria de provas fonológicas.....	51
Teste de desempenho escolar.....	51
Escala de Conners versão revista (forma reduzida)	52
Estudos de Caso.....	55
Caso 1 - V.....	55
Caso 2 – I.....	62
Discussão dos dois casos.....	68
Conclusão.....	72
Reflexões Finais.....	74
Referências bibliográficas.....	76
Anexos	86

Resumo

Este relatório foi realizado no âmbito do mestrado em psicologia clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa, representando todo o trabalho teórico-prático desenvolvido enquanto estagiária em psicologia clínica na consulta de psicologia e avaliação psicológica do serviço de pediatria do Hospital São Francisco Xavier. O estágio teve como objetivos: Integração na equipa multidisciplinar do serviço de consulta externa da pediatria do Hospital São Francisco Xavier; Observação de consultas de desenvolvimento; Observação de avaliações psicológicas; Realização autónoma de avaliações psicológicas, contemplando escolha, aplicação e cotação de provas, com respetiva redação dos relatórios psicológicos; e a Realização de 2 acompanhamentos psicológicos (avaliação psicológica). A consulta de avaliação psicológica consagra-se a crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos, do género masculino e feminino, de diferentes classes sociais oriundas dos concelhos da área que o hospital abrange. A avaliação psicológica tem como objetivo avaliar, recolher e integrar informações sobre o indivíduo, em contextos diferentes, através da utilização de diferentes métodos. Ainda, tem como objetivo identificar os aspetos patológicos do indivíduo, mas também, em confirmar o que tem de melhor, de forma a viabilizar os seus potenciais e as suas possibilidades. Desta forma, a avaliação psicológica é muito importante para que o desenvolvimento de uma criança seja adequado, e mesmo que esta apresente dificuldades ou atrasos de desenvolvimento, a avaliação é essencial para que todos os seus contextos sejam adaptados à criança e às suas limitações, assim, como, para que esta seja compreendida. Os estudos de casos focaram-se na perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), sendo esta uma perturbação neurocomportamental, com elevada prevalência, que se manifesta na infância e com tendência a persistir ao longo do desenvolvimento da criança, embora os sintomas possam-se modificar ou atenuar com o tempo. De um modo geral, a escolha dos casos foi feita com base numa possível comparação de resultados de avaliações em que os seus motivos de consulta eram referentes a uma possível PHDA ou irrequietude.

Palavras-chave: avaliação psicológica, consulta de desenvolvimento, psicologia pediátrica, perturbação de hiperatividade com défice de atenção

Abstract

This report was carried out under the master's degree in clinical psychology from the Lusíada University of Lisbon, representing all the theoretical and practical work as an intern in clinical psychology in psychology consultation and psychological evaluation of the Hospital São Francisco Xavier pediatric service. The stage had as objectives: integration into multidisciplinary team of outpatient service of the Hospital São Francisco Xavier pediatrics; Note development consultations; Watching psychological assessments; autonomous conducting psychological assessments, covering choice, application and quotation evidence, with respective writing of psychological reports; and the realization of 2 psychological accompaniments (psychological evaluation). The psychological evaluation consultation devoted to children and adolescents from 0 to 18, male and female gender, from different social classes coming from the municipalities of the area that the hospital covers. The psychological assessment is to evaluate, collect and integrate information on the individual in different contexts, by using different methods. Still, it aims to identify the pathological aspects of the individual, but also to confirm what is best, in order to enable their potential and their possibilities. Thus, the psychological evaluation is very important for the development of a child is appropriate, and even if this presents difficulties or developmental delays, evaluation is essential for all of your settings are adapted to the children and their limitations as well like for it to be understood. The case studies focused on the Perturbation Hyperactivity Attention Deficit (PHAD), which is a neurobehavioral disorder with high prevalence, which manifests itself in childhood and tend to persist throughout the child's development, although symptoms can If modifying or attenuate with time. In general, the choice of cases has been made possible on the basis of comparison results of evaluations that their grounds were query relating to possible PHAD or restlessness.

Keywords: psychological evaluation, development consultation, pediatric psychology, hyperactivity disorder with attention deficit

Lista de abreviaturas

CHLO-EPE - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – entidade pública empresarial

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

ULL – Universidade Lusíada de Lisboa

WISC-III - Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (WISC-III)

MPR – Matrizes Progressivas de Raven

FCR – Figura Complexa de Rey

TIL – Teste de Idade de Leitura

TDE – Teste de Desempenho Escolar

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico da perturbação desafiante de oposição (DSM-V, 2014)

Introdução

O presente relatório representa todo o trabalho desenvolvido, ao longo, do ano letivo 2015/2016 enquanto estagiária académica de avaliação psicológica do serviço de pediatria do Hospital São Francisco Xavier (HSFX), que se concretizou no âmbito do mestrado em psicologia clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa (ULL).

O desígnio deste estágio visa a formação de mestres em psicologia clínica em avaliação psicológica no contexto infantil, por meio da aquisição de conhecimentos científicos, bem como pela prática das competências de intervenção específicas.

As atividades realizadas ao longo do percurso foram orientadas pela Dra. Sílvia Bastos, psicóloga clínica da consulta de avaliação psicológica e, supervisionadas nas aulas referentes à unidade curricular de estágio e relatório com a Professora Doutora Túlia Cabrita.

A avaliação psicológica tem como objetivo avaliar, recolher e integrar informações sobre o indivíduo, em contextos diferentes, através da utilização de diferentes métodos. Ainda, tem como objetivo identificar os aspetos patológicos do indivíduo, mas também, em confirmar o que tem de melhor, de forma a viabilizar os seus potenciais e as suas possibilidades.

Desta forma, a avaliação psicológica é muito importante para que o desenvolvimento de uma criança seja adequado, e mesmo que esta apresente dificuldades ou atrasos de desenvolvimento, a avaliação é essencial para que todos os seus contextos sejam adaptados à criança e às suas limitações, assim, como, para que esta seja compreendida.

Este relatório está estruturado da seguinte forma: a primeira parte diz respeito à caracterização da instituição, bem como os serviços que a constituem; a segunda parte é apresentado o enquadramento teórico, o qual inicia-se com uma descrição sucinta sobre

a psicologia clínica e o seu papel no contexto infantil. Posto isto, segue-se uma breve descrição da intervenção psicológica, bem como o modelo de avaliação psicológica. Por fim, segue-se uma descrição sobre o desenvolvimento infantil, a descrição da perturbação de hiperatividade com défice de atenção e o seu diagnóstico diferencial em relação à perturbação desafiante de oposição.

Caraterização da Instituição

O Hospital São Francisco Xavier nasceu através de uma entidade privada, no início dos anos 70, com a finalidade da instalação da Clínica do Restelo, sendo que, mais tarde, as obras foram interrompidas e a clínica não chegou a ser inaugurada. O edifício foi posteriormente adquirido pela Companhia União Fabril da CUF.

Em 1987, o Ministério da Saúde adquiriu o edifício com o objetivo de instalar um novo hospital, devido a uma grande afluência de utentes às urgências hospitalares, a uma acumulação de doentes para internamento à espera de vagas nas enfermarias e à degradação dos edifícios hospitalares. O edifício foi inaugurado a 24 de Abril de 1987, pelo que, foi denominado por Hospital de São Francisco Xavier, com o propósito de conceder assistência médica hospitalar à população da área ocidental de Lisboa.

No contexto da nova lei de bases da saúde, pelo Decreto-Lei nº 279/2002, de 9 de Dezembro, foi concebido o Hospital de S. Francisco Xavier, S.A., tornando-se de um organismo da administração direta central do Estado para uma empresa de capitais exclusivamente públicos, tendo como seus accionistas os Ministérios da Saúde e das Finanças sob a forma de sociedade anónima (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Em dezembro de 2005, o hospital foi integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – entidade pública empresarial (CHLO-EPE) – juntamente com os Hospitais Egas Moniz e Santa Cruz.

Atualmente, o Hospital São Francisco Xavier é um hospital geral central, onde estão sediadas a urgência geral de grau 4, a urgência pediátrica e a urgência obstétrica. Abrange os habitantes residentes nos concelhos de Amadora, Cascais, Oeiras e Sintra, e nas freguesias de Ajuda, Alcântara, Prazeres, Santa Maria de Belém, São Condestável e

São Francisco Xavier, pertencentes ao concelho de Lisboa (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

O HSFX está organizado em dois grandes edifícios, sendo que o edifício 1 é constituído no piso 0 pela urgência geral, endoscopia digestiva e, centro de informações/receção; no piso -1 está situada a imagiologia, UCIC e, a ligação ao edifício 2 e ao parque de estacionamento através dos elevadores do edifício 2; no piso -2 está situado o bloco operatório I, recobro, anatomia patológica, central de colheitas, patologia clínica, serviços farmacêuticos e a consulta de ortopedia; no piso 1 situa-se a medicina interna III, UCIP e UNICARD; no piso 2 situa-se a medicina interna IV, unidade de AVC e hematologia; no piso 3, a ortopedia e traumatologia; no piso 4 a cirurgia geral I e a anestesiologia; e, por fim no piso 5 estão instalados o conselho de administração, a biblioteca e o núcleo de formação (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Em abril de 2006, o edifício 2 foi inaugurado e atualmente está situado no piso -3 a medicina física e de reabilitação, gestão de doentes, receção de visitas, cafetaria e estacionamento (entrada); no piso -2 o estacionamento; no piso -1 encontra-se a urgência pediátrica, urgência obstétrica/bloco de partos, hospital de dia e medicina transfusional; o piso 0 destina-se ao serviço de pedopsiquiatria, serviço de consultas externas de pediatria e serviços administrativos; o piso 1 ao internamento de neonatologia, o piso 2 ao internamento de pediatria, no piso 3 encontra-se o internamento de obstetrícia e o serviço de nutrição e dietética; e por fim o piso 4 incorpora o internamento de ginecologia, diagnóstico pré-natal, fetopatologia, e ecografia obstetrícia (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

O serviço de pediatria do HSFX é um serviço bem equipado, que assiste todos os recém-nascidos que nascem no hospital ou que são referenciados para o serviço, bem como as crianças e adolescentes residentes na sua área de implantação (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

O serviço de pediatria está dividido em três setores: a consulta externa, que concede assistência a crianças e adolescentes referenciados para consultas de pediatria geral ou subespecialidades pediátricas; a neonatologia, que é incorporada pela unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais, berçário, consulta de desenvolvimento e consulta de neonatologia; e a pediatria geral, que é constituída pela urgência pediátrica, enfermaria, unidade de cuidados gerais pediátricos e o hospital de dia (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Para além da atividade assistencial, tem atividade formativa pré-graduada integrada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa colaborando no ensino da cadeira de pediatria, assim como pós-graduada dando formação em áreas médicas (Internato de Especialidade de Pediatria e outras especialidades, Internato do Ano Comum), e em áreas não médicas em Licenciaturas de Enfermagem, Psicologia, Assistentes Sociais e Educadoras de Infância (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

A consulta externa de pediatria presta assistência às crianças e adolescentes que são referenciados quer para consultas de pediatria geral quer para subespecialidades pediátricas. O acesso à consulta é possível mediante encaminhamento pelo médico de família, pelo pediatra ou médico particular, por outros serviços deste centro hospitalar ou por outros hospitais (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Na consulta externa de pediatria estão disponíveis as seguintes especialidades: consulta de adolescentes; consulta de avaliação psicológica; consulta de audiologia; consulta de apoio gastroenterológico; consulta de cirurgia plástica; consulta de desenvolvimento; consulta de dietética; consulta de endocrinologia; consulta de endocrinologia de nutrição; consulta de imunoalergologia; consulta de nefrologia; consulta de neonatologia; consulta de neurocirurgia; consulta de neurologia; consulta de obesidade infantil; consulta de pediatria geral; consulta de pneumologia; e a consulta de transmissão vertical (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Atualmente a consulta de desenvolvimento encontra-se sob a coordenação da Dra. Isabel Paz com a colaboração dos pediatras Dr. António Macedo e Dra. Raquel Marta (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Esta é destinada à avaliação de bebés em situações de risco, sejam recém-nascidos de muito baixo peso (inferior a 1500 grs), casos de asfixia perinatal grave, necessidade de ventilação mecânica, entre outras problemáticas especiais no período natal e neonatal. Os bebés pertencentes a estes grupos de risco são direcionados à consulta de desenvolvimento, para realização de despistes e iniciação do processo de intervenção precoce em eventuais problemáticas do foro desenvolvimental (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

Posteriormente, até à idade máxima de 18 anos as crianças são acompanhadas na consulta, em que durante este período, é efetuada uma avaliação multidimensional longitudinal abrangendo o desenvolvimento somático, psicomotor, sensorial e psicológico, com uma frequência definida pela idade e problemática específica da

criança (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

A consulta de desenvolvimento dirige-se a crianças e adolescentes com problemáticas associadas ao desenvolvimento, independentemente da situação clínica em que nasceram e se nasceram ou não no HSFX (Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, 2015).

A consulta de avaliação psicológica inaugurou-se em Março de 1998 com a Dra. Márcia Viana, com o desígnio de operar como auxiliar ao diagnóstico médico de crianças acompanhadas na consulta de desenvolvimento, tendo como foco principal as avaliações do desenvolvimento psicomotor.

Mais tarde, as suas competências passam a agregar o acompanhamento psicológico, permitindo que as crianças comecem também a ser admitidas pelo reencaminhamento das restantes especialidades da Consulta Externa de Pediatria.

Nos dias de hoje, a consulta de avaliação psicológica é asseverada pelas psicólogas, Dra. Márcia Viana e Dra. Sílvia Bastos, contando com a colaboração da Dra. Paula Maciel, especialista nas avaliações de dificuldades da aprendizagem e na intervenção psico-educativa direcionada principalmente às perturbações de aprendizagem específica. Por fim, é de se aludir o papel dos estagiários que anualmente integram a consulta que beneficiando de uma aprendizagem intensiva, potenciam o número de crianças atendidas nesse período.

A consulta é caracterizada como uma ferramenta auxiliar ao diagnóstico médico, dedicando-se à avaliação e apoio psicológico a crianças e adolescentes com problemáticas que se colocam ao nível cognitivo, emocional, educacional e social.

Os pedidos mais frequentes incluem a avaliação: do desenvolvimento; das dificuldades de aprendizagem; e avaliações neuropsicológicas.

Desta forma, a avaliação permite o acesso a informações pertinentes sobre as dificuldades reais da criança e da sua estrutura cognitiva e emocional, tendo sempre em consideração a sua prestação nas provas, assim como o comportamento manifestado nas consultas, e os dados obtidos em entrevistas presenciais ou telefónicas com os pais/cuidadores e com os seus professores, para que seja possível contemplar os diferentes sistemas em que a criança ou adolescente se insere, bem como as suas relações intra e interpessoais (Duarte, 2015).

Existem diversos instrumentos para permitir a avaliação de variadas áreas: a avaliação do desenvolvimento (escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths, ed. 2006 e prova pré-escolar); a avaliação intelectual e cognitiva (escala de inteligência de wechsler para crianças e adolescentes, 3ª ed. [WISC-III] e matrizes progressivas de Raven – coloridas [CPM] e geral [SPM]); a avaliação das funções da atenção (teste de barragem de Toulouse-Piéron e teste de barragem de Zazzo) e das funções da atividade perceptiva e memória visual (figura complexa de Rey A e B); a avaliação das funções da linguagem (provas de avaliação da linguagem e da afasia em português [PALPA-P]), das competências de leitura (teste “O rei vai nu” e teste de idade de leitura [TIL]) e da escrita (PALPA-P e provas informais de escrita); e a avaliação das dinâmicas emocionais, relacionais e sociais (testes de aperceção temática para crianças [CAT-A] e teste de figuras para crianças: entrevista semiprojetiva [Bar-Ilam]). Por vezes como simplificadores da relação e acréscimos à informação disponível utiliza-se o desenho da figura humana, da família, da árvore e o desenho livre.

As consultas de avaliação psicológica decorrem nos gabinetes do serviço de pediatria, gabinetes esses partilhados com as restantes especialidades médicas.

Caracterização da população-alvo

A consulta de avaliação psicológica consagra-se a crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos, do género masculino e feminino, de diferentes classes sociais oriundas dos concelhos da área que o hospital abrange.

Contempla-se, com alguma frequência, que as crianças e adolescentes avaliadas descendem de famílias carenciadas, com baixas habilitações académicas e disfuncionais.

As patologias mais notadas, nas consultas de avaliação psicológica, são a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) – Défice Cognitivo, Perturbação da Aprendizagem Específica com défice na leitura e na matemática (PEA) e Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA).

A Perturbação do Desenvolvimento Intelectual / Défice Cognitivo, é uma perturbação de défices do funcionamento intelectual e adaptativo nas competências sociais, conceptuais e práticas e, tem início durante o período do desenvolvimento. Os défices do funcionamento intelectual estão relacionados com resolução de problemas, aprendizagem académica, planeamento, raciocínio e pensamento abstrato. Enquanto os défices do funcionamento adaptativo estão relacionados com a falha em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social, que limitam a comunicação, a participação social e a subsistência independente (DSM-V, 2014).

A Perturbação da Aprendizagem Específica é uma perturbação de défices específicos na capacidade de um indivíduo perceber ou processar informação eficientemente e com exatidão. Esta manifesta-se durante os primeiros anos de escolaridade e, é caracterizada por dificuldades persistentes e incapacidade na

aprendizagem de capacidade académicas, assim os défices nesta perturbação podem ser ao nível da leitura, escrita e/ou matemática.

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) consiste num padrão consistente de desatenção e hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. A desatenção manifesta-se pela divagação nas tarefas, falta de persistência, havendo dificuldade em manter a concentração e sendo desorganizado, sem que isso se deva a comportamento desafiante ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva quando não é apropriado, ou inquietação, agitação ou loquacidade excessivos. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e que têm um elevado potencial de prejudicar o indivíduo.

Enquadramento Teórico

Psicologia Clínica

A Psicologia Clínica, surgiu nos anos 50 nos Estado Unidos da América, começando por se asseverar como uma alternativa ao modelo médico, propondo a investigação da explicação dos comportamentos visíveis numa natureza psíquica invisível. Esta pode ser considerada uma atividade prática e concomitantemente, um conjunto de teorias e métodos. Tendo como objetivo o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico, qualquer que seja a causa subjacente.

Para Guillaumin (1968) os traços essenciais que constituem a Psicologia Clínica são a sua índole de conhecimento individual, centrado no caso psicológico singular, ou seja, ver o individuo como um ser único. O estudo de caso constitui assim, uma forma específica de abordagem dos sujeitos, através de métodos da psicologia clínica.

Em concordância com Moita (1983), o termo clínico usado na expressão Psicologia Clínica elucida uma sensibilidade particular a dois níveis da elaboração científica, ao nível do objeto e da metodologia. Ao nível do objeto a Psicologia Clínica, interessa-se pelo sujeito enquanto tal, e neste sentido Lagache (1949) define-a como uma investigação metódica e o mais completa possível dos casos individuais. Ao nível da metodologia, trata-se de um método de recolha de dados em que se toma sempre em consideração o contexto individual e original em que o comportamento ou reação são observados. Partindo-se, do princípio, que é esse contexto que vai dar um sentido útil aos dados recolhidos.

Atualmente, a psicologia clínica preocupa-se fundamentalmente com a avaliação, previsão, prevenção e atenuação ou abolição das perturbações e deficiências cognitivas, emocionais e comportamentais, com foco na compreensão da forma como a

psique humana interage com os aspetos físicos, emocionais e sociais da saúde e da doença, estimulando o ajustamento e eficácia pessoal (Marks, Sykes, & McKinley, 2003; Plante, 2011).

Assim, tem como objetivo melhorar e promover o bem-estar psíquico através da diminuição do sofrimento psicológico, pela aplicação constante dos conhecimentos obtidos mediante a teoria e as evidências psicológicas (Division of clinical psychology (DCP), 2001b, p.2).

Durante séculos as crianças foram consideradas como nada mais do que versões menores e mais fracas dos adultos (Looft, 1973). Assim, não viam as crianças como qualitativamente diferentes de si próprios, nem como tendo necessidade especiais, ou fazendo quaisquer contribuições significantes para o seu próprio desenvolvimento (Papalia & Olds, 1981).

Acreditava-se, assim, que a psicologia clínica apenas era aplicável a adultos e idosos, ao que Freud, em 1909, veio contrapor ao defender que os métodos psicanalíticos, também, poderiam ser aplicados às crianças, momento em que conduziu o primeiro caso de psicoterapia infantil com uma criança com 5 anos. Este caso possibilitou, a Freud, confirmar a sua teoria da sexualidade infantil, assim como a aplicabilidade da análise às crianças (Lopes, 2012).

A psicanálise infantil surgiu, efetivamente, com os pós-freudianos, nomeadamente Anna Freud e Melanie Klein, que foram as suas pioneiras (Lopes, 2012). Anna Freud propôs uma análise baseada na ideia de que o mecanismo psíquico tinha um processo de desenvolvimento ao longo dos anos, enquanto Klein defendia que o psíquico estava desenvolvido desde os primórdios (Zornig, 2008).

No entanto, ambas representavam duas correntes da psicanálise de crianças, que estavam unidas pelo pensamento de Freud, que só a união de pai e terapeuta numa única pessoa, iria garantir o tratamento analítico de uma criança (Camarotti, 2010).

Psicologia no contexto infantil ou Psicologia Pediátrica

A Psicologia Pediátrica é a designação mais habitualmente aceite e utilizada para referir o subdomínio da psicologia da saúde que se ocupa da saúde infantil e adolescente. O termo Psicologia pediátrica (Pediatric Psychology) surgiu, pela primeira vez, em 1968, quando cientistas e profissionais interessados no cuidado da saúde de crianças, adolescentes e as suas famílias, ao reconhecerem a necessidade de avaliar e intervir junto esses indivíduos (APA, 2006).

A sua definição e o seu papel têm sido alvo de discussão ao longo dos anos. Em 1967, Logan Wright descreve o psicólogo pediátrico como um psicólogo que lida prioritariamente com crianças num serviço de saúde infantil não psiquiátrico (Wright, 1967 cit. Pires & Pires, 1995).

Eugene Walker et al. (1988) resumem a diferenciação entre Psicólogos Pediátricos e Psicólogos Clínicos Infantis. O psicólogo pediátrico pode ser conhecido como um especialista dentro da ciência do comportamento que lida com os problemas do comportamento e desenvolvimento de crianças, enquanto que o psicólogo clínico infantil está mais assente com a saúde mental e os modelos psiquiátricos. Também diferem nos locais de trabalho, clínicas pediátricas ou centros de saúde mental e na essência da sua intervenção, consultas e intervenções curtas ou terapêutica de longa duração.

Assim, à ausência de corpo teórico específico, a Psicologia Pediátrica definiu-se pelo contexto onde trabalha o psicólogo – serviços de saúde infantil não-psiquiátricos (centros de saúde infantil, hospitais pediátricos, serviços de pediatria, centros de saúde

materno-infantil, centros de reabilitação, equipas de saúde escolar, etc.) e pela faixa etária da população que assiste (até aos 18 anos) (Fonseca, 1998).

Atualmente, a definição de Psicologia pediátrica refere-se à aplicação dos entendimentos da Psicologia da saúde para a criança, adolescente e as suas famílias. Portanto, ela pode ser apreciada uma subárea da Psicologia da saúde, que compreende o atendimento clínico, a investigação e a instrução (Miyasaki & cols., 2002).

Os objetivos da intervenção psicológica num contexto pediátrico variam consoante a formação científica de cada psicólogo, mas o seu papel vai depender sobretudo da estrutura e expectativas da instituição em que trabalha, das características do serviço em que se insere (patologias específicas) e das características da população de utentes (Fonseca, 1998).

Os seus objetivos fundamentais, como referem Viana e Almeida (1990, cit. Fonseca, 1998) são de cooperar na implementação de projetos de prevenção e promoção da saúde utilizando uma abordagem comportamental, a compreensão dos problemas psicológicos e de saúde da criança numa perspetiva desenvolvimentista, organizar intervenções em crianças de risco, cooperar no tratamento, recuperação e apoio à criança doente e à sua família e, finalmente, participar na investigação aplicada dos fatores psicossociais associados à saúde e à doença.

Contempla-se, assim, que o propósito do psicólogo pediátrico não consiste em intervir unicamente na criança doente e família, mas também na criança saudável em risco e, não se limita a uma ação de avaliação e diagnóstico, mas cada vez mais o seu objetivo centra-se no campo da prevenção (remodelação dos comportamentos e/ou situações) e na intervenção precoce e rápida na resolução de problemas de índole psicológica ou psicossocial que surgem em contexto pediátrico, evidenciando a sua ação na criança, família e equipa médica (Fonseca, 1998).

A intervenção do psicólogo pediátrico pode ser assinalada a três níveis principais: a) prevenção primária e promoção da saúde, conduzindo à população conhecimentos impulsionadores de comportamentos saudáveis, intervindo particularmente nos fatores e estilos de vida de risco, reforçando a possibilidade do bem-estar infantil e da sua saúde futura; b) prevenção secundária, a qual aborda a criança doente, onde a interdisciplinaridade irá possibilitar uma intervenção em várias frentes, contemplando e fomentando os tratamentos médicos; c) prevenção terciária, destacando a superação de efeitos adversos da doença, evitando ou reduzindo a possibilidade de possíveis recaídas e efeitos secundários indesejados (Fonseca, 1998).

Intervenção psicológica

A psicologia tem como objeto de estudo e intervenção o comportamento e todos os processos mentais subjacentes, desta forma, existe uma extensa variedade de campos de intervenção em todas as situações da vida quotidiana (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Desde há muito que a Psicologia indicou a existência das intervenções psicológicas no contexto da saúde, sendo eficiente no tratamento de uma panóplia de problemas que surgem ao longo do ciclo da vida (Ordem, 2011).

O campo destas intervenções vai desde as perturbações mentais tais como ansiedade generalizada, depressão, perturbações de pânico, perturbações de stress pós-traumático, perturbações do comportamento alimentar, perturbações de consumo de substâncias até um conjunto de patologias clínicas como a doença cardiovascular, o cancro, dor crónica, entre outras (Ordem, 2011).

As intervenções psicológicas são incontestáveis não só porque apresentam um melhoramento dos resultados em saúde, mas também porque apresentam potencial para minorar os custos com a saúde (Canadian Psychological Association, 2002).

As intervenções psicológicas são definitivas num conjunto de perturbações de crianças e adultos, nomeadamente depressão, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbações alimentares, perturbações do consumo de substâncias e dor crónica (Hunsley, 2002b, cit. Ordem, 2011).

As intervenções mais analisadas e mais eficientes em circunstâncias de intervenção psicológica nos contextos de saúde são as cognitivo-comportamentais, atuando eficientemente na preparação e na recuperação dos indivíduos (Groth-Marnat & Edkins, 1996).

Alguns estudos desenvolvidos pela London School of Economics and Political Science propõem que a intervenção psicológica cognitivo-comportamental nas situações de depressão e ansiedade generalizada é eficaz (Layard et al. 2007, cit. Ordem, 2011).

A terapia farmacológica, bem como a intervenção psicológica têm potencial para melhorarem a saúde e diminuir os estados depressivos (Layard, 2006, cit. Ordem, 2011).

Determinar e contextualizar a intervenção psicológica em centros de saúde surgem atualmente como tarefas iminentes e necessárias, em particular porque a inclusão, relativamente recente, dos psicólogos na carreira dos técnicos superiores de saúde assim o exige, mas também porque, entre todas as questões relacionadas com a intervenção de psicólogos em serviços de saúde e a intervenção nos cuidados de saúde primários é a mais prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde quer dos próprios psicólogos (Trindade & Teixeira, 1998).

Nos cuidados de saúde primários existe um cuidado especial com o bem-estar psicológico dos indivíduos e dos grupos sociais, especialmente, em diferentes fases do ciclo da vida. Nesta perspectiva, a intervenção psicológica é relevante para que nos

centros de saúde, o desenvolvimento na comunidade de projetos que visem a promoção e conservação da saúde, bem como a prevenção de doenças relacionadas com o comportamento, tenham em conta os fatores psicológicos envolvidos na saúde e nas doenças (Trindade & Teixeira, 1998).

Os psicólogos clínicos utilizam vários instrumentos de avaliação, nomeadamente a observação, os testes, as entrevistas e outros instrumentos que lhes permitam realizar uma avaliação psicológica consistente (Freitas, 2011).

A entrevista clínica é uma ferramenta insubstituível e indispensável nas diversas tarefas que realiza um psicólogo, seja seleção, orientação, aconselhamento ou terapia (Freitas, 2011).

Esta possibilita conhecer a história, os conflitos pessoais, as representações, as crenças e os acontecimentos do indivíduo, permitindo o sucesso do tratamento (Oliveira, 2005). Quanto à sua forma pode ser estruturada, semi-estruturada ou não estruturada (Cunha, 2000).

Assim, as funções da entrevista são a vasta recolha de informação do indivíduo, o estabelecimento de uma relação positiva e, a compreensão e clarificação dos problemas expostos (Ros, 2009).

A observação clínica constitui uma técnica fundamental para a recolha de dados, que no contexto clínico baseia-se na observação direta de ações e comportamentos do indivíduo, tendo como propósito a compreensão de si e dos seus problemas (Ferreira & Mousquer, 2004; Freitas, 2011).

Esta é focada no indivíduo em situações díspares, nomeadamente, na entrevista clínica, realização de provas, e pela interpretação dos variados contextos em que o indivíduo se insere (Freitas, 2011). Neste sentido a observação revela-se como um

elemento fundamental devendo ser inerente ao papel do entrevistador ou do observador (Almeida, 2004).

A observação das manifestações corporais, não verbais, aumenta o contato com a vida emocional e afetiva do sujeito, o que é muito útil quando existem poucas produções verbais (Ciccone, 2000).

Segundo Fagundes (1999), *“a observação comportamental é importante para psicólogos, modificadores do comportamento e pesquisadores, servindo-lhes como um instrumento de trabalho para obtenção de dados que, entre outras coisas, aumentem sua compreensão a respeito do comportamento sob investigação”* (p. 23).

A investigação anamnésica é um meio de diagnóstico e de prognóstico que permite conhecer melhor a história de vida do sujeito (Bénony & Chahraoul, 2002), para isso é realizada uma recolha de dados, como os dados identificação do indivíduo (nome, idade, escolaridade, nome dos progenitores, habilitações dos mesmos, profissão, etc.), o motivo da consulta, os antecedentes pessoais e familiares e a história clínica (Brito, 2014).

A história clínica é referente à caracterização do surgimento dos sintomas ou mudanças no comportamento, bem como a sua evolução até ao presente momento (Cunha, 2000).

Modelo de avaliação psicológica

A avaliação psicológica deve ser vista como uma atividade primordial no contexto do cuidado de saúde infantil e juvenil, definindo-se como uma atividade profissional e científica de recolher, avaliar e incorporar informações sobre o indivíduo, usando distintas fontes de informação, de forma a responder à questão clínica com um desenvolvimento, edificação e avaliação adequado de recolha e processamento de

informação relacionada com o caso (Fernández-Ballesteros et al., 2001 cit. Santos, 2012).

A avaliação psicológica de crianças e jovens apresenta distinções em comparação com a avaliação efetuada com os adultos, não só por ser necessário considerar as mudanças relacionadas com o desenvolvimento infantil nos domínios em avaliação, como também por necessitar de uma maior variedade de metodologias. É frequente ser necessário recolher informação junto de múltiplos informantes (por exemplo pais e professores) e incorporar dados recolhidos em contextos diferentes (em casa e na escola), através da utilização de diversos métodos (por exemplo entrevistas, observação directa, questionários, escalas, etc.), não se cingindo à mera aplicação de um conjunto de métodos psicométricos (Mash & Hunsley, 2005 cit. Santos, 2012), mas sim a um processo, que reflecte complexas tomadas de decisão por parte do psicólogo clínico (La Greca & Lemanek, 1996 cit. Santos, 2012).

O conceito de avaliação psicológica é vasto, no entanto, refere-se à forma de entender os fenómenos e processos psicológicos por via de procedimentos de diagnósticos e prognósticos, para criar as condições de verificação de dados e dimensionar esse conhecimento (Alchieri & Cruz, 2003).

Segundo Guzzo (2001, p.157) a Avaliação Psicológica é um conjunto de procedimentos para a recolha de informações de que se necessita, e não deve ser entendida como um momento único em que um instrumento poderia ser satisfatório para responder às questões relacionadas ao problema que se pretende investigar.

A avaliação psicológica, não tem como objetivo unicamente identificar os aspetos deficitários ou patológicos do paciente, mas, em conferir os seus recursos e suas possibilidades. Ou seja, procura valorar o que ele tem de melhor, para viabilizar os seus potenciais (Silva, 2008).

As entrevistas são reconhecidas como instrumentos para a observação e avaliação do funcionamento comportamental, cognitivo e emocional do sujeito (Grills-Taquechel, Polifroni & Fletcher, 2009 cit. Santos, 2012), estimulando também o início da relação terapêutica (Hughes & Byrne, 2009; Jones, 2010).

As entrevistas podem ser distintas pelo tipo de estrutura que apresentam, sendo que as não estruturadas têm uma natureza individualizada e podem ser o primeiro contato da família com o clínico, permite ao clínico uma grande liberdade durante todo o processo da entrevista (Grills-Taquechel et al., 2009 cit. Santos, 2012). Para estas entrevistas, não existe um formato ou questões definidas, assim o entrevistador é responsável pelas questões coladas e pela informação utilizada para chegar a um diagnóstico (Jones, 2010).

Este grau de subjetividade pode gerar níveis de confiança e de validade mais baixos, tendo surgido a necessidade de criar entrevistas estruturadas e semi-estruturadas (Campbell & Rapee, 1996) que permitem uma minoração da subjetividade do avaliador, mas exigem um grande investimento por parte do entrevistador, tanto em esforço como em tempo, podendo requerer uma a três horas para a sua realização (Fernández-Ballesteros, 1998 cit. Santos, 2012).

Após a análise dos dados obtidos na avaliação o entrevistador poderá realizar um planeamento adequado da intervenção a cumprir, de forma a ir ao encontro de intervenções que funcionem com crianças e adolescentes conforme as suas necessidades (Santos, 2012).

A avaliação psicológica é um método dinâmico, de conhecimento do outro e científico com um trabalho especializado, pela a obtenção de amostras do comportamento (Machado & Morona, 2007).

O diagnóstico é um estudo aprofundado com o objetivo de conhecer determinado fenómeno ou realidade, por meio de um conjunto de procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos (Araújo, 2007).

Um diagnóstico é bastante importante, não só para se conhecer a sua terminologia, assim como, para se poder intervir de forma adequada e encaminhar a criança da melhor forma. Este permite adequar os métodos de ensino às dificuldades da criança, providenciando um acompanhamento mais individualizado, assim como uma melhor compreensão das atitudes ou dificuldades da criança, tanto por parte dos familiares como dos professores (Pimentel, Baptista & Dias, 2008).

O diagnóstico tem impacto na vida familiar, escolar e comunitária da criança (Pimentel, Baptista & Dias, 2008). Assim, pode-se concluir que quanto mais cedo é realizado um diagnóstico de uma perturbação, mais benefícios assim como evoluções a criança vai receber, pois é feita uma adequação em todos os contextos para que esta seja bem inserida e sucedida.

Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança é fortemente influenciado pelos relacionamentos sociais e todos os ambientes nos quais a criança está inserida, desde a gravidez e ao longo da primeira infância (Shonkoff, 2011). Na primeira infância é quando se inicia a aprendizagem, que continua ao longo da vida (Knudsen, 2004).

Assim, é notório que o início de vida é importante para o desenvolvimento humano e, que todas as vivências têm efeitos importantes na aprendizagem, na saúde física e mental, ao longo de toda a vida (McCain, Mustard & Shanker, 2007).

Vigotski (1987) considera que o processo de desenvolvimento é constituído pelo ambiente sócio-histórico, ou seja, a aquisição de conhecimentos é concretizada pela

interação do indivíduo com o meio. Para este a criança está inserida num meio social, desde a sua nascença, a família, pela qual estabelece as suas primeiras interações sociais através da linguagem.

A linguagem é contemplada por Vigotski (1987) como um meio de mediação (intervenção entre dois objetos para estabelecer uma relação) das crianças com os adultos. Assim, vê o indivíduo como um ser interativo que estabelece os seus conhecimentos através de um processo mediado por outro. Ou seja, a origem do conhecimento está nas relações sociais, sendo concebido por intersubjetividade e influenciado pelas condições culturais, sociais e históricas (Vigotski, 1989).

A família proporciona os principais vínculos e estímulos, para o crescimento e desenvolvimento de uma criança desde a sua primeira infância. Esta desempenha um papel de intermediária entre a criança e a sociedade, viabilizando a sua socialização que é fundamental para o desenvolvimento cognitivo infantil (Andrade et. al, 2005).

Piaget defende que a criança edifica a sua realidade como um ser humano individual, em que prevalece o cognitivo, em relação ao social e afetivo, de forma a que a criança ao vivenciar novas experiências com o meio, reedifica as suas ações e ideias (Faria, 1998).

Assim, Piaget considera que o desenvolvimento cognitivo é um processo ativo e interativo, pelo sujeito em interação contínua com o meio, ou seja, consiste em intervir com a nova realidade, de modo a adaptar-se e compreendê-la. Esta adaptação advém da organização dos estímulos e sensações, selecionando-os através de dois mecanismos adversos, mas complementares, a assimilação e a acomodação, que garantem o processo de desenvolvimento (Faria, 1998 cit. Basso, 2000).

Segundo Piaget, o conhecimento é concebido através da interação entre o sujeito e os objetos ou situações, ou seja, através do equilíbrio entre a assimilação e a

acomodação entre o sujeito e o meio. A assimilação é a união de uma nova realidade, a uma já existente, ou seja, é o processo que permite as novas ideias, pessoas e costumes serem integradas à realidade do sujeito. A acomodação é a alteração das estruturas que permite a assimilação de elementos novos (Basso, 2000).

Desta forma, Piaget, defende que o sujeito tem um papel ativo na construção do conhecimento e no seu desenvolvimento cognitivo, que se realiza, através, das potencialidades e da interação do sujeito com o meio (Faria, 1998).

Classifica o desenvolvimento, como, um processo lento que ocorre por meio de 3 estádios: inteligência sensório-motora que se trata do conhecimento prático das situações, por exemplo, a manipulação de situações; inteligência operatória concreta, ou seja, a representação mental das ações ou o pensamento concreto; e, inteligência operatório-formal, ou seja, a reflexão e abstração, como reações a situações (Faria, 1998 cit. Basso, 2000).

Os psicanalistas abraçaram o conceito dos períodos críticos, por exemplo, Freud sustentava que as experiências do bebê ou da criança no período oral, anal e fálico, poderiam fixar a personalidade de um indivíduo para toda a vida (Papalia & Olds, 1981).

O período crítico no desenvolvimento é aquele em que um evento terá maior impacto, podendo o mesmo evento não ter a mesma influência noutra momento do desenvolvimento (Bjorklund & Blasi, 2012).

Erikson propôs oito idades na vida, em que cada uma delas constitui um período crítico para o desenvolvimento social e emocional, por exemplo, a infância para a confiança, a idade do caminhar para autonomia, os anos pré-escolares para iniciativa e os da adolescência para identidade (Papalia & Olds, 1981).

Segundo Papalia e Olds (1981), os diferentes tipos de desenvolvimento são importantes em diferentes períodos da vida, sustentando o que foi anteriormente referido. Para estes o desenvolvimento motor e físico é mais rápido na infância, a linguagem desenvolve-se mais rapidamente durante os anos pré-escolares, o desenvolvimento do pensar lógico e o da sociabilidade são mais rápidos durante os anos da escola elementar e, o sistema reprodutivo desenvolve-se na adolescência.

Embora se possa considerar vários tipos de desenvolvimento (físico, sócio-emocional, intelectual) e vários períodos de desenvolvimento da criança, é necessário ter em conta que estes não ocorrem isoladamente, mas sim cada um afeta as demais (Schlinger, 1995).

Na determinação dos vários tipos de desenvolvimento, é difícil desprender as contribuições relativas da hereditariedade e do ambiente e como interagem, pois, certos aspetos do nosso desenvolvimento são influenciados mais fortemente pela hereditariedade, e outros pelo ambiente em que vivemos e fomos criados (Papalia & Olds, 1981).

O desenvolvimento pré-natal é marcado por três estádios: germinativo, embrionário e fetal (Papalia & Olds, 1981). O estádio germinativo começa desde a fecundação às 2 semanas, que é caracterizado pela divisão celular e o subsequente aumento de complexidade do organismo, e a sua implantação na parede do útero (Schlinger, 1995).

O estádio embrionário começa nas 2 semanas às 8 semanas, onde se vê o crescimento e a diferenciação dos principais sistemas e órgãos do corpo. Por fim, o estádio fetal que vai desde as 8 semanas até ao nascimento, é caracterizado pelo crescimento rápido e mudanças na forma do corpo causadas por diferentes taxas de crescimento das várias partes que o compõem (Papalia & Olds, 1981).

O organismo em desenvolvimento é fortemente afetado pelo seu ambiente pré-natal, considerando os efeitos da nutrição, absorção de drogas, doença, irradiação e incompatibilidade sanguínea por parte da mãe (Bjorklund & Blasi, 2012).

O período neonatal, do nascimento até cerca de 2 semanas de idade, é uma ocasião de transição de uma vida intra-uterina para uma extra-uterina. Ao nascer, os sistemas circulatório, respiratório, gastrintestinal e termorregulador tornam-se independentes dos da mãe (Schlinger, 1995).

As primeiras capacidades sensoriais dos neonatos são a visão, a audição, o olfato, o paladar, a sensibilidade à temperatura e a dor (Papalia & Olds, 1981).

O desenvolvimento na infância é caracterizado pelo desenvolvimento motor, que são marcados pelo: controle da cabeça; sentar; rolar; locomoção antes do andar; ficar de pé; andar; manipulação; e pela coordenação olhos-mãos. Isto acontece quando os bebês já amadureceram o sistema nervoso central, os músculos e os ossos (Bjorklund & Blasi, 2012).

Bower (1976), considera que as várias fases de desenvolvimento estão relacionadas e, se o aparecimento destas capacidades for desde cedo, é importante para a criança conseguir usá-las mais tarde (Bower. 1976 cit. Papalia & Olds, 1981).

Este desenvolvimento é um processo contínuo, ou seja, quando as crianças adquirem mais idade, elas conseguem progressivamente melhor efetuar todas as tarefas (Schlinger, 1995).

Os fatores ambientais podem influenciar a expressão de comportamentos específicos no desenvolvimento motor (Papalia & Olds, 1981). As crianças criadas em condições isoladas e pobres podem demonstrar retardamento motor, mas é necessário que essas influências ambientais são significativamente fortes para acelerar ou retardar marcadamente o desenvolvimento motor (Bjorklund & Blasi, 2012).

Na idade pré-escolar o desenvolvimento físico aumenta rapidamente, em que os sistemas muscular, nervoso e esquelético estão a amadurecer. É de notar que os fatores como a nutrição e a privação emocional, podem afetar, significativamente, o crescimento e o desenvolvimento físico (Papalia & Olds, 1981).

As crianças que se apresentam malnutridas demonstram um retardamento ósseo, em relação às crianças bem nutridas (Papalia & Olds, 1981). Assim como, as crianças que vivem em condições de privação emocional, são extremamente pequenas, mas a altura e o peso tendem a aumentar quando estas são retiradas do seu ambiente hostil (Schlinger, 1995).

Na idade escolar o desenvolvimento físico apresenta-se menos rápido do que nos anos pré-escolares, no entanto, as proporções faciais e corpóreas das crianças modificam-se, o desenvolvimento encefálico está virtualmente completo e a visão torna-se mais forte (Bjorklund & Blasi, 2012).

Nesta altura, se houver um bom desenvolvimento e coordenação motora, as crianças conseguem empenhar-se numa maior diversidade de atividades físicas do que na idade pré-escolar (Papalia & Olds, 1981).

A adolescência é caracterizada por ser um período de rápido crescimento físico e maturação do funcionamento reprodutivo e das características primárias e secundárias do sexo (Bjorklund & Blasi, 2012).

Assim, o desenvolvimento físico na adolescência é marcado por mudanças fisiológicas impressionantes, em que os dois sexos passam por um crescimento acentuado em altura, peso e desenvolvimento esquelético e muscular (Schlinger, 1995).

As mudanças rápidas no corpo de um adolescente afetam o autoconceito e a personalidade, assim como, as mudanças hormonais afetam o ânimo, mas não o funcionamento intelectual (McConaughy, 2005).

O desenvolvimento intelectual do bebé, durante o estágio sensório-motor, é caracterizado pelo conceito de permanência de objeto, através do qual a criança passa a entender as implicações dos deslocamentos visíveis e invisíveis. Através da aprendizagem é estabelecido um novo relacionamento entre dois eventos, ações ou coisas. O tipo e a extensão da aprendizagem nos bebés têm sido sujeitos a muita controvérsia, considerando-os capazes de vários tipos de aprendizagens, incluindo habituação, imitação, condicionamento clássico e condicionamento operante (Papalia & Olds, 1981).

No entanto, é difícil avaliar a inteligência dos bebés, porque estes ainda não adquiriram linguagem, logo não podem ser testados verbalmente, têm uma gama limitada de capacidades comportamentais suscetível de ser avaliada e, a motivação não pode ser controlada na situação de teste a fim de haver segurança de que os bebés se desempenharão o que melhor conseguirem (Bjorklund & Blasi, 2012).

A capacidade intelectual é fortemente influenciada pela estabilidade emocional familiar, pelas técnicas de educação e pela nutrição (Schlinger, 1995).

Na idade pré-escolar, o desenvolvimento intelectual é sustentado por Piaget que a função simbólica se desenvolve no estágio pré-operacional do desenvolvimento cognitivo (2 a 7 anos de idade) e, que esta capacita as crianças a representarem e refletirem sobre as pessoas, lugares e eventos (McConaughy, 2005).

A função simbólica manifesta-se através da linguagem, imitação lenta e da atividade lúdica simbólica. No entanto, as crianças pré-operacionais ainda estão sob limitações cognitivas, como o egocentrismo e irreversibilidade. A fala pré-escolar é dividida em dois tipos: egocêntrica que não tem em conta as necessidades do ouvinte e pode ser usada para orientar o comportamento, ao invés de comunicar; e, a socializada que visa comunicar (Papalia & Olds, 1981).

É importante salientar, que durante o período pré-escolar, o ambiente influencia a facilidade das crianças com a linguagem, sendo que as crianças de classe mais baixa apresentam uma linguagem diferente das crianças da classe média em resultado pela interação pais-filhos (Bjorklund & Blasi, 2012).

Na idade escolar, Piaget e Kohlberg, consideram que o desenvolvimento moral coincide com o desenvolvimento cognitivo, no qual o desenvolvimento moral é influenciado pelo nível de maturidade da criança, assim, como também pela interação com adultos e outras crianças (Papalia & Olds, 1981).

Piaget estabelece dois estádios para o desenvolvimento moral: moralidade de restrição que é caracterizado por rigidez; e, moralidade de cooperação que é caracterizado por flexibilidade. Kohlberg, de forma a ampliar o ponto de vista de Piaget, incluiu 6 tipos de raciocínio moral e organizou-os em três níveis: pré-moral; moralidade de conformidade a papel convencional; e, moralidade de princípios morais auto-aceitos (Papalia & Olds, 1981).

É de notar que o funcionamento cognitivo se correlaciona com o temperamento individual, estilo cognitivo, estilo conceitual e com as práticas parentais de criação dos filhos (McConaughy, 2005).

Por norma, as crianças bem dotadas tendem a ser superiores ao nível da realização, coordenação, altura e popularidade, de forma a quando chegam a idade adulta são, frequentemente, superiores na capacidade intelectual, realização académica e vocacional (Schlinger, 1995).

Na adolescência é desenvolvida a capacidade do pensar abstrato, que permite aos jovens usar a flexibilidade com problemas, testar hipóteses e empenharem-se no raciocínio hipotético-dedutivo (Papalia & Olds, 1981).

O pensamento, nesta fase, progride de extrema rigidez para flexibilidade e compromisso final (Papalia & Olds, 1981). É importante notar que o ambiente tem um papel muito importante no desenvolvimento cognitivo dos adolescentes (Bjorklund & Blasi, 2012).

O desenvolvimento da personalidade é sustentado por duas teorias, a psicosssexual de Sigmund Freud que evidencia os fatores biológicos e da maturação e, a psicossocial de Erik Erikson que enfatiza as influências culturais e da sociedade (Papalia & Olds, 1981).

As diferenças individuais de personalidade entre os bebés resultam do seu temperamento, do tamanho da família e da ordem do nascimento (Schlinger, 1995).

Segundo Kretschmer (1920) e Sheldon (1942), defendiam que o desenvolvimento físico influencia o desenvolvimento da personalidade, classificando três tipos de corpos: gordos; construção atlética; e, magros. Assim, constataram, que as pessoas gordas são alegres, as de construção atlética são agressivas e as magras são acanhadas e retraídas (Kretschmer, 1920 cit. Papalia & Olds, 1981; Sheldon, 1942 cit. Papalia & Olds, 1981).

Na idade pré-escolar, o desenvolvimento da personalidade dá-se pela criança se identificar com modelos adultos, desenvolvendo comportamentos típicos de género (Bjorklund & Blasi, 2012).

A tipificação de género é influenciada pela descendência cultural, ou seja, diferentes culturas consideram diferentes comportamentos como apropriados a cada género, assim como, também, é influenciada pelas atitudes dos pais, pela situação sócio-económica e por fatores, tais como, programas de televisão, escolas e livros (Papalia & Olds, 1981).

As personalidades das crianças são, também, influenciadas pela educação, por exemplo, traços como a agressão, passividade, dependência e independência são moldados pela maneira como os pais tratam as crianças (Bjorklund & Blasi, 2012).

Baumrind isolou quatro tipos de progenitores que determinam os traços de personalidade nas crianças: pais autoritários, permissivos, competentes e harmoniosos (Papalia & Olds, 1981).

Na idade escolar, a socialização da criança com outras assume um papel importante no desenvolvimento da personalidade, pois esta passa cada vez mais tempo com os seus pares do que com a família (Schlinger, 1995).

Desta forma, os seus pares são importantes no desenvolvimento de identidade, atitudes e valores e, como agentes de socialização (Papalia & Olds, 1981). Assim, a integração da criança no contexto social influencia o seu autoconceito, ou seja, a auto-imagem de uma pessoa (Bjorklund & Blasi, 2012).

Coopersmith definiu quatro fatores que influenciam o desenvolvimento do autoconceito: significância, competência, virtude e poder. No entanto, as características parentais, a ordem do nascimento, o sucesso escolar e os traços de personalidade também influenciam o autoconceito (Papalia & Olds, 1981).

A tipificação de género, nesta fase, torna-se mais estável e os fatores que mais a influenciam são a escola e os livros (McConaughy, 2005).

Na adolescência, segundo Erikson, a tarefa mais importante é a procura da identidade, que pode ocorrer de muitas formas, seja pelo desenvolvimento dos valores próprios, pelo orgulho em realizações ou pelos relacionamentos íntimos com os amigos (Papalia & Olds, 1981).

Apesar de existirem muitas dificuldades em estabelecer uma identidade pessoal, sexual, social e vocacional, a adolescência é tipicamente um limiar para a situação adulta (Bjorklund & Blasi, 2012).

Perturbações associadas ao desenvolvimento

A existência de perturbações do desenvolvimento a nível intelectual, social e emocional, desencadeiam, frequentemente, dificuldade ou incapacidade de adquirir conhecimentos e competências (Jorge, 2014).

As perturbações do desenvolvimento podem dividir-se em duas categorias, as perturbações gerais e as perturbações específicas do desenvolvimento (Matos, 2009).

As perturbações gerais do desenvolvimento, são perturbações em que os todos os aspetos cognitivos e de desenvolvimento do sujeito, estão afetados. Nesta categoria estão incluídas: déficit cognitivo ou deficiência mental; e as perturbações do espectro do autismo (Monteiro, 2013).

As perturbações específicas do desenvolvimento, são perturbações em que apenas as áreas específicas do desenvolvimento estão afetadas, estando na sua íntegra as restantes áreas sem comprometimentos. Nesta categoria estão incluídas: Perturbações específicas da aprendizagem, como a Dislexia, Disortografia, Discalculia ou Disgrafia; Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção; Perturbação de Oposição; Perturbações específicas da linguagem; Perturbação cognitiva não-verbal; Perturbação do desenvolvimento da coordenação motora; e Perturbação de conduta (Matos, 2009).

Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção

A perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) é uma perturbação neurocomportamental, com elevada prevalência, que se manifesta na infância e com tendência a persistir ao longo do desenvolvimento da criança, embora os sintomas possam-se modificar ou atenuar com o tempo. Esta é das patologias clínicas

mais frequentemente diagnosticadas na criança em idade escolar (Vieira & Barrias, 2016).

Assim, a característica essencial desta perturbação é um padrão constante de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou desenvolvimento (DSM-V, 2014).

A causa desta perturbação é, ainda, desconhecida, no entanto, é, frequentemente, hereditária e tende a estar presente noutras gerações da família (Bauermeister, 2002).

Existe uma grande variabilidade, quer na forma de apresentação clínica, quer na intensidade da sintomatologia. É caracterizada por sintomas de défice de atenção ou concentração, impulsividade e atividade motora excessiva (Green & Chee, 2000).

O défice de atenção e concentração pode provocar na criança dificuldades em selecionar informações, iniciar atividades, prestar atenção a dois estímulos em simultâneo e manter a atenção até ao fim de uma tarefa. Ou seja, trata-se de uma dificuldade no esforço mental sustentado e em filtrar estímulos (Bauermeister, 2002). Desta forma, manifesta-se pela divagação nas tarefas, falta de persistência, havendo dificuldade em manter a concentração (DSM-V, 2014).

Este verifica-se principalmente na realização de atividades que não sejam motivadoras para a criança, podendo, desta forma, a atenção estar preservada nas situações que vão ao encontro com o interesse da criança (Orjales, 2002).

A impulsividade pode incitar na criança dificuldades em planificar atividades, refletir antes de agir, seguir normas estabelecidas e prever as consequências dos seus atos. Ou seja, trata-se de uma incapacidade de adiar uma resposta, o que pode gerar uma maior tendência no envolvimento em atividades perigosas ou de risco (Orjales, 2002).

Desta forma, a impulsividade é caracterizada por ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e que têm um elevado potencial em prejudicar o

indivíduo. Esta pode refletir um desejo de recompensa imediata ou uma inaptidão para adiar a gratificação (DSM-V, 2014).

A atividade motora excessiva (hiperatividade) tende a manifestar nas crianças um nível excessivo de movimento corporal, existindo maior dificuldade nas situações que requerem maior tranquilidade (Bauermeister, 2002). Ou seja, trata-se de uma atividade excessiva, sem um objetivo, disruptiva e inapropriada em relação ao nível de desenvolvimento da criança. Este é, frequentemente, o sintoma mais fácil de identificar e o mais valorizado, como preocupante, sobretudo pelos pais e professores (Green & Chee, 2000).

Existem outros sintomas e características, que as crianças com esta perturbação, podem evidenciar, tais como, baixa autoestima, desmotivação escolar, baixa tolerância à frustração, imprevisibilidade, lentidão a copiar informação, dificuldades em adaptarem-se a mudanças e, reagir de forma desproporcionada quando provocadas (Bauermeister, 2002).

A PHDA começa na infância, existindo, assim, uma exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade, o que transmite a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância (DSM-V, 2014).

As crianças com PHDA, muitas vezes, apresentam dificuldades a nível da leitura, ortografia, escrita, matemática e linguagem, incitando problemas de aprendizagem e linguagem associados. Isto acontece, porque o rendimento académico destas crianças pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais devido aos seus problemas de atenção, memória e controlo de impulsos (Green & Chee, 2000). Sendo que o défice de atenção é a causa principal, nestes casos, para a existência de um rendimento escolar reduzido, porque implica uma dificuldade em selecionar os estímulos de forma adequada, ou seja, quando a informação chega, estas crianças, só

conseguem se concentrar nos mínimos detalhes, de forma que não conseguem apreender a ideia principal (Bauermeister, 2002).

As manifestações da perturbação têm de estar presentes em mais do que um contexto, tais como, casa, escola e trabalho. No entanto, os sinais da perturbação podem ser mínimos ou ausentes, quando o indivíduo recebe recompensas frequentes por comportamentos apropriados, se estiver sob supervisão apertada, num contexto novo, se estiver em atividades especialmente interessantes, se tiver estimulação externa consistente ou se interagir em situações de um para um, por exemplo, o gabinete clínico (DSM-V, 2014).

O diagnóstico da PHDA nem sempre é fácil, pois as suas manifestações sintomáticas podem ser diversas e, podem efetivamente, aparecer noutras perturbações, ou em crianças sem nenhuma patologia (Bauermeister, 2002). Desta forma, o diagnóstico, requer uma avaliação completa que assenta, essencialmente, nas manifestações clínicas (Green & Chee, 2000). Existem critérios de diagnóstico que são importantes ter em consideração, tais como os sintomas devem ter início na idade pré-escolar (antes dos 7 anos de idade) e devem existir em, pelo menos, 2 contextos distintos (em casa ou escola) (Bauermeister, 2002).

No diagnóstico de PHDA não existe nenhum marcador biológico, no entanto, as crianças podem apresentar diferenças biológicas das crianças sem PHDA, mas isto não pode ser usado como diagnóstico (DSM-V, 2014).

Existem três tipos de apresentação de PHDA, de acordo com o tipo de sintomas que a criança evidenciar: apresentação predominantemente de desatenção; apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade; e apresentação do tipo misto ou combinada (desatento e hiperativo-impulsivo) (DSM-V, 2014; Green & Chee, 2000).

A PHDA pode ter implicações no desenvolvimento da criança, sobretudo se não houver uma intervenção adequada e pluridisciplinar, podendo apresentar problemas emocionais (depressão/sentimentos de desconfiança/insegurança), problemas de comportamento e de personalidade, dificuldades nas relações familiares e sociais, bem como, anteriormente referido, dificuldades de aprendizagem e baixa auto-estima (Orjales, 2002).

As crianças com PHDA têm uma probabilidade, significativamente, maior do que os seus pares sem PHDA de desenvolver uma perturbação do comportamento na adolescência e perturbação de personalidade antissocial na vida adulta, aumentando conseqüentemente a probabilidade de perturbações de uso de substâncias e prisão (DSM-V, 2014).

A realização inadequada de tarefas que exigem esforço sustentado é muitas vezes interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação. Esta falta de compreensão e conhecimento com crianças com PHDA resulta, frequentemente, resulta em relações familiares caracterizadas por discórdia e interações negativas, assim como, em relações com os seus pares interrompidas pela rejeição e negligência (DSM-V, 2014).

Na sua forma mais grave, a perturbação é marcadamente incapacitante, afetando o ajustamento social, familiar e escolar ou ocupacional (DSM-V, 2014).

A evolução, bem como, o prognóstico desta perturbação depende de vários fatores interligados, nomeadamente as características individuais da própria criança, o tipo de sintomas e da repercussão da sintomatologia no seu funcionamento, a existência de outras perturbações associadas, as características do ambiente familiar, escolar e social, e, por fim, a precocidade e qualidade da intervenção realizada (Orjales, 2002).

Outros fatores que podem piorar o prognóstico, são essencialmente uma educação demasiado permissiva ou excessivamente rígida, problemas de saúde ou atrasos no desenvolvimento e, problemas familiares como o alcoolismo e patologias psiquiátricas. No entanto, existem fatores que podem contribuir para uma boa evolução, nomeadamente uma educação coerente, um diagnóstico precoce, estabilidade familiar, adaptação e compreensão dos professores e, a colaboração dos pais com a escola (Green & Chee, 2000).

Diagnóstico diferencial: perturbação desafiante de oposição

A perturbação de oposição é uma perturbação caracterizada por comportamentos inadequados, como por exemplo, comportamentos de oposição e teimosia extrema, com desobediência e quebra de regras (Matos, 2009).

Os sujeitos com perturbação desafiante de oposição tendem a resistir às exigências dos outros, desta forma, podem resistir a tarefas laborais e escolares que requerem autoaplicação. É comum, os sintomas desta perturbação apenas se revelarem, no sujeito, em casa ou com membros da família, desta forma podem estar restringidos a um contexto. Em casos mais graves, os sintomas tendem a estar presentes em mais contextos (DSM-V, 2014).

Os primeiros sintomas surgem, geralmente, durante a idade pré-escolar e, raramente, depois do início da adolescência. Um padrão, frequente, nesta perturbação é o humor zangado ou irritável, comportamento conflituoso ou desafiante, ou comportamento vingativo, sendo estes uma característica essencial do diagnóstico (Matos, 2009).

As explosões temperamentais numa criança em idade pré-escolar deverão ser consideradas sintomáticas desta perturbação apenas se forem frequentes em quase todos os dias durante pelo menos 6 meses, se ocorrerem pelo menos outros 3 sintomas da

perturbação e se os episódios de explosividade tiverem contribuído para um déficit significativo, por exemplo levar à expulsão da escola (DSM-V, 2014).

Os indivíduos com esta perturbação, por norma, não se consideram irritados, em oposição ou desafiantes, pelo contrário, justificam os seus comportamentos como uma resposta a exigências ou a circunstâncias despropositadas (Matos, 2009).

Existem perturbações que podem coexistir (coocorrer) com a perturbação desafiante de oposição, a perturbação de hiperatividade com déficit de atenção (PHDA) e a perturbação do comportamento. A perturbação desafiante de oposição acarreta um grande risco de desenvolvimento de perturbações de ansiedade e depressiva major (DSM-V, 2014).

Os sintomas de comportamento desafiante, conflituoso e vingativo comportam a maior parte do risco para perturbação do comportamento, enquanto os sintomas de humor zangado ou irritável comportam maior parte do risco para perturbações emocionais (Matos, 2009).

É de notar, que estas crianças, têm um maior risco para problemas de ajustamento na idade adulta, incluindo comportamento antissocial, problemas de controlo de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão (DSM-V, 2014).

Assim, se a perturbação desafiante de oposição persistir ao longo do desenvolvimento, os indivíduos experienciam conflitos frequentes com os pais, professores, supervisores, pares e parceiros românticos, que frequentemente, resultam num déficit significativo na adaptação emocional, social, académica e ocupacional do indivíduo (DSM-V, 2014).

Os indivíduos com perturbação desafiante de oposição podem resistir às tarefas laborais e escolares que requerem autoaplicação porque resistem a conformarem-se com as exigências dos outros (Matos, 2009).

O seu comportamento é caracterizado, como anteriormente foi referido, por negatividade, hostilidade e desafio, no entanto, estes sintomas têm de ser diferenciados da aversão à escola ou a tarefas mentalmente exigentes devido a dificuldade em manter o esforço mental, esquecimento de instruções e impulsividade dos indivíduos com PHDA (DSM-V, 2014).

O facto de alguns indivíduos com PHDA poderem desenvolver atitudes de oposição secundárias em relação a tais tarefas e desvalorizar a sua importância complica o diagnóstico diferencial (Matos, 2009).

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico da perturbação desafiante de oposição (DSM-V, 2014)

Critérios de Diagnóstico da Perturbação Desafiante de Oposição (DSM-V, 2014)
Esta perturbação é caracterizada por um padrão de humor zangado ou irritável, conflituoso ou desafiante e vingativo, em que tenha uma duração de pelo menos 6 meses. Tem de existir pelo menos 4 sintomas de qualquer uma das categorias de humor que ocorrem durante a interação com pelo menos um indivíduo que não seja irmão ou irmã.
A gravidade pode ser classificada como: <i>Ligeira</i> – Os sintomas apenas estão limitados a um contexto. <i>Moderada</i> – Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois contextos. <i>Grave</i> – Alguns sintomas estão presentes em 3 ou mais contextos.

Objetivos

O presente trabalho teve como finalidade representar uma apreciação sobre a prática do psicólogo clínico com crianças em contexto hospitalar. Para o efeito foi elaborada uma panóplia de objetivos compreendendo:

- 1) Integração na equipa multidisciplinar do serviço de consulta externa da pediatria do Hospital São Francisco Xavier
- 2) Observação de consultas de desenvolvimento
- 3) Observação de avaliações psicológicas
- 4) Realização autónoma de avaliações psicológicas, contemplando escolha, aplicação e cotação de provas, com respetiva redação dos relatórios psicológicos
- 5) Realização de 2 acompanhamento psicológico (avaliação psicológica)

Método

Participantes

O durante o estágio, a estagiária teve a oportunidade de realizar 26 avaliações, das quais 20 foram avaliações de dificuldades de aprendizagens e 6 avaliações do desenvolvimento. Na totalidade e para o efeito foram necessárias 89 consultas.

A avaliação psicológica, não tem como objetivo unicamente identificar os aspetos deficitários ou patológicos do paciente, mas, em conferir os seus recursos e suas possibilidades. Ou seja, procura valorar o que ele tem de melhor, para viabilizar os seus potenciais

Procedimentos

O estágio iniciou com uma apresentação das instalações, dos profissionais que compõem o serviço de avaliação psicológica no âmbito da pediatria, assim como, todos os procedimentos e instrumentos utilizados. Durante a apresentação foi descrita a população alvo, as perturbações mais frequentes e, foi realizado um plano de tarefas. Quando concluído o plano de tarefas, foi explicado que os pedidos para a consulta de avaliação psicológica provêm das consultas externas de pediatria, nomeadamente, consultas de desenvolvimento e, também, da pedopsiquiatria, quando surge crianças com necessidade de uma avaliação psicológica. As folhas dos pedidos são compostas pelo número do processo, nome da criança, motivo do pedido e data da próxima consulta de desenvolvimento, na qual o relatório da avaliação deverá estar concluído e entregue a quem realizou o pedido, com o fim de devolver o mesmo e de dar continuidade ao processo.

No plano de tarefas foi proposto à estagiária que, inicialmente, realizasse observações de algumas consultas de desenvolvimento, com o objetivo de entender e adquirir uma perspetiva da forma como estas decorrem e da população-alvo que recorre

a este serviço. Num segundo momento foi proposto a execução da correção de algumas provas, aplicadas pelas psicólogas do serviço, para que a estagiária compreendesse a aplicabilidade e cotação das mesmas e, para, também, expor as suas dúvidas durante o processo.

Simultaneamente, foi recomendado que a estagiária fizesse uma revisão bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil e das provas mais, frequentemente, utilizadas nas consultas de avaliação psicológica, com o objetivo de apreender as suas aplicabilidades, administrações, cotações e padronizações dos resultados, para futuramente nas suas avaliações entender as áreas avaliadas por cada prova, assim como os seus resultados. As provas nomeadas pela orientadora foram: matrizes progressivas de Raven, teste de barragem de Toulouse-Piéron, figura complexa de Rey, WISC-III, PALPA-P, teste de idade de leitura e, a prova de avaliação da precisão e fluência da leitura “O Rei”.

Posteriormente, foi sugerido à estagiária que fizesse, também, a observação de consultas de avaliação psicológica, começando por observar casos novos, ou seja, desde as suas primeiras consultas, de forma a entender todo o processo envolvente nas suas futuras atividades. A primeira consulta é realizada com a criança e com uma ou duas figuras parentais, onde inicialmente se faz o levantamento da anamnese da criança, ou seja, faz-se uma recolha de dados sobre o motivo, a história clínica, familiar e escolar, posteriormente, explica-se aos familiares que as restantes consultas serão unicamente com a criança. Durante este processo de avaliação é possível à estagiária estabelecer relação com a criança, realizar a aplicação de provas, realizar a construção e devolução dos relatórios aos familiares e profissionais que fizeram o pedido.

Após a estagiária estar familiarizada com as provas, esta começou a participar na análise e interpretação dos resultados e, na redação dos relatórios psicológicos, de forma

a aprender a integrar, interligar e sintetizar toda a informação recolhida durante o processo de avaliação.

Quando realizadas as observações de avaliações de dificuldades de aprendizagem e de avaliações do desenvolvimento, desde a primeira consulta, à sua cotação, padronização e participação da análise e redação dos resultados, a orientadora de estágio, Dra. Sílvia Bastos, acompanhou a estagiária na marcação das suas primeiras consultas, assim como na realização das mesmas.

No fim de cada consulta, a estagiária e a orientadora, de acordo com os resultados obtidos, era feita a seleção das provas para a consulta seguinte. Após as consultas, as provas administradas eram cotadas pela estagiária e revistas pela orientadora, tal como a redação do relatório psicológico.

Para a realização das consultas foi disponibilizado um horário, que compreendia terça e quinta-feira das 14 às 17 horas e, sexta-feira das 9 às 12 horas. No entanto, a partir das 17 horas, muitos gabinetes ficam livres, de modo a que a estagiária poderia utilizar sempre que necessário dentro do horário das 17 às 19 horas, de segunda a sexta-feira.

As apreciações realizadas nas consultas de avaliação psicológica, como já foi referido anteriormente, são a avaliação de dificuldades de aprendizagem e, a avaliação de desenvolvimento.

A avaliação de dificuldades de aprendizagem reserva a primeira consulta na presença da criança e dos seus familiares, para uma recolha mais pormenorizada da sua história de vida, clínica, escolar e familiar da criança em questão. Nas seguintes consultas, apenas é presencial a criança, de forma a que esta não seja influenciada pelos familiares na realização das provas. Por norma, os familiares têm tendência a se

intrometerem nas tarefas, pelo que muitas vezes, contrariamente ao que pensam, prejudicam as crianças.

A avaliação de desenvolvimento reserva, tal como a avaliação de dificuldades de aprendizagem, a primeira consulta para a presença, tanto da criança como de uma ou duas figuras parentais, de forma a recolher informações que a própria criança não nos consegue transmitir. Estas avaliações são realizadas com base na escala de desenvolvimento de Ruth Griffiths, a qual possui itens passíveis de serem respondidos pelos familiares. No entanto, nas seguintes consultas necessárias, apenas são realizadas com a criança, se esta assim o admitir.

Durante o estágio a estagiária participou de uma conferência e um seminário.

Instrumentos

A avaliação psicológica é um procedimento clínico que contempla um conjunto de métodos de investigação do funcionamento cognitivo, por meio da aplicação de provas psicológicas (Araújo, 2007).

Assim, para a prática da psicologia clínica no contexto pediátrico, o psicólogo emprega diversos instrumentos e técnicas de forma a obter informações relevantes ao entendimento de cada caso em particular, assim como à interpretação dos resultados de cada caso (Duarte, 2015)

No presente estágio, foram utilizadas para as avaliações psicológicas, a entrevista inicial de recolha de dados (anamnese) com os familiares e a entrevista breve de avaliação.

Entrevista clínica

A entrevista clínica pode ser definida como uma interação verbal entre pessoas, com objetivos terapêuticos, que é contemplada pela recolha de dados, mas não se limita a esta (Garcia, Souza & Defefrati, 2012).

O psicólogo na entrevista clínica é orientado por três objetivos principais: interação, recolha de dados e intervenção (Garcia, Souza & Defefrati, 2012).

A interação diz respeito à relação terapêutica que se estabelece com o indivíduo, com o fim de obter condições para que este se sinta confortável e motivado nas tarefas (Garcia, Souza & Defefrati, 2012).

A recolha de dados ou anamnese tem como objetivo obter informações do indivíduo, ao nível da sua identidade (nome, idade, escolaridade), do núcleo familiar (nome dos progenitores e irmãos, habilitações dos mesmos, profissões, etc.), da sua história clínica e pessoal, dos problemas para o motivo da consulta e dos antecedentes familiares (Garcia, Souza & Defefrati, 2012).

A avaliação funcional tem como base todas estas informações do indivíduo, na qual será direcionada para as queixas e motivo da consulta (Garcia, Souza & Defefrati, 2012).

Entrevistas breves de avaliação

As entrevistas breves de avaliação têm, por norma, uma duração de curto espaço tempo, com o objetivo de se avaliar o indivíduo ao nível sintomático, sindromático e das suas características pessoais, sendo, desta forma, frequentemente, utilizadas na avaliação de necessidade de auxílios pedagógicos ou psicológicos nas crianças (Bénony & Chahraoui, 2002; Leal, 2008)

Estas são constituídas pela anamnese, para se obter informações ao nível da história clínica e de vida do indivíduo e, por uma avaliação direcionada à problemática existente, assim como às suas implicações na vida da criança (Leal, 2008). Para a sua sustentação é utilizado os resultados obtidos mediante a administração de provas psicológicas (Bénony & Chahraoui, 2002).

Testes Psicológicos

Os testes psicológicos são instrumentos utilizados na prática do psicólogo, de modo a recolher informações e características importantes para a elaboração de um diagnóstico, num processo de avaliação psicológica (Manfredini & Argimon, 2010). São fundamentalmente uma mensuração objetiva e padronizada de uma amostra de comportamentos e, uma verificação dos potenciais do sujeito (Silva, 2008). Ou seja, os testes psicológicos são ferramentas de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituídos de técnicas de uso.

De acordo, com Guillevic e Vautier (2001), um teste psicológico é caracterizado pela avaliação estatística de determinados constructos referentes às capacidades, competências e personalidade de um sujeito, possibilitando, desta forma, instituir o seu perfil psicológico.

Existem dois tipos de testes psicológicos, os psicométricos e os projetivos. Os psicométricos são os testes que usam medidas quantitativas para avaliar o sujeito, enquanto os projetivos permitem que o sujeito manifeste aspetos da sua vida, assim como da sua personalidade.

Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (WISC-III) Ou Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição.

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) é um instrumento que avalia a medida de inteligência geral (Quociente Intelectual da Escala Completa), ou seja, permite realizar uma avaliação do funcionamento da capacidade intelectual e cognitiva que a criança dispõe, estabelecendo um perfil das habilidades cognitivas, através da integração e ponderação de diversas habilidades e funções cognitivas. Permite, ainda, calcular dois quocientes parcelares, um referente às competências verbais (Quociente de Inteligência Verbal) e outro referente às competências de realização (Quociente de Inteligência de Realização) (Simões et al.,

2003); e três Índices Fatoriais (Compreensão Verbal, Organização Perceptiva, e Velocidade de Processamento) (Wechsler, 2003).

A escala foi delineada para crianças dos 6 anos aos 16 anos e 11 meses. Sendo composta por 13 subtestes, 6 subtestes verbais e 7 subtestes de realização, em que a aplicação dos subtestes é feita de forma alternada. Pela sua ordem de administração, os 13 subtestes são: 1 – Complemento de gravuras 2 – Informação; 3 – Código; 4 – Semelhanças; 5 – Disposição de Gravuras; 6 – Aritmética; 7 – Cubos; 8 – Vocabulário; 9 – Composição de objetos; 10 – Compreensão; 11 – Pesquisa de Símbolos; 12 – Memória de dígitos; 13 – Labirintos. Os testes 11, 12 e 13 são considerados suplementares (Aiken, 2003).

A diversidade dos testes selecionados por Wechsler permite mensurar diversas aptidões mentais (e.g. raciocínio abstrato, memória, compreensão verbal, resolução de problemas, capacidades perceptivas), que reunidas expressam o funcionamento global da criança (Simões et al., 2003).

Os 10 subtestes não suplementares podem ser administrados entre 50 a 70 minutos, considerando uns adicionais 10 a 15 minutos para os 3 subtestes suplementares (Aiken, 2003).

Matrizes Progressivas de Raven

As matrizes progressivas de Raven (MPR) são um teste composto por tarefas não-verbais que avaliam a capacidade intelectual geral do indivíduo em apreender relações entre figuras (Raven, Court & Raven, 1998).

Esta prova pode ser aplicada em grupo ou individualmente. É constituída por arranjos de elementos de desenho em que foi extraída uma parte, apresentando um padrão lógico, em que o objetivo é escolher uma das 6 opções que completem a matriz segundo o padrão (Kaplan & Saccuzzo, 2001). Os itens mais simples apelam para a

exatidão de discriminação e, os itens mais difíceis exigem analogias, permutações e alterações de padrões (Anastasi & Urbina, 2000).

O teste das matrizes progressivas de Raven existe em três versões diferentes: as matrizes progressivas padrão (SPM), adaptada a indivíduos entre os 6 e 80 anos de idade, que é composta por 60 itens organizados em 5 conjuntos (A,B,C,D,E), com diferentes princípios de variação e diferentes níveis de dificuldade; as matrizes progressivas coloridas (CPM), que consiste numa versão mais fácil, adaptada a crianças entre os 5 anos e 6 meses aos 11 anos e 6 meses, a adultos sem deficiência intelectual dos 60 aos 89 anos e, a adultos com deficiência intelectual; por fim, as matrizes progressivas avançadas (APM), adequadas a adolescentes e adultos acima da média (36 itens) (Anastasi & Urbina, 2000).

Teste da barragem de Toulouse e Piéron

O teste da barragem de Toulouse e Piéron tem como finalidade avaliar a atenção voluntária sustentada (capacidade de concentração) e o rendimento de trabalho, ou seja, a capacidade de realização e a resistência à fadiga, que se caracteriza pela aptidão do indivíduo manter a atenção numa tarefa monótona (Pereira, 1971).

Esta prova pode ser aplicada em grupo ou individualmente, com uma duração de 10 minutos. No presente estágio é aplicado o teste de dois símbolos (também conhecido como teste da barragem de Zazzo) para crianças compreendidas entre os 6 e os 9 anos de idade, e o de três símbolos para crianças dos 10 aos 17 anos de idade.

A prova consiste numa folha A3 com 25 linhas, cada uma contendo 40 quadrados. Distinguindo-se os diferentes quadrados a partir da orientação dos traços exteriores, uma das 8 orientações da rosa dos ventos. Desta forma, existem 8 tipos de figuras, em que cada linha contém 5 de cada um desses tipos, dispostos aleatoriamente, por isso, no teste de dois símbolos estão presentes 10 símbolos iguais às figuras de

exemplo, enquanto no teste de três símbolos estão presentes 15, nos quais as figuras de exemplo se encontram no topo da página.

A tarefa do sujeito consiste, no decorrer de 10 minutos, em assinalar sempre que encontra uma figura igual às do exemplo, realizando a prova, sempre, da esquerda para a direita e de cima para baixo, o mais rápido possível. Sendo a prova avaliada de minuto a minuto, antes de iniciar a tarefa, o examinador terá que dar a instrução ao examinando de traçar uma cruz no intervalo dos quadrados, sempre que este disser “cruz”, de forma a marcar cada minuto da prova (Pereira, 1971).

A cotação da prova consiste em assinalar os símbolos corretamente marcados, ou seja, acertos (A), as omissões (O) e os erros (E), separadamente, de minuto a minuto, conforme as cruces colocadas pelo indivíduo. A partir do somatório de todos os acertos, ao longo da prova, calcula-se o poder de realização ou a velocidade atencional (Pereira, 1971).

Figuras Complexas de Rey

A Figura Complexa de Rey (F.C.R.) (Rey, 1941; Osterrieth, 1994), primeiramente desenvolvido por Rey e, posteriormente, estandardizado por Osterrieth, fornece informações sobre as capacidades perceptivas, visuoestrutivas e memória visual (Ogino et al., 2009). Devido à complexidade da figura, permite também avaliar as funções executivas, especialmente as estratégias, planeamento e organização do sujeito aquando a sua reprodução (Ogino et al., 2009; Watanabe et al., 2005).

Inicialmente entrega-se ao participante 2 folhas de papel, brancas, e solicita-se que reproduza, a partir de cópia, a figura complexa, salientando-se o cuidado a ter pela proporção e por todos os constituintes da figura. Apesar de não haver tempo limite para a conclusão da tarefa, é necessário cronometrar o tempo despendido. (Frank & Landeira-Fernandez, 2008). Posteriormente ao reconhecimento e representação dos

elementos da figura, a partir da cópia, é solicitado ao participante, após 3 minutos, que recorde e reproduza a figura (Palomo et al., 2013).

A pontuação consiste na avaliação dos 18 traços característicos da figura. Cada um dos 18 itens é cotado de acordo com uma escala até 2 pontos. São atribuídos 2 pontos quando o elemento está corretamente posicionado e reproduzido, 1 ponto quando está incompleto ou deformado, mas reconhecível, ou quando correto, mas mal colocado, 0,5 pontos quando o item se encontra deformado ou incompleto, mas reconhecível e mal colocado e, por fim, 0 pontos quando é irreconhecível ou não aparece como elemento na reprodução (Frank & Landeira-Fernandez, 2008). A pontuação total, que pode ir desde 0 aos 36 pontos, é transformada em percentil, que varia de 10 (mínimo) a 100 (máximo), no qual 50 é o valor médio.

Teste de Idade de Leitura

O Teste de Idade de Leitura (TIL) tem como objetivo a avaliação da competência de leitura, que permite estabelecer se o nível de leitura de uma dada criança coincide com o nível de leitura adequado para a sua idade cronológica.

O teste é constituído por 36 frases isoladas incompletas, e a tarefa da criança consiste em completar cada frase selecionando a palavra correta entre 5. Em cada conjunto de cinco palavras a seleccionar para completar a frase, existem quatro distractores e uma palavra-alvo (a palavra correcta). Os distractores e palavra-alvo ocupam diferentes posições ao longo das 36 frases do teste, não sendo possível ao participante extrair uma regra a partir da qual possa identificar a palavra-alvo correctamente sem recorrer à leitura da frase e das cinco opções (Castro & Sucena, 2006). Para realizar esta prova, a criança necessita de fazer recurso às competências de descodificação e de compreensão: duas competências essenciais na tarefa de leitura

(Gough & Hillinger, 1980; Morais, 1997). Esta prova pode ser administrada coletivamente e a sua administração é realizada em cinco minutos.

A cotação é obtida através da soma das frases corretamente completadas; o número obtido é multiplicado por 100 e o produto dividido pelo total de frases (36), como na fórmula abaixo:

$$\text{Nota final} = (\text{número de frases completadas corretamente} \times 100) / 36$$

Teste de avaliação da fluência e correção de leitura – “O Rei”

“O Rei” é um teste que avalia a precisão e a fluência da leitura de crianças entre o 2º e o 6º ano de escolaridade. Pretende traduzir o desempenho de uma criança na leitura em voz alta de um texto. É de aplicação individual, simples e rápida, permitindo caracterizar o desempenho da criança face aos seus pares, tanto em termos de anos de escolaridade como de idade cronológica.

A tarefa pedida à criança reproduz uma normal situação de leitura e o texto “O Rei vai nu” contém 281 palavras, que é uma versão de autor desconhecido do conto “A roupa nova do imperador” de Hans Christian Andersen. O teste tem como tempo limite de aplicação três minutos, mas poderá ser inferior. Findos os 3 minutos, marca-se o sítio em que a criança ficou, pode-se optar por interromper ou permitir a finalização da leitura, cotando apenas até aos 180 segundos.

No caso de a criança conseguir finalizar antes do tempo, anotar o mesmo. Se a criança demorar mais de 5 segundos a ler uma palavra pode ser ajudada e pede-se para que continue. Se a criança saltar palavras ou linhas não se diz nada, apenas se toma nota do ocorrido.

Avaliação da linguagem oral (Inês Sim-Sim)

Esta prova é subdividida em vários subtestes: Definição Verbal (significado que a criança possui de determinada palavra), Nomeação (capacidade de atribuição de

títulos lexicais a itens do conhecimento quotidiano da criança), capacidade de Segmentação e Reconstrução Segmental (capacidade de distanciamento e análise consciente das estruturas linguísticas), Compreensão de Estruturas Complexas (reconhecimento de um enunciado descontextualizado, através da resposta a uma pergunta formulada com base no enunciado proposto), o Complemento de Frases (capacidade de restaurar uma frase incompleta através da identificação de elementos em falta) e, a Reflexão Morfo-Sintática.

Bateria de provas fonológicas

A Bateria de Provas Fonológicas consiste numa sequência de provas que tem como objetivo avaliar a consciência fonológica da criança. A consciência fonológica é uma competência importante para a aquisição da leitura e escrita (Silva, 2013).

Ou seja, a criança necessita de compreender que as letras têm um som (fonema), para posteriormente desenvolver a consciência de que as palavras são decomponíveis em segmentos fonéticos. Assim sendo, conseguirá mais facilmente aceder ao grafema (Silva, 2013).

Classificação com base na Sílabas Iniciais (capacidade de detectar sílabas iniciais idênticas em diferentes palavras), na Classificação com base no Fonema Inicial (capacidade para detectar fonemas iniciais idênticos em diferentes palavras), na Supressão da Sílabas Iniciais (capacidade em manipular as unidades silábicas), na Supressão do Fonema Inicial (capacidade em manipular as unidades fonémicas), na Análise Silábica (indicador da consciência em relação às unidades silábicas) e na Análise Fonética (indicador da consciência fonémica que revela a capacidade de explicar as unidades fonéticas das palavras) (Silva, 2013).

Teste de Desempenho Escolar – TDE

O teste de desempenho escolar – TDE – é um instrumento psicométrico de aplicação individual que avalia as capacidades para o desempenho escolar em três áreas: leitura, pelo reconhecimento de palavras isoladas do contexto; escrita, pela escrita do nome próprio e de palavras contextualizadas, apresentadas sob a forma de ditado; e, a aritmética pela solução de problemas e cálculo de operações aritméticas por escrito (Giacomoni, Stein & Knijnik, 2013).

Este foi concebido com a finalidade de avaliar crianças inseridas do 1º ao 6º ano de escolaridade do ensino obrigatório (Giacomoni, Stein & Knijnik, 2013).

Neste estágio, o subteste que é aplicado do teste de desempenho escolar é a aritmética.

Escala de Conners versão revista (forma reduzida)

Existem várias versões da escala de Conners (Rodrigues, 2003), no entanto, no presente trabalho iremos focar-nos apenas na versão utilizada no âmbito do estágio académico.

As escalas de Conners – versões revistas – avaliam os problemas de comportamento, através da informação recolhida pelas respostas de professores e pais (Conners, 1997 cit. por Rodrigues, 2003). Estas revelam-se um instrumento imprescindível no processo de avaliação da PHDA (Rodrigues, 2003).

As escalas de Conners (revistas) são adequadas para avaliar indivíduos dos 6 aos 10 anos de idade e, apresentam formas completas e reduzidas para as versões de professores e pais (Rodrigues, 2003 cit. por Duarte, 2015), sendo que a versão utilizada no âmbito do estágio académico foi a versão reduzida.

No geral, as escalas de Conners (revistas) são compostas por itens que representam comportamentos externos que são diretamente observáveis, como a agressividade e, comportamento internos alusivos às emoções ou sentimentos que não

são diretamente observáveis, como a ansiedade ou depressão (Rodrigues, 2003). Estes comportamentos, normalmente, são manifestos em crianças com PHDA (Rodrigues, 2003).

No formato de escala de Likert com 4 possíveis respostas, é solicitado aos pais e aos professores, para classificarem os itens referentes aos comportamentos da criança de 0 a 3 (0 – nunca, 1 – um pouco, 2 – frequentemente, 3 – muito frequente) (Duarte, 2015).

A escala para professores tem como objetivo obter informação relevante no domínio académico, social e emocional na sala de aula (Rodrigues, 2003). A escala para pais complementa a dos professores, revelando o comportamento da criança nos contextos familiar (casa) e quotidianos, onde têm a possibilidade de observar diretamente os seus filhos (Rodrigues, 2003).

A forma reduzida para os pais é constituída por 27 itens, que pertencem a 4 sub-escalas da forma completa: oposição (6 itens); problemas cognitivos/desatenção (6 itens); excesso de atividade motora (6 itens); e, por fim, índice de PHDA (12 itens) (Rodrigues, 2003).

A forma reduzida para os professores é constituída por 28 itens, também organizados em 4 sub-escalas, tal como a forma dos pais: oposição (5 itens); problemas cognitivos/desatenção (5 itens); excesso de atividade motora (7 itens); e, por fim, índice de PHDA (12 itens) (Rodrigues, 2003).

A cotação é realizada numa grelha de respostas, onde se conclui o valor total bruto para cada subescala, o qual será padronizado numa tabela própria, onde se verifica a indicação do percentil em que o resultado padronizado se insere, nos quais valores superiores a 60 são considerados significativos (Duarte, 2015).

Na subescala “oposição”, se as crianças revelarem valores elevados, por norma, apresentam comportamentos de quebrar regras, problemas com as figuras de autoridade, zangam-se mais facilmente e são mais suscetíveis de serem provocadas por terceiros (Duarte, 2015 cit. Rodrigues 2003).

Na subescala “problemas cognitivos/desatenção”, se as crianças revelarem valores elevado sugere a existência de um défice de atenção, com tendência a apresentarem dificuldades académicas, em organizar o seu trabalho escolar e em problemas de concentração em tarefas que exijam um esforço mental continuado (Duarte, 2015 cit. Rodrigues 2003).

Na subescala “excesso de atividade motora”, se as crianças revelarem valores elevados, por norma, apresentam maiores dificuldades em ficarem sossegados ao nível motor, em manter a mesma tarefa durante algum período de tempo, maior inquietude e impulsividade (Duarte, 2015 cit. Rodrigues 2003).

Na subescala “índice de PHDA”, se as crianças revelarem valores elevados apresentam um risco significativo para uma perturbação de hiperatividade com défice de atenção (Duarte, 2015 cit. Rodrigues 2003).

Em situação clínica, a concordância entre as respostas dos pais e professores numa ou mais subescalas permite a determinação do diagnóstico, no entanto, as respostas podem revelar-se díspares, o que sugere que a criança adota comportamentos diferentes em contextos diferentes (Rodrigues, 2003).

Conclusão

Todo o trabalho desenvolvido ao longo da redação do presente relatório, assim como, no estágio no Hospital São Francisco Xavier, permitiu pôr em prática os conhecimentos e matérias aprendidos, como também, adquirir conhecimentos mais aprofundados a cerca da atividade do psicólogo no contexto hospital pediátrico.

O estágio ofereceu a possibilidade de vivenciar a experiência prática neste ramo que não foi possível obter durante a licenciatura e o primeiro ano de mestrado. Para além disto, ainda proporcionou a aquisição de conhecimentos no manuseamento, administração e cotação de diversas provas que podem ser utilizadas no âmbito da avaliação psicológica pediátrica.

Existem variadas formas de aprendizagem, tais como a teórica e a prática, das quais estas se completam, no entanto, é de realçar que a prática, é sem dúvida, a forma mais eficaz e mais enriquecedora de aprender, uma vez que as situações não são tão lineares como se vê na teórica, obrigando-nos a crescer e superar dificuldades às quais não estamos ensinados de forma alguma senão as vivenciarmos.

Inicialmente foram traçados objetivos a alcançar neste estágio que, de um modo geral, contribuíram para atingir com sucesso a capacidade principal do mesmo, sendo esta a realização autónoma de avaliações, contemplando a escolha e aplicação das provas adequadas a cada caso e cotação das mesmas com a respetiva redação dos relatórios psicológicos. Sendo indispensável todo o apoio obtido de toda a equipa.

Através dos casos apresentados neste relatório foi possível demonstrar um exemplo das queixas mais presentes em todo o estágio. Verificando-se que, nem sempre, os resultados se apresentam em concordância com os motivos pelas quais as crianças foram encaminhadas.

Para além disto, foi possível apurar que existe incongruências em relação aos estudos realizados sobre os efeitos a longo prazo da terapêutica farmacológica, sendo necessário haver um estudo aprofundado sobre os mesmos.

No entanto, neste relatório, através da avaliação psicológica no caso 2 foi possível verificar que houve, de facto, melhorias significativas no desempenho da criança. Ainda foi possível apurar os parâmetros presentes nas provas que levam a um diagnóstico de PHDA.

Concluindo, que para uma criança com PHDA é indispensável que seja feita uma combinação de várias intervenções, tais como a farmacológica, o apoio escolar e o apoio familiar, sendo necessário uma boa comunicação entre os pais/cuidadores, escola/professores e médicos.

Reflexões Finais

A etapa final deste curso, nomeadamente o estágio académico, proporcionou-me a oportunidade de aplicar na prática o que aprendi ao longo do percurso académico. Foram várias as dificuldades sentidas ao longo deste estágio e do processo de redação do presente relatório.

No entanto, a maior dificuldade sentida, ao nível do estágio teve haver com a função do psicólogo, em que por variadas vezes, questionei-me se seria capaz de enfrentar este desafio, assim como, executá-lo de forma correta.

É neste confronto com a realidade do mercado de trabalho, que surgem dúvidas se seria boa o suficiente para desempenhar as minhas tarefas, ao qual cada tarefa que acabava bem sucedida, tornou-se, cada uma delas, em pequenas e grandes vitórias.

O medo e a dúvida, colocaram-se muitas vezes no meu caminho, que me levavam a questionar se iria realmente conseguir ajudar quem precisava, tendo sido necessário aprender com os próprios erros e aceita-los para que conseguisse fazer melhor. Mas logo, se punha, o medo de que os erros podessem prejudicar alguém, que foi superado por todo o apoio que recebi sempre que surgia alguma dúvida.

Uma verdade é que nunca imaginei poder participar no Sistema Nacional de Saúde, muito menos, poder sentir o que é fazer parte de uma equipa do mesmo, com uma população-alvo infantil. Lidar com esta população, nem sempre é fácil, é preciso ajustarmo-nos a ela a cada momento, e esse foi de facto um desafio pessoal que, felizmente, consegui superar.

Após muitas conversas com as minhas colegas de turma consegui perceber que a escola do local de estágio tinha sido boa, pois estava a ser bem encaminhada, estava a ter um progresso rápido da autonomia das tarefas, tendo sido colocada rapidamente em

confronto com a minha independência dentro do hospital no âmbito das consultas de avaliação psicológica.

Concluo, assim, que nada se consegue sem esforço e sem medos, há que enfrentar cada desafio e superá-lo, porque não há desafio que seja mais forte do que nós próprios.

Referências bibliográficas

- Aiken, L. R. (2003). *Psychological testing and assessment* (11 ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Alchieri, J. C. & Cruz, R. M. (2003). *Avaliação Psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Almeida, Nemésio (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista De Psicologia*, 5 (1).
- American Psychological Association (2006). APA: Pediatric Psychology. Obtido em <http://www.apa.org/divisions>
- American Psychiatric Association (2014). DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (5a Ed.). Lisboa: Artmed Editora.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M. Almeida-Filho, N. & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista Saúde Pública*. vol.39, n.4. São Paulo.
- Araújo, M. F. (2007). *Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica*. Psicologia: Teoria e Prática, 9(2): 126 – 141.
- Bandura, A. (2002). *Self-efficacy: the exercise of control* (5 ed.). New York: W. H. Freeman and Company.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (2010). Família, saúde e doença: a intervenção dirigida aos pais. *Alicerces*, 3 (3), pp. 207-221. Obtido em 20 de Maio de 2016, de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/768>

- Basso, C. (2000). Algumas reflexões sobre o ensino medidado por computadores. Brasil.
- Bauermeister, J. J. (2002). Hiperativo, impulsivo, distraído, me conoces. Madrid: Albor-Cohs.
- Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (2001). *Handbook of health psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Benjamin Jr., L. T., DeLeon, P. H., Freedheim, D. K., & VandenBos, G. R. (2003). Psychology as a profession. Em D. K. Freedheim, & I. B. Weiner, *Handbook of psychology: History of psychology* (Vol. 1, Chap. 2, pp. 27-45). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica* (1 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bentovim, A. (1999). Terapia familiar. Em S. Bloch, *Uma introdução às psicoterapias* (pp. 245-265). Lisboa: Climepsi.
- Bernstein, D. A., Clarke-Stewart, A., Penner, L. A., & Roy, E. J. (2012). *Psychology*. confirmar na mediateca: Wadsworth, Cengage Learning.
- Bjorklund, D. F. & Blasi, C. H. (2012). *Child and Adolescent Development: An Integrated Approach*. Canada: Wadsworth, Cengage Learning.
- Bloch, S. (1999). Psicoterapia de apoio. Em S. Bloch, *Uma introdução às psicoterapias* (1 ed., pp. 297-320). Lisboa: Climepsi.
- Brito, C. F. C. (2014). *Intervenção psicológica em context hospitalar: as manifestações depressivas na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal.
- Brown, R. T. (2004). Introduction: changes in the provision of health care to children and adolescents. Em R. T. Brown, *Handbook of pediatric psychology in school settings* (pp. 1-20). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Camarotti, M. C. (2010). *O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar* (Vol. 32, nº60). Belo Horizonte: Reverso.
- Campbell, M., & Rapee, R. (1996). *Current issues in the assessment of anxiety in children and adolescents: a developmental perspective*. Behaviour Change, 13(3), 185-193.
- Canadian Psychological Association (2002). *The Costeffectiveness of psychological interventions*. Canada.
- Castro, S. L. & Santos, A. S. (2006). *TIL: Teste de idade de leitura*. Porto.
- Ciccone, A. (2000). *Observação clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico* (5ª Ed). Porto Alegre: Artes médicas.
- Division of clinical psychology (DCP). (2001b). *The core purpose and philosophy of the profession*. Leicester: BPS.
- Duarte, N.R.M. (2015). *O papel do psicólogo pediátrico na consulta de avaliação psicológica do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia e Ciências da educação da Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal.
- Enelow, A. J., Forde, D. L., & Brummel-Smith, K. (1999). *Entrevista clínica e cuidados ao paciente* (1 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Engel, G. L. (1992). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10(3), 317-331.
- Erné, S. A. (2000). O exame do estado mental do paciente. Em J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico-V* (5 ed., pp. 67-74). Porto Alegre: Artmed.
- Ernst, M. M., Barhight, L. R., Bierenbaum, M. L., Piazza-Waggoner, C., & Carter, B. D. (2013). Case studies in clinical practice in pediatric psychology: the "why" and "how to". *Clinical practice in pediatric psychology*, 1 (2), 108-120.

- Fagundes, A. J. F. M. (1999). *Definição, descrição e registro do comportamento* (12^a ed.). São Paulo: Edicon.
- Fonseca, M.T.A. (1998). O papel do Psicólogo Pediátrico. *Análise Psicológica*, 16 (1), 177- 181. Lisboa.
- Faria, A. R. (1998). *Desenvolvimento da criança e do adolescente segundo Piaget* (4^a Ed, Cap: 1 e 3). São Paulo: Ática, 1998.
- Ferreira, V. R. T., & Mousquer, D. N. (2004). *Observação em psicologia clínica*. *Revista de Psicologia da UnC*, 2(1), 54-61.
- Fonseca, M. (1998). O papel do psicólogo pediátrico. *Análise Psicológica*, 16(1), 177-181. Obtido em Abril de 2016 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000100021&lng=pt&tlng=pt
- Frank, J. & Landeira-Fernandez, J. (2008). *Comparison between two scoring systems of the Rey–Osterrieth Complex Figure in left and right temporal lobe epileptic patients*. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23:839–845
- Freitas, S.C.S. (2011). *Relatório de Estágio*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Garcia, M. R., Souza, R. D. B. & Delefrati, V. R. T. (2012). Entrevista clínica inicial com adultos sob a perspectiva do terapeuta iniciante. Londrina: V Congresso de Psicologia UniFil.
- Giacomoni, C., Stein, L. M. & Knijnik, L. F. (2013). *Teste de Desempenho Escolar: um estudo de levantamento*. *Psico-USF*, 18(3), 407-416.
- Gough, P., Hillinger, M. (1980). Learning to read: An unnatural act. *Bulletin of the Orton Society*, 30, 179-195.
- Green, C. & Chee, K. (2000). *El niño muy movido o despistado*. Madrid.

- Groth-Marnat, G. & Edkins, G. (1996). *Professional psychologists in general health care settings: A review of the financial efficacy of direct treatment interventions*. Research and Practice, Vol 27 (2), 161-174.
- Guillaumin, J. (1968). *La signification scientifique de la psychologie Clinique*. Bulletin de Psychologie, 270, p.936-949.
- Guillevic, C. e Vautier, S. (2001). *Diagnóstico e Testes Psicológicos*. Lisboa: Climepsi Ed.
- Guzzo, R. S & Pasquali, L. (2001). *Laudo psicológico: a expressão da competência profissional*. In: Pasquali, L. (Org.) *Técnicas de exame psicológico – TEP*. Manual. Vol. I: fundamentos das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hughes, A., & Byrne, M. (2009). Clinical intake interview guidelines. *The Irish Psychologist*, 35(14), 377- 381.
- International Journal of Developmental and Educational Psychology, pp: 73-80. Lisboa.
- Jones, K. (2010). The unstructured clinical interview. *Journal of Counseling and Development*, 88, 220-226.
- Jorge, L. A. R. (2014). *Intervenção precoce no jardim de infância*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2001). *Psychological testing: principles, applications, and issues* (5 ed.). Stamford: Wadsworth.
- Knudsen E.I. (2004) *Sensitive periods in the development of the brain and behavior*. J Cognitive Neuroscience, 16(8): 1412-25.
- Lagache, D. (1949). *A unidade da Psicologia* (70ª Ed.). Lisboa.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica. técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século Edições.

- Leal, I., Pimenta, F. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (1ª Ed). Lisboa: Placebo, Editora.
- Looff, W. R. (1973). Socialization and personality: Contemporary psychological approaches. In P. B. Baltes & K. W. Schaie(Eds.), *Life-span developmental psychology*. New York: Academic Press
- Lopes, R.B. (2012). *Uma Revisão sobre a Psicanálise Infantil*. Lisboa.
- Machado, A. & Morona, V. (2007). *Manual de Avaliação Psicológica*. Curitiba: unificado.
- Manfredini, V. & Argimon, I. I. L. (2010). O Uso de Testes Psicológicos: A importância da formação profissional. *Revista Grifos*, (28): 134-146.
- Marks, D. F., Sykes, C. M., & McKinley, J. M. (2003). Health psychology: overview and professional issues. Em A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller, & I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology: health psychology* (Vol. 9). New Jersey: Wiley.
- Matos, P. P. (2009). Perturbações do Desenvolvimento Infantil - Conceitos Gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (Dossier: Neurodesenvolvimento Infantil), 669-76.
- McCain, M.N., Mustard, J.F, Shanker, S. (2007). *Early years study 2: Putting science into action*. Toronto, ON: Council for Early Child Development
- McConaughy, S. H. (2005). *Clinical Interviews for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Miyazaki, M.C., Domingos, N., Valerio, N., Santos, A. R., Rosa, L.T. (2002). *Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa*. *Psicologia USP*, 13 (1), p. 29-53.

- Moita, V. (1983). O papel do psicólogo clínico numa equipa de saúde mental infantil. *Análise Psicológica*, 3(III), 264-270. Lisboa.
- Monteiro, M. A. F. (2013) Relatório de estágio profissionalizante em psicomotricidade e intervenção precoce no centro de desenvolvimento da criança. Relatório de Estágio em Mestrado, Universidade de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Morais, J. (1997). A arte de ler. Psicologia Cognitiva da Leitura. Lisboa: Ed. Cosmos.
- Oliveira, M. F. (2005). *Entrevista Psicológica – o caminho para aceder ao outro*. Monografia, Universidade Lusíada do Porto, Portugal.
- Ogino, T., Watanabe, K., Nakano, K., Kado, Y., Morooka, T., Takeuchi, A., et al. (2009). *Predicting executive function task scores with the Rey-Osterrieth Complex Figure*. *Brain and Development*, 31(1), 52–57.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa.
- Orjales, I. V. (2002). Déficit de atención com hiperatividade. Madrid: CEPE
- Palomo, R., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T., et al. (2013). *Spanish normative studies in young adults (Neuronorma young adults project): Norms for the Rey–Osterrieth Complex Figure (copy and memory) and Free and Cued Selective Reminding Test*. *Neurología*, 28(4):226—235
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (1981). *O mundo da criança*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Pereira, A. (1971). *Manual Toulouse-Piéron*.
- Pimentel, J., Baptista, M. & Dias, S. (2008). *Impacto e importância do diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento na vida da criança e da sua família*.

Pires, A. A. & Pires, A. P. (1995). *Psicologia Pediátrica. Análise Psicológica*, 1-2 (XIII): 123-130. Lisboa.

Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. (2015). *Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE*. Obtido em 16 de Abril de 2016, de <http://www.chlo.min-saude.pt/>

Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (1998). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. Section 2: The Coloured Progressive Matrices. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

Rodrigues, A. N. (2003). *Contributos para avaliação da criança com perturbação de hiperactividade e défice de atenção: estudo de standardização e propriedades psicométricas das formas reduzidas das Escalas de Conners Revisadas para professores e pais em crianças do primeiro ciclo*. (Tese de doutoramento em Motricidade Humana - Educação Especial e Reabilitação, não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

Ros, A. M. J. (2009). *A Entrevista Psicológica*. Obtido em 16 de Abril de 2016, de <https://nucleogrhc.files.wordpress.com/2009/04/cp0211entrevista.pdf>

Santos, C. F. M. (2011). *A perturbação de hiperatividade com défice de atenção: que perfis neuropsicológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.

Santos, C. I. D. G. (2012). *Intervenção do psicólogo na consulta de psicologia para crianças e adolescentes num centro de saúde: caracterização da população e estratégias de melhoria da actuação do profissional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia, Portugal.

Schlenger, H. D. (1995) *A Behavior Analytic View of Child Development*. New York and London: Plenum Press.

- Shonkoff, J. P. (2011). *Protecting brains, not simply stimulating minds*. ND.
- Silva, V. G. (2008). *Os testes psicológicos e as suas práticas*. Portugal.
- Silva, M. N. (2013). *Aliação da Linguagem Oral de Inês Sim-Sim*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simões, M. R. (2002). *Utilizações da WISC-III na avaliação neuropsicológica de crianças e adolescentes*. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 12(23), 113-132. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Simões, M. R., Santos, M. S., Albuquerque, C. P., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Ferreira, C. & Oliveira, E. (2003). Escala de inteligência de Weschler para crianças - terceira edição (WISC-III). Em M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado, *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 165-178). Coimbra: Quarteto Editora.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Intervenção Psicológica em Centros de Saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2 (XVI), 217-229.
- Vieira, E. F. & Barrias, P. (2016). *Hiperatividade e défice de atenção*. Lisboa: Janssen-Cilag.
- Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamento e linguagem* (p. 135). São Paulo: Martins Fontes
- Vygotsky, L. S. (1989). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores* (3ªEd). São Paulo: Martins Fontes
- Walker, C.E. (1988). *The future of pediatric psychology*. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 465-478.
- Watanabe, K., Ogino, T., Nakano, K., Hattori, J., Kado, Y., Sanada, S., et al. (2005). *The Rey–Osterrieth Complex Figure as a measure of executive function in childhood*. *Brain & Development*, 27:564–569

Weschler, D. (2003). *WISC-III: Escala de inteligência de Weschler para crianças - III.*

Lisboa: CEGOC-TEA.

Zornig, S. M. A. (2008). *Transference in the psychoanalytic with children* (Vol. 41,

nº75). São Paulo: J. Psicanal