

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Relatório da Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Autora: Inês Góis Silveira

Orientadora: Professora Doutora Tânia Raquel Pais Brandão

Número da candidata: 20130840

Abril de 2021

Lisboa

Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão, o meu sincero obrigada por terem estado sempre presentes com o vosso amor, carinho, apoio e confiança. Pela oportunidade que me deram, pois é graças ao vosso sacrifício que consegui realizar este sonho. Por acreditarem em mim e motivarem a ser a pessoa que me tornaram hoje. Obrigada por me ensinarem a lutar por aquilo que quero.

Aos meus amigos, e em especial à Patrícia e à Isolda, o meu sincero obrigada pela atenção, força e apoio, pela ajuda e partilha de experiências que me inspiraram para continuar. Por se mostrarem sempre disponíveis nos momentos mais difíceis.

À orientadora do relatório de estágio, pela paciência e dedicação nos momentos em que não encontrava o rumo a seguir, obrigada por me encaminhar na reta final. Jamais esquecerei a pessoa extraordinária que demonstrou ser.

À psicóloga do estágio, pela simpatia e confiança nos desafios apresentados durante esta etapa. Foi um privilégio conhecer alguém tão especial, que me ajudou a crescer enquanto futura profissional.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do estágio integrado no plano curricular do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio realizado decorreu no contexto de Cuidados de Saúde Primários, mais propriamente no Serviço de Psicologia da Unidade de Recursos Assistenciais, na grande Lisboa. Teve como objetivo proporcionar um conjunto de atividades que permitiram o desenvolvimento de competências enquanto profissional em Psicologia. Este relatório pretende descrever as atividades realizadas durante o estágio, designadamente as atividades de observação, de avaliação psicológica e de intervenção psicológica individual. Assim como refletir sobre as experiências vividas e as aprendizagens alcançadas durante o mesmo. Centra-se na Terapia Cognitiva-Comportamental e aborda perturbações psiquiátricas como a perturbação de ansiedade e perturbação de hiperatividade e défice de atenção. No final, apresentam-se algumas reflexões sobre a experiência de estágio bem como sobre as aprendizagens alcançadas.

Palavras-chave: estágio; psicologia clínica; cuidados de saúde primários; terapia cognitivo comportamental.

Abstract

The following report is part of the internship integrated in the curricular plan of the Master's Degree in Clinical and Counseling Psychology of the Universidade Autónoma de Lisboa. The internship took place in the context of Primary Health Care, more specifically in the Psychology Service of the Care Resources Unit, located on the greater Lisbon. The aim was for providing a set of activities that allowed me the development of skills as a professional in Psychology. The purpose of this report is to describe the activities carried out during the internship, namely the activities of observation, psychological evaluation and individual psychological intervention. As well to reflect on the experiences lived and learned while on this internship. It focuses on Cognitive-Behavioral Therapy and addresses psychiatric disorders such as anxiety disorder and attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: internship; clinical psychology; primary health care; cognitive behavioral therapy.

Índice

Resumo	III
Abstract	IV
Lista de tabelas	VIII
Lista de siglas	IX
Introdução	11
1.Contextualização do Local de Estágio	12
1.1. Serviço Nacional de Saúde e Centros de Saúde	12
1.2. Caraterização do Local de Estágio	13
1.3. Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados	14
1.4. Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários	15
1.5. Caraterização do Serviço de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários	16
1.5.1. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.....	17
1.5.2. As Áreas de Atuação do Serviço de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários.....	18
1.5.3. Componentes do Aconselhamento	19
1.5.4. Reabilitação	19
1.5.5. Investigação.....	20
1.5.6. Formação de outros técnicos	20
1.5.7. Ganhos com a Intervenção dos Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários	21
1.5.8. Normas de Funcionamento da Consulta de Psicologia	21
2. Saúde Mental	22
3. Caraterização da Intervenção – o modelo cognitivo-comportamental	24
5. Descrição das Atividades Desenvolvidas	34
5.1. Observação de Consultas	34
5.2. Avaliação Psicológica	35
5.3. Consultas de acompanhamento psicológico.....	35
6. Estudo de caso A. - Avaliação Cognitiva	36

6.1. História Clínica	36
6.2. Instrumentos de avaliação – WISC III	37
6.3. Resultados e Interpretação	39
6.4. Hipóteses de diagnóstico	41
6.4.1. Perturbação de Ansiedade	41
6.4.2. Perturbação de Ansiedade de Separação	42
6.4.3 Mutismo Seletivo	44
6.5. Hipóteses de Estratégias de Intervenção Psicológica.....	45
6.5.1. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Ansiedade de Separação	45
6.5.2. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica no Mutismo Seletivo.....	46
7. Estudo de caso B. – Caso de Acompanhamento	48
7.1. História Clínica	48
7.2. Descrição das Sessões de Acompanhamento Psicológico	48
7.3. Hipótese de diagnóstico	53
7.3.1. Perturbação de Ansiedade Generalizada	53
7.3.2. Perturbação de Ansiedade – Medo.....	54
7.3.3 Perturbação de Ansiedade – Fobia Especifica	56
7.3.4. Perturbação do sono	57
7.3.5. Palilalia.....	60
7.4. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica	61
7.4.1 Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Ansiedade Generalizada	62
7.4.2. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica no Medo.....	63
7.4.3. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Fobia Especifica.....	63
7.4.4. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Perturbação de Sono	64
7.4.5. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Palilalia	66
8. Estudo de caso C. – Caso de Acompanhamento	66
8.1 História Clínica	67

8.2. Descrição das Sessões de Acompanhamento Psicológico	69
8.3. Hipótese de Diagnóstico.....	77
9. Estudo de caso D. – Caso de Acompanhamento	79
9.1 História Clínica	79
9.2. Descrição das Sessões de Acompanhamento Psicológico	80
9.3. Hipótese de Diagnóstico.....	100
9.4. Resultados esperados da intervenção com o programa “O Gato Habilidoso”	100
10. Reflexão final	101
11. Referências	106
12. Anexos	131
12.1. Anexo A- Desenho elaborado pelo B.....	131
12.2. Anexo B – Resultados da Escala Manifesta da Ansiedade (Caso B).....	132
12.3. Anexo C- Resultados da Escala Manifesta da Ansiedade (Caso C)	134

Lista de tabelas

Tabela 1 - Índices fatoriais presentes no teste WISC-III.....	39
Tabela 2- Perfil Cognitivo WISC-III.....	40
Tabela 3- Medos mais comuns em cada faixa etária.....	56
Tabela 4- Critérios de identificação dos padrões da perturbação de hiperatividade e défice de atenção.....	70

Lista de siglas

ACES- Agrupamento De Centros De Saúde

APA- American Psychological Association

DSM V- Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HAS- Health Advisory Service

MOQUEPO- Tarefa Mostra Que Posso

OMS- Organização Mundial de Saúde

PHDA- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SNS- Serviço Nacional De Saúde

UCC- Unidades De Cuidados Da Comunidade

URAP- Unidade De Recursos Assistenciais Partilhados

USP- Unidades De Saúde Publica

UCSP- Unidades De Cuidados De Saúde Personalizados

TCC- Terapia cognitiva comportamental

WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

Lista de anexos

Anexo A – Desenho elaborado por B.

Anexo B – Resultados da Escala Manifesta da Ansiedade (Caso B)

Anexo C- Resultados da Escala Manifesta da Ansiedade (Caso C)

Introdução

O presente relatório pretende descrever o estágio curricular que ocorreu no âmbito do segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa, no ano letivo de 2019/2020.

O estágio realizou-se num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), na Grande Lisboa. Foi permitido o contato com diferentes perturbações mentais, instrumentos de avaliação psicológica, e modelos e formatos de intervenção psicológica (individual e grupo). Este teve como objetivo consolidar a prática profissional e os conhecimentos teóricos até então adquiridos, de forma a garantir o desenvolvimento das capacidades relacionais e profissionais, com o propósito de atingir um futuro sucesso profissional.

Sendo que ao psicólogo clínico e da saúde lhe compete a promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e a prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física (Ribeiro & Leal, 1996), enfatiza-se que o seu papel é bastante abrangente e o seu modo de atuação deve adaptar-se à instituição onde exerce a atividade e às principais necessidades existentes nesse contexto.

O estágio teve início em outubro de 2019 e terminou, presencialmente, no mês de março de 2020 devido à pandemia mundial Covid-19. Os casos clínicos que sustentam este relatório têm incidência na população infantil, onde foi permitido trabalhar com as perturbações de ansiedade, perturbação de hiperatividade com défice de atenção e perturbações do sono.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira destina-se à contextualização do estágio e seus objetivos. Na segunda parte será descrito o trabalho realizado no decorrer do estágio curricular, em termos de avaliação e intervenção psicológica. Em paralelo, apresenta-se o enquadramento teórico das perturbações para a compreensão da avaliação psicológica e dos casos clínicos acompanhados. Além disso, apresenta-se uma reflexão sobre as intervenções realizadas e as suas implicações.

Apesar da perturbação de ansiedade incluir diversas perturbações de acordo com o DSM-V (APA, 2014) (i.e., perturbação de ansiedade de separação; mutismo seletivo; fobia específica; ansiedade social; perturbação de pânico; agorafobia; ansiedade generalizada; ansiedade induzida por substância/medicamento; ansiedade devida a outra condição médica;

ansiedade com outra especificação e ansiedade não especificada), tendo em conta o trabalho efetuado ao longo do estágio curricular serão apresentados de forma detalhada apenas o medo (caso B), a perturbação de ansiedade de separação (caso A), o mutismo seletivo (caso A), a fobia específica (caso B), a perturbação de pânico (caso B) e a perturbação de ansiedade generalizada (caso A, B e C).

Por último, apresenta-se uma conclusão reflexiva sobre as principais dificuldades e limitações encontradas no decorrer do estágio, assim como das aprendizagens alcançadas e da importância do psicólogo nos cuidados de saúde primários

1.Contextualização do Local de Estágio

1.1. Serviço Nacional de Saúde e Centros de Saúde

Em 1976 foi ditado no artigo 64º da Constituição que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e ao dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Na definição dos objetivos deste serviço foi estipulado que este deveria assegurar o direito à proteção da saúde.

Assim, o Estado foi incumbido de garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como garantir uma racional e eficaz cobertura médica e hospitalar de todo o país (Serviço Nacional de Saúde, n.d).

A 15 de setembro de 1979, aquando da reforma da saúde pública, é decretada a lei nº 56/79, em que é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais. A criação deste serviço público envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Embora seja definido que deverá ser garantido ao acesso gratuito a este serviço, é colocada a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações (SNS, n.d).

Atualmente, o SNS é tutelado pelo ministério da saúde e goza de autonomia administrativa e financeira, organizando-se de forma descentralizado e compreendendo órgãos centrais, regionais e locais. Este organismo agrega, então, não só os serviços prestadores de cuidados de saúde primários (agrupamentos de centros de saúde), tal como serviços prestadores

de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas) (SNS, n.d).

Com a criação do SNS ocorreu a transformação dos centros de saúde de primeira geração para os de segunda. Os primeiros, prestavam, essencialmente, apoio no que até então era considerada saúde pública, nomeadamente vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade, entre outros (Branco & Ramos, 2001).

Em 1983 surgiram os chamados centros de saúde integrados ou de segunda geração, resultantes da fusão entre as principais vertentes assistenciais extra-hospitalares pré-existentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios) (Branco & Ramos, 2001).

No decreto-lei nº28/2008 de 22 de fevereiro foi promulgada a mais recente reestruturação nos cuidados de saúde primários, através da criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), com o objetivo de dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, n.d.). No 3º artigo deste decreto-lei ficou estipulada como missão dos ACES garantirem a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, e atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam, ainda, na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Ministério da Saúde, n.d.).

1.2. Caracterização do Local de Estágio

O ACES onde decorreu o estágio abrange vários municípios, onde residem mais de 300 mil pessoas e é constituído por vários centros de saúde.

A autonomia administrativa concedida ao ACES no decreto-lei 28/2008, permite a organização das unidades funcionais consoante as necessidades de cada população abrangida. O ACES contempla, assim, várias unidades funcionais, nomeadamente unidades de cuidados

de saúde personalizados (UCSP), unidades de cuidados da comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP).

Resumidamente, a missão das UCSP passa por garantir a prestação de cuidados personalizados à população, regendo-se pelos princípios de garantia de acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados, e pelo princípio da qualidade. As UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário particularmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis.

As USP têm o papel de funcionar como observatório de saúde da região que lhes está destinada, sendo que apenas existe uma em cada ACES, e mantêm uma estrita articulação com os demais serviços e instituições prestadoras de cuidados de saúde e com o departamento regional de saúde pública da administração regional de saúde (Ministério da saúde, n.d.). Por último, as equipas das URAP são constituídas por profissionais com competências variadas, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros (SNS, n.d.).

1.3. Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

Na unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) do ACES existem técnicos de diversas áreas que trabalham de forma, muitas vezes, multidisciplinar. A equipa da URAP inclui médicos dentistas, técnica de higiene oral, fisioterapeuta, assistentes sociais, psicólogas e uma funcionária administrativa.

As funções dos núcleos de psicologia pertencentes à URAP de um ACES baseiam-se não só na prestação de apoio assistencial à população destinada ao serviço desta URAP, bem como ao nível da consultoria aos técnicos das outras unidades funcionais deste ACES.

O estágio curricular a descrever no relatório decorre numa URAP, estando afetos ao atendimento do núcleo de psicologia os utentes inscritos no centro de saúde local, provenientes das várias freguesias correspondentes. A população destas freguesias apresenta não só diversidade em relação às suas idades, como quanto às problemáticas apresentadas.

O atendimento do núcleo de psicologia desta URAP insere-se nos cuidados de saúde primários, sendo desenvolvidos, além do acompanhamento individual, projetos na área de promoção da saúde e da prevenção da doença. As áreas de atuação das psicólogas deste serviço

passam, então, pelo planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde escolar, saúde do adulto, saúde do idoso e cuidados continuados.

1.4. Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários

A saúde é um constructo multifatorial que resulta de uma interação complexa entre fatores culturais, sociais, psicológicos, físicos, biológicos e espirituais, pelo que a sua promoção e a sua manutenção implica vários processos psicossociais na interação entre o sujeito, o sistema de saúde e a sociedade (Trindade & Carvalho Teixeira, 1998).

O papel da psicologia na área da saúde e da doença, ultrapassa a medicina ao ponderar não só fatores biológicos, como também fatores sociais, culturais e ambientais relacionados com estas problemáticas (Carvalho Teixeira, 2007). O objeto de estudo da psicologia da saúde passa, assim, pelo sujeito individual, em diferentes fases do ciclo vital, e as suas relações com a saúde, a doença ou a deficiência, bem como a sua família e os seus técnicos de saúde, e, ainda, problemas associados à promoção da saúde e à prevenção das doenças nos vários grupos sociais (Carvalho Teixeira, 2007).

Segundo Carvalho Teixeira e Trindade (1994), as contribuições do psicólogo nos cuidados de saúde primários baseiam-se na aplicação das suas teorias e técnicas nos aspetos psicológicos na promoção de saúde, proteção de saúde e na prevenção junto da população. O objetivo primordial dos técnicos dos cuidados de saúde primários é o de promover e preservar a saúde, ou seja, o bem-estar biológico, mental e social do sujeito, grupos e comunidades. Então, além da função assistencial, de reabilitação e de investigação, comum a outras áreas de psicologia, o psicólogo dos cuidados de saúde primários desenvolve programas de promoção de saúde e da prevenção da doença, tal como presta formação e consultadoria a outros técnicos de saúde (Trindade & Carvalho Teixeira, 1998).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), os ganhos da intervenção dos psicólogos nos cuidados de saúde primários prendem-se a um nível direto pela redução da procura das consultas do médico de família, redução das consultas de especialidade (com a melhor adesão ao tratamento), redução da prescrição dos medicamentos, redução do número de dias de internamentos e redução das idas às urgências. A nível indireto, foram apontadas a diminuição do abstencionismo laboral, aumento da produtividade e diminuição dos encargos com benefícios fiscais.

1.5. Caracterização do Serviço de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários

Em coordenação tanto com as diversas especialidades da URAP, como com as outras unidades funcionais, o objetivo primordial do psicólogo nos cuidados de saúde primários é a promoção da saúde e a prevenção da doença. O psicólogo deve aplicar as teorias e técnicas da sua ciência tendo em conta as necessidades das populações onde atua ao serviço da promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença, avaliação e tratamento dos aspetos psicológicos das doenças e reabilitação, assim como, na investigação, formação e humanização dos serviços.

Ou seja, o psicólogo deverá aplicar as teorias e técnicas da psicologia da saúde com o objetivo de garantir, manter e melhorar o nível de saúde individual, familiar e comunitária ao longo do ciclo de vida, ao nível de:

- Promoção da saúde com o objetivo de manter e melhorar a saúde individual e comunitária;
- Prevenção das doenças com ações dirigidas a problemáticas específicas;
- Função assistencial (consulta) com incidência nos aspetos psicológicos das doenças.
- Reabilitação, ajustamento à situação, treino de competências, desenvolvimento de suportes familiares, comunitários;
- Investigação dos aspetos psicológicos das problemáticas onde é chamado a intervir ou estar atento ao evoluir da incidência das doenças, para antecipar-se à sua propagação com a construção de projetos que as previnam.
- Humanização dos serviços com o objetivo de ser um facilitador da comunicação técnicos/ utentes, encontrar formas de tornar os serviços de saúde mais humanos e próximos da população.

Outros aspetos importantes do trabalho do psicólogo são estar integrado em equipas multidisciplinares, estar próximos dos médicos de família e promover uma comunicação clara, serem consultores das outras equipas e dos médicos de família para os aspetos psicológicos dos sujeitos, famílias e comunidades e prestar serviços domiciliários;

O psicólogo deve orientar-se por um plano de atividades definido em função das necessidades de saúde do ACES onde trabalha, os resultados deste plano devem ser sempre avaliados no sentido de melhorar a sua intervenção e as necessidades das populações devem ser sempre atualizadas. Também é importante que divida a sua atividade de um modo pelas

diferentes atividades (promoção da saúde e prevenção, consulta, reabilitação, investigação e formação).

1.5.1. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

Todo o trabalho do Psicólogo nos Cuidados de saúde primários tem como objetivo a Promoção da saúde e a Prevenção das doenças. Este trabalho deve ser desenvolvido a nível individual, familiar, de grupo e comunitário e deverá ser feito a nível local dentro dos ACES nas USF e UCSP, em colaboração com os outros técnicos, equipas e na comunidade (escolas, autarquias, associações, etc...).

A participação em projetos de promoção da saúde e prevenção das doenças insere-se nas atividades de Saúde Comunitária desenvolvidas nos ACES, onde o objetivo destes programas é a implementação de práticas de saúde e de políticas que visam capacitar os sujeitos e comunidades para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e promover estilos de vida saudáveis.

O psicólogo deverá fornecer e contribuir com as teorias e técnicas específicas da psicologia que considerem aspetos afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e comunitários, que permitam alterar crenças, mudar expectativas de controlo, desenvolver assertividade e expectativas de autoeficácia – numa abordagem individual, familiar, de grupo e comunitária com o objetivo final de promover a saúde e prevenir as doenças. É imprescindível que tenha em conta o diagnóstico de saúde e das necessidades das populações locais, características sociais (pobreza, urbanismo) e culturais das populações da área onde trabalha. Deve ter o papel de dinamizador entre equipas do ACES e entre os serviços de saúde e os recursos da comunidade e deve ser integrado em equipas multidisciplinares, o que pode ser feito através de:

-Projetos de educação para a saúde onde a sua intervenção é ao nível da avaliação dos comportamentos de determinadas populações, análise dos programas (adequação à fase do ciclo de vida, às características culturais das populações, etc.). As áreas prioritárias variam com as necessidades locais, mas as linhas orientadoras a nível mundial pela OMS e pelo Plano Nacional de Saúde são a alimentação, exercício físico, planeamento familiar, DST e tabagismo.

-Prevenção das Doenças- incidem-se sobre ações específicas que impedem que determinada problemática se desenvolva.

Na construção dos projetos de prevenção e promoção da saúde deve-se considerar variados aspetos, como a avaliação das necessidades de saúde das populações do ACES onde está inserido, a avaliação dos comportamentos e crenças dos grupos face à saúde ou a determinada problemática, a dinamização de vários agentes da comunidade e a adequação da mensagem aos aspetos cognitivos, comportamentais e culturais dos grupos-alvo, assim como, à fase do ciclo de vida onde se encontram.

1.5.2. As Áreas de Atuação do Serviço de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários

De acordo com Miragaia (2012), as áreas de atuação do serviço de psicologia nos cuidados de saúde primários incidem no planeamento familiar, na saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde escolar e na saúde do idoso.

- Planeamento familiar: contribuir para a adesão às consultas de planeamento familiar das mulheres e casais em idade fértil; projetos de educação para a sexualidade com o objetivo de diminuir os riscos de gravidez na adolescência. Onde é necessário elaborar planos de protocolo entre esta consulta e a consulta de psicologia para poder contribuir para uma contraceção adequada às características de cada mulher/casal.

- Saúde materna: desenvolver programas de promoção de competências parentais; gravidez saudável e preparação para o parto; prevenção da gravidez pós-parto.

- Saúde infantil e juvenil: facilitar a adesão ao plano de vacinação; abordagem que tem em conta o desenvolvimento da criança para a promoção da saúde mental; promoção de hábitos alimentares saudáveis e do exercício físico; prevenção de comportamentos de risco.

- Saúde escolar: implementação precoce de comportamentos para a saúde – otimizar recursos afetivos e cognitivos das populações e desenvolver capacidades de lidar com a pressão social que podem a levar a comportamentos de risco. É fundamental ter em conta não só o insucesso escolar como fator de risco, mas também outras áreas tais como a alimentação, exercício físico, a proteção ambiental (reciclagem); sexualidade saudável.

- Saúde do idoso: área importante dado os envelhecimentos da população onde devem ser feitas intervenções associadas aos problemas de memória, demência; incontinência, etc.

O psicólogo na consulta de psicologia deve desenvolver a função assistencial e deve funcionar como consulta de referência para os médicos de família ou consulta de apoio aos

diversos projetos desenvolvidos nos ACES. Na consulta de psicologia o paradigma clínico é integrado na mudança de comportamentos de risco e o desenvolvimento de comportamentos saudáveis, numa abordagem bio-psico-social da saúde, em que o estilo de vida do sujeito individual é considerado no contexto das inter-relações dinâmicas estabelecidas com a família, meio social e físico.

Os critérios de seleção da consulta de psicologia devem ser enquadrados nas necessidades concretas do ACES onde se insere e deverão incluir a possibilidade de avaliação e/ou acompanhamento de situações no âmbito de mudança de comportamentos e prevenção; crises pessoais e familiares: perturbações de ajustamento (ansiosas e depressiva); perturbações do desenvolvimento; processos de confrontação e adaptação à doença e à incapacidade; stress induzido por procedimentos médicos de diagnóstico e de tratamento; comportamentos de adesão a rastreios, tratamentos, atividades de autocuidados e dificuldades na comunicação de utentes e técnicos.

1.5.3. Componentes do Aconselhamento

O aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre interlocutores, com o objetivo de promover os recursos internos da pessoa para que ela possa reconhecer-se como sujeito próprio da sua saúde e transformação (Miragaia, 2012).

1.5.4. Reabilitação

A intervenção psicológica na reabilitação deve ter como objetivo a integração social e profissional dos sujeitos com doença crónica ou incapacitante de modo a promover um ajustamento satisfatório à situação por parte dos indivíduos e das famílias. A intervenção poderá ser feita ao nível de confronto e adaptação à doença e incapacidade, do stress induzido por hospitalizações, exames, procedimentos médicos e tratamentos, pela adesão a tratamentos e medicações e do apoio à família.

Os Cuidados Continuados são dirigidos a sujeitos que não necessitando de internamento requerem assistência e acompanhamento nos domicílios, onde o psicólogo poderá contribuir para a clarificação do funcionamento individual e/ou familiar e para os recursos pessoais e/ou familiares, com o objetivo de adaptar o individuo aos cuidados prestados pelos serviços,

também pode contribuir para a monitorização dos cuidados prestados, promoção da adesão do doente e da família à prestação de cuidados e para a intervenção a nível paliativo do doente.

1.5.5. Investigação

É importante o psicólogo ser impulsionador de projetos de investigação nos ACES dada a importância dos aspetos comportamentais, cognitivos e emocionais na promoção da saúde e na aquisição de estilos de vida saudáveis. Deverá estar atento a aspetos variados da sociedade, estar informado, e promover diagnósticos de saúde que antecipem o emergir de doenças onde os aspetos psicológicos dos sujeitos possam ter influência.

As áreas prioritárias de investigação são os fatores psicológicos relacionados com comportamentos saudáveis e comportamentos de risco, os determinantes psicológicos na mudança de comportamentos na saúde e o estudo da qualidade de vida relacionada com a saúde.

1.5.6. Formação de outros técnicos

O psicólogo deverá contribuir na formação de outros técnicos, tanto de locais de saúde, como a nível comunitário com o objetivo da promoção da saúde e prevenção da doença. O foco principal desta formação deve ser os aspetos psicológicos das intervenções dos outros técnicos que possam contribuir para a promoção da saúde.

As características pessoais incidem sob:

- Boa capacidade de escuta, de compreensão e de aceitação do outro e uma boa capacidade relacional;
- Capacidade de aceitar diferentes culturas e diferentes valores – mente aberta, sem juízo de valores;
- Bom conhecimento de si mesmo que permita uma distinção clara do que é dele e o que é do outro;
- Estar atento aos desenvolvimentos políticos, económicos e sociais atuais – estar informado;
- Bons conhecimentos científicos e formação continua – atualização continua dos conhecimentos;

- Boas aptidões sociais, capacidade de criar boas relações;

1.5.7. Ganhos com a Intervenção dos Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários

O relatório da Ordem dos Psicólogos sobre a evidência científica do custo efetividade de intervenções psicológicas na saúde apresenta vários estudos que comprovam que a intervenção dos psicólogos na saúde tem ganhos não só a nível da diminuição do sofrimento dos sujeitos e da humanização dos serviços como a nível social e económico. Estes estudos demonstram que a presença dos psicólogos nos cuidados de saúde primários, com intervenções cognitivo-comportamentais de seis a oito sessões, traz ganhos económicos a nível direto e indireto.

O primeiro verifica-se na redução da procura das consultas do médico de família, na redução das consultas de especialidade (com a melhor adesão ao tratamento), na redução da prescrição de medicamentos, na redução do número de dias de internamentos e na redução das idas às urgências. A nível indireto verifica-se na diminuição do abstencionismo laboral, no aumento da produtividade e na diminuição dos encargos com benefícios fiscais (*Evidência Científica sobre Custo-Efetividade das Intervenções Psicológicas em cuidados de saúde*, 2011).

1.5.8. Normas de Funcionamento da Consulta de Psicologia

A consulta de psicologia funciona como consulta de referência para os médicos de família e consulta de apoio aos diferentes Programas de Saúde, mediante critérios específicos. A intervenção em consulta será individual, exceto se inserida em projeto específico.

As indicações gerais para referenciação baseiam-se na avaliação e acompanhamento psicológico de perturbações ligeiras do desenvolvimento e do comportamento na infância e na adolescência, e de perturbações psicológicas de início recente no adulto, nas crises pessoais e/ou familiares (luto, problemas conjugais/familiares, laborais, etc.), nas perturbações de ajustamento (ansiosas, depressivas), nas dificuldades de adaptação a fases do ciclo vital (adolescência, gravidez, parentalidade, envelhecimento, etc.) e nos processos de confronto e adaptação à doença e à incapacidade pouco eficazes.

Para a marcação de consulta o encaminhamento é através do Sistema Informático S Clínico, especificando o motivo do pedido que deve estar incluído nos critérios de referenciação. Os pedidos obedecem a procedimentos de marcação consoante vagas, considerando-se os seguintes critérios de prioridade: grávidas, puérperas; adaptação à doença: diagnóstico recente de doença grave/incapacitante do próprio ou de familiar próximo; situações recentes e inesperadas de perda/morte de familiares próximos (sobretudo de filhos ou pais).

Os critérios de exclusão são os utentes não inscritos no ACES do local em específico, independentemente de frequentarem escolas ou instituições localizadas na área geográfica abrangida pelo Agrupamento; exceto utentes com inscrição esporádica, os utentes em acompanhamento em serviços de saúde mental (pedopsiquiatria e psiquiatria), os utentes com diagnóstico de deficiência mental, de patologia psiquiátrica, que são utentes com diagnóstico definido de psicopatologia infantil e juvenil (autismo, asperger; perturbações psicóticas), os utentes com diagnóstico definido de psicopatologia do adulto (perturbações psicóticas e depressões endógenas), os comportamentos aditivos (alcoolismo e toxicod dependência), as perturbações do comportamento alimentar (anorexia, bulimia), de ideação suicida e tentativas de suicídio, dificuldades específicas de aprendizagem (dislexia, disgrafia, disortografia, discalculia) e avaliação psicológica de adultos.

2. Saúde Mental

A concetualização da saúde mental e qualidade de vida requer um modelo abrangente de saúde subjetiva e multidimensional que inclua o bem-estar físico, psicológico, mental, social e funcional (Gaspar et. al, 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental define-se por um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtivamente, e é capaz de dar uma contribuição para a sua comunidade (Felman, 2020).

Relativamente à saúde mental infantil, a compreensão das etapas de desenvolvimento do ciclo vital é fundamental, pois é nela que se estrutura o psiquismo e se constituem os recursos essenciais para um desenvolvimento saudável, pois muitas das perturbações da idade adulta têm as suas raízes em fatores de risco da infância (Branco, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mundialmente, cerca de 20% das crianças sofrem de problemas comportamentais, emocionais ou de desenvolvimento, sendo

que uma em cada oito apresenta uma perturbação mental. Em Portugal, o maior peso da doença mental infantil deve-se às perturbações mentais e comportamentais (Goldschmidt, Marques, & Xavier, 2018).

De acordo com Scott et al. (2016), as perturbações mentais e de desenvolvimento na infância, como a perturbação de ansiedade e hiperatividade com défice de atenção, podem afetar o desenvolvimento neurológico, emocional e comportamental, com consequências negativas para o bem-estar psicológico e social das crianças (Nevo & Manassis, 2009; Polanczyk & Rohde, 2007; Shaw et al., 2012). As crianças com estas perturbações necessitam de um apoio adicional significativo das famílias e dos sistemas educativos, para conseguirem um desenvolvimento infantil mais saudável (Falcone et al., 2016).

As definições de saúde mental, especificamente na infância, têm sido fornecidas pela *Health Advisory Service* (HAS) (1995), que reconhecem o contexto de desenvolvimento da infância - isto é, a capacidade de se desenvolver psicologicamente, emocionalmente, criativamente, intelectualmente e espiritualmente; iniciar, desenvolver e sustentar relações pessoais mutuamente satisfatórias; usar e desfrutar da solidão; tomar consciência dos outros e empatizar com eles; brincar e aprender; desenvolver um sentido de certo e errado; e resolver problemas e aprender com eles (HAS 1995; Mental Health Foundation 1999). Tais definições são úteis na medida em que se relacionam com as expectativas sociáveis das crianças.

A OMS utiliza o termo "perturbações mentais" em geral, para incluir doenças mentais, incapacidade intelectual, distúrbios de personalidade, dependência de substâncias e adaptação a acontecimentos adversos da vida (OMS, 1992).

Na infância, os problemas de saúde mental podem prejudicar o funcionamento adaptativo das crianças limitando o seu desenvolvimento cognitivo, afetivo, comportamental e social. As perturbações psicológicas infantis apresentam-se, na grande maioria, com comorbidades, ou seja, a mesma criança pode apresentar mais de uma perturbação ao mesmo tempo, por vezes podem ser perturbações crónicas e com repercussões negativas para a vida adulta, complicando e até atrasando o seu desenvolvimento. Também pode acontecer a origem de perturbações mentais durante a infância, mas só se revelarem na vida adulta. Por isso a importância da implementação de programas para a prevenção ou de intervenção, a fim de possibilitar ajuda à criança e a sua família (Dumas, 2011).

Segundo a OMS (2002), as perturbações mentais infantis ocorrem na primeira ou na segunda infância, podendo comprometer o desenvolvimento das funções do sistema

neuropsicológico, podem acarretar prejuízos nas suas funções da linguagem, competências espaço-visuais e coordenação motora. Geralmente, a existência dessas problemáticas tende a diminuir de acordo com o desenvolvimento da criança, e se esta tiver o tratamento adequado à sua problemática mental.

Realmente, com o evoluir da psicologia, a “loucura” dos doentes mentais foi ultrapassada e deu-se a integração da saúde mental na atenção primária para permitir o acesso a um maior número de pessoas aos serviços de ajuda psicológica, a um custo acessível (Ferreira, 2015), o que acaba por contribuir para a minimização do estigma e da discriminação (WHO & WONCA, 2008).

Atualmente, o diagnóstico das perturbações relevantes para o relatório, como a perturbação de ansiedade, perturbação de hiperatividade com défice de atenção e perturbação do sono, é feito de acordo com os sistemas de classificação do DSM V- Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2020) ou com o CID 10- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 1992).

3. Caraterização da Intervenção – o modelo cognitivo-comportamental

Em concomitância com a realização do estágio as intervenções psicológicas debruçaram-se sobre o modelo cognitivo-comportamental, sendo a abordagem predominante no local de estágio. Esta por ser uma intervenção diretiva e focada é especialmente útil na intervenção com crianças (população-alvo deste estágio) e neste contexto (onde a capacidade de resposta para um acompanhamento contínuo e duradouro é limitada). Assim sendo, os objetivos e estratégias de intervenção psicológica foram delineados de acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

A TCC foi fundada na década de 60 por Aaron Beck, psiquiatra e neurologista norte americano. Inicialmente propôs um modelo cognitivo para a compreensão e tratamento da perturbação depressiva (Clark & Beck, 2012). Atualmente, evoluiu para a compreensão e tratamento de outras perturbações, como por exemplo, a perturbação de pânico com ou sem agorafobia, fobia social, ansiedade infantil, entre outras.

De acordo com Wright, Basco e Thase (2006), a TCC baseia-se num sistema de crenças centrais e intermediárias e pensamentos automáticos. As primeiras definem o que é verdadeiro e absoluto, mas são desenvolvidas pelas pessoas acerca de si mesmas, do mundo e do seu

próprio futuro. As crenças intermediárias são os pressupostos, regras e atitudes adotadas pelo indivíduo perante a sua forma de pensar e agir e estas influenciam a forma como a pessoa interpreta certas situações específicas. Os pensamentos automáticos afetam as reações emocionais e os comportamentos dos indivíduos por serem eventos sem deliberação consciente. Os pensamentos automáticos tanto podem ser realistas como distorcidos, quando não estão baseados numa avaliação racional, e são essas distorções que podem contribuir para o desenvolvimento das perturbações mentais. Assim sendo, o objetivo do modelo cognitivo-comportamental é corrigir crenças distorcidas, produzindo melhoras comportamentais e emocionais, através da reavaliação de crenças desadaptativas (Ishikawa, Okajima, Matsuoka, & Sakano, 2007).

O modelo cognitivo-comportamental representa uma conjugação entre a terapia cognitiva e a terapia comportamental, envolvendo os conceitos e técnicas de ambos com o objetivo de promover mudanças tanto na cognição como no comportamento. A cognição influencia o comportamento do indivíduo para que as alterações do comportamento possam ser utilizadas na mudança cognitiva. Ainda que a cognição e o comportamento sejam as componentes usadas para a mudança existem, de igual modo, as mudanças emocionais e fisiológicas demonstram ser indício do problema principal existente em terapia (Knapp, 2004).

Na terapia os objetivos definem-se de acordo com o problema e/ou questões expostas pelo cliente (Bahls & Navolar, 2004). Para que exista uma correção ou modificação nas distorções cognitivas que afetam o indivíduo de modo a que este desenvolva estratégias para defrontar o problema são usadas técnicas cognitivas e técnicas comportamentais: as técnicas cognitivas incidem sobre a identificação dos pensamentos automáticos, testando-os e substituindo possíveis distorções cognitivas; por sua vez, as técnicas comportamentais utilizam-se para modificar condutas inapropriadas e direcionadas com o problema apresentado (Knapp, 2004).

O processo terapêutico deve corresponder às características individuais de cada paciente, para que seja possível o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para proporcionar um melhor bem-estar (Friedberg & McClure, 2004).

A TCC infantil afirma que o comportamento da criança é adaptativo e que existe interação entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos. “A TCC com crianças e adolescentes é promissora no sentido de que reconhece explicitamente a importância das

variáveis cognitiva, comportamental, afetiva e socioambiental na etiologia e manutenção de perturbações emocionais” (Friedberg & McClure, 2004, p. 22).

Como os problemas emocionais e/ou comportamentais provêm da interpretação que a criança atribui às suas experiências, o modo distorcido com que a criança compreende e avalia os acontecimentos influencia o seu funcionamento emocional e comportamental (Friedberg & McClure, 2004). Assim, a psicoterapia infantil proporciona um desenvolvimento e funcionamento psicológico mais saudável na criança. Este trabalho terapêutico ajuda a criança a desenvolver estratégias eficazes para lidar com as situações mais difíceis e promove formas de adaptação saudáveis (Friedberg & McClure, 2004).

A TCC infantil difere do processo terapêutico dos adultos relativamente ao recurso a jogos lúdicos, histórias, metáforas e desenhos, na infância. Estas ferramentas ajudam a criança no relacionamento terapêutico, para além de facilitar e ajustar o objetivo proposto para cada tratamento, tornando possível a identificação dos objetivos, intervenções e soluções para o problema (Miller, 2003; Friedberg & McClure, 2004).

O modelo cognitivo comportamental recorre a várias técnicas e estratégias para a resolução dos problemas concretos, priorizando as que demonstraram ter maior eficácia na psicologia clínica, cientificamente (Llobet, 2020). Nomeadamente, o treino de relaxamento, o treino de competências sociais, o treino de resolução de problemas, o feedback e o reforço, a descatastrofização, a dessensibilização sistemática, a automonitorização, a reestruturação cognitiva e a psicoeducação (Freitas, 2011).

O treino de relaxamento tem por objetivo avaliar os sintomas ligados ao componente fisiológico da perturbação, mais direcionado para a ansiedade, visando a interrupção da associação aprendida entre hiperexcitabilidade autonómica e preocupação (Moura et al., 2018).

Diversos psiquiatras e terapeutas indicam as técnicas de relaxamento como forma de atenuar os problemas que acompanham o desenvolvimento das crianças como a agitação e instabilidade, dificuldades de aprendizagem como a dislexia, discalculia e disgrafia, assim como no acompanhamento da aprendizagem de crianças com um desenvolvimento típico (Borges, 2017).

O relaxamento é a técnica mais amplamente utilizada na TCC e tem um efeito positivo sobre os resultados do enfrentamento (Rice, 2007). A tensão e o relaxamento são estados do corpo que correspondem a duas partes do sistema nervoso autónomo (Esch e Stefano, 2010). O

treino em relaxamento supõe a simples questão de que não é possível estar tenso e relaxado ao mesmo tempo, e, dependendo do tipo de ansiedade e stresse, é possível que somente determinados grupos de músculos fiquem tensos (Rice, 2007). A título de exemplo evidenciam-se diferentes técnicas de relaxamento como:

-Respiração diafragmática: visa estimular o sistema nervoso autónomo parassimpático para obter uma sensação de relaxamento. Deve-se explicar como proceder à respiração, sobretudo diferenciando-a da respiração torácica. O psicólogo deve posicionar uma das suas mãos na sua região torácica e outra na região diafragmática e solicitar que a criança faça o mesmo para que possa perceber melhor os diferentes movimentos envolvendo os dois tipos de respiração. É ideal praticar diariamente e em situações ansiogénicas.

-Relaxamento muscular progressivo: consiste em provocar contração e relaxamento sucessivo de grandes grupos musculares. A criança deve aprender a identificar as sensações de tensão e relaxamento muscular, principalmente para perceber antecipadamente situações de tensões musculares. É importante que o psicólogo esteja familiarizado com as áreas corporais problemáticas da criança para que possa adaptar o exercício focalizando-o nas áreas problemáticas.

-Visualização (imaginar-se numa situação confortável): objetiva proporcionar à criança bem-estar através da imaginação, através de pensamentos positivos. De acordo com Davis, Eshelman, Mckay e Bolanho (1996), as visualizações ou as impressões sensoriais mentais conscientemente criadas podem treinar o corpo, permitindo o relaxamento.

-Meditação: tem o objetivo de alcançar o bem-estar físico e mental. Requer um ambiente tranquilo, um mecanismo mental que proporcione um estímulo constante, uma posição confortável e uma atitude passiva com o objetivo de aceitar os pensamentos para adquirir capacidade para os abandonar.

O treino de competências sociais caracteriza-se pela promoção da competência social através do desenvolvimento ou aprendizagem de um repertório de competências sociais eficaz. Foca-se em diminuir as dificuldades de comunicação, mais concretamente, desenvolver a comunicação interpessoal, praticar a assertividade, aprender habilidades sociais, resolver problemas sociais, enfrentar situações novas, ser capaz de resolver problemas.

Existem vários modelos teóricos que procuram uma explicação para as dificuldades no desenvolvimento das competências sociais, bem como a identificação de problemas e possíveis

estratégias de intervenção (Loureiro, 2013). Neste sentido, Gresham (2009) considera a existência de dois tipos de deficits em competências sociais, os de aquisição e os de desempenho.

Os primeiros podem corresponder à falta de conhecimento sobre como desempenhar uma determinada competência social, “à inabilidade de apresentar fluentemente uma sequência de comportamentos sociais” ou ainda dificuldade em discriminar qual é a competência social apropriada para determinada situação. Relativamente aos deficits de desempenho a dificuldade está em transpor para a interação uma determinada competência social. A generalização de comportamentos novos, aprendidos vai permitir à criança a adaptação a novas situações.

Com este objetivo espera-se que produzam mudanças ao nível do comportamento social, de tal forma que se consigam ampliar do *setting* para as interações sociais do mundo real. Já Gresham (2009) acrescenta que para além de existirem dificuldades de generalização das competências sociais treinadas, a sua manutenção ao longo do tempo é muito difícil, portanto propõe, como solução, um sistema de reforço positivo mais efetivo para os comportamentos sociais ajustados em contraposição aos desajustados (Loureiro, 2013).

No treino de resolução de problemas o objetivo é garantir maior satisfação pessoal e manutenção da qualidade das relações. Outras habilidades sociais, como civilidade ou assertividade, são demandadas para a solução de problemas, além de fatores cognitivos, afetivos e comportamentais (Del Prette & Del Prette, 2005).

As técnicas de solução de problemas são definidas por um processo metacognitivo que envolve a compreensão da natureza do problema e a identificação de soluções eficazes para a modificação da situação ou das reações à situação problemática, reduzindo ou modificando as emoções negativas geradas pela situação (D’Zurilla & Nezu, 2010).

A resolução de problemas persiste num processo de aprendizagem que requer uma tomada de decisão cautelosa e reflexiva, para facilitar a análise das consequências de cada comportamento emitido e permitir a escolha e implantação da alternativa mais adequada ao conflito, evitando a emissão de respostas agressivas e fortalecendo o autocontrole (Borges & Marturano, 2010). Essas competências, após serem aprendidas, tendem a levar a criança a enfrentar problemas de modo mais adaptativo e saudável. As soluções pensadas pela criança devem fazer parte da sua possibilidade e capacidade de ação, reduzindo as frustrações, a ansiedade e formulando expectativas reais sobre o comportamento do outro (Rodrigues, Dias & Freitas, 2010).

O reforço presente em todas as sessões da terapia cognitiva-comportamental, serve para que a criança adquira novos comportamentos e aumente aqueles considerados adaptativos, onde o psicólogo recompensará as aproximações sucessivas do cliente ao objetivo fulcral. O feedback por sua vez, proporciona informação específica à criança, procurando que a mesma desenvolva e melhore uma competência (Tavares, 2005).

A descatastrofização foca-se em ajudar a criança a testar a realidade das suas cognições. Pode ser aplicada através de Análise Lógica, na qual o enfrentamento da situação se dá através do resgate de experiências passadas positivas; do Teste de Hipóteses, no qual a criança é encorajada a escrever as predições catastróficas, que podem ser testadas na sessão inicialmente ou nas situações reais de maneira assistida; ou de Projeção do Tempo, na qual a criança pode-se projetar no futuro e imaginar a situação meses ou anos depois (Faria, 2011).

A dessensibilização sistemática é uma estratégia utilizada em situações de ansiedade ou fobia, cujo objetivo é a exposição gradual ao estímulo ansiogénico, possibilitando uma diminuição progressiva da sensibilidade ao mesmo (Cormier, Nurius, & Osborn, 2009). O enfoque é no condicionamento enquanto aprendizagem, isto é, do modo como aprendemos a associar estímulos a respostas, por vezes de formas não adaptativas (que podem decorrer de experiências desagradáveis ou traumáticas) e que contribuem para o mal-estar psicológico e sintomatologia (e.g. desenvolvimento de fobias). Assim, a dessensibilização sistemática possibilita à criança a oportunidade de regular a ansiedade experienciada à medida que aprende a tolerá-la, a desenvolver estratégias para lidar com a mesma (e.g. autoinstruções/verbalizações), a reestruturar pensamentos relativos à situação (e.g. interpretação desproporcional da ameaça da situação ou da incapacidade do indivíduo face a esta) através de experiências comportamentais que reforçam estas crenças e, deste modo, a promover a sua autoeficácia face à situação específica (Cormier, Nurius, & Osborn, 2009).

A dessensibilização é, inicialmente, realizada imageticamente, isto é, através da imaginação das situações ansiogénicas face às quais a criança se posiciona e mobiliza os recursos necessários, sendo posteriormente realizada na situação real. Em ambas as exposições (imagética ou real), existe a necessidade de intercalar os momentos de exposição ao estímulo ansiogénico com momentos de relaxamento para estabilizar os níveis de ansiedade do cliente. A exposição progressiva implica o estabelecimento de uma hierarquia de situações ou estímulos geradores de ansiedade face aos quais o cliente se vai expondo gradualmente, com associação ao relaxamento e orientação guiada. A orientação guiada proporcionada pelo psicólogo é

fundamental nas primeiras experiências de exposição, sendo que o objetivo final é promover gradualmente a capacidade da criança se expor de forma autónoma (Cormier, Nurius, & Osborn, 2009).

A automonitorização visa a objetivação do problema, identificação dos “gatilhos” das crises de ansiedade ou pânico e essencialmente impedir o mecanismo de evitamento cognitivo das situações ansiogénicas. Começa-se por identificar os 3 elementos da ansiedade (fisiológico, comportamental e cognitivo) e quantificar a dimensão da ansiedade numa escala de 0-10 (Pombo & Ferro, 2018).

A reestruturação cognitiva incide sobre a identificação, desafio e correção dos pensamentos automáticos catastróficos e sobrevalorização das possibilidades dos acontecimentos. Embora faça parte do protocolo a exposição comportamental hierárquica das situações agorafóbicas, é dada particular atenção à exposição interoceptiva. O objetivo é aumentar o grau de tolerância das crianças às sensações internas da ansiedade. Por regra, é feita com vários exercícios de hiperventilação (Pombo & Ferro, 2018).

A psicoeducação tem a função de orientar a criança em diversos aspetos, seja a respeito das consequências de um comportamento, na construção de crenças, valores, sentimentos e a adaptação à existência de doenças, sejam elas de ordem física, genética ou psicológica (Beck, 2013). é uma forma de aprendizagem que, segundo Beck (2013), é capaz de proporcionar à criança o desenvolvimento de pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo e como comportar-se diante de algumas situações através de atividades que podem colaborar justamente na reflexão e obtenção de valores, tanto nas intervenções individuais como nas coletivas. A psicoeducação é executada em sessões iniciais e repetida a qualquer tempo durante o tratamento (Barlow, 1988). É fundamental motivar a criança a realizar os exercícios de exposição que previnem o aumento dos níveis de ansiedade. Durante o processo de psicoeducação recorre-se a recursos audiovisuais e material institucional (manuais), onde a etiologia, prognóstico e os diferentes tratamentos existentes da doença são abordados (Faria, 2011).

4. Programa “Gato Habilidade”

No âmbito da terapia cognitivo-comportamental, é amplamente utilizado o programa “Gato Habilidade”. Este programa manualizado foi desenvolvido para trabalhar com crianças

com perturbação de ansiedade. Assim sendo, este programa foi um dos recursos utilizados durante o estágio, como complemento e suporte à intervenção psicológica. Os autores são Kristina Hedtke e Philip Kendall, um dos autores mais reputados na área da psicologia clínica com crianças. Nos últimos anos, este modelo de intervenção na perturbação da ansiedade tem obtido evidência científica quanto à sua eficácia (e.g., Norris & Kendall, 2020; McNally Keehn et al., 2012; Yen et al., 2013).

Sendo as perturbações de ansiedade mais prevalentes a nível mundial, estando em segundo lugar, com crianças e adolescentes, assumem particular importância. Apesar de não existirem dados suficientes sobre as estatísticas em Portugal, tornou-se viável a sua compreensão devido a dados de vários países. Pode-se verificar que nos Estados Unidos 8 a 12% de prevalência incide em crianças e adolescentes, no Brasil 4.6% em crianças e 5.8% em adolescentes e em Inglaterra 3.4% em crianças e 5.04% em adolescentes (Fleitlich & Goodman, 2004; Meltzer, Gatward, Goodman & Ford, 2003 cit. in Vianna, Campos & Fernandez, 2009).

Num estudo realizado por Kendall em 1994 foi avaliada a eficácia do programa em 47 crianças, com idades compreendidas entre os 9 e os 13 anos, que foram referenciadas de várias fontes comunitárias. Os participantes receberam um diagnóstico principal de perturbação de ansiedade. Foram comparadas as crianças que receberam o tratamento com as que ainda estavam em lista de espera. Os resultados indicaram que as crianças que receberam o tratamento evidenciaram uma alteração positiva significativa do pré-tratamento de acordo com o seu próprio relato, relato dos pais e medidas de observação comportamental. Com base na avaliação de diagnóstico independente, os dados da entrevista de diagnóstico das crianças e dos pais indicavam que 64% das crianças tratadas já não cumpriam os critérios de diagnóstico do DSM-IV para o seu diagnóstico principal no pós-tratamento, enquanto que apenas 5% das crianças do grupo de controlo deixaram de cumprir critérios de diagnóstico no pós-tratamento. Os ganhos produzidos pelo tratamento mantiveram-se um ano depois (Kendall, 1994).

Num estudo mais longo, Kendall e Southam-Gerow (1996) reavaliaram 36 das 47 crianças tratadas no ensaio clínico de 1994. O período de tempo desde a conclusão do programa de tratamento até à avaliação a longo prazo variou entre 2 a 5 anos, com uma média de 3.35 anos e chegou-se à conclusão de que em termos de medidas de autorrelato como relatórios parentais, e em termos de estado de diagnóstico, os ganhos produzidos pelo tratamento foram mantidos ao longo do tempo.

O segundo estudo mais recente (Kendall, Hudson, et al., 2008) comparou a eficácia do programa aplicando individualmente, a uma família, e um controlo ativo de educação/apoio/atenção familiar numa amostra de 161 jovens dos 7 aos 14 anos. Tal como em ensaios anteriores, todos os participantes tiveram um diagnóstico principal de perturbação de ansiedade de desordem excessiva, desordem evitável, ou ansiedade de separação. As crianças evidenciaram ganhos de tratamento em todas as condições, embora a avaliação familiar e a avaliação individual fossem superiores ao controlo ativo de educação/apoio/atenção familiar na redução da presença da perturbação de ansiedade. Em alguns casos, a avaliação individual superou a familiar e o de controlo ativo, nos relatórios dos professores de ansiedade infantil, e a avaliação familiar superou a avaliação individual quando ambos os pais tinham uma perturbação de ansiedade. Os ganhos de tratamento foram mantidos no seguimento de um ano.

O programa de dezasseis semanas do Gato Habilidoso foi modificado (isto é, Coping Koala; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996) e avaliado de forma independente na Austrália (Barrett et al., 1996) e em outros países do mundo. Os resultados coletivos dos ensaios que utilizam o Programa do Gato Habilidoso ou variantes do mesmo indicam que entre 50% e 72% das crianças com perturbações de ansiedade que recebem o tratamento recorrendo ao programa já não cumprem os critérios de avaliação para o diagnóstico da perturbação de ansiedade presente após o tratamento. Embora os resultados desejados não sejam universais, os resultados são positivos e indicam que o tratamento foi empiricamente apoiado.

O programa do Gato Habilidoso apresenta um modelo de intervenção destinado a crianças entre os 8 e os 13 anos de idade com perturbações de ansiedade, especialmente ansiedade generalizada, fobia social e ansiedade de separação. É um programa que implica a compreensão das influências sociais (por exemplo, família, pares) e o ensino de competências de gestão emocional (Beidas, Podell, & Kendal, 2008; Kendall & Hedtke, 2014).

Para algumas crianças a ansiedade não é apenas uma reação adaptativa que integra o desenvolvimento normativo, mas sim uma das perturbações com maior prevalência durante a infância, o que acaba por ter um impacto negativo na qualidade de vida e na integração social e escolar das crianças.

Na maior parte das perturbações da infância espera-se que os próprios pais invistam num processo de mudança das suas estratégias educacionais e que estruturam um ambiente de desenvolvimento mais adequado e positivo que permita corrigir ou compensar os problemas de comportamento das crianças

No entanto, as perturbações de ansiedade exigem, também, envolvimento clínico direcionado para as crianças, visto que na idade escolar e pré-adolescência a criança já tem as suas próprias formas de interpretar as situações e de dar sentido às suas experiências.

O programa do Gato Habilidoso baseia-se no modelo cognitivo-comportamental das perturbações da ansiedade, mas também integra as diretrizes do desenvolvimento infantil. Sendo assim, as metodologias propostas estão elaboradas para serem facilmente compreendidas pelas crianças.

O manual terapêutico está dividido em três partes, em que a primeira apresenta o programa, explicando como o aplicar e salientando a flexibilidade do mesmo, a segunda parte contém descrições detalhadas de cada sessão terapêutica e a terceira parte fornece os recursos para o terapeuta lidar com aspetos surpresa, como a co-morbilidade e fatores perturbadores do sucesso terapêutico, como os medos realistas, dificuldades familiares, e/ou manifestar comportamentos relacionados com o diagnóstico principal de perturbação de ansiedade.

Para além do livro, existe o caderno do gato habilidoso que é um complemento terapeuta dirigido à criança, que introduz os principais conceitos e estratégias trabalhadas ao longo do programa, de forma lúdica. O programa tem dezasseis sessões e está dividido em duas partes.

A primeira parte tem 8 sessões, que constituem a parte de treino, em que são apresentados vários conceitos importantes como: a tomada de consciência das sensações corporais como resposta aos sentimentos e emoções e continuando pelas reações específicas à ansiedade; a aprendizagem do reconhecimento e modificação das auto-verbalizações ansiógenas; a modificação das suas verbalizações ansiógenas, substituindo-as por um discurso interno adaptativo do desenvolvimento de planos para lidar com as suas ansiedades de forma mais eficaz; por último, a auto-avaliação e o auto-reforço, mesmo para sucessos parciais.

A segunda parte do programa também tem 8 sessões e corresponde à prática, incluindo tarefas de exposição. As situações apresentadas às crianças são individualmente programadas para cada medo e preocupações particulares. A primeira sessão de prática integra a exposição em imaginação de situações desencadeadoras de baixos níveis de ansiedade. As seguintes sessões repetem o processo com situações mais ansiógenas para cada criança, ajudando-a a implementar as suas competências através de exposição a situações que ansiógenas diversas.

Assim sendo, o objetivo do programa é ensinar a criança a reconhecer os sinais indesejados de ativação ansiosa, para que os mesmos sirvam de pistas para aplicação de estratégias, entretanto ensinadas, para lidar com a ansiedade.

5. Descrição das Atividades Desenvolvidas

O estágio, com suposta duração aproximada de 9 meses, foi interrompido previamente devido à pandemia covid-19, encurtando a realização do estágio de 28 de outubro de 2019 a dia 6 de março de 2020, perfazendo 259 horas presenciais.

O horário realizado englobava segundas, quartas e sextas, embora, por vezes variava consoante a disponibilidade das crianças a acompanhar. Às quartas-feiras das 14h às 17h foram realizadas reuniões de departamentos de saúde do local de estágio. Na segunda semana de estágio foi possível a observação de consultas de psicologia. Após as primeiras observações de crianças diferentes foram atribuídas consultas de Psicologia designadas pela psicóloga. Ocorreram ainda, semanalmente, reuniões de supervisão de estágio com as psicólogas de estágios académicos e com a colega de estágio. Neste capítulo será descrito com pormenor as diferentes atividades do estágio curricular, iniciando pela observação de consultas, avaliação psicológica e consultas psicológicas.

5.1. Observação de Consultas

A observação das consultas de psicologia começou com o início do estágio, em novembro de 2019. As consultas foram efetuadas pela psicóloga de estágio e foi possível observar Entrevistas Clínicas. Nas consultas observadas, as queixas clínicas encontradas mais frequentemente foram perturbações de ansiedade. Em termos de faixas etárias foi possível observar crianças, sendo a faixa etária atribuída previamente. Sempre que existisse oportunidade, no início ou término de cada sessão, quando se tratavam de casos que já eram seguidos pela psicóloga foi realizado um enquadramento com a história e problemática da criança.

A observação foi crucial no processo de formação e aprendizagem, uma vez que ofereceu momentos de reflexão e permitiu o desenvolvimento de competências metodológicas, teóricas e práticas. Para além disto, possibilitou o contato direto com as normas de funcionamento institucional (dinâmica, regras, valores e formas de funcionamento).

5.2. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um processo, geralmente complexo, que tem por objetivo produzir hipóteses, ou diagnósticos, sobre uma pessoa ou um grupo (Primi, 2010). A sua utilização é crucial na obtenção do diagnóstico de perturbação ou problema, assim como, no planeamento do tratamento e na sua monitorização (Hunsley & Meyer, 2003). Recorre a exames e testes psicológicos, procurando obter informações, contextualizadas do indivíduo que, aliadas a outras técnicas, como observação e entrevistas psicológicas, são meios auxiliares de todo o processo (Noronha, 2009). Após a fase da observação, reunidas as competências necessárias, iniciou-se a fase de avaliação psicológica de forma autónoma, tendo contacto direto com alguns dos testes psicológicos utilizados para as avaliações, no entanto e devido à interrupção do estágio, só foi possível aplicar a WISC-III e a Escala Manifesta de Ansiedade para Crianças. A realização da avaliação psicológica teve várias etapas, apenas a recolha de informação da criança não foi direta (apenas na WISC-III), foi informada através da psicóloga de estágio, mas a aplicação dos instrumentos de avaliação, cotação e interpretação dos resultados obtidos, foi realizada em conjunto com a colega do estágio.

Normalmente os pedidos de avaliação psicológica são efetuados pelos professores, pais e por médicos psiquiatras, no último caso, para ajudar na elaboração do diagnóstico do paciente assim como para conseguirem delinear uma intervenção adequada ao caso. Os principais instrumentos para a avaliação disponibilizados pelo local de estágio, além dos descritos acima, foram a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAISIII), o Trail Making Test (TMT), o Brief Symptom Inventory (BSI), o Frontal Assessment Battery (FAB). Foram disponibilizados para conhecimento dos materiais e acessibilidades que o estágio dispunha.

5.3. Consultas de acompanhamento psicológico

O presente tópico do relatório contempla a informação relativa a processos de acompanhamento autónomo seguidos ao longo do estágio. Em todas as intervenções prevaleceu a preocupação de assegurar o cumprimento dos princípios gerais expressos no código deontológico dos psicólogos portugueses: respeito pela dignidade e direitos da pessoas, competência, responsabilidade, integridade e beneficência e não maleficência (OPP, 2016). Foram vários os motivos de encaminhamento, conforme descritos ao longo do relatório. De

todos os casos seguidos ao longo do estágio, foram selecionados quatro para serem descritos detalhadamente, com o intuito de enriquecer a escassez de tempo.

6. Estudo de caso A. - Avaliação Cognitiva

6.1. História Clínica

Identificação: A.

Idade: 8 anos

Motivo da consulta: Dificuldades na aprendizagem.

As informações relativamente à A. foram explicadas previamente pela psicóloga de estágio que já tinha iniciado o acompanhamento com a A. Só acompanhei a intervenção de avaliação, a qual apliquei a WISC III com a minha colega de estágio.

Seria fundamental a realização da anamnese e apostar numa intervenção mais extensa com a A., com o objetivo de conhecer a sua história de vida, as suas dificuldades e os possíveis prognósticos.

Segundo informação obtida pela psicóloga do estágio, a A. é uma criança de 8 anos que foi criada com uma ama até entrar para a pré-escola (jardim de infância), mas vive com os pais e com os irmãos. Tem dois irmãos mais velhos, um de 14 anos e outro de 19 anos. Foi encaminhada pela professora por apresentar dificuldades ao nível de aprendizagem nas aulas. De acordo com a professora, a A. demonstrava falta de conhecimento na matéria lecionada e dificuldade em desempenhar as tarefas propostas, nas aulas mantinha uma atitude atenta, mas demonstrava um pensamento desorganizado. Daí acabou por resultar na sua retenção no segundo ano de escolaridade.

Na consulta com a psicóloga, os pais referiram que a A. demonstrava medo em falar em espaços sociais e na escola. Não queria ficar longe dos pais, pois demonstrava só se sentir confortável com os mesmos. Para promover a sua aprendizagem, os pais inscreveram-na em Apoios Escolares, frequentando três vezes por semana, nas segundas-feiras, terças-feiras e nas quintas-feiras. Além disso frequentava aulas de natação e de hip-hop.

Foi acompanhada por um psicólogo e esteve também na terapia da fala no ano anterior, mas, em consulta com a psicóloga, a mãe referiu que acabou por desistir dessas consultas por crer que não havia mais necessidade, apesar da insistência da professora para manter as sessões de acompanhamento.

Na consulta, quando acompanhada pelos pais, o pai admitiu que a protegia e privilegiava em relação aos irmãos, por ser mais nova. A mãe dizia estar muito preocupada com o facto de A. não estar a acompanhar as aprendizagens ao mesmo ritmo que os colegas, bem como o medo excessivo apresentando por A. em falar e em realizar atividades dos mais diversos tipos, consideradas normais dada a idade, como por exemplo, descer as escadas, descer o escorrega, entre outras.

Os pais referiram em consulta que A. é uma criança introvertida, tanto na escola como com outras pessoas, demonstrava uma incapacidade em falar em situações sociais, principalmente na escola, segundo o que a professora comentou com os pais. Os pais acrescentam que em casa A. é bastante extrovertida com a família e não demonstra tanto medo em comunicar. A mãe informou à psicóloga que A. demonstrava um mal-estar excessivo quando tinha de ir para a escola, ficava incomodada e recusava ir. Na noite anterior ao dia de escola A. dizia que tinha dores de barriga ou de cabeça.

A. acrescentou em consulta com os pais e a psicóloga que, em casa, os pais e os irmãos não brincavam com ela, por isso ela brincava sozinha com o *tablet*.

Nas consultas entre a psicóloga e A., a criança comentou que os jogos e, especialmente, os puzzles eram os seus favoritos.

Na consulta de intervenção com a minha colega de estágio, A. demonstrou interesse em realizar as atividades que compõe a WISC III, mantendo uma atitude atenta. Foi possível observar em consulta que sentia timidez ao fazer perguntas e quando percebia que tinha errado em algum momento, não só na realização da avaliação como quando dizia ou pronunciava mal alguma palavra.

6.2. Instrumentos de avaliação – WISC III

Tendo em consideração as queixas apresentadas pela professora e pelos pais, recorreu-se à Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição (WISC-III) que é uma das principais referências utilizadas para medir a inteligência de crianças e de adolescentes

(Lipsitz, Dworkin, & Erlenmeyer-Kimling, 1993). E deste modo, perceber quais seriam as dificuldades apresentadas por A.

A WISC-III facilita a interpretação das hipóteses sobre as áreas de disfuncionamento cognitivo e a escolha das provas complementares, com o objetivo de alcançar um diagnóstico diferencial. Nas palavras de Dias-Viana e Gomes (2019), o recurso inicial a uma prova de avaliação da inteligência como a WISC-III é essencial para fornecer uma linha-de-base para interpretar todas as outras funções.

Como medida da capacidade intelectual geral, a WISC-III pode ser utilizada para diferentes finalidades, como por exemplo: avaliação psicoeducacional, diagnóstico de crianças excepcionais em idade escolar, avaliação clínica, neuropsicológica e pesquisa. Além disso, pode ser útil não apenas para diagnósticos de deficiências ou avaliações de uma criança, mas também para identificar as forças e fraquezas do sujeito e fornecer informações relevantes a fim da elaboração de uma programação educacional específica para cada caso (Wechsler, 2002).

Segundo o autor a escala de mensuração não deveria ser encarada como uma aptidão particular, mas como um todo, como refere: à capacidade global do indivíduo para agir, pensar racionalmente e proceder com eficiência em relação ao meio que o rodeia (Wechsler, 1991).

O teste apresenta 13 subtestes que medem diferentes habilidades da inteligência e são agrupados num Conjunto Verbal (Informação; Semelhanças; Vocabulário; Compreensão; Aritmética; Dígitos) e num Conjunto de Execução (Completar Figuras; Arranjo de Figuras; Armar Objetos; Códigos; Cubos; Procurar Símbolos; Labirinto), definindo os QI Verbal, QI de Execução e QI Total (Wechsler, 2002).

Adicionalmente, o teste proporciona quatro índices opcionais denominados índices fatoriais que avaliam a compreensão verbal, a organização perceptual, a resistência à distração e a velocidade de processamento (Kaufman, Susan Engi Raiford, & Coalson, 2016). Tais índices são obtidos por intermédio dos resultados nos respectivos subtestes que formam cada fator, conforme ilustrado na Tabela 1 (Wechsler, 2002).

Tabela 1 - *Índices fatoriais presentes no teste WISC-III*

Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV
Compreensão Verbal	Organização perceptual	Resistência à distração	Velocidade de processamento

Informação	Completar Figuras	Aritmética	Códigos
Semelhanças	Arranjo de figuras	Dígitos	Procurar símbolos
Vocabulário	Cubos		
Compreensão	Armar Objetos		

Fonte: Psychological Corporation

6.3. Resultados e Interpretação

Nesta avaliação cognitiva realizada através da WISC-III, em termos do funcionamento intelectual a um nível global, verifica-se, na tabela 2, que a A. tem um nível cognitivo Muito Inferior. Obteve um QI Global de 57 (intervalo de 53-70, com 95% de confiança), estando no percentil 0.2. Não apresenta, assim, diferenças significativas entre as dimensões da Escala Verbal (QI de 59; percentil 0.3; intervalo 55-69, com 95% de confiança) e da Escala de Realização (QI de 63; percentil 0.7; intervalo 58-76, com 95% de confiança).

Tabela 2- Perfil Cognitivo WISC-III

	Comparação Inter-Individual			Comparação Intra-Individual	
	Performance (.95)	QI	Qualitativo	Pontos Fortes	Pontos Frágeis
Escala Verbal	55-69	59	Muito Inferior	Semelhanças (raciocínio lógico e pensamento abstracto)	Compreensão (convenção social e senso comum) Aritmética (compreensão e utilização de números, das operações aritméticas elementares e da atenção abstracta e focalizada) Informação (sensível ao meio cultural e escolar; implica uma curiosidade intelectual e de aprendizagem)
Escala de Realização	58-76	63	Muito Inferior	Labirintos (coordenação visuo-motora) Completamento de Gravuras (adaptação à realidade, discriminação de detalhes)	Código (coordenação visuo-motora, memória) Disposição de Gravuras (coordenação visuo-motora, organização perceptiva)
Escala Completa	53-70	57	Muito Inferior		
Índice de Comp. Verbal	57-73	61	Muito Inferior		
Índice de Org. Perceptiva	61-80	66	Muito Inferior		
Índice de Velocidade de Processamento	60-82	63	Médio Inferior		

Os valores mais altos foram obtidos nas provas Labirinto (que remete para a coordenação visuo-motora, velocidade de processamento e capacidade de planificação e previsão, bem como da adaptação e sintonia com a realidade); Completamento de Gravuras (que implica a capacidade de discriminação com atenção aos detalhes, assim como a adaptação e sintonia com a realidade) e a prova das Semelhanças (que remete para a capacidade de pensamento lógico e abstrato, bem como padrões de interesses).

As pontuações elevadas nas provas mencionadas anteriormente podem estar relacionadas com uma possível postura vigilante da parte da A. e na sua capacidade de observação do meio envolvente e controlo do mesmo, a sua capacidade de organização também parece ser um dos elementos nos quais mais investe. Quando A. se encontrava sobre alguma indecisão, conseguia sempre tomar uma decisão face à escolha que teria de tomar, concentrando-se no objetivo da tarefa. Provavelmente, face aos seus variados interesses, consiga compreender o meio envolvente de uma forma mais alargada.

Os valores mais baixos foram obtidos nas provas Compreensão (que avalia a integração das normas parentais e sociais, a capacidade de adaptação prática, a integração dos valores de grupo e que é sensível à interferência de fatores de ordem emocional (podendo estar relacionada com dificuldades ao nível da autonomia); Aritmética (que avalia a capacidade de raciocínio lógico, de abstração e rapidez de cálculo, assim como a capacidade de concentração, resistência à distração e contacto com a realidade, sendo esta uma prova influenciada pelos antecedentes, oportunidades e experiências escolares); Informação (que avalia a memória remota, a memorização de dados escolares e socioculturais e que é, portanto, muito influenciada pelo meio escolar, dependendo da atenção que a criança presta à vida social e da sua fluência verbal); Código (que remete para a memória imediata, a velocidade de operação mental e a coordenação visuo-motora) e Disposição de Gravuras (que remete para a coordenação visuo-motora e a capacidade de organização preceptiva).

As pontuações mais baixas mencionadas anteriormente podem estar relacionadas com a falta de estimulação da A. por parte dos pais, como menciona que ninguém quer brincar com ela em casa e, por isso, acaba por se refugiar no tablet, e na escola por ter ficado retida no 2º ano, pode indicar uma falta de estimulação das suas verdadeiras capacidades, atrasando o seu desenvolvimento ou corresponder, de facto, à falta de capacidade que aparenta ter no momento presente para a realização das tarefas pretendidas no meio escolar. O medo relatado pelos pais referente à A. em situações diversas como descer o escorrega ou a escada, poderão estar relacionadas com indícios de ansiedade e assim, ter obtido um resultado inferior em aritmética.

Já no contexto familiar, sendo a mais nova, é também a mais protegida pelo pai, e a falta de autonomia pode acabar por criar receio ao enfrentar novas situações, não servindo de incentivo à saída da sua zona de conforto e causando ansiedade ao lidar com a separação das figuras de vinculação.

Durante a consulta, a A. mostrou interesse e empenho na realização da WISC-III, isto poderá estar relacionado com a sensação de controlo, colmatando assim a ansiedade de, por exemplo, desconhecimento de outras tarefas ou da realização das mesmas, onde se comprova na prova de Informação e, especialmente, nas Semelhanças.

Relativamente à sua dificuldade em falar em alguns contextos pode estar associado ao mutismo seletivo, que se refere a um comportamento caracterizado por um bloqueio constante em comunicar em situações onde é espectável que exista comunicação, nomeadamente em situações sociais, como por exemplo na escola com os colegas.

6.4. Hipóteses de diagnóstico

Dada a pandemia mundial covid-19 não foi possível discutir hipóteses de diagnóstico com a psicóloga do local de estágio, pessoa responsável pelo acompanhamento de A. Assim sendo, e após obter informação dada pela psicóloga e aplicação da WISC III, coloca-se como hipótese de diagnóstico a existência da ansiedade de separação das figuras de vinculação, com sintomas de mal-estar excessivo, incomodo e recusa em ir para a escola, dores de barriga e de cabeça, e/ou mutismo seletivo, com incapacidade em falar em situações sociais e repercussões prejudiciais no contexto escolar. A fim de enquadrar as possíveis perturbações de ansiedade no caso da A. passo a explicar o conceito da ansiedade.

6.4.1. Perturbação de Ansiedade

De acordo com a *American Psychological Association* (APA, 2020), a ansiedade define-se por uma emoção orientada para o futuro, que desperta sensações de preocupação e medo, provocando reações cognitivas, afetivas, comportamentais e fisiológicas, com o intuito de autoproteção. Pode ter repercussões negativas se for excessiva e persistente no tempo, pois acaba por limitar ou impossibilitar a capacidade que o individuo tem para a adaptação. Estes sintomas são primários, ou seja, não derivam de outras perturbações, embora seja frequente sofrer comorbidades patológicas de outras perturbações, que se intitulam de sintomas secundários (Ohman, 2000). Pois, segundo a Direção-Geral da Saúde (2014), a perturbação de ansiedade tem uma incidência de 16.5 % na população portuguesa, sendo a perturbação psiquiátrica mais relevante.

De acordo com Franco (2019), nesse valor cerca de 20% das crianças sofrem de ansiedade ao longo do seu desenvolvimento. De acordo com a APA (2014), a ansiedade é caracterizada por um sentimento de tensão, preocupação e medo, mesmo sendo um estado mental e emocional normal e útil ao ser humano, quando é sentida sem uma razão aparente ou de uma forma excessiva e continuada, torna-se numa doença psicológica.

A ansiedade é vista, muitas vezes, como uma fraqueza ou instabilidade mental. Estes estigmas sociais podem desencorajar as crianças e os seus cuidadores a procurarem ajuda, o que agrava ainda mais a problemática. As perturbações de ansiedade também causam frequentemente alterações no comportamento da criança, o que pode gerar faltas à escola, relações deficientes com os pares, e baixa autoestima (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

As perturbações de ansiedade também são caracterizadas pela ansiedade excessiva, medo, preocupação, evitamento e rituais compulsivos (Swinson, Antony, Bleau, & Fallu, 2006). Sendo assim, a ansiedade torna-se uma perturbação psicológica quando apresenta características excessivas e alterações no comportamento (APA, 2014).

É, portanto, necessário avaliar a todas as características identificadoras de ansiedade, como a intensidade, duração e frequência da sintomatologia (Salum, Blaya, & Manfro, 2009).

6.4.2. Perturbação de Ansiedade de Separação

A ansiedade de separação traduz o medo excessivo e irrealista perante a separação de uma figura de vinculação, inadequados ao nível etário em que se encontra (APA, 2014). Com o crescimento, a criança torna-se mais autónoma e passa longos períodos afastada das principais figuras de vinculação, sendo nesta altura maior a probabilidade do desenvolvimento da perturbação de ansiedade de separação (Baptista, 2000).

Muitas vezes, as situações de separação provocam um efeito negativo nas crianças devido ao perigo que entendem ao estarem longe das figuras de vinculação e por serem confrontadas com novos estímulos ambíguos, como por exemplo, os colegas e os professores. “Esta perturbação surge por volta dos 6 anos, mas tem um pico entre os 7 e os 9 anos, ou seja, nos primeiros anos escolares. Neste caso, contrariamente às fobias específicas, a criança é capaz de relatar uma vivência subjetiva mais elaborada” (Torres, 2013, p.6).

Recorrendo ao DSM-V (APA, 2014), os sintomas da ansiedade de separação manifestam-se num mal-estar excessivo e recorrente quando ocorre ou é antecipada a separação

de casa ou de figuras de maior vinculação; Preocupação persistente e excessiva pela possível perda das principais figuras de vinculação ou por possíveis males que possam acontecer a essas pessoas; Preocupação persistente e excessiva pela possibilidade de que um acontecimento adverso possa levar à separação de uma figura importante de vinculação (por exemplo, perder-se ou ser raptado); Relutância persistente ou recusa em ir para a escola ou a outro local por medo da separação; Relutância ou medo persistente e excessivo, de estar sozinho ou sem as principais figuras de vinculação em casa, ou noutros locais, sem adultos significativos; Relutância ou recusa persistente em dormir sem estar próximo de uma figura importante de vinculação ou em adormecer fora de casa; Pesadelos repetidos que envolvem o tema de separação; Queixas repetidas de sintomas somáticos (como cefaleias, dores abdominais, náuseas ou vômitos), quando ocorre ou se antecipa a separação em relação a figuras importantes de vinculação.

Os critérios de diagnóstico incluem, no DSM-V (APA, 2014):

- Presença de pelo menos 3 dos 8 sintomas de ansiedade possíveis que aparecem durante as situações de separação (ex.: separação de casa ou de entes próximos importantes, medo de se perder ou medo de um possível dano acontecer aos entes próximos; relutância ou recusa em ir à escola, ou ficar sozinho ou ficar sem algum ente próximo, etc.).
- Sintomas que devem estar presentes durante as últimas 4 semanas, e devem começar antes dos 18 anos de idade.
- Sintomas que causam pelo menos prejuízo moderado e não se enquadram noutra perturbação psiquiátrica.

Portanto, o diagnóstico precoce da perturbação é fundamental para a prevenção de problemas futuros. Alguns estudos assumem que as crianças relatam o sofrimento com mais precisão, enquanto os pais são mais precisos ao relatar o comportamento e o seu impacto negativo (Orenes, Fernández & Méndez, 2019). Os comportamentos que refletem a ansiedade de separação e afetam o funcionamento da família são o choro frequente, sentimentos de raiva, seguir os pais pela casa, dormir com os pais, a recusa na participação de atividades extracurriculares para evitar a separação, entre outros. A criança pode preocupar-se com as consequências da separação, como ser raptado ou ferido, ou que isso aconteça à pessoa vinculativa, também podem surgir sintomas físicos, como náuseas, vômitos ou dor de estômago (Torres, 2017).

No caso da A., pela informação obtida percebe-se a presença dos seguintes sintomas: mal-estar excessivo quando sabia que tinha de ir para a escola, o incomodo e recusa em ir para a escola, as dores de barriga e/ou de cabeça que A. dizia ter aos pais. No entanto, não foi possível obter informação sobre duração dos sintomas apresentados, o que limita/dificulta o diagnóstico.

6.4.3 Mutismo Seletivo

É uma perturbação caracterizante da pré-escolaridade e causa menor rendimento escolar e dificuldades de ajustamento (Driessen, Blom, Muris, Blashfield, & Molendijk, 2019), como se sucedeu com a A. Podendo comprovar, o diagnóstico do mutismo seletivo engloba a incapacidade persistente em falar durante, pelo menos, mais de um mês, à exceção do primeiro mês de adaptação à época escolar. A ausência de comunicação não provém da falta de conhecimento, do desconforto com a língua exigida em situações sociais (por exemplo imigrantes), ou quando a perturbação tem como origem numa perturbação da fala, por exemplo, a gaguez (APA,2014).

Como afirmam Araújo e Hanemann (2011), fatores genéticos e ambientais poderão contribuir para a etiologia, apresentação e resposta ao tratamento desta perturbação. Assim, para além dos acontecimentos stressantes, como a mudança de local de residência, o conflito entre os pais, a primeira etapa escolar ou a educação proveniente das figuras de vinculação - variáveis externas, existem as variáveis internas, como a genética, a personalidade da criança, os traços pessoais, e os estilos de vida que são fatores que podem traduzir a etiologia do mutismo seletivo (Araújo & Hanemann, 2011; Melo, 2016). No caso da A., não consegui identificar qual seria realmente o fator desencadeador do mutismo seletivo, pondo a hipótese de algumas sugestões, como o facto que não se ter adaptado ao meio escolar e não ter tido o suporte familiar e educacional adequado para o desenvolvimento da sua adaptação ao contexto desconhecido.

Os sintomas adjacentes ao mutismo seletivo são (APA, 2014):

- Evitamento de situações fora da zona de conforto
- Tom de voz muito baixo
- Dificuldades na participação social
- Timidez excessiva
- Baixa autonomia

Além disso, existem diversas variáveis que podem induzir medos desproporcionados e irracionais na idade infantil, como o estilo educativo da família e a genética, os acontecimentos vivenciados, o meio social no qual se insere, hábitos desenvolvidos e aprendidos, o que torna fundamental avaliar numa fase inicial para adequar uma intervenção psicológica eficaz (Rocha, 2014). Normalmente o mutismo seletivo surge entre os 2 e 5 anos de idade (Muris & Ollendick, 2015), todavia, a A. já tem 8 anos, mas a prevalência relatada é relativamente baixa, sendo menos de 2% (Bergman, Piacentini & Mccracken, 2002), o que pode ou não invalidar a hipótese de diagnóstico.

É importante referir que os dados de investigação sobre o mutismo seletivo foram pouco abordados até à atualidade, acrescentando ainda a grande dificuldade no diagnóstico desta perturbação torna-se difícil obter dados concretos atuais sobre a sua prevalência.

Para recapitular os sintomas que poderão salientar o mutismo seletivo no caso da A. são a incapacidade em falar em situações sociais, principalmente na escola, em consulta com a psicóloga e as repercussões no contexto escolar (retenção e baixo desempenho), em casa não demonstrava essa incapacidade.

6.5. Hipóteses de Estratégias de Intervenção Psicológica

Um plano apropriado para a A. assentaria na estimulação comportamental para novas tarefas e brincadeiras, tanto no seio familiar quanto no próprio ensino educativo, na relação com o professor e com os colegas, as atividades de estimulação cognitiva também seriam apropriadas para que a A. possa desenvolver o seu potencial com maior eficiência.

Também seria importante obter informações mais completas da história da vida da A. através dos pais e da própria, desde a gravidez da mãe até ao momento atual. Outro ponto fundamental seria a aplicação de outras provas complementares à WISC-III de forma a obter uma avaliação e planos de intervenção mais apropriados à realidade em que a A. se enquadra para potenciar ao máximo o seu desenvolvimento.

6.5.1. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Ansiedade de Separação

A ansiedade de separação consiste num estado emocional desagradável resultante exclusivamente da experiência de separação entre a criança e as figuras de vinculação vivenciada (Crawley et al., 2013), por exemplo, quando, diariamente, a mãe deixa a criança na escola para ir trabalhar.

Geralmente, a intervenção adequada baseia-se na terapia cognitiva comportamental e na opção farmacológica. Durante a terapia, a criança aprende a enfrentar e gerir os medos sobre a separação e a incerteza, além disso, os pais podem aprender a fornecer eficazmente apoio emocional e encorajar a independência adequada à idade (Vaughan, Coddington, Ahmed & Ertel, 2017). Nos casos mais severos recomenda-se a medicação em acréscimo à TCC, no caso, os antidepressivos chamados inibidores seletivos de reabsorção de serotonina podem ser uma opção para as crianças (Kodish, Rockhill & Varley, 2011).

Em acréscimo, um estudo concebido por Curran, Bauer, Mittman, Pyne e Stetler (2012) demonstrou a eficácia do programa do Gato Habilidoso na população infantil e jovem com perturbação de ansiedade, do sistema público de saúde mental espanhol. Tanto os pais como as crianças relataram um feedback positivo sobre a intervenção.

A ludoterapia também se fundamenta como uma opção à intervenção da ansiedade de separação, porque de facto, as crianças mais novas podem ter dificuldade em assimilar os seus pensamentos, sentimentos e ações. Nesta vertente recorre-se à utilização de jogos, brinquedos, desenhos e livros de histórias, com o objetivo de a criança demonstrar e processar as suas emoções e aprender a lidar com as mesmas (Hurley, 2019).

Outra opção seria o treino de relaxamento que também pode ajudar as crianças a acalmarem-se durante os sintomas de ansiedade (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo & Molinari, 2008).

6.5.2. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica no Mutismo Seletivo

De acordo com a literatura, as intervenções mais utilizadas para lidar com o mutismo seletivo são as comportamentais, psicodinâmicas, farmacológicas e as multi-abordagens (Hung, Spencer & Dronamraju, 2012).

Historicamente, os tratamentos psicodinâmicos foram os primeiros a serem utilizados em crianças para esta perturbação e caracterizam-se pelos conflitos internos das crianças (Hung, Spencer & Dronamraju, 2012). Atualmente, estes tratamentos são utilizados através da ludoterapia (Krysanski, 2003). Por serem tratamentos com resultados mais demorados levou à tentativa de outras abordagens, como as cognitivas-comportamentais. Não só pelas respostas mais rápidas, mas também pela objetividade do modelo cognitivo-comportamental (Krysanski, 2003).

Atualmente, a TCC tornou-se a principal terapia psicossocial para os problemas emocionais e comportamentais, é um modelo que integra estratégias dedicadas aos pensamentos ansiogênicos da criança e ajudam-na a resolver os seus próprios pensamentos irrealistas através de estratégias já previamente treinadas (McHolm, et al., 2006).

De todas as estratégias desenvolvidas, a exposição e transição de locais têm sido as mais eficazes no tratamento do mutismo seletivo. De modo a reduzir o evitamento por parte das crianças e as situações de medo, a criança deve ser exposta a situações de medo, podendo assim aprender como controlar a situação e a sua ansiedade que emerge sempre que se vê perante uma situação semelhante (Melo, 2016). A estratégia através da exposição permite que sejam criadas formas para lidar com o medo sem ser através do evitamento. Esta estratégia deve ser feita gradualmente e sempre controlada pelo terapeuta, de modo a que se inicie em pequenas situações em que o medo não ocorra, pois, ao sentir-se confortável nessa situação, vai progressivamente transferir esse comportamento para outros contextos (Melo, 2016).

De acordo com Hung, Spencer & Dronamraju, (2012), outras estratégias que a TCC poderá incluir para o tratamento do mutismo seletivo são:

- *Stimulus fading* ou *sliding-in technique*: as crianças encontram-se num ambiente controlado e com alguém que lhe transmita conforto para comunicar, periodicamente, vão-se adicionando mais pessoas a esse ambiente.
- *Shaping*: a criança é encorajada, lentamente, a comunicar não-verbalmente, depois por emissão de alguns sons, a seguir através do sussurro e por último, a tentativa de alguma palavra ou frase audível;
- *Self-modeling technique*: a criança vê vídeos de si própria a comunicar num ambiente seguro e o objetivo é tentar que imite esse comportamento noutra contexto.

Pondo em hipótese, uma abordagem multi-modal para o tratamento poderá ser implementada se esta assegurar uma maior possibilidade de recuperação e uma maior interação multidisciplinar (Krysanski, 2003).

No entanto, e de acordo com Østergaard (2018), o tratamento através da terapia cognitivo comportamental e através de fármacos mostraram resultados promissores apoiados por algum grau de evidência, que o tratamento multi-modal não tem. Em acréscimo e justificando o tratamento através da terapia cognitiva-comportamental existem vários exemplos

de estudos como Oerbeck, Stein, Pripp & Kristensen (2014); Lang et al. (2015); Mendlowitz & Monga (2007); Filipe (2019); entre muitos outros.

7. Estudo de caso B. – Caso de Acompanhamento

7.1. História Clínica

Identificação: B.

Idade: 7 anos

Motivo da consulta: perturbação no sono, medo e repetição involuntária de palavras.

7.2. Descrição das Sessões de Acompanhamento Psicológico

Primeira Sessão

O objetivo da primeira sessão incidiu na recolha de dados acerca da história de vida e do problema atual do B. e foi feito através da entrevista clínica, efetuada pela psicóloga do estágio (Dra. C) e através da observação clínica não estruturada (eu).

O B. estava calmo e de mãos dadas com a mãe. Ambos tinham um aspeto limpo e cuidado. O B. tem um desenvolvimento estato-ponderal adequado à sua idade, é harmónico, aparenta ser tímido, mas de contato fácil.

O B. frequenta o segundo ano escolar, diz ter boas notas, mas gosta mais ou menos da escola. Na escola gosta de brincar, da disciplina de estudo do meio e de português. Não gosta de matemática. Afirmo ter muitos amigos, o seu melhor amigo é o X.

O B. foi encaminhado pelo médico de família devido a problemas do sono e à repetição involuntária das palavras. Desde os três anos que repete as palavras, os pais pensavam que era normal, mas agora procuram outra explicação. Enquanto a mãe falava sobre isso o B. sentia-se envergonhado, pois estava corado e apreensivo até que a Dra. C. confortou-o ao dizer que não havia qualquer problema, pois estávamos ali para o ajudar.

O B. vive com os pais e com o irmão mais novo. A mãe diz que ele começou a falar mais tarde, por isso pensou que a repetição de palavras se devesse a auto-confirmação. Quanto

ao sono, ainda tem muitas dificuldades em adormecer, por vezes acorda durante a noite a gritar e a chorar assustado e diz que vê coisas no escuro, o que lhe impede de voltar a adormecer com facilidade, pois sente-se agitado. Os pais ficam preocupados com a situação, pois não acreditam que veja mesmo alguma coisa, mas também não têm a certeza, a mãe afirma que estes acontecimentos ocorrem há mais de 6 meses.

O B. tem um irmão, o G. com um ano de idade. Vivem os quatro num apartamento e divide o quarto com o irmão, embora o irmão durma na cama dos pais.

O B. diz que prefere dormir sozinho porque já está habituado, mas depois da Dra. C. reforçar se é realmente isso, ele admitiu que preferia dormir com os pais. Diz que é por causa dos sonhos que o assustam e que com os pais se sente mais confortável e protegido.

Na escola o B. porta-se bem, apenas recebe algumas queixas por falar muito, mas tem ótimas notas.

A Dra. C. perguntou como era a alimentação do B. e se resistia a alguns alimentos, a mãe contou que o B. adorava doces, e para comer era seletivo, não gostava de vegetais e nem sempre queria comer peixe. Nisto, o B. e tapou a boca à mãe, disse que era para não contar e que tinha vergonha. A mãe reforçou que não era necessário ter vergonha, pois já tinham conversado sobre isso.

Para dormir, adormece sozinho, mas tem televisão no quarto, o que acaba por ser uma tentação para se manter acordado e conseqüentemente adormecer mais tarde que o que os pais queriam.

O pai é polícia e a mãe está desempregada, não tem família próxima, o que dificulta a procura de emprego, devido aos horários do pai. O B. comentou que a mãe fazia tudo em casa e que o pai não ajudava, o que por vezes levava a mãe a ter “ataques de raiva”. A mãe disse que não havia uma mãe que não stressava e que não estavam ali para falar de si. Isto a sorrir, pois aparenta ser uma mãe presente e carinhosa.

A mãe contou que o filho tinha medo de sair do quarto para ir à casa de banho, reforçou que tem imenso medo do escuro, nota que ele sente ansiedade, pois evita ao máximo sair do quarto. O B. diz que costuma sonhar que aparece um monstro para lhe tratar mal e que tenta largar esse sonho e que não consegue. Depois de contar mais pormenores a mãe começou a brincar com ele a dizer que era muito medroso. Ele disse que se assustava muito. A mãe

acrescentou que por vezes adormecia na sala de aula. Não foi explícito há quanto tempo isso acontecia, mas dadas as queixas anteriores supõe-se que prolonguem os seis meses.

A mãe questionou se os sonhos estavam relacionados com a voz interior dele, a que repete, e ainda acrescentou que o médico tinha colocado a hipótese de ele ter um amigo imaginário. Quanto ao repetir as palavras, a mãe diz que o B. não se apercebe que o faz e que por vezes torna-se mais consecutivo. A mãe desconfia que ele faz isso quando se sente mais nervoso, pois acontecia frequentemente, pondo ela em hipótese a justificação de ser um tique nervoso.

A psicóloga (Dra. C.) perguntou-me a minha opinião sobre o que estava a assistir até ao momento, eu respondi que considerava um caso muito interessante, que precisava de mais informação e interação com o B., num primeiro impacto considerei existir perturbação do sono e que precisava de pesquisar e me informar cientificamente quanto à repetição involuntária das palavras. Dito isto, a Dra. C. sugeriu o acompanhamento do B. em contexto clínico individual, posteriormente seria benéfico fazer uma sessão de grupo com outras crianças. Explicamos o que seriam e como seriam as sessões de grupo e até que ponto eram benéficas para o B., a mãe concordou e o filho mostrou-se interessado, especialmente por ser com outras crianças.

O *feedback* da psicóloga para a mãe foi que seria fundamental acompanhar o B. de forma a interpretar as causas das queixas e encontrar a solução adequada a atenuar os sintomas prejudiciais ao bem-estar do B.

O B. voltou a falar dos monstros que o assustavam e de acordo com um artigo no IASEA (2021), sugeri que ridicularizasse o que o assusta, para atenuar o medo que sentia, ele referiu uma aranha, então sugeri-lhe que imaginasse cor-de-rosa com uma saia de bailarina, por exemplo. Ele deu mais exemplos e ficou empolgado com a ideia. Na última frase que disse, repetiu a última palavra, baixinho, sem ele próprio se aperceber.

Segunda Sessão

Os objetivos principais da segunda sessão centraram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática, com a finalidade de envolver a criança na terapia, facilitando um esforço comum para atingir objetivos específicos. Para isso, procurou-se privilegiar uma atitude de escuta ativa, empatia, e aceitação incondicional. Por outro lado, transmitir segurança e confiança, sendo que neste sentido começou-se por fazer uma breve

introdução pessoal como estagiária psicóloga e transmitindo competência ao longo da entrevista (pela oportunidade de determinadas questões, pela clarificação de alguns aspetos).

A segunda sessão foi-me atribuída pela psicóloga, a qual dirigi sozinha. Antes disso, fiz uma pesquisa bibliográfica que me permitisse ajudar a entender a repetição involuntária das palavras e o medo do escuro, para deste modo poder informar a mãe e o B.

Ao perguntar como tinha sido a semana do B., ele respondeu que tinha sido boa, mas que lhe tinha acontecido uma coisa má. Então, o B. estava a brincar com Legos com um amigo, mas estava disperso e concentrado noutra brincadeira, entretanto apareceu outro menino e ele fingiu que estava a brincar com o seu amigo. Diz que para ele foi má, mas que até tinha sido engraçado. Diz que as partes boas da semana foram estar com os amigos e terem brincado muito.

Perguntei-lhe como estava a situação da repetição das palavras, ele respondeu que estava mais ou menos, pois tinha voltado a acontecer algumas vezes durante a semana, e que continuava com muito medo do escuro. Contou-me que na noite anterior tinha tido um sonho assustador que lhe fez recorrer aos pais para conseguir dormir, e que mesmo depois de estar na cama com os pais, voltou a ter outro sonho assustador. Eu expliquei-lhe que os sonhos podiam ser apenas a nossa imaginação e que nos sonhos nunca nos acontecia nada de mal, porque não tínhamos força para conseguir magoar os outros nem os outros a nós. Ele sorriu e concordou.

Depois, contou que outro dia tinha sonhado com o seu futuro, em que construía o que queria. Então perguntei-lhe o que gostava de ser, na realidade, quando crescesse. Ele respondeu que gostava de ter três profissões, polícia, jornalista e inventor. Acrescentou que ser inventor não era bem uma profissão, mas que gostava de construir robôs. Depois deu-me exemplos de lutas de robôs. Assegurei que não precisava de desistir da última opção porque nunca sabemos os limites da nossa imaginação. Sugeri que as três profissões seriam cansativas, mas não seria impossível.

Para o tranquilizar e de acordo com os resultados estudados sobre a Psicoeducação falei-lhe sobre o medo do escuro, expliquei-lhe que uma das razões para sentir esse medo podia dever-se ao facto de perder o controlo sobre a visão, pois pode ficar assustado por ainda não conseguir distinguir o real do imaginário. Acrescentei que estar no escuro significa não haver estímulos, ou seja, não há brincadeira e interação o que pode ser frustrante para algumas crianças, assim como para ele (Simões, 2020).

De acordo com o que estudei em Qin et al. (2014), pedi-lhe para fechar os olhos, como estava escuro de olhos fechados, perguntei se estava assustado, ele respondeu que não porque eu estava ali e porque ele sabia que estava a tapar os olhos.

Acrescentei que para dormirmos bem e nos sentirmos relaxados precisamos do escuro, para termos um bom sono, o que por sua vez, ajuda a crescer e a aprender melhor (Simões, 2020).

Ele contou que, por vezes, lembra-se do que lhe disse na sessão anterior, e começa a imaginar coisas boas para tentar adormecer, no escuro. Reforcei como era bom ele ter a capacidade de ter esses pensamentos. Depois contou-me que teve outro sonho que aparece uma pessoa enrolada em papel, um esqueleto e ouvia vozes, fugia e não conseguia chegar ao quarto. Eu disse-lhe que apenas acontecia no sonho, porque ele estava no seu quarto e mesmo que não estivesse conseguia lá chegar.

Ainda em consonância com Qin et al. (2014), perguntei-lhe qual era o seu animal favorito, era o tigre. Sugeri que pensasse no tigre e nas razões que o leva a admirar o tigre. Completei que ele estava a imaginar um tigre e que o seu pensamento é que lhe tinha transmitido essa imagem. Logo, tudo o que ele quisesse pensar conseguia, o mesmo acontecia com as coisas más. Sugeri que tentasse evitar esses pensamentos e se não conseguisse, que os substituísse por pensamentos positivos, como o de um tigre a atacar os “monstros” que vê e a protegê-lo. Ele ficou entusiasmado e encenou alguns exemplos.

Também sugeri que imaginasse um herói que vence o medo do escuro. Tanto podia ser ele próprio, como um “spray” que deitasse no quarto, que fizesse desaparecer os pensamentos maus. Ou seja, algo que atribuísse esse significado positivo e encorajador (Sarafana, 2014).

Depois conversamos sobre os monstros que o assustam, mostrei-lhe alguns vídeos de como criavam as personagens de ficção científica e sugeri que desenhasse alguns monstros que o assustam. Quando o fez, recomendei que fizéssemos algo engraçado, para atenuar o medo, como sugeriram Muris, Merckelbach, e Collaris (1997). Ele riu-se imenso enquanto o fazíamos. Utilizamos várias cores para os desenhos e ele conseguiu desenhar de forma perceptível e autónoma. Os desenhos realizados pelo B. estão em anexo (anexo A).

Depois, preencheu-se a Escala Manifesta de Ansiedade para Crianças, com o objetivo de compreender os seus níveis de ansiedade, em que o B. respondeu com facilidade. Os resultados obtidos foram 26 (anexo B), que indicam grau de ansiedade, daí valorizou-se a

hipótese da existência da perturbação de ansiedade. Em algumas perguntas contava acontecimentos reais sobre a sua vida que correspondiam ao conteúdo da pergunta.

Antes de finalizar a sessão fiz psicoeducação à mãe do B. para lhe transmitir as informações sobre as repetições de palavras que o B. não conseguia evitar, a palilalia. Expliquei-lhe a palilalia, afirmei que não existem muitos estudos sobre o assunto e que na idade do B. não é considerado um problema, mas sim um tique, que pode ser desencadeado em qualquer circunstância. Também lhe falei sobre a perturbação do sono e de que forma ela podia contribuir para ajudar o B. a ultrapassar o medo do escuro, como por exemplo, uma luz de presença e o herói personificado ou contar uma história positiva antes de ele adormecer.

Entreguei-lhe um resumo referente à palilalia em que reuni as informações mais relevantes e falei-lhe mais detalhadamente das sessões de grupo. Ela aceitou que o B. comparecesse e marcamos a sessão de grupo.

7.3. Hipótese de diagnóstico

Relativamente à hipótese de diagnóstico do caso do B. pode-se considerar a perturbação de ansiedade generalizada, o medo, fobia específica, a perturbação de sono e a palilalia, em que passo a explicar cada um de seguida.

7.3.1. Perturbação de Ansiedade Generalizada

A perturbação de ansiedade generalizada implica uma ansiedade e preocupação exagerada, incontável e persistente referente a uma variedade de eventos futuros e passados que acaba por afetar o quotidiano da própria pessoa. A etiologia desta perturbação pode derivar de diversos fatores como a relação família, saúde psicológica e saúde fisiológica, problemáticas que se acabam por refletir significativamente na eficiência do trabalho (escolar, no contexto infantil) e aumentar o risco de outras doenças (Xiong, Guo, & Shi, 2020). Entre as perturbações de ansiedade, a perturbação de ansiedade generalizada tem uma maior prevalência e afeta entre 4% a 6% da população mundial (Barić, Đorđević, Cerovečki, & Trkulja, 2018).

Nesta perturbação, a intensidade, duração e frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação à probabilidade real do acontecimento antecipado. É diagnosticada através de, pelo menos três dos sintomas adicionais, agitação ou nervosismo ou

tensão interior, fadiga fácil, dificuldades na concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono, embora para as crianças apenas um sintoma adicional seja requerido (APA, 2014). No caso do B., pelo que foi transmitido pela mãe, podemos identificar agitação, nervosismo, fadiga e perturbações no sono.

Com a sua característica cardeal de preocupação excessiva e incontável e sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos associados (APA, 2014), o tratamento apoiado empiricamente para a perturbação de ansiedade generalizada tem sido a terapia cognitivo-comportamental (Newman, Llera, Erickson, Przeworski, & Castonguay, 2013; Coyne, Constantino, Westra, & Antony, 2019).

7.3.2. Perturbação de Ansiedade – Medo

O medo é uma das emoções de autopreservação entre indivíduos, permitindo-lhes detetar, prever e reagir a perigos, garantindo a sua sobrevivência. As crianças sentem medo ou preocupação persistentes e excessivos relativamente à perda ou separação da(s) figura(s) de vinculação.

Seligman (1971), talvez o primeiro investigador sobre o medo, mostrou que “o que é aparentemente irracional no medo é, apenas, uma vulnerabilidade para o aparecimento de medos evolutivamente preparados” (Baptista, Carvalho, & Lory, 2014, p. 4). O mesmo também fala dos padrões automáticos de resposta, que surgem perante um estímulo ameaçador, onde várias respostas são possíveis, como o evitamento ou fuga, a imobilidade, a defesa agressiva ou a submissão. Os medos, a ansiedade e as suas patologias aparecem num indivíduo em desenvolvimento, normalmente, durante a infância até ao início da idade adulta, tendendo depois a diminuir com a idade (Essau & Petermann, 2001). Os medos aparecem e desaparecem, de modo previsível, em determinadas alturas do desenvolvimento, de acordo com as tarefas típicas dessas etapas (Baptista, Carvalho, & Lory, 2014). De acordo com Warren e Sroufe (2004) apresenta-se a seguinte tabela para exemplificar as etapas normativas da sensação de medo de acordo com as diferentes idades.

Tabela 3- *Medos mais comuns em cada faixa etária (Papalia, Olds & Feldman, 2001)*

Idade	Medos Comuns
0-6 meses	-Estímulos ruidosos -Perda de apoio
6-18 meses	-Pessoas e situações estranhas -Ansiedade de separação -Alturas
2-3 anos	-Animais -Objetos grandes
3-6 anos	-Escuro -Máscaras -Tempestades -Ausência dos pais
6-10 anos	-Criaturas imaginárias -Preocupação com ferimentos -Perigo físico -Escola -Sobrenatural
10-12 anos	-Preocupação com as amizades -Aparência física -Morte
13 anos	-Preocupação com as relações amorosas -Independência e planos de vida -Receio de falhar -Rejeição

Vale salientar que o B. se encontra na normalidade dos medos sentidos, de acordo com a sua idade (7 anos).

O medo pode surgir de natureza inata, quando a criança nasce predisposta a apresentar reações de medo perante certas situações específicas ou pode ser aprendido. Como determinantes inatos do medo assume-se quatro categorias diferentes de situações de estímulo que se caracterizam pela intensidade da situação, a sua novidade, perigos especiais a que se ficou sensibilizado pela evolução filogenética e ainda circunstâncias despertadas pela interação social

específica (Serra, 1980). Os sintomas do medo identificam-se através da aversão; repúdio; terror; abominação; sintomas físicos de ansiedade; transpiração e tremores (Baptista, Carvalho, & Lory, 2014).

Há reações de medo, porém, que se vão modificando com a idade, como por exemplo, o medo de criaturas imaginárias que se desenvolve na infância. O que significa que as respostas ao medo estão dependentes da capacidade perceptiva- cognitiva da pessoa, que pode variar consoante a idade e vivência.

A aprendizagem pode atuar de forma em que outras emoções suscitem a emoção de medo, como por exemplo, uma situação repetitiva em que apenas desperta alegria, uma vez que desperte alguma consequência desagradável pode desencadear o medo.

7.3.3 Perturbação de Ansiedade – Fobia Específica

Embora os medos sejam respostas adaptativas a ameaças iminentes, as fobias são manifestações extremas de medo a objetos ou situações, na ausência de um perigo proporcional. De acordo com o DSM-5, (APA, 2014) uma fobia específica é um medo intenso e específico em relação a um determinado objeto ou situação. A fobia também é caracterizada por sentir-se angustiado ao antecipar futuros encontros com o objeto ou situação. Normalmente, a pessoa experimenta ansiedade, medo ou pânico quando confrontada com o objeto ou situação temida e, daí, tenta de tudo para evitar o confronto direto com o estímulo fóbico. A pessoa evita a situação, sob risco de desconforto intenso se tentar lidar com a situação temida. O medo causa sofrimento significativo ou interferência na vida quotidiana da pessoa, podendo ter consequências graves para a saúde (Coelho, Gonçalves-Bradley & Zsido, 2020).

Kessler e colegas (Kessler et al., 2005) descobriram que a fobia específica é uma das perturbações de ansiedade mais prevalentes ao longo da vida (12,5%), porém a prevalência pode variar de acordo com diversos fatores, como por exemplo, sociais e contextuais.

As perturbações de ansiedade infantil não têm apenas uma etiologia, de facto, vários investigadores asseguraram que os temores são multiplamente determinados e surgem de uma variedade de fatores, incluindo as características da criança como as dos pais (Ollendick & Horsch, 2007). Como tal, a idade e o sexo devem ser examinados comparativamente ao considerar as características da criança que afetam a etiologia, a manutenção, e o resultado do medo nas crianças. No geral, no que diz respeito à idade e ao sexo, verificou-se que as crianças

mais novas e as raparigas relatam níveis mais elevados de medo do que os rapazes ou as crianças mais velhas (Ollendick, King, & Muris, 2002). Tem sido sugerido que as razões por detrás destas diferenças etárias são o desenvolvimento das capacidades cognitivas e a incapacidade das crianças pequenas de compreenderem plenamente e exercerem controlo sobre situações que lhes significam medo (Chorpita & Barlow 1998).

Para além das características da criança, os estilos parentais influenciam a aquisição e manutenção do medo nas crianças. Em particular, a superproteção parental tem sido associada a níveis elevados de medo infantil (Beidel & Turner, 1998). O controlo parental excessivo tem traduzido num acréscimo do número de crianças dependentes das figuras paternas, reduzindo simultaneamente a sua autonomia. Assim, uma perceção de falta de controlo pode evocar ansiedade e antecipação de ameaças reais ou percebidas (Wood et al., 2003).

É importante notar a relação recíproca entre os comportamentos parentais e o medo dos filhos, ou seja, não só os níveis de controlo parental podem agravar a ansiedade da criança, como o elevado nível de ansiedade da criança pode necessitar de um controlo parental excessivo (Hudson & Rapee, 2001).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), os sintomas a considerar a fobia específica são: medo acentuado persistente (≥ 6 meses) ou ansiedade sobre uma situação ou objeto específico, a situação ou o objeto quase sempre provoca medo ou ansiedade imediato; evitamento da situação ou objeto; medo ou ansiedade desproporcional ao perigo real (levando em conta as normas socioculturais); o medo, a ansiedade e/ou esquiva causam sofrimento significativo ou prejudicam o funcionamento social ou ocupacional.

No caso do B. pode-se validar a ansiedade e a evitação que o B. sente ao sair do quarto para ir à casa de banho, a imaginação das criaturas imaginárias que lhe causam medo e a fadiga que tem como consequência a falta de atenção nas aulas.

7.3.4. Perturbação do sono

O sono é uma necessidade fisiológica com funções biológicas, incluindo a restauração corporal e a conservação de energia que são importantes para o equilíbrio físico e emocional (Silva, Simões, Macedo, Duarte & Silva, 2018).

O sono fornece funções essenciais para a manutenção do estado de alerta, conservação de energia, promoção de processos anabólicos, funcionamento dos mecanismos

termoregulatórios centrais, produção de certas citocinas que aumentam a atividade do sistema imunitário, o desenvolvimento, maturação e plasticidade do cérebro, a formação e consolidação de memória, regulação de vários processos metabólicos, e como substrato de sonhos (Silva, 2012).

Na infância o descanso físico e recuperação de energia são fundamentais devido ao seu impacto no crescimento e desenvolvimento infantil, pois é quando se dá inúmeras mudanças no crescimento neuromotor (Monteiro, 2014). O sono insuficiente ou a má qualidade de sono nas crianças pode levar a vários distúrbios, como problemas de coordenação e concentração durante o dia, levando à diminuição do desempenho escolar, ao aumento do risco de acidentes, mau humor, fadiga e irritabilidade (Monteiro, 2014). Por outro lado, uma quantidade adequada de sono de boa qualidade é importante para o desempenho cognitivo, com efeitos na saúde ao longo da vida (Kelly, Kelly, & Sacker, 2013).

A maioria das perturbações de sono que existem são de origem comportamental, tendo em conta o temperamento e desenvolvimento da criança, estilo parental, ou fatores ambientais (Bathory & Tomopoulos, 2017), embora as perturbações de sono também possam existir através de interações genéticas (Kirac, Akcay & Ulucan, 2020).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014, citado em Antunes, 2015), os problemas de sono estão relacionados com o início, manutenção, quantidade e qualidade de sono. Na infância os problemas mais vulgares são a dificuldade em adormecer e o despertar noturno (Dahl, 2011).

Os problemas de adormecer devem-se, normalmente, à oposição das crianças em relação a deitar-se, tendo rituais específicos de adormecimento como recorrer a um objeto contrafóbico (por exemplo, a luz acesa, peluches, história contada pelos pais, necessidade de segurar a mão dos pais até adormecer) para preencher a transação entre a vigília e o sono que traduzem a tentativa de domínio da angústia suscitada pela angústia de separação (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Estes objetos transacionais ajudam a criança a passar da dependência para a independência (Antunes, 2015). Por outro lado, o adormecer é uma área intermédia entre o estado de vigília e o sono onde podem surgir problemas devido a condições externas, como o barulho e irregularidade horária na hora de dormir, ou condições internas, como a ansiedade ou organização interna conflitual.

Segundo o DSM-V (APA, 2014), as perturbações que afetam o sono são a insónia, hipersonolência, narcolepsia, perturbações do sono relacionadas com a respiração e parassónias.

No caso do B., creio que a perturbação do sono seja induzida pelo medo e deste modo sofrer com insónias, parassónias e despertares noturnos.

A insónia é a perturbação do sono mais comum que existe, e é caracterizada com uma dificuldade persistente com o início, a duração, a consolidação e qualidade de sono que ocorre apesar de haver todos os fatores necessários para ter uma boa qualidade de sono (APA, 2014).

Cerca de 20 a 30% das crianças até aos 4 anos de idade, esforçam-se para adormecer e acordam os pais, frequentemente, durante a noite (Papalia et al., 2001). O que pode gerar problemas sociais, educacionais, escolares e comportamentais de funcionamento, estando relacionados com a fadiga, decréscimo de energia, perturbações do humor, irritabilidade e baixa atenção e concentração (APA, 2014).

Os problemas de despertar noturno podem estar relacionados com as angústias noturnas que interferem no sono, principalmente na fase REM, podendo associar-se com terrores noturnos que surgem entre os 3/4 até aos 5/6 anos (Byars, Yolton, Rausch, Lanphear & Beebe, 2012), algo que era recorrente no caso do B., embora já tenha sete anos de idade. Esses terrores noturnos são caracterizados por ataques de pânico, choro e atividade motora como o movimento de pernas a imitar o que passa durante o sonho (Kirac, Akcay, & Ulucan, 2020).

Como referem os pais, a maior parte das crianças na idade pré-escolar sofrem pesadelos sempre ou frequentemente durante a noite (American Psychiatric Association, 2014), embora aconteça com maior frequência quando as crianças são expostas a stress psicossocial crónico ou agudo, pelo que não podem ser resolvidas de forma espontânea, sendo que nalguns casos prevalecem até à idade adulta (American Psychiatric Association, 2014).

Geralmente os medos noturnos desaparecem por volta dos 6 anos de idade. Contudo, é importante os pais estarem atentos em relação à gravidade, duração e frequência dos mesmos uma vez que podem estar associados à prevalência da ansiedade da vida diurna da criança (Papalia et al., 2001).

Em Portugal, estima-se 10% das crianças, na idade pré-escolar, tenham problemas de sono associados à duração do sono, resistência em ir para a cama, ansiedade, despertares noturnos, parassónias e sonolência diurna (Silva, Silva, Braga & Neto, 2014).

Para o caso B. também se pode considerar a parassónia que se caracteriza por movimentos, comportamentos, emoções, perceções e sonhos anormais que ocorrem durante o

sono. Estas perturbações de sono associadas à parassónia são mais conhecidas por sonambulismo ou pesadelos (APA, 2014).

7.3.5. Palilalia

É uma perturbação no discurso que se caracteriza pela repetição involuntária de palavras ou frases. Também se pode considerar um tique vocal. Normalmente ocorre durante o discurso espontâneo, e raramente durante a leitura e tarefas que envolvam repetição (Fields & Marcuse, 2015).

É fundamental distinguir a palilalia da ecolalia, pois a última é apenas a repetição do que acabou de ouvir (Goetz, 2007). Existem poucos, mas diferentes estudos sobre o tema, existem várias opiniões, mas que se centram maioritariamente nos adultos. Critchley observou que o discurso tende a ser pronunciado cada vez mais rapidamente e com menos distinção, de modo que as últimas partes podem ser quase inaudíveis - um efeito diminutivo. O autor acreditava que a palilalia se devia a um distúrbio no mecanismo motor da fala, e não à criação dos próprios pensamentos e palavras (Mattos & Mattos, 1999).

Benke e Butterworth expandiram a ideia de que palilalia seria um distúrbio da fala motora e sugeriram que, além disso, poderia resultar de um defeito numa área geradora pré-articulatória central ou no módulo de controlo do articulador ou fala motora que fornece feedback para encerrar o processo de ciclo (Benke & Butterworth, 2001).

Yasuda et al. (2011) propuseram que uma lesão localizada não é necessária para a palilalia e que o distúrbio pode resultar de uma perturbação dos núcleos no tálamo, pré-tálamo e gânglios da base (Gorno, Miozzo, Mattioli & Cappa, 2011).

Essa visão é compatível com os estudos que os gânglios da base estão envolvidos no planeamento e controlo motor. Alguns autores sugerem que a palilalia é o resultado de uma falha dos sistemas inibitórios sub-corticais que impedem as enunciações de cessarem (Mattos & Mattos, 1999). De acordo com Nobre (2012), a palilalia é considerada apenas um tique. Esses podem manifestar-se sob a forma de movimentos (tiques motores) ou de sons (tiques vocais). Em ambos os casos são súbitos, breves, involuntários, repetitivos e não cumprem um propósito.

Os tiques motores podem traduzir-se em movimentos abruptos, que podem acontecer de forma isolada, (por exemplo piscar os olhos, encolher os ombros, “sacudir” o pescoço, fazer

caretas), ou movimentos coordenados (por exemplo, tocar em outras pessoas, saltar, fazer gestos obscenos - copropraxia, imitar movimentos de outras pessoas – ecopraxia, ou realizar vários movimentos em simultâneo, como levantar-se e olhar para trás ao mesmo tempo) (Karmali, Greer, Gomez, Ross & Valdes, 2005).

Os tiques vocais traduzem-se na produção de sons únicos, tais como aclarar a garganta, tossir, fungar, ou podem compreender a expressão de verbalizações, incluindo a repetição de palavras ou frases de outros (ecolália), uso de linguagem obscena (coprolália), ou menos frequentemente, a repetição rápida de uma palavra ou frase (palilália) (Nobre, 2012).

Habitualmente os tiques aumentam em situações de maior ansiedade e stress, diminuindo quando a criança está concentrada numa atividade específica ou quando está descontraída (Borsel, Bontinck, Coryn, Paemeleire & Vandemaele, 2007).

Estima-se que os tiques afetem 12-18% das crianças em idade escolar, surgindo mais frequentemente entre os 5 e os 7 anos, sendo na pré-adolescência que atingem uma intensidade máxima. Na maioria dos casos, diminuem com a entrada na vida adulta (Nobre, 2012).

Os tiques podem ser transitórios, acabando por desaparecer após algumas semanas ou poderão prolongar-se. Quando estão presentes vários tiques motores e pelo menos um tique vocal, de forma continuada (várias vezes ao longo do dia, quase todos os dias ou de forma descontinuada por mais de um ano), e com um impacto significativo na vida da criança, considera-se a presença da Síndrome de Gilles de La Tourette (Hounie & Petribú, 1999).

7.4. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica

No caso do B. também seria fundamental recolher mais informações desde o seu nascimento até ao momento atual, para complementar as hipóteses de diagnóstico. A segunda sessão com o B. deveria ter sido útil para isso, todavia priorizou-se a comunicação centrada no decorrer da semana do B. e os medos que sentia durante a noite, por ser algo que afetava o dia-a-dia escolar dele e prejudicava a sua saúde física, visto que de acordo com Alves (2016) é de extrema importância que as crianças tenham bons hábitos de sono e descansem as horas necessárias recomendadas, pois é indispensável para um bom desenvolvimento cognitivo, físico e emocional. Contudo e considerando as hipóteses de diagnóstico do caso do B. é possível ponderar as estratégias de intervenção psicológica nas perturbações.

7.4.1 Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Ansiedade Generalizada

Alguns estudos têm vindo a comprovar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental, tanto aplicada apenas à criança, como envolvendo a sua família no processo (Ribeiro, 2013). Exemplos desses estudos são de Reaven et al. (2009); White, Oswald, Ollendick & Scahill (2009); Wood et al. (2009). Considera-se a TCC a abordagem psicológica mais estudada, ao longo do tempo, para a perturbação da ansiedade generalizada (Wang et al. 2017). No entanto, e como referido anteriormente, o programa do Gato Habilidoso também serve como uma forma de intervenção psicológica eficaz para a ansiedade generalizada.

Em particular, a TCC em grupo também se encontra empiricamente validada, mostrando-se eficaz no tratamento da ansiedade generalizada (Ribeiro, 2014). De um modo geral, o processo de intervenção psicológica em grupo deverá implicar, da parte do psicoterapeuta, o desenvolvimento de competências ao nível de três tarefas fundamentais: criação e manutenção do grupo; construção da cultura de grupo; ativação e iluminação do aqui-e- agora (Ribeiro, 2014). Quando em grupo, é fundamental discutir as regras de funcionamento para que o grupo se torne estruturado e eficaz na sua intervenção (Kendall & Hedtke, 2014).

Como refere Ribeiro (2014), o desenvolvimento do grupo passa por diversas fases:

- Formação e estabelecimento de regras de funcionamento, expressão de ideias, opiniões e definição de metodologias;
- Respostas emocionais às exigências da tarefa, onde pode surgir o conflito.
- Resolução do conflito e estabelecimento de normas para o desenvolvimento da coesão grupal;
- Desempenho, onde existe comprometimento e confiança;
- Luto, que passa pela dissolução do grupo.

Na terapia de grupo as estratégias utilizadas baseiam-se nas da terapia individual, sendo que em grupo há maior probabilidade de as crianças reconhecerem os seus próprios erros, através da partilha das experiências das outras (Reid & Kolvin, 1993).

Em acréscimo, autores como Bayer et al. (2011) defendem que a escola representa o contexto ideal para colocar em prática a prevenção da perturbação, até porque poderão apresentar maior eficácia no alívio de sintomas ansiosos (Ribeiro, 2013). Isto porque, as escolas, como segundo Setting mais frequentado pelas crianças, representam um recurso

significante e potencial no desenvolvimento positivo das suas capacidades de resiliência e em trabalhar as suas problemáticas emocionais e do comportamento (Knoff, 2006).

7.4.2. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica no Medo

Como referido anteriormente nas sessões de acompanhamento uma das formas a intervir na sensação de medo seria ridicularizar o objeto/forma que assusta a criança, substituir a imagem ameaçadora por algo cómico ou ridículo. A banalização do medo por meio de situações engraçadas pode ajudar a criança a encarar o problema com menos importância (IASEA, 2021).

De acordo com a última referência bibliográfica incentivar a criança a falar sobre os medos vai atenuar a sensibilidade à fonte do seu medo. Como sugeriu Simões (2020), o medo do escuro pode dever-se ao facto da criança perder o controlo sobre a visão e dessa forma não conseguir diferenciar o que é real e o que é imaginário. Também, o facto de o escuro normalmente estar associado à hora de dormir a criança acaba por se sentir aborrecida e por utilizar mais a sua imaginação.

De acordo com Qin et al. (2014), algumas estratégias para lidar com o medo debruçam-se sobre a transmissão da informação em relação ao que assusta a criança. No caso de B. foi possível mostrar-lhe vídeos de como algumas personagens que o assustavam eram elaboradas.

Os mesmos autores acrescentam outras estratégias como o intitular dos medos sentidos pela criança; criar um espaço seguro para se expressar; utilizar o jogo, pois o brincar é como um ensaio da vida real; não evitar o que a assusta nem a sobreproteger; ajudar a explorar o medo de forma segura, respeitando o ritmo de adaptação da criança ao estímulo que lhe causa medo; utilizar um objeto como reconforto, como por exemplo um spray “anti monstros” ou algo que lhe dê um sentido de segurança; respeitar e acompanhar o conhecimento que a criança recebe no mundo em que a rodeia; celebrar as tentativas que a criança tem para ultrapassar o medo. Parte deste processo compete ao trabalho familiar, assim como ao psicoterapeuta.

7.4.3. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Fobia Específica

Até à data, o tratamento da perturbação de fobia específica centra-se na terapia farmacológica, terapia comportamental e terapia cognitiva.

Com base numa revisão por Choy, Fyer & Lipsitz (2007), a exposição *in vivo* aparenta ser a intervenção mais eficaz para uma grande variedade de fobias, e alguns estudos obtiveram uma taxa de resposta de 80 a 90%. Outras formas de exposição para a fobia específica incluem exposição imaginativa, dessensibilização sistemática e dessensibilização do movimento ocular e reprocessamento. Estas intervenções de exposição demonstraram diferentes níveis de sucesso do tratamento com diferentes tipos de fobias específicas. Mais recentemente, o uso da tecnologia e da realidade virtual como parte da terapia tornou-se mais comum (APA, 2017). Para o B. seria oportuno tentar a intervenção com recurso à tecnologia e realidade virtual, pois a maior parte do que o assusta são figuras que aparecem em vídeo jogos.

A intervenção na perturbação fóbica através da terapia cognitivo-comportamental foca o tratamento nas histórias de aprendizagem desadaptativa e nos padrões de pensamento errados ou excessivamente rígidos (Ollendick & Seligman, 2005).

7.4.4. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Perturbação de Sono

Os problemas relacionados com o sono correspondem a uma das formas mais graves de ansiedade (Chase & Pincus, 2011), acabando por prejudicar o desempenho natural da criança durante as tarefas normais do seu dia-a-dia.

Na infância, o modelo cognitivo-comportamental certifica-se empiricamente para a intervenção na perturbação do sono (Tikotzky & Sadeh, 2010). A componente cognitiva centra-se nos programas de educação parental, bem como na alteração das cognições e crenças dos pais em relação ao sono do seu filho. As intervenções comportamentais consistem em estratégias de extinção baseadas na teoria operante e nos princípios do reforço, técnicas de controlo de estímulos (por exemplo, limitação do tempo na cama/quarto e eliminação de atividades na cama/quarto incompatíveis com o sono), higiene do sono (por exemplo, evitar atividades leves e sociais durante o final da noite), atrasar a hora de dormir e estabelecer uma rotina de dormir consistente.

A evidência de intervenções cognitivas comportamentais que tratam a perturbação do sono infantil é revista numa meta-análise por Meltzer e Mindell (2014), em que diferentes intervenções comportamentais, tais como, a educação do sono, a rotina estruturada para dormir e a terapia do comportamento cognitivo para a insónia reduziram significativamente a latência do início do sono, bem como a frequência e duração do despertar noturno, outro estudo que

comprova o mesmo é dos autores Schlarb 3 Brandhorst, do ano de 2012 e de Schlarb, Bihlmaier, Velten-Schurian, Poets e Hautzinger, de 2016.

No caso do B. seria fundamental insistir na higiene do sono, pois consiste em comportamentos, condições ambientais e outros fatores relacionados com o sono que podem ser ajustados de forma a promover uma melhor qualidade de sono (Stepanski & Wyatt, 2003). Os comportamentos relativos ao sono por parte dos pais e, conseqüentemente das crianças, parecem estar associados às cognições (expectativas, interpretações e percepções) e emoções dos pais (Lipton, Becker & Kothare, 2008). Devem ensinar-se medidas de higiene do sono aos pais e crianças com vista a alterar estas cognições. De acordo com Nunes e Bruni (2015), as recomendações para uma adequada higiene do sono nas crianças são:

- Manter horários de ir para a cama e de acordar consistentes e adequados para a idade;
- Manter o número de horas de sono consistente entre dias de semana e fins de semana;
- Definir uma rotina da hora de ir para a cama (ex: ler uma história antes de dormir);
- Encorajar a criança a adormecer sozinha sem necessidade de fatores externos (ex: televisão ligada, presença parental);
- Evitar que a criança durma no quarto dos pais;
- Ensinar técnicas de relaxamento à criança que ela consiga aplicar sozinha em caso de despertar noturno ou de dificuldade em adormecer;
- O quarto deve estar silencioso, calmo, confortável, escuro e com a temperatura adequada na hora de ir dormir;
- Evitar consumo de alimentos/bebidas estimulantes à noite (chocolate, chás, refrigerantes);
- Evitar a utilização de aparelhos eletrônicos ou a realização de outras atividades estimulantes pelo menos na hora que antecede o sono;
- Se passados 15-30 minutos após o momento de deitar a criança ainda não tiver adormecido, esta deve sair da cama e realizar uma atividade calma (ex: ler um livro) até ficar sonolenta.

Outra estratégia cognitiva adequada ao B. seria ensinar a controlar os seus pensamentos negativos sobre o sono e a hora de dormir (Bruni & Angriman, 2015). Numa vertente comportamental, seriam as estratégias de adaptação/técnicas de relaxamento que também se podiam incluir, consistem em ensinar à criança e aos pais, exercícios de relaxamento, como

respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, meditação e pensamentos positivos que ajudem a reduzir a tensão corporal no momento de adormecer (Morgenthaler et al., 2006).

A terapia farmacológica para a perturbação do sono só deveria ocorrer se os pais do B. não se conseguissem adaptar às terapias recorridas por dificuldades objetivas ou se essas não apresentaram o resultado adequado. A indicação deve ser feita antes que o problema se torne crónico (Nunes & Bruni, 2015).

A intervenção nas perturbações do sono torna-se essencial para a melhoria dos padrões de sono e para as condições que tem influência direta do sono como a aprendizagem, agressividade, humor e comportamento da criança (Schlarb, Schurian, Poets & Hautzinger, 2011).

7.4.5. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Palilalia

Neste caso, deverá ser realizada uma avaliação por um técnico especializado, como um neuropediatra ou psicólogo clínico, no sentido de confirmar a presença desta perturbação. A intervenção nos tiques poderá ser farmacológica e/ou psicológica, de acordo com a intensidade dos mesmos (Nobre, 2012).

A intervenção psicológica com maior taxa de sucesso baseia-se em técnicas cognitivo-comportamentais. Contudo, o apoio psicológico poderá estender-se a outros objetivos, para além da redução dos tiques, uma vez que estas crianças e adolescentes apresentam por vezes outras perturbações associadas, como a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, e outros sintomas como por exemplo, baixa auto-estima ou dificuldades na socialização (Schwind, Antoniuk & Karuta, 2018).

No entanto, é importante salientar que as estratégias seriam adequadas de acordo com a evolução do acompanhamento psicológico.

8. Estudo de caso C. – Caso de Acompanhamento

8.1 História Clínica

Identificação: C.

Idade: 9

Motivo da consulta: continuação de acompanhamento psicológico, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, falta de atenção e problemas comportamentais.

O caso C. foi diferente, pois o acompanhamento psicológico já tinha sido iniciado previamente e já existia um diagnóstico definido, no ano de 2014.

Pelo que me foi informado, através da psicóloga, o C. é um rapaz curioso e criativo, tendo um nível intelectual médio para a sua faixa etária, mas dificuldades visuo-espaciais e de planeamento motor, e de coordenação motora, que se refletem no grafismo em geral e na leitura. Tem um bom desenvolvimento estato-ponderal. Revela uma perceção visual em espelho a nível da letra e dos números e aparenta aprender mais facilmente através do método analítico sintético.

O C. tem diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit De Atenção (PHDA), desde 2014, e revela imaturidade emocional. Mostra-se muito dependente do incentivo relacional do outro para prosseguir nas atividades escolares. Exprime-se numa linguagem simbólica adequada, mas é muito impulsivo nas respostas às diferentes situações da sua vida diária.

Portanto, foi necessário implementar um apoio pedagógico personalizado e adequações na avaliação dos progressos das aprendizagens, dado que a sua perturbação da escrita e leitura tem um caráter permanente e grave, que afeta os aspetos morfosintáticos e fonéticos da linguagem escrita.

Antes de me prolongar considero importante fazer um enquadramento teórico sobre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, portanto:

A PHDA pode se definir como uma perturbação neurobiológica de natureza multifatorial (genética, neurológica e neurocognitiva), sendo um dos casos mais prevalentes das perturbações do neuro desenvolvimento, na infância. É caracterizada por sintomas como a desatenção, impulsividade e hiperatividade, acabando por interferir no funcionamento da vida das crianças (Leal, 2017).

Relativamente à prevalência da perturbação em Portugal, ainda não existem dados precisos, considera-se, então, alguns trabalhos que sugerem taxas de prevalência de aproximadamente 4% a 5% (Marques et al., 2018).

Os critérios de diagnóstico do DSMV-V (APA, 2014) definem que:

- Os sintomas devem ter uma duração mínima de seis meses e aparecer antes dos 12 anos de idade,
- As crianças devem apresentar seis manifestações de desatenção ou de hiperatividade-impulsividade, ou ambas;
- As manifestações têm de estar presentes em dois ou mais ambientes sociais diferentes (casa, escola, situações sociais ou outro ambiente);
- Evidência clara de interferência ou redução da qualidade do funcionamento social, académico ou laboral;
- A sintomatologia não pode ser atribuível a outra perturbação do desenvolvimento ou do foro psiquiátrico;

Também se pode fazer uma separação dos critérios de identificação dos padrões em:

Tabela 4- *Crítérios de identificação dos padrões da perturbação de hiperatividade e défice de atenção*

Desatenção	Hiperatividade - Impulsividade
Dificuldade em manter a atenção e concentração nas atividades e ou tarefas desempenhadas	Levanta se constantemente quando se espera que esteja sentado nas diversas situações.
Não seguir as instruções para a finalização das tarefas atribuídas	Fala em excesso.
Falha em prestar atenção aos pormenores e a indução constante a erros por descuido nas tarefas.	Dificuldade em esperar.

Facilidade de distração por fatores alheios às tarefas a desempenhar.	Interferência no desempenho das atividades de terceiros.
Dificuldades de organização.	Agitação das mãos e pés ou remexer enquanto se encontra sentado ou num local.
Esquecimento constante.	Precipitação em dar as respostas sem que as perguntas estejam finalizadas.
Evitamento em desempenhar tarefas que requeiram um esforço mental constante.	Dificuldade na regulação do sono.

Fonte: *American Psychiatric Association, 2014*

Tais comportamentos vão ocorrendo em diversos contextos, como por exemplo, na escola e em casa. O impacto na qualidade de vida da criança é individualmente variável, mas existe um ponto comum: a grande dificuldade em ajustar os comportamentos/inibições a uma tarefa específica bem como a dificuldade na aprendizagem (Wang, Zuo, Xu, Hao & Zhang, 2020).

Vários estudos científicos centram-se na PHDA, como exemplos surgem Wilens & Spencer (2010); Polanczyk, Casella, Miguel & Reed (2012); Azevedo, Santos, Gaspar & Homem (2012); entre muitos outros.

8.2. Descrição das Sessões de Acompanhamento Psicológico

Primeira Sessão

Como no caso anterior, a primeira sessão teve como objetivo a observação da entrevista clínica não estruturada e a apresentação da estagiária à criança e à mãe. A psicóloga dirigiu a sessão livremente com o objetivo de recolher dados da vivência do C. desde a última sessão até à atual.

Na primeira sessão, o C. estava com uma aparência limpa e cuidada. A mãe demonstrava um ar cansado e pouco cuidado.

Para conhecer o C. a psicóloga pediu autorização ao C. e à mãe, pois já tinha iniciado o acompanhamento psicológico no ano de 2014, devido a problemas comportamentais em contexto escolar.

Pelo que consegui observar numa primeira sessão, o C. é uma criança colaborante, muita ativa, simpática e extrovertida. Revelou imaginação e criatividade enquanto desempenhava brincadeiras, como com a plasticina e desenho, pois ele brincava enquanto a mãe falava. No gabinete da psicóloga a plasticina, papel e lápis estão à disposição da criança, numa mesa adequada à altura da criança. O C, sentou-se primeiramente na cadeira em frente à psicóloga, após iniciar a conversa entre a mãe e a psicóloga o C. pediu para brincar com a plasticina. A mãe contou que o C. estava medicado para a hiperatividade devido à época escolar e ainda adiantou que sem a medicação ele ficava “muito pior”, referia-se à agitação que ele demonstrava no decorrer da sessão. Ao longo da sessão, a mãe emocionava-se ao falar do quão complicado era cuidar do C., devido a ele não respeitar as regras, quando isso acontecia o C. pedia para a mãe não chorar e acrescentou que ela estava sempre a fazê-lo.

Pelas informações trespassadas pela psicóloga, o C. é uma criança comunicativa e afetuosa, a nível socio-afetivo, mas evidência alguma dificuldade na interiorização de regras e pouca capacidade para lidar com a frustração ou contrariação.

A psicóloga sugeriu-lhe que escutasse mais os pedidos dos pais e fosse mais colaborante em casa. À mãe informou que será importante reforçar o C. pelo que consegue fazer de positivo e corrigir o que faz de errado, ou seja, podia elogiar o cumprimento das regras ou implementar consequências pelo incumprimento das mesmas. Assim, seria necessário fazer o C. perceber que está a crescer e que para obter bons resultados teria de investir mais em si próprio.

No final da sessão a psicóloga questionou a mãe e o C. de continuarem o acompanhamento psicológico apenas comigo, explicou que era estagiária e falou do meu percurso académico. Ambos concordaram e marcou-se a próxima sessão.

Segunda Sessão

O objetivo da segunda sessão debruçou-se no estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e fazer a criança perceber a atitude de escuta ativa, aceitação incondicional e empatia, também se inclinou sobre a observação direta do comportamento para observar a frequência, intensidade e nível de disfuncionalidade dos comportamentos da PHDA da criança.

Na segunda sessão, ao caminharmos até à sala, questionou-me se a Dra. C. não iria aparecer eu respondi que esta sessão seria apenas comigo, mas se ele se sentia bem e confortável para tal. Ele afirmou que não se sentia desconfortável.

Perguntei-lhe se estava bem, ele disse que sim, mas sem entusiasmo. Perguntei-lhe se não se sentia bem ao ser acompanhado por mim, ele disse que se sentia bem, ainda acrescentou que eu parecia uma cantora de Hollywood. Eu ri-me e perguntei porquê e ele explicou. Enquanto isto, estava sempre a abrir e fechar a caneta, o que causava um som incomodativo, perguntei-lhe se estava ansioso, ele baixou a cabeça e respondeu que estava normal, que apenas estava a gostar de brincar na escola e que teve de deixar de brincar para ir à sessão de acompanhamento psicológico.

Expliquei-lhe o que íamos fazer nas sessões, a periodicidade e os objetivos, também salientei que no final fazíamos sempre um jogo ou uma brincadeira. Entretanto olhou para as folhas que tinha para ele, expliquei-lhe que era uma estratégia que tinha inventado para o conhecer e ele a mim, era uma folha onde tinha questões de autoconhecimento. Ele ficou entusiasmado e pediu para fazer. Aceitei.

No primeiro exercício era suposto descrevermo-nos em dez pontos. O C. respondeu que era “elétrico”, “que nunca parava de se mexer”, “que era amigo dos seus amigos e família”. Depois quis contar-me que a mãe o obrigou a vestir a roupa que tinha nesta sessão, eram calças de ganga, dizia que não conseguia correr e que eram desconfortáveis. Depois mencionou que as aulas tinham passado rápido porque sabia os seus horários, contou-me como eram.

Vale salientar que o discurso do C. estava lento e a maior parte do tempo olhava para a caneta e sentava-se quase de lado para mim.

Para prosseguirmos também lhe disse como me caracterizava. Antes de prosseguir considerei necessário dizer-lhe que ali estava num espaço seguro que só se destinava a ele, que me podia falar de tudo pois eu não julgava nem iria contar a ninguém. Ele perguntou se nem ia contar à sua mãe eu respondi que não, que aquele tempo era dedicado apenas a ele.

Levantou a cabeça e contou que hoje estava triste porque o seu relógio estava “congelado”, que o tentou arranjar e conseguiu, mas tinha medo de voltar a avariar. Respondi que não se preocupasse, pois caso avariasse de certeza que conseguia arranjá-lo se não podia arranjar outro igual.

Depois perguntei se estava mesmo tudo bem na escola, ele disse que sim, que na escola também brincou com outras amigas, que a uma delas chamavam-lhe Pikachu, por ser pequena. Perguntei se ela gostava que lhe chamassem, ele afirmou que parecia não se importar, então salientei que se ela não se importasse era um nome fofinho, o nome de um Pokémon. Para ele perceber que o meu interesse era estabelecer uma relação de empatia com ele. O C. ficou espantado por conhecer e falamos um pouco sobre isso, quis mostrar-me os seus favoritos. Aceitei.

Após isso, continuamos a fazer os exercícios, ao longo disso ele falou-me de vários exemplos reais. Ao longo das conversas falou-me que tem uma cadelinha e que o tinha tentado morder, mas só para chamar a atenção. Eu partilhei, também, algumas histórias sobre os meus cães, com o objetivo de reforçar a relação terapêutica e demonstrar-lhe empatia. Ao mudar de assunto, ele quis acrescentar que a empregada que ia limpar a casa estava sempre a meter os seus brinquedos no lixo, que já tinha falado com a mãe e que ela não tinha feito nada. Eu sugeri que metesse uma folha a pedir para a senhora da limpeza não o fazer ou então que o C. escondesse os seus brinquedos, para valorizar a preocupação dele com os seus brinquedos. Ele considerou boa ideia. Passamos ao próximo exercício.

Ao perguntar-lhe o que ele mais gostava em si, ele respondeu a criatividade, o que é uma mais-valia, reconhecer essa qualidade. Quando perguntei o que menos gostava ele respondeu que era pensar que ia explodir por dentro. Pedi-lhe para me explicar melhor o que realmente sente nessas alturas. Ele deu o exemplo que quando os pais repetem sempre a mesma coisa, fica irritado e quer atirar e partir tudo em casa. Devido à sua agitabilidade, nervosismo e irritabilidade, ponderei a existência de ansiedade generalizada, mas a qual podia estar induzida em erro devido ao diagnóstico de PHDA.

Respondi-lhe com empatia e tentei perceber o que realmente o enfurece. Pelo que me deu a entender é o facto de não poder ter controlo sobre si próprio, visto que os pais é que lhe mandam fazer tudo.

Depois quis contar-me um segredo, uma história que considerava embaraçosa da mãe. Comentei que a mãe se sente cansada, ele confirmou. Disse que para além de ter ele e o irmão,

ainda tem muitas coisas para fazer em casa. Diz que tenta pedir ao irmão para irem ajudá-la, só que o irmão nunca quer. Partilhou várias informações sobre diversas situações, o que me fez perceber que o C. se sente inferiorizado em comparação com o irmão. Ele confirmou.

Dispersou a sua atenção dos exercícios e pediu para ver os brinquedos que tinha na sala. Eu deixei. Perguntei-lhe como seria então o dia perfeito para ele, apenas para finalizar a folha de conhecimento. Ele respondeu que seria chegar a casa e não ter nada para fazer.

Brincamos com a plasticina, a fazer formas, com a finalidade de observar a criatividade e capacidade de expressão dele. Ele fez-me várias perguntas sobre mim e sobre o meu trabalho no meu local de estágio. Respondi-lhe sempre com sinceridade e simplicidade. Depois, jogamos ao quatro em linha, expliquei-lhe como se jogava. Ele ganhou. Ao longo do jogo falávamos sobre diversas coisas, até que lhe perguntei o que sentia quando os pais se zangavam com ele, ele respondeu que se sentia injustiçado e triste, até deu vários exemplos de quando se sentiu injustiçado. Um dos exemplos foi zangarem-se por causa das notas na escola. Eu sugeri-lhe que pensasse que nem sempre era por causa dos resultados escolares, as vezes também se devia ao facto de os pais saberem que ele tem potencial para melhorar e não ter vontade e empenho em o fazer. Ele baixou a cabeça e mudou de assunto, perguntou que idade eu tinha, pois já não se lembrava. Eu disse que tinha nascido no ano de 1995, se ele queria fazer a conta para descobrir. Assim o fez e descobriu. Como já estava a chegar ao final da sessão combinou-se a próxima sessão.

Terceira Sessão

O objetivo desta sessão centrou-se em perceber como decorreu a semana do C. e se tinha feito melhorias comportamentais em casa. Também se focou em perceber a sua habilidade de autocontrolo e competências pessoais e sociais.

Na terceira sessão, o C. mantinha o mesmo aspeto limpo e cuidado, a mãe parecia ainda mais cansada, com olheiras profundas expostas, cabelo despenteado e roupa descuidada. Na sala de espera, o C. estava a ler um livro de desenhos animados e a mãe estava no telemóvel. A caminho da sala perguntei-lhe se gostava da história, ele encolheu os ombros e disse que sim.

No início da sessão o C. não estava tanto interessado em colaborar, mantinha-se calado. Após reforçar que ali era um espaço seguro e dedicado a ele e ao que ele necessitasse, ele mudou

de disposição, tanto que acabou por ser uma sessão em que foi possível perceber os seus gostos pessoais e dificuldades que sente no decorrer do dia-a-dia.

Com a finalidade de lhe mostrar empatia, perguntei como tinha sido a sua semana, se estava tudo bem. Ele contou que estava tudo bem e que tinha recebido um “Bom” a matemática, disse que a mãe tinha ficado contente com o empenho dele. Questionei então, como tinha atingido o bom, ele disse que tinha estudado, tinha-se dedicado mais do que o que costumava fazer, e que ao receber o “Bom”, também recebeu o seu telemóvel para jogar, pois antes estava de castigo. Contou que a mãe ainda se zangava, mas só às vezes, por não se querer levantar da cama e por ser lento a comer, tomar duche e a vestir. Enquanto falava olhava para o livro, como se estivesse a ler. Pedi que fechasse o livro e se centrasse na nossa conversa, que no final da sessão podíamos ler a história em conjunto. Ele aceitou.

Perguntei-lhe como se sentia, disse que estava feliz, porque tinha tido uma boa nota e que os pais o iam recompensar, sem o chatear mais. Depois contou que o irmão continuava chato e que lhe estava sempre a bater. Questionei a razão. Ele respondeu que não queria que ele entrasse no seu quarto, então como resposta o irmão beliscava-o e batia-lhe. Depois mudou de assunto e voltou a abrir o livro, começou a falar sobre as personagens do livro “*Phineas and Ferb*”. Eu afirmei que ele estava mais interessado em ler o livro do que falar, ele admitiu e perguntou se já podia chamar a mãe. Eu disse que não, que esta sessão seria apenas com ele, como a psicóloga tinha referido na primeira sessão, e propus-lhe que falássemos mais um pouco e que no final liamos a história. Ele voltou a aceitar.

Com a intencionalidade de perceber se o C. sentia algum tipo de ansiedade aplicou-se a Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças, a qual indicou um índice global de ansiedade de 24 (anexo C), onde reflete a perturbação de ansiedade. Expliquei ao C. o objetivo de aplicar a escala e ele aceitou responder às questões.

Antes de iniciarmos, o C. quis dizer que andava triste e zangado com um assunto. Questionei, como Leal (2016) explica é importante recolher informação sobre como o C. reage às sensações desagradáveis para enriquecer o processo terapêutico e consequentemente, a intervenção terapêutica. Contou que havia um menino na escola que andava a gozar com uma menina mais nova, inventou rimas sobre o nome da menina, o C. não gostou e diz que se zangou e pediu ao menino para parar, mas ele continuou. Naquele momento, em que estava a contar o sucedido, disse que só lhe apetecia chamar palavrões, para o insultar, mas que não podia dizer ali. Eu aceitei que os dissesse, ele disse e ainda acrescentou que as vezes diz muitos palavrões

para “dentro”, que era incontrolável, mas, por favor, para eu não contar à sua mãe. Salientei que tudo o que falávamos era confidencial, que ele tinha a liberdade para ser honesto.

À informação que ele partilhou, respondi que era fundamental ele ter controlo sobre si mesmo, pois os palavrões são considerados desrespeitosos. Ainda acrescentei que em situações que lhe desencadeassem raiva, para respirar fundo e acalmar-se, pois, para todo o comportamento haveria uma consequência. Ele contou que estava preocupado, porque o irmão ia para aquela escola e o menino podia fazer-lhe o mesmo, e se assim fosse, ia dar uma lição ao menino. Perguntei qual seria a lição. Ele disse que seriam socos na cara. Desencorajei-o a ter comportamentos violentos, pois só lhe traria consequências negativas para o C. e para os pais. Sugeri-lhe que tivesse paciência e tentasse lidar com a situação de forma mais racional, em vez de emocional. Ele respondeu-me que havia uma situação pior, que tinha um colega que estava constantemente a chatear os outros, a empurrar e a magoar, acrescentou que era um menino “deficiente”, por isso até desculpava. Contou que esse menino tinha dificuldades de aprendizagem, mas que todos os auxiliares permitiam os atos de violência para com os outros.

Comentei que era necessário o C. encontrar uma forma de contornar a situação, para evitar receber a violência por parte do menino. Acrescentou que o menino roubava os almoços dos outros e que os auxiliares também o permitiam, por ele ser “deficiente”. Comentei que não podíamos controlar os comportamentos dos outros, mas que devíamos estabelecer limites quanto às outras pessoas connosco, ou seja, embora o menino fosse “deficiente” não era correto afetar assim os colegas, que tínhamos de pensar numa solução para o problema sem desprezar ou prejudicar o menino que não consegue controlar os seus comportamentos.

Após isto, concentramo-nos na escala da ansiedade onde foi colaborante.

Aos falarmos dos medos, pois havia uma pergunta referente a isso, ele falou-me dos seus medos. O C. tem medo do escuro, de aranhas, de palhaços e ainda mencionou o palhaço do filme “IT”. Eu expliquei-lhe que utilizasse o exemplo do filme como algo positivo, pois no filme evidencia que cada menino tem de enfrentar os seus próprios medos, ou seja, que o nosso pensamento é manipulado pelo medo, tornando real aquilo que nos assusta. Acrescentei que para ultrapassar isso devia atribuir algum significado cómico à imagem que o assusta. Utilizou vários exemplos e riu-se com os mesmos. Ainda lhe expliquei que os pensamentos sobre o medo surgem como imagens, logo é possível converter isso em algo positivo. Como por exemplo se eu quiser imaginar um golfinho, posso, mas não significa que seja real e que esteja ali presente. Ele entendeu e deu mais exemplos.

Depois, continuamos a preencher a escala da ansiedade. Ele pediu para ir à casa de banho, pedi-lhe que aguardasse até acabarmos a escala da ansiedade, ele aceitou.

Quando perguntei se ele se importava com o que os outros pensavam sobre ele, ele respondeu que sim, principalmente quando era uma pessoa rica. Questionei a especificidade da população que indicou, para entender de que forma ele realmente se sente afetado com pessoas alheias. Ele disse que tinha medo de repararem nas roupas dele. Confortei-o ao dizer-lhe que todos somos livres de vestir o que queremos e que qualquer pessoa podia vestir um fato e uma gravata e isso não a fazia superior a nós, pois éramos todos humanos e apenas nos distinguíamos uns dos outros pelos nossos valores e comportamentos. Ele compreendeu e acrescentou que realmente também podia vestir o seu fato da comunhão e não seria diferente por isso.

Quando acabamos a escala e ele foi à casa de banho pediu-me para a mãe entrar porque ela queria dar-me uma palavrinha, aceitei educadamente, pois a comunicação é uma fonte de informação que podia privilegiar o acompanhamento com o C. A mãe quis partilhar que estava muito orgulhosa dele pela boa nota a matemática, contou-me que recompensas lhe tinha atribuído, eu salientei que era benéfico para o C. a força como estavam a lidar com o acontecimento positivo. Entretanto o C. voltou da casa-de-banho e ainda acrescentou que agora se sentia capaz de conseguir boas notas nas outras disciplinas. Eu reforcei que se ele se empenhasse no que fazia continuava a ter resultados positivos.

O C. voltou a falar do menino na escola, que roubava a comida dos outros, a mãe confirmou que a situação era real, mas que a problemática do menino era autismo. De facto, as auxiliares sabem dos acontecimentos e vêem, mas não intervêm. Os pais também sabem, mas recomendam que os filhos se afastem do menino. O C. continuo a contar mais exemplos de situações com o menino autista. A mãe continuou e comentou que os pais desse menino se recusavam a reconhecer a perturbação do menino, logo permanecia naquela escola, sem acompanhamento direcionado para a problemática.

A mãe do C. também quis partilhar que não estava muito bem e que já tinha ido algumas vezes ao médico, tinha a tensão alta, sentia que não conseguia descansar e que o facto de não ter família que ajudasse, dificultava a sua vida. Conversei um pouco com ela, sugerindo que seria benéfico para ela ter acompanhamento psicológico, não só para entender as suas problemáticas como para prevenir alguma perturbação psicológica, como a perturbação da ansiedade ou depressão, pois pelo seu discurso e forma de se apresentar no meio pode

transparecer alguns sintomas das mesmas. Ela agradeceu pela atenção e afirmou que iria procurar ajuda.

Chegando ao fim, marcamos a próxima sessão de acompanhamento do C. e despedimo-nos formalmente.

8.3. Hipótese de Diagnóstico

Como referi anteriormente o C., tem Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, diagnosticado previamente.

8.4. Hipótese de Estratégias de Intervenção Psicológica na Perturbação de Hiperatividade e Défice De Atenção

De acordo com Valido (2016) ponderam-se três abordagens para o tratamento da PHDA: o farmacológico, o cognitivo-comportamental e o tratamento combinado. Para adequar o tratamento à criança é fundamental conhecer as suas características, pois os tratamentos têm finalidades diferentes. Uns procuram reduzir os sintomas específicos da PHDA e outros procuram atenuar as consequências da PHDA.

Em acréscimo, e de acordo com Afonso (2020), considera-se que o tratamento multidisciplinar, que é o que o C. está a fazer, é o mais adequado e completo para esta perturbação. O tratamento é realizado por uma equipa multidisciplinar (médico, psicólogo, pais e professores) com o objetivo de atenuar os sintomas da perturbação e melhorar as relações sociais e as competências académicas.

No caso do C. a professora também tem um papel fundamental no desenvolvimento da criança, pois a psicóloga, quando era a psicóloga do C. mantinha contato assíduo com a professora com a intencionalidade de adequar a intervenção no meio escolar e consequentemente, perceber a adaptação do C. a essa intervenção. Não tenho informações sobre os aspetos específicos da intervenção escolar, contudo o objetivo centra-se em garantir um ambiente tranquilo e harmonioso no decorrer das atividades, daí estar presente na intervenção. De acordo com Braga (2017), deve ser um exemplo para a criança, devendo demonstrar atitudes justas e calmas, clarificar as regras e metodologias adotadas e a realização de atividades que

sejam mais dinâmicas e bem estruturadas, de modo a evitar comportamentos desajustados. Assim é esperado amenizar o problema de atenção, ter sucesso e melhor aprendizagem.

Na intervenção farmacológica dá-se prevalência a três tipos de medicamentos: tranquilizantes, antidepressivos e estimulantes. No entanto, apesar dos estimulantes terem uma intervenção eficaz por diminuírem os sintomas, não curam a criança, tendo apenas um efeito atenuador das dificuldades adjacentes (Evans, Owens, Wymbs & Ray, 2018).

Apesar de se observar uma melhoria significativa em 80% dos casos, existem os efeitos secundários associados aos fármacos, como por exemplo, taquicardia, cefaleias, dores de estômago, falta de apetite, insónia e aumento de tiques nervosos (Antunes, 2009). Por isso, o medicamento só deve ser considerado nos casos em que exista uma perturbação neurológica e em que os acompanhamentos alternativos se tenham revelado insuficientes ou inadequados (Riera et al., 2017). No caso do C. o médico de família propôs a intervenção combinada no mesmo ano do diagnóstico da PHDA.

A intervenção através da terapia cognitiva-comportamental tem por finalidade melhorar o autocontrolo, com base nas estratégias de automonitorização, autorreforço, autoinstrução e role play (Pardilhão, Marques, & Marques, 2009). Infelizmente, dados às circunstâncias não foi possível prolongar as sessões de acompanhamento até atingir esses objetivos.

Para reforçar a validade da intervenção, um estudo realizado por Coelho, Barbosa, Rizzutti, Bueno e Miranda, em 2017 comprovou que foram encontradas melhorias nos sintomas periféricos da PHDA no grupo multimodal e nas competências sociais com uma frequência crescente nas subescalas de empatia, assertividade e autocontrolo e diminuição da perceção das dificuldades na assertividade e dificuldade das subescalas de autocontrolo. Outros estudos que comprovam a eficácia da mesma intervenção são, por exemplo, de Braun, Marcilio, Corrêa e Dias (2019); Sprich, Safren, Finkelstein, Remmert e Hammerness (2016); Denis, Guay, Foldes-Busque e BenAmor (2015); entre muitos outros.

O tratamento combinado refere-se à combinação do tratamento farmacológico com a terapia cognitivo-comportamental. Vários estudos comprovam que uma boa abordagem terapêutica exige uma intervenção multimodal, incluindo os diferentes meios onde a criança está inserida, sendo a melhor forma para adaptar os recursos existentes em função da funcionalidade individual de cada criança e da sua família (Arias, García & Alarcón-Espinoza, 2019). Existem evidências desta intervenção ao nível do melhor controlo da agressividade em contexto familiar, maior satisfação por parte dos pais que participam como agentes ativos no

tratamento, possibilidade de redução da farmacologia associada ao tratamento, maior funcionalidade e diminuição da gravidade dos sintomas (Vian, 2019).

Para as sessões seguintes era esperado, com base na intervenção multimodal, que se trabalhasse a capacidade de regulação do comportamento, recorrendo ao reforço dos comportamentos adequados. Da mesma forma, estimular a implementação de estratégias cognitivas que permitam enfrentar situações mais complexas, com base numa crescente capacidade de regulação emocional e comportamental, partindo-se do pressuposto clínico que a atividade cognitiva influencia a nossa forma de agir. Com isso, esperava-se que uma mudança cognitiva, através de autoinstruções repetidas, encaminhasse a uma mudança comportamental positiva. Não obstante, a intervenção emocional também seria um objetivo fundamental de intervenção, uma vez que existe uma frequente associação entre a PHDA e alterações psicoemocionais (como desmotivação e baixa autoconfiança), com implicações relevantes ao nível da autoestima e do autoconceito escolar e do autoconceito geral (Canela, Buadze, Dube, Eich, & Liebrez, 2017).

É ainda relevante sublinhar que a intervenção multidisciplinar pode englobar diferentes níveis de intervenção (seja pedagógico, psicopedagógico, comportamental e/ou emocional) e para o seu sucesso é fundamental o apoio direto ou indireto aos cuidadores e o treino/aconselhamento parental. O envolvimento e a articulação estruturados dos cuidadores/adultos significativos é um indicador importante em termos de prognóstico, uma vez que otimizam o apoio direto às crianças no âmbito do reforço/estimulação comportamental e/ou emocional (Wilens et al., 2009).

9. Estudo de caso D – Caso de Acompanhamento

9.1 História Clínica

Identificação: D.

Idade: 9 anos

Motivo da consulta: Alterações comportamentais e sintomas ansiosos.

9.2. Descrição das Sessões de Acompanhamento Psicológico

Primeira Sessão

O objetivo da primeira sessão incidiu na recolha de dados acerca da história de vida e do problema atual da D. e foi feito através da entrevista clínica, efetuada pela psicóloga do estágio (Dra. C) e através da observação clínica não estruturada (estagiária).

O motivo da consulta foi por pedido da família, por mudanças no comportamento da D. e sintomas ansiosos.

A D. estava acompanhada pelo pai e pela mãe, ambos com aspeto bem cuidado, ao entrar no consultório, a D. manteve-se de pé entre o pai e a mãe. É uma menina de estatura física magra e com um aspeto bem cuidado.

A psicóloga pergunta o que os encaminha à consulta e o pai responde que a D. é um pouco rebelde, isola-se e faz poucas amizades. A mãe diz que o grande problema dela não é só isso, o pai interrompe para salientar que advém de alguns acontecimentos do passado, pois a irmã teve uma menina, que a D. a sente ciúmes, a outra irmã teve um nado-morto e a mãe permitiu a D. ver o bebé. Desde aí notam que ela destabilizou, tornou-se mais rebelde e perdeu o interesse na escola. A saída das irmãs de casa já desencadeou alguma rebeldia, mas desde esses acontecimentos ficou pior. Isto dede há um ano atrás. A mãe diz que a D. se sente presa a um bilhete que a D. escreveu para o sobrinho que morreu porque tem um valor simbólico para ela. Acrescenta que a D. não tem uma noite estável há algum tempo, pois resiste para adormecer e acorda muitas vezes durante a noite, com pesadelos. O pai diz que a D. não aceita uma resposta negativa e quando isso acontece insulta os pais, ao dizer-lhes que são os piores pais.

O pai é pedreiro e tem 48 anos, a mãe trabalha em limpezas e tem 47 anos. A D. está no quarto ano de escolaridade e diz que gosta da escola, salienta que só tem três amigos, mas só uma é que é “amiga- amiga”.

No decorrer da sessão a D. interrompia os pais quando não concordava com o que diziam. A psicóloga pediu que não interrompesse os pais, pois a mãe estava a contar que ela não se integrava nos desportos da escola, isola-se e fica a roer as unhas e a observar os colegas, a D. admite que se sentia nervosa. A mãe diz que antes ela era mais sociável, integrava-se mais com os colegas e brincava. Durante a sessão a D. utilizava o telemóvel e a psicóloga pediu para desligar, pois desconcentrava-a e era proibido para a sessão, a D. obedeceu e deu à mãe.

A D. diz que gosta das professoras e tem notas medianas, os pais dizem que os erros ortográficos agravam a situação. Tem muita dificuldade na caligrafia e na correta ortografia. Enquanto a psicóloga dizia para a D. que ela tinha de se concentrar e praticar a ortografia para melhorar.

Os pais dizem que ela tem algumas dificuldades na escola, talvez devido à falta de concentração. A mãe diz que até chegou a pensar que a D. fosse hiperativa porque brincava, revirava tudo e nunca arrumava nada. Não costuma brincar na rua porque os pais não deixam, embora a mãe tivesse prometido várias vezes que ela podia ir brincar com uma amiga (vizinha) e depois nunca deixava, acrescenta a D, ainda diz que quando a irmã mais nova a ia buscar que costumavam ir ao parque e que gostava desses tempos.

A D. tem três irmãs, a P. tem 28 anos e é casada, a V. tem 23 anos e a Z. tem 18 anos. A P. é a irmã que perdeu o bebê, a V. tem uma filha, a L., de dois anos e a Z. demonstra sintomas de depressão, devido ao fim de uma relação amorosa. A D. conta que a Z. já não quer saber dela, porque está sempre a mandá-la embora do quarto e não tem paciência para brincar com ela, o que leva a D. a ter alguns “ataques” de irritação, segundo a mãe.

Entretanto, a psicóloga teve de interromper a sessão devido a uma emergência familiar, então reagendou-se a sessão seguinte.

Segunda Sessão

O objetivo desta sessão centrou-se em continuar a primeira sessão que foi interrompida.

A D. chegou à segunda sessão com um aspeto cuidado, acompanhada pelos pais. A psicóloga pergunta-lhe como tem estado e ela diz que tem estado bem, mas que não queria ter saído da escola, porque estava a ter ginástica. A psicóloga perguntou se era a sua disciplina favorita e ela responde que é uma delas.

Para retomar a sessão passada, a psicóloga pergunta-lhe se tem algum problema de saúde, os pais respondem que ela agora tem estado bem, mas que quando era pequena tinha muita falta de ar, o que a levava a frequentar muitas consultas no hospital. Os médicos diziam que era asma e que provavelmente herdou isso da mãe. A partir dos sete anos deixou de ter essas crises de falta de ar. Enquanto a mãe falava a D. interrompia a dizer que adorava correr.

A psicóloga ao questionou o percurso da gravidez da D. e ela responde que foi a pior que já teve, pois sofria com crises de falta de ar. Ao perguntar pela alimentação da D. a mãe responde que ela é seletiva, mas que quando era pequena a situação era pior. A mãe acrescenta que por vezes a D. dorme com os pais e diz que tem frio, mas a verdadeira razão é gostar de mimos, segundo a mãe.

Quanto à aquisição da linguagem, a mãe afirma que a D. começou a falar cedo, com um “ano e pouco”, mas que só deixou a chucha com três anos e que foi um processo muito difícil.

A psicóloga pergunta como é o dia-a-dia da D., ela interrompe os pais e diz que acorda às oito, a mãe leva-a, raramente vai o pai. As vezes atrasa-se para a escola, porque não se quer levantar cedo. Almoça na escola e depois os pais vão buscá-la, por vezes era a Z.

O pai diz que quando a D. chega a casa não sabe brincar sem que desarrume tudo, mas depois não quer arrumar nada. Enquanto os pais falavam a D. interrompia e falava por cima constantemente. O que levou a psicóloga a pedir para a D. deixar os pais falarem.

Assim, a psicóloga reforçou então o que é realmente levava a D. a procurar ajuda e o pai diz que foi a mudança de comportamento, pois está mais agressiva e desobediente e nota que tem percebido que a D. anda mais ansiosa. Também diz que a D. está constantemente a falar, que nunca se cala. E que agora não pode ouvir um “não” se não se revolta contra todos.

A psicóloga perguntou se as irmãs eram assim, os pais dizem que apenas uma delas, mas que sempre foi assim. A D. teve uma mudança. Nisto, a mãe diz já tentou fazer com que a D. percebesse que não pode estar sempre a interromper os adultos, mas a D. voltou a interromper para dizer que nunca se calam para ela poder falar.

O pai conta que a D. reagiu mal ao nascimento da sobrinha, pois estava com medo de gostarem menos dela. A mãe explicou-lhe que isso não iria acontecer porque ela era sua filha, mas mesmo assim a D. costuma ter muitos ciúmes da menina, pois diz que lhe dão mais atenção do que a ela. Por vezes diz que não gosta da L. A psicóloga diz que o facto de a D. falar sobre o que sente é ótimo, pois a maior parte das crianças não faz isso, interioriza os sentimentos.

Por fim, a psicóloga explicou que na próxima sessão a D. ia sozinha para a sala e ela rejeitou, a menos que a mãe lhe deixasse pintar os lábios. A mãe diz que não gosta de ver uma criança com maquiagem por isso não a deixa usar batons. A mãe disse que já lhe explicou que isso só se usa em casa, porque na rua fica feio. A D. gritou e a mãe contou que é outra mania que ela ganhou, gritar. E que já lhe explicou que não deve fazer isso.

Por fim, a psicóloga explicou que a próxima sessão seria comigo e só com a D. os pais concordaram e reagendou-se a próxima sessão.

Terceira Sessão

Como a D. apresentou sintomas de perturbação de ansiedade, de acordo com a descrição dos pais, considerou-se a aplicação do Programa do Gato Habilidoso. Como o estágio foi interrompido não foi possível concretizar todas as sessões, apenas seis. Portanto, esta sessão centrou-se em estabelecer uma relação de confiança e segurança com a criança, através da apresentação mútua. Explicou-se o Programa do Gato Habilidoso e a sua periodicidade.

Ao iniciar o contato perguntei como tinha sido a semana dela, ela respondeu que tinha sido boa. De seguida expliquei o que iríamos fazer ao longo das sessões, em que para além de conversarmos e fazermos alguns exercícios também iríamos fazer um jogo no final. Ela mostrou-se interessada e quis contar-me que gostava de variar de brincadeiras, que costumava brincar com as bonecas, depois com as cozinhas, depois gostava de desenhar, etc... Também contou que, sem saberem, brincava com as malas das irmãs, e que estas eram enormes para ela. Quando íamos mudar de assunto, perguntou-se se eu também era estudante, eu respondi-lhe que sim, que era estudante de psicologia por isso estava ali com ela. De seguida expliquei-lhe que nesta sessão iríamos conhecermo-nos melhor, em que eu lhe iria fazer perguntas sobre ela e que ela também podia fazer sobre mim. Expliquei que essas perguntas eram baseadas num diário secreto destinado a crianças e que os decorreres das nossas sessões seriam baseados num livro e caderno chamado de “Gato Habilidoso” e que este se destinava a crianças. Também lhe expliquei aprofundadamente a periodicidade e o objetivo do programa.

Após isso ela mostrou-se interessada e disse que parecia um jogo, enquanto isso eu tirei as minhas canetas coloridas do estojo e ela mencionou que a sua cor favorita era o rosa. Eu sugeri que então escrevesse com a cor rosa para validar a sua preferência, ela acenou que sim. Mencionou que em casa tinha imensas canetas coloridas e que adorava escrever com elas. Sugeri que as trouxesse na próxima sessão com o intuito de estabelecer empatia, ela concordou.

No decorrer da sessão a D. tossia frequentemente, perguntei se estava bem e se precisava de algo. Ela disse que estava bem. Para iniciar apresentei-me, disse o meu primeiro e último nome, a minha idade, e de onde era. Também contei que tinha um irmão, que adorava animais

e que nos meus tempos livres adorava diversas coisas, também falei das minhas series de televisão favoritas, cor e comidas favoritas.

A D. contou que a sua serie de televisão favorita era a de uma senhora que tinha uma amiga a viver com ela e que o pai dessa criança vivia noutro pais, que se chamava “A Raven voltou”, não sabia em que canal dava, mas que encontrava sempre, porque metia a gravar. Também quis contar que na escola estava a dar História e que já sabia sobre os visigodos, que o viriato era o chefe dos visigodos.

Sugeri-lhe que me fizesse três perguntas sobre algo que ela quisesse saber sobre mim, para lhe demonstrar confiança e disponibilidade, ela perguntou qual era a minha matéria favorita. Eu respondi que era estudo do meio, e ela ficou contente e disse que era a sua favorita também. Depois perguntou qual era o meu jogo favorito, eu respondi que era jogar as cartas, ela respondeu que adorava jogos de magia e explicou-me um truque com cartas. Depois perguntou se gostava de brincar com bonequinhos quando tinha a idade dela, eu respondi que sempre gostei mais de bonecos do que barbies.

Depois confiou-me um segredo e pediu que não contasse a ninguém, era uma história que a D. considerava embaraçosa que dizia respeito à irmã.

Posto isso, conversamos sobre várias brincadeiras que ela faz e que eu também fazia quando tinha a idade dela. Contou-me que tinha pedido uma mala de maquilhagem para o Natal.

Depois contou-me uma situação com a sua sobrinha, que se sentiu zangada com ela. Daí contei-lhe que ao longo das sessões iríamos falar de sentimentos e aprender a interpretá-los, principalmente sobre os sentimentos que manifestavam a ansiedade.

Para seguir o exercício da sessão pedi-lhe para me contar uma situação má, em que se sentiu zangada, frustrada ou desiludida. Ela contou-me que, na escola, estava a brincar com uma auxiliar que tinha um menino especial, que não gosta de brincar com outras crianças, e que também estava lá a sua amiga, estavam todos a brincar e que essa auxiliadora estava a dizer-lhe para ela não se meter na conversa e que do nada empurrou-a pela cara, magoou-a no olho com o dedo, posto isto a D. diz que se sentiu triste, pois não tinha feito nada que justificasse aquela atitude. Ainda acrescentou que uma vez ela tinha feito a roda e lhe tinha acertado com o pé na cara, argumentou que nunca tinha feito queixa à professora porque não queria que ela ficasse triste com a D. e que deixasse de brincar com ela. Eu perguntei se ela realmente gostava de brincar com ela, a D. respondeu-me que sim e justificou que ela tinha problemas por isso era

assim, pois os pais dela estavam separados e que ela era muito “pequeninha”. Para percebermos as emoções e os sentimentos que a D. sentiu naquele momento pedi-lhe que preenchesse na folha, ela respondeu “irritada” e “triste”. Voltei a reforçar o que ela tinha sentido naquele exato momento, qual tinha sido o pensamento da D. referente ao comportamento da auxiliar, ela disse que pensou que estava chateada e zangada com ela. Eu afirmei “sentiste culpa”. Ela acenou que sim, de cabisbaixo.

Após isso, a D. sentiu necessidade de contar “outra coisa muito má” que a deixou muito triste, tão triste que nem conseguiu lanchar. Então um dia estava sem as suas amigas porque ambas tinham ido para casa e não tinha ninguém para brincar, porque não tinha outros amigos nas outras salas e que a turma dela não gostava de brincar com ela, disse que não sabia porquê, mas algumas raparigas estavam sempre a treinar música, os rapazes sempre a jogar futebol e que só tinha mesmo a suas amigas.

Perguntei o que ela sentia e pensava quanto a isso para perceber de que forma interioriza os sentimentos, ela respondeu que pensava que era um problema dela, algo que elas não gostem nela. Perguntei o que a levava a pensar que podia ser isso, ela respondeu que se calhar pela aparência, pois estavam sempre a dizer que ela parecia chinesa, eu partilhei que comigo também comentavam isso e que ainda hoje comentavam. Ela continuou a fingir como eles e elas diziam, dando alguns exemplos. Perguntei o que ela sentia quando ouvia esses comentários, ela disse que pensava que eles eram maus, mas que hoje, uma menina da turma dela, que era muito bem-comportada, tinha levado pimenta para a escola e que se tinha “passado mesmo” e deu aos meninos para provarem. Então essa menina tinha trazido o frasco da pimenta porque um menino a desafiou em troca de dois euros. Eu perguntei se isso tinha trazido alguma consequência para essa menina e a D. disse que a mãe dela a tinha posto de castigo e os que provaram ficaram de castigo até ao Natal.

Após isso eu disse que estava a notar que ela sentia alguma insegurança quanto a si própria e à sua imagem, ela acenou que sim. Pedi para ela se descrever em dez tópicos, como pedia na folha de conhecimento.

Ela disse: “Uma menina com muita dificuldade”; “Uma menina que não percebe muito da matéria e essas coisas”; “Sou uma menina que é mais ou menos inteligente”; “Sou uma menina que gosta muito de brincar”; “Sou boa pessoa”; “Penso que posso ser uma menina muito estudiosa”.

Perguntei então quanto à sua aparência física, ela respondeu: “Gosto de ser como sou”; “Gosto da minha mãe estar sempre a comprar-me roupas, de marca principalmente”; “Gosto do meu corpo”.

Perguntei se gostava dos seus olhos, visto que lhe chamavam chinesa, ela disse que sim, porque eram iguais aos dos seus pais. Perguntei então, o que ela mudava em si, ela respondeu que não queria ser tão baixinha, gostava de ter cabelo loiro e os olhos azuis.

Eu disse que ela não tinha de se sentir inferior por aquilo que considerava defeitos e o que é e não tem para ajudar a fortalecer a sua auto-estima. Ela disse que todas as pessoas a consideravam fofinha e querida e que já a tinham convidado para fazer de princesa por ter uma cara bonitinha.

Perguntei então no que é que ela se considerava a melhor, ela disse que era a fazer pinturas na cara e a maquilhar, pois um dia a sobrinha tinha-lhe pedido para a M. a maquilhar, ela explicou como o fez e como tinha adorado o resultado final. Depois perguntei onde ela se considera a pior, ela ficou a pensar. Depois respondeu: “Verdadeiramente, eu não sou a pior a escrever porque há meninos na minha turma que escrevem pior, mas sou a pior a fazer contas no quadro, fico nervosa e às vezes não sei muito bem responder”.

Perguntei que três desejos ela pedia se existisse uma lâmpada mágica, ela respondeu que pedia a escola só para si e para as suas amigas, e também a professora só para si. Também desejava ser igual à Doutora C. porque acha engraçado conhecer outras crianças e ajudá-las. Por último disse: “Também desejava ser como tu!” Perguntei porquê, ela respondeu: “Porque eu gosto muito de ti e tu és super fofinha”.

Salientei então caso ela não nos conhecesse que desejos pedia, ela respondeu que o que mais queria era que todas as pessoas respeitassem o mundo e ficasse tudo limpinho.

Também perguntei o que ela considerava mais importante, principalmente na época em vigor (Natal), ela respondeu ser as prendas e ter a sua família e os primos para brincar e conversar. De seguido perguntei quem era a pessoa mais importante para a sua vida, aquela pessoa que ela podia sempre contar, ela respondeu, sem hesitar, que era o primo, pois brincavam imenso e que conversavam à vontade. Esse primo mora longe, mora na sua cidade favorita-Viseu, daí adorar a época que vai para lá. Referiu que adorava Viseu, que a casa da avó era enorme e que tinha vários animais e que adorava brincar e correr lá.

Para finalizar a sessão e antes de jogar perguntei quem lhe apoiava sempre, ela respondeu a M. (amiga), e também perguntei quem é que ela iria sempre apoiar, ela respondeu que tinha três pessoas, os pais e o primo.

Assim entreguei-lhe a tarefa “MOQUEPO” para fazer em casa e agradeci por ser colaborante, expressiva e espontânea durante a sessão e depois fizemos um jogo “quatro em linha” em que ela ganhou uma vez e eu duas vezes.

Quarta Sessão

Os objetivos da quarta sessão focam-se em ajudar a criança a identificar os diversos tipos de sentimentos, distinguindo sentimentos de ansiedade ou preocupação de outro tipo de sentimentos. Também se objetivou a normalização de sentimentos de medo e de ansiedade, além disso, foca-se na promoção da capacidade de a criança começar a identificar as suas próprias respostas somáticas à ansiedade.

Quando a fui buscar a sala de espera saltou para mim, alegre, e gritou o meu nome, enquanto íamos até à sala contava-me que tinha trazido as canetas coloridas para preenchermos a ficha. Perguntei-lhe como tinha corrido a semana ela disse que muito bem e que já estava de férias de Natal, falamos um pouco sobre a época natalícia e como ela se sentia feliz naquela altura, com o intuito de valorizar as suas emoções positivas.

Perguntei-lhe se tinha trazido a tarefa que lhe pedi, ela encolheu os ombros e disse que se tinha esquecido, mas reforcei se realmente tinha feito, ela disse que sim mas que a folha tinha ficado em casa, então pedi-lhe que me contasse o que tinha descrito como situação em que se tinha sentido bem. Ela contou quando ia para a escola e sabia que ia brincar com a sua melhor amiga.

Para introduzir o tema da segunda sessão do programa do “Gato Habilidoso” expliquei que iríamos falar de diversos tipos de sentimentos, distinguindo sentimentos de ansiedade/preocupação de outro tipo de sentimentos, também iríamos aprender a normalizar esses sentimentos que desencadeassem medo e ansiedade para ganhar a capacidade para a D. começar a identificar as suas próprias respostas somáticas à ansiedade.

Começamos por fazer o exercício recomendado pelo Caderno do Gato Habilidoso, ela estava a colaborar e fazia tudo com autonomia.

Quando íamos passar para o próximo exercício ela começou a ler a ficha, deixei, e começou a contar-me que tem uma melhor amiga que quando está zangada dá para ver pela cara dela e por vezes, faz um gesto com a mão, que significa um coração partido. A M. também simbolizava dessa forma, mas diz que agora prefere comunicar, e que dessa forma desculpa sempre as amigas.

Enquanto continuamos a fazer os exercícios, a M. contava exemplos, que explicava como entendia os sentimentos e emoções das outras pessoas. Como por exemplo, que tem uma amiga que quando fica triste cruza os braços e encolhe-se. Depois perguntei como ela fica quando se sente triste, ela ignorou e continuou o exercício. Depois reforcei, mas de acordo com o sentimento a que dizia respeito o exercício, portanto perguntei quando é que ela se sentiu surpreendida. Ela silenciou-se e baixou a cabeça, eu expliquei o que significava, aí ela contou um evento com a irmã.

Depois pedi para ler o próximo exercício, leu sem dificuldade, mas calmamente. O exercício referia-se às expressões, portanto pedi para me dizer vários exemplos de quando percebeu algumas expressões, más ou boas. Ela assim o fez.

Para completar perguntei qual foi a pessoa que até a data ela já tinha visto mais zangada, ela respondeu que tinha sido a sua mãe porque as vezes ela mexia nas coisas da mãe e as vezes ela zangava-se, não só com ela, mas com a sobrinha, com as irmãs e com o pai. Ela reforçou que com o pai embora se chateassem frequentemente os pais ficavam sempre juntos, mas o pai da J. (amiga) não ficava com a mãe, pois estavam a separar-se. Perguntei se isso lhe acontecesse como ela se sentia, ela respondeu que se sentiria muito triste e que ia para a escola triste todos os dias, não falava com ninguém na escola.

Preenchemos o próximo exercício e pedi para voltar atrás, então queria preencher o primeiro exercício, em que pedia para mencionar vários sentimentos, ela não tinha se lembrado da tristeza. Comentei que por não se lembrar da tristeza podia significar que estava muito alegre, ela abanou a cabeça que sim, abriu os braços e disse que se sentia super alegre por estar ali.

No próximo exercício, disse-lhe os mesmos exemplos e ela respondeu sempre sem hesitar. Quando falamos sobre desilusão ela contou que detesta que as pessoas discutam e que em casa o pai e a mãe não costumam brincar com ela e que se sente sozinha, de cabisbaixo comentou que a irmã parecia não gostar dela porque nunca queria brincar com ela e que quando procurava a atenção dela, a irmã zangava-se. Então perguntei como ela se sentia com isso e o que podia fazer para alterar a situação, ela respondeu que tem um truque, tenta chorar, encolhe-

se e diz que não lhe dão atenção com uma voz fofinha e que assim vem ter com ela, abraçam e depois brincam todos.

Quando lhe dei um exemplo em que ela supostamente se sentia assustada ela contou que quando estava em casa da irmã, era um rés do chão, a vizinha tinha sofrido um assalto em casa, diz que desconfia que foram dois homens das obras que subiram o muro de casa dela, entraram pela janela e roubaram coisas “idiotas”, ainda salientou que não eram profissionais, pois apenas tinham levado sapatos, roupa, perfumes e bijuterias feitas à mão. Contou que apenas ontem é que descobriram que a gaveta da roupa interior tinha marcas de mão sujas, o armário e a cama também.

De seguida pediu para ler o próximo exercício, desta vez demonstrou alguma dificuldade, pausava entre as palavras. Fizemos role-play de expressão de sentimentos. Estava motivada e colaborante, não teve dificuldade em interpretar os sentimentos.

Quando íamos passar para o próximo exercício perguntou pela Doutora C., eu respondi que no final poderia vê-la, ela ficou contente, abanou as pernas na cadeira e disse que também queria voltar às sessões, eu respondi que no final marcávamos a próxima vez.

Ao preencher a ficha a D. utilizou canetas de várias cores, na última página voltou a pedir para ler. De seguida, perguntei-lhe o que tinha entendido do que tinha lido. Ela encolheu os ombros, então eu expliquei que era para falarmos de diversas situações em que nos tenhamos sentido preocupadas. Pedi para a D. começar, mas ela não se lembrava de nenhuma situação, então eu comecei.

Contei que fiquei preocupada quando pensei que podia não chegar a tempo devido ao trânsito e ao mau tempo, mas para solucionar isso contei que o que importava era conduzir em segurança e ir com calma porque ainda tinha muito tempo. Antes de desenvolver mais, a D. disse que já se lembrava de um acontecimento. Deixei-a falar. Contou que estava preocupada porque pensou que a mãe já não se lembrava que tínhamos a sessão e que ela podia não aparecer. Perguntei então, o que ela tinha feito para atenuar essa preocupação, ela respondeu que foi perguntar à mãe se ela lembrava, ela acelerada, foi logo preparar-se e agradeceu por a D. se ter lembrado.

Ao contarmos uma situação em que nos sentimos assustadas, eu contei uma situação com o meu cão, e ela contou que se sentiu assim quando ouviu barulho no apartamento da sua

irmã, perguntei o que ela fez e ela respondeu que se escondeu debaixo da cama, mas que normalmente quando tem o cão da irmã ao pé de si que o agarra e fecha os olhos.

Para finalizar falamos de situações em que ela se sente ansiosa. Falou-me de boas situações, situações em que a deixaram alegre, como por exemplo, nos dias em que tem algo planeado, como ir ao parque levanta-se logo da cama e fica alegre o dia todo. Para reforçar perguntei como era nos dias em que tinha teste, ela disse que fica muito ansiosa, que se sente muito nervosa, e por vezes, fica a tremer.

Antes de passarmos ao jogo/brincadeira lemos a tarefa “MOQUEPO” para ela trazer na próxima sessão. Nesta sessão ela quis saber mais sobre mim, fez-me perguntas e escreveu numa folha branca. Falamos essencialmente sobre sentimentos em diversas situações.

Quinta Sessão

A quinta sessão foca-se em rever a diferença entre sentimentos de preocupação/ansiedade e outros tipos de sentimentos e emoções e promover na criança um conhecimento mais aprofundado das reações somáticas face à ansiedade e das suas próprias reações somáticas.

Quando fui buscar a D. à sala de espera, ela estava a brincar na sala de espera, quando me viu veio abraçar-me. Ao caminharmos para a sala contou-me que desta vez tinha feito a tarefa “MOQUEPO”, que não se tinha esquecido.

Como tinha passado o Natal perguntei-lhe como tinham sido as suas férias, ela respondeu-me que tinham sido boas, que no Natal tinha ido a Viseu e que na passagem de ano tinha estado com a sua irmã V. em Lisboa. Contou-me alegre que tinha recebido a mala de maquilhagem como tinha pedido e que tinha batom vermelho, como eu costumo usar. Enquanto sorria para ela, ela perguntou-me: “E tu? Como foi o teu Natal?”. Eu respondi que o meu Natal tinha sido ótimo, que tinha recebido os meus pais e o meu irmão, que tinha matado as saudades. Perguntou-me o que tinha recebido, eu contei-lhe e ela sorriu envergonhada.

Depois, mostrou-me o trabalho de casa, analisamos e pedi que ela me contasse como percebeu as reações da irmã, ela explicou que notou na sua cara que estava zangada e que para resolver isso convidou-a para dançar.

Para começarmos perguntei o que ela achava de convidarmos os pais dela para a próxima sessão, ela respondeu logo abanando a cabeça que não. Que não queria. Eu expliquei que tudo o que tínhamos falado era confidencial e que eu não iria comentar nada com os pais dela a menos que ela quisesse. Ela comentou que não queria porque nunca podia ter segredos com ninguém, porque mesmo com as amigas e as irmãs eles tinham de saber sempre tudo e que agora a sua oportunidade de ter segredos apenas comigo. Eu disse-lhe que não precisava de se preocupar porque seria como na primeira consulta em que eles apenas falam sobre ela, que nós não falávamos as duas sobre segredos. Expliquei-lhe que apenas queria saber a opinião dos pais sobre ela, se quisessem partilhar alguma coisa sobre ela, reforcei que a sessão era apenas centrada nela e que não faria nada que a fizesse sentir desconfortável.

Tentando mudar de assunto, a D. mencionou que tinha uma “coisa muito favorita” que os pais já sabiam e que não precisavam de saber de novo, que tinha instalado um jogo chamado “Robox” e que nesse jogo existia outros jogos, mas que era necessário aceitar amigos ou não, que até tinha a sua irmã como amiga, reforçou que isso era realmente a sua “coisa favorita” e que os pais já sabiam.

Para retomar o assunto eu disse: “D, confias em mim?” ela disse que sim. Então perguntei-lhe novamente se ela aceitava os pais na próxima sessão ou não, ela disse: “eu gosto muito dos meus pais, mas estão sempre a trabalhar e nunca têm tempo para mim, então eu sinto-me um pouco sozinha. O meu sonho era eles terem todo o tempo para mim”. Perguntei: “Então o que gostavas de fazer se eles tivessem todo o tempo para ti?”. Ela respondeu: “brincávamos, cantávamos, desenhávamos, ver televisão juntos e ficar abraçados”. Eu perguntei se ela já tinha dito isso a eles, ela respondeu que não, porque era melhor não, porque sabia que eles não tinham esse tempo.

Salientei que eles precisavam de trabalhar, mas que seria ótimo se o sonho dela se tornasse realidade, incentivando-a a comunicar. Voltando à questão principal repeti-me e perguntei então como seria a próxima sessão, ela respondeu que podia ser, mas que não seria muito tempo. Eu aceitei e disse que quando ela se sentisse incomodada para dizer e veríamos como fazer.

Ela depois disse que não gostava de se sentir desconfortável e contou que uma vez se sentiu assim quando estava entre dois rapazes e eles começaram “à bulha”. Eu perguntei qual era a sensação corporal e qual os pensamentos que lhe surgiram, ela disse que não se sentiu nada bem. Eu comentei que comigo, ela tinha sempre de ser honesta, comentar quando se sente

desconfortável ou incomodada, fosse o que fosse, porque ali o espaço era seguro e era só para ela e para o seu bem-estar. Ela disse que comigo sentia-se sempre bem.

Para começarmos a falar sobre o exercício destinado à sessão, revemos a diferença entre os sentimentos de preocupação/ansiedade e outros tipos de sentimentos, ela lembrava-se do que tínhamos falado na sessão anterior e completava certas frases que eu dizia. Então expliquei-lhe o que eram reações somáticas, as que se podiam considerar de ansiedade e as como suas próprias reações, utilizando o exemplo que ela tinha referido antes - sentir-se desconfortável entre os dois rapazes.

Posto isto ela começou a dar outro exemplo de quando se sentiu assim. Então, foi uma vez quando tinha a casa cheia de pessoas que chamou os primos para a varanda, onde não havia ninguém, e começaram a brincar com balões, mas, entretanto, deixou o balão fugir. Nessa altura diz que se sentiu muito desconfortável porque tinha de ir pedir outro. Continuando a mesma historia contou que enquanto pedia outro teve a melhor ideia “de sempre”, em que todos tinham de pôr o balão na cintura e começar a dançar.

Perguntei-lhe se ela sabia quando se sentia ansiosa, ela diz que as vezes sente quando sabe que algo que adora vai acontecer. Eu decidi explicar-lhe que por vezes a ansiedade manifesta-se através de certas dores que sentimos no nosso corpo. Utilizando a imagem do exercício, perguntei-lhe em que partes do corpo já sentiu alguma dor ou aperto quando se deparava com alguma situação menos boa. Ela contou-me que sentiu que o seu coração estava partido quando as suas amigas não foram a escola, pois ficou todos os recreios sozinha a andar pela escola. Diz que se sentiu triste e que o seu peito parecia apertado. Perguntei-lhe se ela tinha alguma estratégia para ultrapassar isso. Ela respondeu que tenta ignorar isso e vai brincar com os rapazes. Afirmei que se tentava integrar com outros amigos, ela acenou que sim.

Após isso começamos a preencher os exercícios do caderno do Gato Habilidoso, em que ela pediu para ler e para usar as canetas de cor. Fez os exercícios sem qualquer dificuldade e por vezes contava quando se sentiu como alguns exemplos dos exercícios. Entreguei-lhe e expliquei-lhe a tarefa para fazer em casa, ela guardou e pediu para fazermos um jogo.

Desta vez ela escolheu brincar com a plasticina. Enquanto isso, voltou a referir que aceitava que os pais entrassem na próxima sessão, mas que era só um pouco porque depois queria ficar comigo. Eu expliquei-lhe que caso não houvesse imprevistos podia ser assim, caso a sessão se prolongasse tínhamos de respeitar o tempo estipulado e estávamos juntas para conversar e jogar na próxima. Ela sorriu e aceitou.

Depois de fazermos alguns desenhos com a plasticina e tentarmos adivinhar o que era ela pediu para usarmos o quadro, para estimular a criatividade e observar a sua capacidade de expressão. Eu aceitei e sugeri jogarmos à força. Então começou ela, com a categoria “animais”. Foi colaborativa e mostrava-se entusiasmada e contente.

No final da hora queria também fazer desenhos numa folha branca para adivinharmos o que era, eu sugeri que fizéssemos na próxima sessão em que tivéssemos tempo porque a nossa hora estava a chegar ao fim e os pais estavam a sua espera.

Ela encolheu os ombros e baixou a cabeça com um olhar triste e pediu para marcarmos a próxima sessão com os pais, assim o fiz.

Sexta Sessão

O objetivo desta sessão enquadrou-se em encorajar a participação parental no programa terapêutico e esclarecer as dúvidas dos mesmos.

Nesta sessão os pais também colaboraram, estavam ambos com aspeto cuidado, embora o pai parecesse cansado, em comparação com a mãe. A D. estava com o mesmo aspeto cuidado e já era a quarta vez que trazia roupa ou algum acessório da Minnie. Comentei que estava muito bonita, ela abraçou-me e contou-me que estava inquieta por aquela hora para me ver.

Fomos então para a sala, o pai sentou-se ao lado da mãe e a D. apontou para o quadro de giz e comentou com os pais que na sessão passada tínhamos estado a brincar com o quadro e que tinha sido muito divertido.

Para começar perguntei se se encontravam bem, responderam que sim. Então avancei e perguntei como estava a D. em casa e na escola, informei que estavam à vontade para falarem do que acharem relevante sobre a D.

A D. sussurrou: “Não...”. Eu perguntei então se ela me queria contar como tinha sido a última semana, ela acenou que não e comentou que queria este dia só para ela. Eu disse que a próxima sessão seria só dela.

Entretanto a mãe disse que aquela semana tinha corrido bem. O pai interrompeu e comentou que a semana anterior é que não tinha corrido tão bem. A D. falou por cima e disse:

“Não vais dizer!”. O pai continuou, mas não conseguia perceber porque a mãe dizia para a D. que não havia problema e a D. continua a insistir para não dizerem nada.

Eu disse, voltada para a D. que estava ali para ouvir tudo o que ela quisesse contar, se preferia que eu não soubesse eu respeitava. Enquanto isso a mãe pediu-lhe então para a D. é que contar. Assim, de cabisbaixo, a D. começou a revelar que quando a mãe a foi buscar, não queria ir logo porque queria dizer adeus a uma amiga. Enquanto a mãe chamava e ela não ia, uma auxiliar começou a pegar pelos braços para ir com ela, que a tinha começado a puxar... a mãe interrompeu e pediu para ela contar do início.

Baixinho e de cabeça baixa ela contou que não queria ir e começou aos gritos com a auxiliar. Posto isto, a mãe começa a contar que tinha ido a uma reunião e que para não ir e voltar para casa queria levar já a D., mas ela rejeitou e fugiu da mãe, assim a auxiliar foi buscá-la e ela começou a responder mal à auxiliar e a sacudir-se para a auxiliar não lhe tocar, entretanto a auxiliar agarrou-lhe no braço e entregou-a à mãe. A mãe comentou que ela não podia agir assim com as pessoas porque ninguém lhe queria mal, e que tinha de obedecer à mãe, enquanto isso estava a segurá-la no braço, a D. respondeu: “Eu vou partir-te a unha!” e tentou mesmo fazê-lo, a auxiliar interveio e comentou que ela tinha de respeitar a mãe. Após isso acalmou.

Enquanto a mãe contava que depois disso lhe disse que ela não devia ser assim porque magoava os sentimentos das outras pessoas, o pai começou a contar que ela na verdade, estava mais calma, desde que tinha começado as sessões de acompanhamento. Comentou que a D. já fazia os trabalhos da escola sem resmungar, até demonstrava entusiasmo ao fazê-lo.

Os pais também contaram que na semana decorrente tinha falecido uma tia e que ela tinha ido contar tudo na escola, o cãozinho da irmã também tinha falecido, porque estava doente, e tudo isso podia condicionar qualquer comportamento mais agressivo.

Enquanto o pai contava os detalhes sobre o falecimento do cãozinho da irmã, a D. começou a chorar. Os pais tentaram atenuar ao dizer que o cãozinho estava a sofrer e que agora estava num sítio melhor ela encostou-se ao meu ombro, eu abracei-a e disse que iria ficar tudo bem, para ela respirar fundo e tentar abstrair-se. Disse que compreendia a dor que ela estava a sentir porque também já tinha perdido um cãozinho, mas que tínhamos de pensar no melhor para ele. Ela olhou para mim e ficou atenta, eu reforcei que iria ficar tudo bem, que a dor e tristeza que ela sentia iria passar. Ela acalmou-se e disse que queria um cãozinho igual a ele. Os pais disseram que a irmã ia realmente adotar outro e depois começaram a contar quando e como adotaram o cãozinho falecido.

A mãe comentou que excluindo o drama da semana passada, com a auxiliar, a D. tem estado muito mais calma, mais carinhosa e obediente, salientou que considera que as sessões têm realmente tido um impacto positivo nela.

Para recolher mais informação perguntei se a D. tem feito birras ou se se tem amuado. A mãe respondeu que só faz birras com a sobrinha, porque tem ciúmes. Contou que a D. tinha dito que a sobrinha lhe tentava roubar os pais e que a mãe lhe confortava a dizer que ninguém roubava o que era dela.

Exaltada e ainda triste a D. conta que a sobrinha está sempre a tirar-lhe os brinquedos e a meter-se nas suas brincadeiras.

Perguntei o que ela estava a sentir naquele momento em que contava tudo o que a sobrinha lhe fazia. Ela respondeu: “Nada”. Eu reforcei: “Nada?” ela disse que ficava chateada porque ela também não deixava a D. brincar com os brinquedos dela, logo também não deixa a sobrinha brincar com os seus.

Enquanto a mãe contava alguns episódios em que a D. sentiu ciúmes ela baloiçava o corpo na cadeira, ainda a soluçar, após algumas histórias interrompeu a mãe e argumentou que há algum tempo atrás os pais só se importavam com a sobrinha e não queriam saber da D., a mãe disse que é normal porque a sobrinha era muito bebé e precisava de atenção. Eu comentei com a D. que os bebés não são independentes, logo precisavam que alguém cuidasse deles. Ela olhou para mim e demonstrou que compreendeu.

Enquanto os pais falavam um sob o outro sobre a D. eu referi que o importante nestas circunstâncias era demonstrar o valor que a D. tem para eles, tentar não argumentar algo que a faça desentender a sua posição, pois poderia causar um impacto negativo na sua auto-estima.

Para finalizar com os pais, perguntei como a D. estava na escola, o pai disse que ela tem tido uma boa evolução, que estava mais concentrada e empenhada.

Posto isto, expliquei que era importante estar um pouco só com a D. para perceber como ela se tinha sentido e para a deixar à vontade de falar o que sentisse necessidade. Eles compreenderam e esperaram por ela na sala de espera.

Estando só eu e ela falamos sobre a sessão, percebi que se sentiu incomodada por perder a vez de falar apenas ela, sentiu-se triste ao falar novamente do cãozinho e irritada ao reviver as situações com a sobrinha.

Sugeri-lhe que fizesse um desenho ou escrevesse um texto para o cãozinho, algo que lhe permitisse finalizar a despedida. Ela entusiasmada, desenhou e escreveu um texto.

Perguntei-lhe se tinha feito a tarefa “MOQUEPO”, ela tirou a folha da mochila, mostrou-me e leu. Estava tudo certo e escrito com cores coloridas.

Posto isto ela sentia-se mais alegre e pediu para fazermos um jogo, antes de eu responder, perguntou se me podia dizer uma coisa. Eu disse que sim. Ela disse que valorizava muito as pessoas que eram boas para ela, que gostavam de brincar com ela e fazer-lhe as vontades, e que eu era uma delas, que gostava muito de mim. Eu respondi que também gostava muito dela e que nós tínhamos de nos respeitar ao longo da vida, escutar o outro e ser amigo do outro. Ela comentou que era raro encontrar alguém assim. Eu sorri e perguntei se existia mais algo que ela quisesse partilhar. Ela disse que não, mas que ia trazer um presente na próxima sessão. Eu disse que não era necessário nenhum presente porque o melhor presente que ela me poderia dar era a sua presença e a sua disponibilidade e motivação.

Sétima Sessão

O objetivo é o estabelecimento de um treino de relaxamento e explicar a sua utilização para controlo da tensão relacionada com a ansiedade.

A D. estava com uma bandolete com as orelhas da Minnie e uma mochila a condizer. Desta vez fomos para uma sala diferente, a D. perguntou porquê, eu respondi que a sala usual estava ocupada e que a que estávamos também tinha jogos, até diferentes.

Ao sentar-se viu a folha dos exercícios e comentou “Uh, o gatinho fofinho!”, mas com uma voz calma e introvertida. Perguntei-lhe se estava tudo bem e como tinha sido as semanas anteriores, ela respondeu que estava bem e que tinha tido saudades minhas. A escola andava a correr muito bem, mas que tinha outra professora, que não era tão boa professora como a sua, mas que a sua estava em viagem de lua de mel.

Confrontou-me com um problema, porque tinha um trabalho da escola para fazer com uma amiga, mas que a mãe não lhe deixa ir a casa da amiga nem deixa receber amigas. Depois contou que as amigas da irmã iam sempre lá, mas que as suas não podiam. Então sugeri que fizesse o trabalho no recreio ou explicasse à mãe que o trabalho tinha de ser feito a pares.

Para recapitular tudo o que já tínhamos falado até à data, perguntei-lhe o que ela se lembrava, ela respondeu que não se lembrava de nada. Quando comecei a rever e a explicar tudo o que já tínhamos falado, ela começou a dar exemplos de situações. Aceitei e escutei. Depois expliquei que nesta sessão íamos falar de quando nos sentimos tensas ou ansiosas e que técnicas podemos aprender para controlar essas sensações desagradáveis. Dei-lhe alguns exemplos, fazendo role-play de situações. Ela mostrou-se interessada e complementava com algumas vivências suas.

Para complementarmos a sessão, sugeri que a D. lesse os exercícios recomendados pelo “Gato Habilidade” para fazermos. Assim foi.

Pedi-lhe alguns exemplos para além dos do caderno para me certificar que ela estava a compreender o fundamental. Nesta sessão a D. estava com um tom de voz mais calmo, mais baixo, estava menos ativa e parecia aluada. Não conseguiu responder ao que lhe pedi, então expliquei-lhe a diferença entre um robô e um boneco de trapos. Em que se tentarmos imitar o primeiro vamos nos sentir mais tensos, enquanto o segundo é mais mole, logo sentiríamos nos mais relaxados.

A D. comentou que tinha uma amiga que não gostava da sua própria cara. Eu respondi que a sua amiga não tinha amor própria e que devíamos ajudá-la a ultrapassar esses sentimentos negativos acerca de si. Perguntei-lhe se ela sabia o que era o amor próprio, ela começou a explicar o amor pelos outros. Depois disse-lhe que isso era o amor pelos outros, mas que mais importante era o amor próprio, o sentimento de gostarmos de nós próprios e valorizar-nos.

Passamos ao próximo exercício, em que ela realizou sem qualquer dificuldade.

No exercício seguinte fizemos role-play, alternando a vez entre uma e outra. Ela conseguiu concretizar tudo sem dificuldade, com empenho e motivação.

Para finalizar os exercícios utilizamos um termómetro de sentimentos, em que o objetivo era ela situar o que estava a sentir naquele exato momento, ela considerou que estava muito contente. Mostrei-lhe a tarefa “MOQUEPO” para trazer na próxima sessão, ela interrompeu-me e perguntou se me podia dizer uma coisa, eu aceitei. Perguntou se podíamos fazer mais exemplos “em forma de teatro”. Eu aceitei, mas antes de prosseguir pedi-lhe que me promettesse uma coisa, e disse que as promessas não se podiam descumprir. Ela aceitou, então expliquei-lhe a tarefa “MOQUEPO” e pedi para que não se esquecesse de a fazer e trazer na próxima sessão. Ela concordou.

Ela mudou de ideias e pediu para fazermos um jogo, eu concordei. Enquanto falava tinha uma voz “abebezada”, carinhosa.

Enquanto escolhia o jogo eu expliquei-lhe que na próxima sessão íamos falar sobre o reforço positivo, e perguntei-lhe se sabia o significado. Ela abanou a cabeça que não. Então expliquei-lhe e dei um exemplo, ela compreendeu e complementou com exemplos seus.

Fizemos um jogo sobre as horas e as rotinas do dia a dia, o que lhe suscitou uma ideia: escrevermos o nosso dia-a-dia. Assim o fizemos, ela quis usar várias cores e sugeriu-me para escrever com a minha cor favorita. Assim o fiz.

Como já estávamos a esgotar o tempo recomendado, sugeri que trocássemos e lêssemos em casa para na próxima sessão falarmos sobre isso. Ela adorou a ideia e saltou da cadeira, virou a folha e disse que eu só podia ler depois de ela sair.

Oitava Sessão

Esta sessão focou-se em apresentar a função dos pensamentos pessoais e o seu impacto na resposta às situações desencadeadoras de ansiedade, também em começar a identificar as suas auto-verbalizações em situações de ansiedade e substituir as mesmas por auto-verbalizações de conforto.

Quando me viu abraçou-me e agarrou-me pela mão para irmos para a sala. Como sempre respondeu que a semana passada tinha corrido bem e admitiu que se tinha esquecido de fazer a tarefa “MOQUEPO”. Perguntei porque se tinha esquecido, ela respondeu que nesse mesmo dia, após a última sessão, tinha três trabalhos de casa, da escola, para fazer. Eu respondi que ela teve mais dias para fazer e me dizer a verdadeira razão pelo qual não fez. Ela respondeu que esteve ocupada a brincar e a jogar, portanto acabou por se esquecer, aceitei, mas acrescentei que ela se tinha comprometido a fazer e que estava a contar que ela realmente fizesse. Ela pediu desculpa.

Para começar a sessão perguntei-lhe o que tínhamos falado na última sessão, ela lembrava-se e ainda acrescentou que se tinha sentido muito ansiosa antes de chegar à hora da sessão. Questionei a razão. Ela respondeu que era o regresso da professora à escola e que de

manhã se sentiu muito ansiosa, muito feliz. Eu afirmei que tinha sido uma emoção positiva porque tinha saudades da professora.

Para introduzir o tema da sessão expliquei-lhe a função dos pensamentos pessoais e o seu impacto na resposta às situações de ansiedade. O objetivo era ajudar a identificar as suas auto-verbalizações em situações ansiógenas e transformá-las em auto-verbalizações de conforto. Para isso, dei-lhe alguns exemplos de acontecimentos.

Ela quis contar um exemplo em que se deparou com uma situação desconfortável, em que a amiga estava a insultá-la ao chamar de burra porque a mãe da D. estava a ouvir a chamada de ambas. Perguntei como ela se sentiu com o comportamento da amiga, ela respondeu que se sentiu magoada pois ficou sem perceber até que ponto tinha culpa. Sugeri que substituísse esses pensamentos por algo positivo, como por exemplo, que não podemos controlar a opinião e o comportamento dos outros, ou seja, o que quer que pensem ou façam não altera quem realmente somos.

Ela deu um exemplo que a mãe lhe disse, que englobava o respeito pelo outro. Eu acrescentei que o respeito é algo fundamental no comportamento das pessoas, pois tínhamos de ser compreensivos com os outros, para serem connosco.

Para começarmos o primeiro exercício a D. leu, mas interrompeu para contar uma ideia que tinha acabado de surgir. Então era escrever os pensamentos que tivéssemos durante uma semana e depois trocávamos para lermos uma da outra.

Afirmei que ficava contente por ela gostar do tema dos pensamentos e que podíamos fazer isso no final da sessão. Para prosseguirmos com o exercício ela continuou a ler. O primeiro falava de Dom Afonso Henriques, antes de começarmos a fazer, ela contou o que aprendeu na escola sobre o primeiro rei de Portugal.

Enquanto realizávamos os exercícios ela foi colaborativa e preencheu tudo com bastante autonomia. Fomos partilhando algumas opiniões sobre as potenciais respostas e a D. ainda deu vários exemplos reais referentes a alguns exercícios.

Quando passamos para o último exercício ia lembrar que as sessões eram com o objetivo de ultrapassar certos medos que ela pudesse ter, mas antes de terminar a D. voltou a interromper-me enquanto falava, o que já acontecia pela terceira ou quarta vez, aí tive de lhe chamar à atenção e pedir que ela me respeitasse enquanto falava, assim como eu a respeitava.

Ela baixou a cabeça e pediu desculpa. Continuei a explicar o que ainda não tinha finalizado. Ela escutou e depois continuamos o exercício.

Quando finalizamos a D. contou-me uma situação da semana anterior em que se sentiu realmente ansiosa, pois tinha visto um filme de terror e ficou assustada. Quando se deparou com o seu corpo a reagir ao estado de ansiedade lembrou-se do nosso treino de relaxamento e aplicou-o, diz que melhorou, mas que mesmo assim tinha pensamentos assustadores, então lembrou-se que não devia pensar assim porque não era real.

Admiti que foi uma boa estratégia de controlar a ansiedade e que se voltasse a acontecer algo semelhante para não se esquecer de se controlar da mesma forma para ultrapassar o medo.

Para finalizarmos a sessão, expliquei-lhe a tarefa “MOQUEPO” e pedi que não se esquecesse de novo, pois estava a contar com a participação dela. Depois fizemos o jogo da “Forca” em que ela demonstrou alguma dificuldade na escrita correta da língua portuguesa. Aproveitei para lhe relembrar como realmente se escrevia algumas palavras, ela disse que sabia, mas que já não se lembrava. Tranquilei-a ao dizer que às vezes pode acontecer, mas que tinha de ter mais atenção para evitar esses erros ortográficos e que sempre que não se lembrasse para pedir ajuda a um adulto.

9.3. Hipótese de Diagnóstico

Neste caso identifica-se sintomas de ansiedade como a dificuldade em adormecer e permanecer a dormir, sintoma de irritabilidade, agitação e nervosismo.

9.4. Resultados esperados da intervenção com o programa “O Gato Habilidoso”

Com a validade científica e o relato dos pais da D. seria fiável prolongar a intervenção psicológica com o programa do Gato Habilidoso. Era então esperado que a D. aprendesse a lidar com os níveis de ansiedade de forma controlada e que os pais contribuíssem positivamente para a atenuação da ansiedade. Embora ao longo das sessões tenha notado melhorias no comportamento e da D., além disso, afirmou a eficácia dos exercícios de relaxamento ao longo do seu dia-a-dia, principalmente na escola. E como o estudo de Kendall e Southam-Gerow (1996) comprova 39% das crianças usam as estratégias uma vez após conclusão do programa e 29% das crianças mantem um continuo uso ativo das estratégias. É fundamental que a criança

interiorize todo o processo de intervenção para que adapte às circunstâncias vivenciais (Maia, 2015).

10. Reflexão final

O presente relatório deveria ser a descrição de oito/nove meses de estágio, mas infelizmente, e devido à pandemia COVID-19, tudo foi alterado e este relatório não foi exceção. Após quatro meses a estagiar e devido à suspensão dos serviços de psicologia presenciais as sessões de acompanhamento psicológico foram interrompidas e houve a necessidade de criar hipóteses de diagnóstico relativamente aos casos em questão. O que na verdade se tornou um desafio, pois houve a necessidade de adaptação à nova realidade académica, onde os recursos são menos abundantes.

Para a avaliação psicológica existiu a limitação de, em algum caso não ter a consulta prévia, com isto não existir a anamnese, o que iria ajudar na perceção e diagnóstico do caso de acompanhamento, onde recolheria mais informações acerca da identidade, antecedentes pessoais, primeiros anos de vida, socialização, percurso escolar, doenças e intervenções médicas, antecedentes familiares e dinâmica intrafamiliar.

Devido à inexperiência profissional, a tentativa em praticar a teoria aprendida causou um sentimento de medo, em falhar e não corresponder às expectativas. Mas a oportunidade de vivenciar estes poucos meses num Centro de Saúde de Cuidados de Saúde Primários e com profissionais que me ensinaram imenso e acolheram tão positivamente fez-me crescer e aprender que nunca estamos sozinhos neste percurso.

Esta experiência comprovou que a presença de psicólogos nas equipas multidisciplinares nos Cuidados de Saúde Primários garante um entendimento melhor dos aspetos psicológicos associados à humanização dos serviços, à intervenção comunitária, à saúde, à prestação de cuidados e à gestão de recursos. A intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários destaca-se por ser o tipo de cuidados dirigidos a indivíduos que, não necessitando de internamento, implicam assistência e o acompanhamento continuado, incluindo as necessidades psicológicas dos doentes e famílias envolvidas, tornando possível diferentes formas de intervenção e aconselhamento psicológico (Santos, 2013).

As maiores dificuldades sentidas foram no modo de intervenção, sendo que ao longo do meu percurso académico me foquei na abordagem centrada na pessoa e no local de estágio a

intervenção era fundamentada na TCC, a qual tive de implementar visto ser a mais benéfica no contexto e com a população infantil.

A observação, foi um decurso muito importante para a vivência e experiência da prática clínica e de aprendizagem, bem como para o crescimento interior e diminuição de algumas inseguranças, dado que proporcionou um primeiro contacto com a realidade da prática clínica. Esta primeira fase, foi fundamental promovendo também uma base de segurança e confiança no desempenho da etapa seguinte, isto é, das consultas autónomas.

A confiança transmitida pela psicóloga em permitir seguir os casos de acompanhamento de forma autónoma foi uma mais-valia para estabelecer a minha segurança profissional, ajudou-me a ser resiliente e persistente em melhorar constantemente.

Evidencio que alguns aspetos foram fundamentais neste momento de crescimento, como a criação de um espaço seguro e adequado para a aprendizagem, o respeito à singularidade de cada estagiário no seu modo de agir, permitindo com que eu nunca me sentisse sozinha e desamparada diante das dificuldades, o desenvolvimento de uma relação de amizade harmoniosa com a colega de estágio, o diálogo da teoria estudada com a prática e o crescimento enquanto futura psicóloga.

O desenvolvimento de comportamentos de empatia, escuta ativa e flexibilidade foi essencial para a aproximação com as crianças, foi essencial encontrar formas de aproximação, sem perder a maturidade emocional e compreensão de mim própria, em simultâneo evidenciando segurança e confiança. A evolução da relação terapêutica é algo processual. Pois, a criança quando chega ao acompanhamento psicológico com um problema específico, só ela tem consciência de alguns sentimentos que estão acessíveis. No entanto, diante das condições facilitadoras no processo a criança poderá ultrapassar várias barreiras emocionais e lidar com sentimentos mais profundos para que modifique a perceção e o significado pessoal da sua dificuldade (Santiago, 2008).

No caso do B. houve necessidade de intervir psicoeducativamente com a mãe da criança, essas intervenções centram-se fundamentalmente nos aspetos relacionados com o aumento do conhecimento sobre a psicopatologia e algumas estratégias para lidar com as dificuldades apresentadas. Especificamente, neste âmbito, procurou-se ensinar estratégias de autocontrolo dos sintomas (identificar sinais precoces de recaída, estratégias para lidar com sintomas persistentes e lidar com situações de crise), apresentando como resultados um aumento global de conhecimentos. As intervenções psicoeducativas com base cognitiva são educativas, permitindo

à pessoa em questão estabelecer objetivos, planejar alterações comportamentais e a intervir no caso em questão (Pasadas, 2014). Ou seja, o objetivo também se aplica a dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença psicótica e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitem a gestão de stresse no quotidiano e nas crises ocasionais pessoais e familiares (Freitas, 2010).

No panorama do tratamento da doença mental em Portugal, é fundamental introduzir melhorias significativas de modo sistemático e de forma a facilitar medidas de tratamento auxiliares eficazes às crianças com doença mental. A Psicoeducação representa um eixo compreensivo e validado como alternativa mediática e realmente eficaz na melhoria da qualidade de vida de todos os elementos envolvidos neste domínio.

Todo o percurso académico e de estágio foi importante para evidenciar e perceber a necessidade de intervenção psicológica nas perturbações infantis, pois acabam por condicionar a qualidade de vida da criança em fase de desenvolvimento.

As perturbações de ansiedade, sono e hiperatividade incidem, não só na infância como em todas as idades, tendo o suporte social e emocional um papel dominante na prevenção e tratamento das mesmas (Aydın, Balıkçı, Çökmüş, & Aydın, 2019; (Wang, Chen, Tan, & Zhao, 2015).

A literatura tem identificado alguns fatores de risco individuais no desenvolvimento das perturbações de ansiedade nomeadamente: fatores genéticos; temperamento da criança e vinculação insegura. Além disso, no que concerne aos fatores familiares, a literatura tem sugerido que pais ansiosos tendem a ser mais intrusivos e a superproteger as crianças em situações entendidas como ameaçadoras, fomentando vulnerabilidade para desenvolver problemas de ansiedade. Por outro lado, crianças ansiosas podem suscitar comportamentos parentais inadaptados tais como, superproteção, intrusão e restrição da autonomia (Hudson & Rapee, 2001). A literatura tem identificado essencialmente dois fatores familiares na etiologia das perturbações de ansiedade: a psicopatologia parental e o comportamento parental negativo.

Além do contexto familiar que aparece como o ambiente social mais imediato no quotidiano da criança, a criança está inserida em muitos outros ambientes físicos e sociais mais alargados (e.g. escola, instituições sociais e religiosas). Todos os ambientes em que a criança está inserida contribuem para o seu desenvolvimento normativo e patológico. A qualidade e o tipo de experiências de vida da criança ao longo dos vários ambientes físicos e sociais podem determinar o desenvolvimento de perturbações de ansiedade. Têm sido identificados dois

principais fatores ambientais/socioculturais na etiologia das perturbações de ansiedade: eventos traumáticos e cultura. Assim, têm sido identificados alguns acontecimentos que podem ter consequências adversas no desenvolvimento da criança tais como: o divórcio, a morte ou doença de pessoas significativas, a ocorrência de desastres naturais, as mudanças de escola, o fracasso académico, a existência de abuso físico e sexual, situações de *bullying* e de violência doméstica, entre outros (Martins, 2012).

Podemos falar ainda da situação escolar que acaba por ser um ambiente de risco, para o desenvolvimento de qualquer perturbação, a nível de um potencial fator desencadeado por sentimento de inferioridade devido às dinâmicas entre os alunos, e mesmo com professores, e os múltiplos fatores que podem desencadear possíveis sentimentos de inferioridade (Mira, 2018).

No caso da A. existiu um fracasso escolar quando perdeu o segundo ano, podendo ser um fator desencadeante da perturbação de ansiedade. No caso da D. pode-se evidenciar que a perda de um ente querido possa ter contribuído para a manifestação da mesma perturbação.

Relativamente à perturbação de hiperatividade e défice de atenção é essencial conhecer a origem dos seus sintomas nucleares (i.e., desatenção, hiperatividade e impulsividade), mas também os fatores de risco que podem influenciar a sua trajetória desenvolvimental. Apesar do seu caráter iminentemente hereditário e neurológico, a opinião generalizada é a de que, mais do que existir um ou mais mecanismos esclarecedores, há uma complexidade de fatores que interagem, exercendo cada um a sua influência, mas numa atuação que se acredita conjunta (Faraone et al., 2015), como se reflete no caso do C.

Quanto à perturbação do sono no caso do B, os fatores que mais interferem a nível da qualidade do sono são a tensão e a ansiedade, o que vai de encontro com o estudo de Vieira (2012) que refere que quanto maiores são os níveis de ansiedade pior é a qualidade do sono.

A PHDA é o distúrbio neuro-comportamental mais frequente na criança. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em critérios comportamentais, que estão sujeitos a subjetividade na avaliação. Pediatras e outros profissionais dos cuidados de saúde primários têm um papel fundamental no reconhecimento precoce, avaliação e orientação desta condição. Essa atitude pode modificar definitivamente o percurso académico e psicossocial das crianças afetadas.

Ao longo da intervenção e com o final inesperado das sessões de acompanhamento foi possível observar que o caso da D. foi o que mais evoluiu no sentido em que a mesma aprendeu a lidar com a presença da perturbação de ansiedade implementando as estratégias aprendidas ao longo do acompanhamento. O B. mencionou que se lembrava do que dizia, o que pode ser um indício de adaptação à perturbação de medo, utilizando as técnicas mencionadas ao longo das poucas sessões. Nos restantes casos não tive a perceção de melhorias em relação à adaptação da perturbação psicológica, mas acredito que seria melhorado ao longo do tempo.

Ao terminar a elaboração deste relatório, sinto que é o finalizar de um longo processo e o momento de iniciar outro com mais autonomia e independência, esperando no futuro continuar a minha aprendizagem, considerando que a profissão de Psicólogo exige uma aprendizagem constante e contínua, independentemente da área de atuação. No entanto, termino o mesmo considerando-me uma pessoa completamente realizada, agradecida e feliz pelas experiências vividas ao longo do meu percurso académico.

11. Referências

- Afonso, S. (2020). Compreender a síndrome de défice de atenção e hiperatividade | CUF. Retrieved 8 December 2020, from <https://www.cuf.pt/mais-saude/compreender-sindrome-de-defice-de-atencao-e-hiperatividade>
- Allen J, Lavalley K, Herren C, Ruhe K, Schneider S (2010) DSMIV criteria for childhood separation anxiety disorder: informant, age, and sex differences. *J Anxiety Disord* 24(8):946–952. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.022>
- Alves, P. (2016). *A importância do sono em crianças em idade pré-escolar* (Tese). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20278/1/TESE%20Alter%C3%A7%C3%A3o%20FINAL%20P%C3%B3s%20-%20Defesa!!!.pdf>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, texto revisto (4ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (2017). What Is Exposure Therapy?. Retrieved 6 December 2020, from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/exposure-therapy>
- American Psychological Association. (2020). In *APA Dictionary of Psychology*. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/anxiety-disorder>
- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos. Da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. 4ª. Edição. Lisboa: Verso da Kapa
- Antunes, R. (2015). *Qualidade das representações de vinculação e o sono em crianças em idade pré-escolar* (Mestrado). ISPA-Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Araújo, A., & Hanemann, S. (2011). Retrieved 15 November 2020, from http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1086/1/pt_145.pdf

Arias, L., García, O., & Alarcón-Espinoza, M. (2019). Evaluación de los efectos positivos de un tratamiento multimodal para niños con déficit atencional con hiperactividad en la atención primaria de salud desde la perspectiva de madres usuarias = Evaluation of the positive effects of a multimodal treatment for children with attention deficit hyperactivity and primary health care from the perspective of female users. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(1), 237–256.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). (2019). In World Health Organization. Disponible em: http://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB_leaflet_2019_mnh_214_en.pdf?ua=1&ua=1

Aydın, O., Balıkcı, K., Çökmüş, F. and Aydın, P., 2019. The evaluation of metacognitive beliefs and emotion recognition in panic disorder and generalized anxiety disorder: effects on symptoms and comparison with healthy control. *Nordic Journal of Psychiatry*, [online] 73(4-5), pp.293-301. Available at: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=5f80b301-1075-4597-bd26-f2d67680e17a%40sdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=31157577&db=cmedm> [Accessed 11 November 2020].

Bahls, S., & Navolar, A. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e Pressupostos Teóricos. Retrieved 2 June 2020, from <http://files.personapsicologia.webnode.com/200000093-024d10346f/Terapias%20Cognitivo-comportamentais.pdf>

Barrett, P. M., Dadds, M. M., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.

Barić, H., Đorđević, V., Cerovečki, I., & Trkulja, V. (2018). Complementary and Alternative Medicine Treatments for Generalized Anxiety Disorder: Systematic Review and Meta-

- analysis of Randomized Controlled Trials. *Advances In Therapy*, 35(3), 261-288. doi: 10.1007/s12325-018-0680-6
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Batista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: Uma perceptiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp. 89-141). Coimbra: Quarteto.
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(2), 29–42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Baptista, A., Carvalho, M. and Lory, F., 2014. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *PSICOLOGIA*, 19.
- Bayer, J., Rapee, R., Hiscock, H., Ukoumunne, O., Mihalopoulos, C., & Wake, M. (2010). Translational research to prevent internalizing problems early in childhood. *Depression And Anxiety*, 28(1), 50-57. doi: 10.1002/da.20743
- Beck, A. T. & Weishaar, M. E. (2000). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding, *Current psychotherapies* (6th ed.; pp. 241-272). Itasca, IL: E. E. Peacock. Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1995).
- Beck, J. (2013). Terapia Cognitiva-Comportamental: da teoria a prática. *Psico-USF*, 19(1), 167–168. doi: 10.1590/S1413-82712014000100016
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática* (2nd ed.). Artmed Editora.
- Beidas, R., Podell, J., & Kendall, P. (2008). Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program. In Lecroy, C., & Haight, C. (Eds.), *Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents* (pp.869-923). New York: Oxford University Press.

- Beidel, D., & Turner, S. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Benke, T., & Butterworth, B. (2001). Palilalia and Repetitive Speech: Two Case Studies. *Brain And Language*, 78(1), 62-81. doi: 10.1006/brln.2000.2445
- Bergman, R., Piacentini, J., & Mccracken, J. (2002). Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946. doi: 10.1097/00004583-200208000-00012
- Bharti, B., Mehta, A., & Malhi, P. (2013). Sleep Problems in Children: A Guide for Primary Care Physicians. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(6), 492–498. doi: 10.1007/s12098-012-0960-0
- Bloemsma, J. M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S. V., Buitelaar, J. K., Sergeant, J. A., Rommelse, N., & Oosterlaan, J. (2012). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), 225–234. doi: 10.1007/s00787-012-0339-9
- Borges, D., & Marturano, E. (2010). Melhorando a convivência em sala de aula: responsabilidades compartilhadas. *Temas Em Psicologia*, 18.
- Borges, R. (2017). *Efeitos das técnicas de relaxação em crianças: uma revisão sistemática* (Mestrado). Universidade de Évora.
- Borsel, J., Bontinck, C., Coryn, M., Paemeleire, F., & Vandemaele, P. (2007). Acoustic features of palilalia: A case study. *Brain And Language*, 101(1), 90-96. doi: 10.1016/j.bandl.2006.06.118
- Braga, A. (2017). *A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção na Educação Pré-Escolar: As abordagens e a autoeficácia dos Educadores de Infância* (Mestrado). Instituto Superior de Educação e Ciências - ISEC.
- Branco, M., 2014. *João Dos Santos: A Saúde Mental Infantil Em Portugal*. 1st ed. Lisboa: Coisas de Ler.

- Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-11.
- Braun, K., Marcilio, F., Corrêa, M., & Dias, A. (2019). Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão sistemática de literatura. *Contextos Clínicos*, 12(2). doi: 10.4013/ctc.2019.122.11
- Brites, R. (2014-2015). *Sebenta de Teorias e Técnicas Psicométricas*. Universidade Autónoma de Lisboa: Lisboa.
- Bruni, O., & Angriman, M. (2015). Pediatric insomnia: new insights in clinical assessment and treatment options. *Archives italiennes de biologie*, 153(2-3), 144–156. <https://doi.org/10.12871/000398292015239>
- Buxton, O. M., Chang, A.-M., Spilsbury, J. C., Bos, T., Emsellem, H., & Knutson, K. L. (2015). Sleep in the modern family: protective family routines for child and adolescent sleep. *Sleep Health*, 1(1), 15–27. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.002
- Canela, C., Buadze, A., Dube, A., Eich, D., & Liebreinz, M. (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD – A qualitative study. *PLOS ONE*, 12(9), e0184964. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184964>
- Carvalho Teixeira, J. A. (2007). Aconselhamento psicológico nos cuidados de saúde primários. In *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*, ed. Isabel Trindade & José A. Carvalho Teixeira, 105 - 118. Lisboa: *Climepsi Editores*, Manuais Universitários.
- Chase, R., & Pincus, D. (2011). Sleep-Related Problems in Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(4), 224-236. doi: 10.1080/15402002.2011.606768
- Chorpita, B. and Barlow, D., 1998. The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), pp.3-21.
- Choy, Y., Fyer, A., & Lipsitz, J. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 266-286. doi: 10.1016/j.cpr.2006.10.002
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.

- Coelho, C., Gonçalves-Bradley, D. and Zsido, A., 2020. Who worries about specific phobias? – A population-based study of risk factors. *Journal of Psychiatric Research*, [online] 126, pp.67-72. Available at: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0022395620303368?token=91A0A9E9909BA8C7F01E72ACFE549B4BE990CEF182C7301B2E7B9973D6D1862E2268530154AEA6FA93953D7617C9BF52>>.
- Coelho, L., Barbosa, D., Rizzutti, S., Bueno, O., & Miranda, M. (2017). Group cognitive behavioral therapy for children and adolescents with ADHD. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 30(1). doi: 10.1186/s41155-017-0063-y
- Cornacchio, D., Furr, J., Sanchez, A., Hong, N., Feinberg, L., & Tenenbaum, R. et al. (2019). Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: A preliminary randomized clinical trial. Retrieved 15 November 2020, from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=693b8642-52b1-4273-b659-51ff307059eb%40sdc-v-sessmgr01>
- Cormier, S., Nurius, P., Osborn, C. (2009). *Interviewing and Change Strategies for Helpers. Fundamental skills and cognitive-behavioral interventions*. Belmont: Brooks/Cole.
- Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corley, R. C., Ehringer, M. A., Young, S. E., & Hewitt, J. K. (2011). Structure and Etiology of Co-occurring Internalizing and Externalizing Disorders in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 109–123. doi: 10.1007/s10802-010-9444-8
- Cormier, E. (2008). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(5), 345–357. doi: 10.1016/j.pedn.2008.01.003
- Coyne, A., Constantino, M., Westra, H., & Antony, M. (2019). Competing indirect effects in a comparative psychotherapy trial for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 56(4), 549-554. doi: 10.1037/pst0000163
- Crawley, S., Kendall, P., Benjamin, C., Brodman, D., Wei, C., & Beidas, R. et al. (2013). Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth: Feasibility and Initial Outcomes.

Retrieved 6 December 2020, from
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4a979304-087c-4bdd-8c1c-a71c97319a1c%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#AN=EJ1001664&db=eric>

Curran, G., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation Hybrid Designs. *Medical Care*, 50(3), 217-226. doi: 10.1097/mlr.0b013e3182408812

Dahl, R. (2011). Foreword. In M. El-Sheikh (Ed.) *Sleep and development: Familial and socio-cultural considerations* (pp. 49-77). New York: Oxford University Press

Davis, M., Eshelman, E., McKay, M., & Bolanho, D. (1996). *Manual de relaxamento e redução do stress*. São Paulo: Summus.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.

D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In: K. S. Dobson (ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. (pp. 197-225). New York: Guilford Press.

Dias-Viana, J. L., & Gomes, G. V. A. (2019). Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC): análise da produção de artigos científicos brasileiros. *Psicologia Revista*, 28(1), 9–36. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p9-36>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>

Driessen, J., Blom, J., Muris, P., Blashfield, R., & Molendijk, M. (2019). Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 330-341. doi: 10.1007/s10578-019-00933-1

- Dumas, J. (2011). *Psicopatologia da Infância e da Adolescência* (3rd ed.). Brasil: Artmed Editora.
- Esch, T.; Stefano, B. (2010). The neurobiology of stress management. *Neuro Endocrinology Letters*, 31(1):19-39.
- Essau, C., & Petermann, F. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and treatment*. Hove: Taylor and Francis.
- Evans, S., Owens, J., Wymbs, B., & Ray, A. (2018). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198. doi: 10.1080/15374416.2017.1390757
- Falcone, E., Baptista, M., Placido, M., Krieger, S., Oliveira, E., Falcone, J., & Vieira, B. (2016). Construção e validade de conteúdo da Escala Cognitiva de Ansiedade em adultos. *Psicologia Em Pesquisa*, 10(1), 85–93. doi: 10.5327/Z1982-1247201600010011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v10n1/11.pdf>
- Faria, K. (2011). *Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobia social* (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Felman, A. (2020). What is mental health?. *Medical News Today*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543>
- Ferreira, C. (2015). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar* (Mestrado). Universidade Fernando Pessoa.
- Fields, M., & Marcuse, L. (2015). Palinacousis. *The Human Auditory System - Fundamental Organization And Clinical Disorders*, 457-467. doi: 10.1016/b978-0-444-62630-1.00025-1

- Fleitlich, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6). doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca
- Franco, E. (2019, março). Ansiedade, a doença “subvalorizada” do séc. XXI. Diário de Notícias. Disponível em: <https://www.dnoticias.pt/imprensa/hemeroteca/diario-de-noticias/ansiedade-a-doenca-subvalorizada-do-sec-xxi-BA4507289>
- Freitas, J. (2010). *Conceção de um Programa de Psicoeducação para indivíduos com primeiro surto psicótico* (Tese). Universidade do Porto.
- Freitas, S. (2011). Relatório de estágio (Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). A prática da terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.
- Gaspar, T., Botelho Guedes, F., Tomé, G., Gaspar de Matos, M., Gómez-Baya, D., Cerqueira, A., & Borges, A. (2019). O Bem-Estar E a Saúde Mental Dos Adolescentes Portugueses. *Journal of Child & Adolescent Psychology / Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 10(1), 17–27.
- Goetz, C. (2007). Textbook of clinical neurology (pp. 79-98). Philadelphia: WB Saunders.
- Goldschmidt, T., Marques, C. and Xavier, M., 2018. Rede de Referência Hospitalar: Psiquiatria da Infância e da Adolescência. *Serviço Nacional de Saúde*, [online] Available at: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/10/RRH-Psiquiatria-da-Infancia-e-da-Adolescencia-Aprovada-09-10-2018.pdf>> [Accessed 20 November 2020].
- Gorno, M., Miozzo, A., Mattioli, F., & Cappa, S. (2011). Isolated palilalia: a case report. *European Journal Of Neurology*, 4(1), 94-96. doi: 10.1111/j.1468-331.1997.tb00306.x
- Gresham, F. M. (2009). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. Em A. Del Prette & P. Del Prette (Orgs.). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp. 17-66). Petrópolis: Vozes.

- Harvey, A., Hairston, I., Gruber, J. and Gershon, A., 2008. Anxiety and Sleep. Oxford Handbooks Online, [online] Available at: <https://www.researchgate.net/publication/272489610_Anxiety_and_Sleep> [Accessed 11 November 2020].
- Health Advisory Service (HAS). (1995) Child & Adolescent Mental Health Services. London: HAS. In: Leighton, S., & Dogra, N. (2014). (PDF) Defining mental health and mental illness. Retrieved 4 November 2020, from https://www.researchgate.net/publication/255657987_Defining_mental_health_and_mental_illness
- Hudson, J., & Rapee, R. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24(1), 102-129.
- Hudson, J. and Rapee, R., 2001. Parent–child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), pp.1411-1427.
- Hung, S., Spencer, S. M. & Drnamraju R. (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. *Children and School*, 34, (4), 222- 230.
- Hunsley, J., & Meyer, G. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: conceptual, methodological and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15 (4), 446-55.
- Hurley, K. (2019). Separation Anxiety in Children: Symptoms, Treatment and How to Help. Retrieved 6 December 2020, from <https://www.psycom.net/separation-anxiety-disorder-children/>
- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H., & Sakano, Y. (2007). Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Child And Adolescent Mental Health*, 12(4), 164-172. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00433.x
- Karmali, I., Greer, R., Gomez, R., Ross, D., & Valdes, C. (2005). Reducing Palilalia by Presenting Tact Corrections to Young Children with Autism. *The Analysis Of Verbal Behavior*, 21(1), 145-153. doi: 10.1007/bf03393016

- Kaufman, A. S., Susan Engi Raiford, & Coalson, D. L. (2016). *Intelligent testing with the WISC-V*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Kelly, Y., Kelly, J., & Sacker, A. (2013). Time for bed: Associations with cognitive performance in 7-yearold children: A longitudinal population-based study. *Epidemiology & Community Health*, 67(11), 926-931. doi: 10.1136/jech-2012-202024
- Kendall P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100–110. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.1.100>
- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. (1996). Long-term follow-up of a cognitive behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724–730.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008b). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282–297. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.2.282>
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. (2014). *O livro do gato habilidoso, manual do terapeuta: terapia cognitivo-comportamental para crianças ansiosas* (2nd ed.). *Coisas de Ler*. (Obra original publicada em 2006)
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. and Walters, E., 2005. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, [online] 62(6), p.617. Available at: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208671>> [Accessed 12 November 2020].
- Kirac, D., Akcay, T., & Ulucan, K. (2020). Genetics of Sleep and Sleep Disorders. *Neurological Modulation Of Sleep*, 49-54. doi: 10.1016/b978-0-12-816658-1.00005-3
- Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2008). Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo da prevalência. *Psico-USF*, 13(1), 51–58. doi: 10.1590/s1413-82712008000100007

- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knoff, H. M. (2006). The Seven Sure Solutions to School-based Mental Health Services Success – The Necessary Collaboration Between School and Community Providers. In S. W. Evans, M. D. Weist & Z. N. Serpell (Ed.), *Advancing School-based Mental Health Interventions: Best Practices and Program Models*. Nova Jérícia: Civic Research Institute
- Kodish, I., Rockhill, C., & Varley, C. (2011). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(4), 439–452. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/ikodish>
- Krysanski, L.V. (2003). A Brief Review of Selective Mutism Literature. *The Journal Of Psychology*, (1), 29-40
- IASEA- Instituto para Aprendizagem Social e Emocional. (2021). Retrieved 9 April 2021, from <https://www.jogosparafamilia.com/blog-jogos-educativos>
- Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A., Domachevsky, S., Ginton, L., Kushnir, J., & Gothelf, D. (2015). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal Of Pediatrics*, 175(4), 481-487. doi: 10.1007/s00431-015-2651-0
- Leal, I. (2016). *Iniciação às psicoterapias* (3rd ed.). Lisboa: Fim De Século.
- Lipsitz, J. D., Dworkin, R. H., & Erlenmeyer-Kimling, L. (1993). Wechsler comprehension and picture arrangement subtests and social adjustment. *Psychological Assessment*, 5(4), 430–437. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.4.430>
- Lipton, J., Becker, R., & Kothare, S. (2008). Insomnia of childhood. *Current Opinion In Pediatrics*, 20(6), 641-649. doi: 10.1097/mop.0b013e32831897cb

- Llobet, A. (2020). Terapia cognitiva comportamental: definição e técnicas. Retrieved 26 February 2021, from https://br.psicologia-online.com/terapia-cognitiva-comportamental-o-que-e-e-que-tecnicas-usa-204.html#anchor_2
- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Saúde Mental*, 9.
- Maia, R. (2015). *Prespetiva das crianças sobre o programa amigos para a vida nove meses depois* (Tese). Universidade de Lisboa.
- Magalhães, F. (2020). O que é a Terapia Cognitivo Comportamental e como funciona. Disponível em: <https://fernandomagalhaes.pt/terapiacognitiva/>
- McHolm, E. A., Cunningham, E. C. & Vanier K. M. (2006). *Helping Your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking* (1ª ed.). United States of America: New Harbinger Publications.
- Manzoni, G., Pagnini, F., Castelnovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1). doi: 10.1186/1471-244x-8-41
- Marques, M., Matias, J., Machado, R., Duarte, A., Fonseca, M., & Monteiro, J. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Idade Pediátrica: Papel dos Cuidados de Saúde Primários. *Gazeta Médica*, 5(1), 28-36. doi: 10.29315/gm.v5i1.138
- Martinho, C. (2020). Associação Portuguesa do Sono - Posso ajudar os meus filhos a dormir bem?. Retrieved 1 December 2020, from <https://www.apsono.com/pt/24-noticias/noticias-do-sono/404-posso-ajudar-os-meus-filhos-a-dormir-bem>
- Martins, A. (2012). *Comportamento Materno e Ansiedade na Infância: Estudo Observacional com Crianças em Idade Pré-escolar* (Tese). Universidade de Lisboa.

- Mattos, J., & Mattos, V. (1999). Doença dos tiques: aspectos genéticos e neuroquímicos atuais. Retrieved 1 December 2020, from https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1999000300029&script=sci_arttext
- McNally Keehn, R., Lincoln, A., Brown, M. & Chavira, D. (2012). The Coping Cat Program for Children with Anxiety and Autism Spectrum Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 57–67. doi: 10.1007/s10803-012-1541-9
- Melo, S. (2016). Mutismo Seletivo: Projeto Tagarela (Mestrado). ISPA.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review Of Psychiatry*, 15(1). doi: 10.1080/0954026021000046155
- Meltzer, L., & Mindell, J. (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia. *Journal Of Pediatric Psychology*, 39(8), 932-948. doi: 10.1093/jpepsy/jsu041
- Mendlowitz, S. L., & Monga, S. (2007). Unlocking speech where there is none: Practical approaches to treatment of selective mutism. *The Behavior Therapist*, 30(1), 11–15.
- Mental Health Foundation (1999) Bright Futures: Promoting Children and Young People's Mental Health. London: Mental Health Foundation. In: Leighton, S., & Dogra, N. (2014). (PDF) Defining mental health and mental illness. Retrieved 4 November 2020, from https://www.researchgate.net/publication/255657987_Defining_mental_health_and_mental_illness
- Ministério da Saúde. (n.d.). Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Miller, J. (2003). O livro de referência para a depressão infantil. Brasil: M.Books.

- Mira, R. (2018). *A criança como um poliedro: uma experiência numa IPSS (Relatório de Estágio)*. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Miragaia, M., 2012. *O Psicólogo nos Cuidados Saúde Primários*. Lisboa.
- Monteiro, M. (2014). *A importância do sono nas crianças*. Lisboa, Portugal: Chiado Editora.
- Morgenthaler, T. I., Owens, J., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T. M., Coleman, J., Jr, Friedman, L., Kapur, V. K., Lee-Chiong, T., Pancer, J., Swick, T. J., & American Academy of Sleep Medicine (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1277–1281.
- Moura, I., Rocha, V., Bergamini, G., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L., & Menz, P. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. Retrieved 26 February 2021, from <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/557/495>
- Muris, P., Merckelbach, H., & Collaris, R. (1997). Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy*, 35(10), 929–937. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00050-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00050-8)
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM–5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 151–169. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-015-0181-y>
- Nevo, G. A., & Manassis, K. (2009). Outcomes for treated anxious children: a critical review of Long-Term-Follow-Up studies. *Depression and Anxiety*, 26(7), 650–660. doi: 10.1002/da.20584
- Newman, M., Llera, S., Erickson, T., Przeworski, A., & Castonguay, L. (2013). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 9(1), 275-297. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544

- Nobre, S. (2012). Tiques. Sapo Life Style. Retrieved from <https://lifestyle.sapo.pt/familia/crianca/artigos/tiques>
- Noronha, A.P.P (2009). Testes psicológicos: conceito, uso e formação. Hutz, C.S. Avanços e polémicas em avaliação psicológica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Norris, L., & Kendall, P. (2020). A Close Look Into Coping Cat: Strategies Within an Empirically Supported Treatment for Anxiety in Youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 4–20. doi: 10.1891/0889-8391.34.1.4
- Nunes, M., & Bruni, O. (2015). Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. *Jornal De Pediatria*, 91(6), S26-S35. doi: 10.1016/j.jped.2015.08.006
- Oerbeck, B., Stein, M., Pripp, A., & Kristensen, H. (2014). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 757-766. doi: 10.1007/s00787-014-0620-1
- Ohman, A. (2000). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 573–593). New York: Guilford Press.
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). ADHD: what's new in DSM-5? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49(2). doi: 10.14195/1647-8614_49-2_4
- Olfson, M., 2000. Prevalence of Anxiety, Depression, and Substance Use Disorders in an Urban General Medicine Practice. *Archives of Family Medicine*, [online] 9(9), pp.876-883. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/277478684_Prevalence_of_Anxiety_Depression_and_Substance_Use_Disorders_in_an_Urban_General_Medicine_Practice> [Accessed 11 November 2020].
- Ollendick, T. and Horsch, L., 2007. Fears in Clinic-Referred Children: Relations With Child Anxiety Sensitivity, Maternal Overcontrol, and Maternal Phobic Anxiety. *Behavior*

- Therapy, [online] 38(4), pp.402-411. Available at: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789407000524?via%3Dihub>> [Accessed 12 November 2020].
- Ollendick, T., King, N. and Muris, P., 2002. Fears and Phobias in Children: Phenomenology, Epidemiology, and Aetiology. *Child and Adolescent Mental Health*, [online] 7(3), pp.98-106. Available at: <<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1475-3588.00019>> [Accessed 12 November 2020].
- Ollendick, T., & Seligman, L. (2005). Anxiety-Children. *Encyclopedia Of Cognitive Behavior Therapy*, 39-41. doi: 10.1007/0-306-48581-8_13
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Evidência Científica sobre Custo-Efectividade das Intervenções Psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa.
- Orenes, A., Fernández, J., & Méndez, X. (2019). Separation Anxiety Assessment Scale—Parent Version: Spanish Validation (SAAS-P: Spanish Validation). *Child Psychiatry & Human Development*, 50(5), 826-834. doi: 10.1007/s10578-019-00885-6
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Saúde mental: nova conceção, nova esperança* (1st ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Papalia, D., Feldman, R., & Olds, S. (2001). *O Mundo da Criança* (8th ed.).
- Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: Diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 592-9. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10677>
- Pasadas, C. (2014). *Psicoeducação: Uma Estratégia na Prevenção da Recaída na Pessoa com Perturbação Esquizofrénica* (Tese). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Pedrosa, C., Cruz, G., & Pereira, S. A. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono de uma População Infantil de Vila Nova de Gaia. *Portuguese Journal of Pediatrics (Former Acta Pediátrica Portuguesa)*, 35(4), 323–328. doi: 10.25754/pjp.2004.4980
- Polanczyk, G., Casella, E., Miguel, E., & Reed, U. (2012). Attention deficit disorder/hyperactivity: a scientific overview. *Clinics*, 67(10), 1125-1126. doi: 10.6061/clinics/2012(10)01
- Polanczyk, G., & Rohde, L. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 386–392. doi: 10.1097/ycp.0b013e3281568d7a
- Pombo, S., & Ferro, A. (2018). Cognitive-behavioral protocol for panic disorder: Efficacy in a portuguese sample. Retrieved 6 December 2020, from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v19n3/v19n3a18.pdf>
- Pombo, S., & Ferro, A. (2018). Terapia cognitiva e comportamental para as perturbações de ansiedade: Protocolo de intervenção em contexto psiquiátrico. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 19(3). doi: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190318>
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, Irismar & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo comportamental da depressão. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(Supl II):S73-80
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: teoria e pesquisa.*
- Qin, S., Young, C., Duan, X., Chen, T., Supekar, K., & Menon, V. (2014). Amygdala Subregional Structure and Intrinsic Functional Connectivity Predicts Individual Differences in Anxiety During Early Childhood. *Biological Psychiatry*, 75(11), 892-900. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.10.006
- Rabaça, A. (n.d.). *Perturbações do sono em crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção.* Disponível em:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37393/1/Perturbacoes%20do%20sono%20em%20criancas%20com%20perturbacao%20de%20hiperatividade.pdf>

- Rangel, M. A., Baptista, C., Pitta, M. J., Anjo, S., & Leite, A. L. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31(4), 256–264. doi: 10.32385/rpmgf.v31i4.11553
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Nichols, S., Dasari, M., Flanigan, E., & Hepburn, S. (2009). Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxiety Symptoms in Children With High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Focus On Autism And Other Developmental Disabilities*, 24(1), 27-37. doi: 10.1177/1088357608327666
- Reid, S., & Kolvin, I. (1993). Group psychotherapy for children and adolescents. *Archives Of Disease In Childhood*, 69(2), 244-250. doi: 10.1136/adc.69.2.244
- Ribeiro, C. (2013). *Intervenção em perturbação de ansiedade generalizada em crianças, através de técnicas em grupo – Estudo experimental* (Mestrado). ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Ribeiro, J. (2014). Avaliação da eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão: Um estudo piloto em contexto hospitalar. (Mestrado). Instituto Universitário da Maia.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (XIV), p. 589-599.
- Rice, L. (2007). O enfrentamento do estresse: estratégias cognitivo-comportamentais. Em V. Caballo (Ed.), manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade (pp. 301-336). São Paulo: Santos Editora
- Riera, M., Castells, X., Tobias, A., Cunill, R., Blanco, L., & Capellà, D. (2017). Discontinuation of pharmacological treatment of children and adolescents with attention deficit

- hyperactivity disorder: meta-analysis of 63 studies enrolling 11,788 patients. *Psychopharmacology*, 234(17), 2657-2671. doi: 10.1007/s00213-017-4662-1
- Rocha, I. (2014). *No silêncio das palavras: o gesto consentido* (Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Rodrigues, M., Dias, J. & Freitas, M. (2010). Resolução de problemas interpessoais: Promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15, 831-839.
- Salavessa, M., & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5). Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>
- Salum, G., Blaya, C. and Manfro, G., 2009. Transtorno do pânico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, [online] 31(2), pp.86-94. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/240770140_Transtorno_do_panico> [Accessed 11 November 2020].
- Santiago, C. (2008). *Uma rica experiência: reflexão teórico - vivencial de uma estagiária embasada na Abordagem Centrada na Pessoa* (Tese). Universidade Federal de Pernambuco.
- Santos, F. (2013). *O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde primários* (Tese). Universidade Lusíada.
- Sarafana, S. (2014, February 13). Quando as crianças têm medo | CUF. Retrieved February 27, 2021, from www.cuf.pt website: <https://www.cuf.pt/mais-saude/quando-criancas-tem-medo>
- Schlarb, A., & Brandhorst, I. (2012). Mini-KiSS Online: an Internet-based intervention program for parents of young children with sleep problems – influence on parental behavior and children's sleep. *Nature And Science Of Sleep*, 41. doi: 10.2147/nss.s28337

- Schlarb, A., Schurian, K., Poets, P., & Hautzinger, M. (2011). First effects of a multicomponent treatment for sleep disorders in children. *Nature And Science Of Sleep*, 1. doi: 10.2147/nss.s15254
- Schwind, M., Antoniuk, S., & Karuta, S. (2018). Tic Disorders. *Residência Pediátrica*, 8, 79-85. doi: 10.25060/residpediatr
- Scott, J., Mihalopoulos, C., Erskine, H., Roberts, J., & Rahman, A. (2016). Childhood Mental and Developmental Disorders. In V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan, & M. Medina-Mora (Eds.), *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders* (pp. 145–162). Washington (DC): International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Serra, A., 1980. *O Que É A Ansiedade?*. 2nd ed. [ebook] Psiquiatria Clínica. Available at: <<http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/191/1/O%20que%20%C3%A9%20a%20ansiedade%5B1%5D..pdf>> [Accessed 12 November 2020].
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/>
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10(1). doi: 10.1186/1741-7015-10-99
- Silva, H. C. (2012). Adaptação e validação do Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para crianças portuguesas (Dissertação de mestrado). Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8924/1/678220_Tese.pdf
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., & Silva, D. (2018). Parents' perception of the sleep habits and quality of preschool-aged children. *Revista De Enfermagem Referência*, 17. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17103>

- Silva, F., Silva, C., Braga, L., & Neto, A. (2014). Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire - validation and cross-cultural comparison. *Jornal De Pediatria*, 90(1), 78-84. doi: 10.1016/j.jped.2013.06.009
- Simões, R. (2020). Porque é que as crianças têm medo de dormir no escuro?. *MAAG*.
- Sprich, S., Safren, S., Finkelstein, D., Remmert, J., & Hammerness, P. (2016). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 57(11), 1218-1226. doi: 10.1111/jcpp.12549
- Stepanski, E., & Wyatt, J. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 215-225. doi: 10.1053/smr.2001.0246
- Tavares, L. (2005). Abordagem cognitivo - comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais. (Dissertação, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf>
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (1994). Psicologia da saúde nos cuidados primários. *Análise Psicológica*, 12, 345 - 348.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (1998). Intervenção psicológica em Centros de Saúde. O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2, 217 - 229.
- Torres, A. (2013). *Estratégias parentais para lidar com a ansiedade dos filhos: Diferenças entre mães e pais* (Mestrado). Universidade de Lisboa.
- Torres, R. (2017). *Relação entre os níveis de ansiedade e o desempenho escolar em alunos do ensino fundamental I* (Pós-Graduação). Universidade do Vale do Sapucaí.
- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2010). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine*, 11, 686-691. doi: 10.1016/j.sleep.2009.11.017

- Valido, R. (2016). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Conhecimentos e estratégias pedagógicas dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico*. (Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Vasconcelos, A. (2015). *Uma reflexão crítica acerca da nosografia das perturbações de ansiedade no DSM-5* (Mestrado). ISPA.
- Vaughan, J., Coddington, J., Ahmed, A., & Ertel, M. (2017). Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health Care Providers Should Know. *Journal Of Pediatric Health Care*, 31(4), 433-440. doi: 10.1016/j.pedhc.2016.11.003
- Vian, F. (2019). Terapia cognitivo comportamental de crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção. *Repositório Das Universidades Lusitana*. doi: <https://doi.org/10.34628/szfa-k160>
- Vianna, R., Campos, A., & Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira De Terapias Cognitivas*, 5(1).
- Wang, J., Chen, Y., Tan, C. and Zhao, X., 2015. Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(1), pp.5-11.
- Wang, Y., Zuo, C., Xu, Q., Hao, L., & Zhang, Y. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in subcortical maturation. *Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry*, 104, 110044. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110044
- Wang, Z., Whiteside, S., Sim, L., Farah, W., Morrow, A., & Alsawas, M. et al. (2017). Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders. *JAMA Pediatrics*, 171(11), 1049. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children: Third Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Wechsler, D. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual*. 3ª ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo. P. 309.
- WHO (World Health Organization) (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva: WHO. In: Leighton, S., & Dogra, N. (2014). (PDF) Defining mental health and mental illness. Retrieved 4 November 2020, from https://www.researchgate.net/publication/255657987_Defining_mental_health_and_mental_illness
- Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. (2009). Presenting ADHD Symptoms, Subtypes, and Comorbid Disorders in Clinically Referred Adults With ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1557–1562. <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04785pur>
- Wilens, T., & Spencer, T. (2010). Understanding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder from Childhood to Adulthood. *Postgraduate Medicine*, 122(5), 97-109. doi: 10.3810/pgm.2010.09.2206
- Wood, J., McLeod, B., Sigman, M., Hwang, W. and Chu, B., 2002. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), pp.134-151.
- Wood, J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 50(3), 224-234. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x
- World Health Organization & Wonca (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization.
- Xiong, H., Guo, R., & Shi, H. (2020). Altered Default Mode Network and Salience Network Functional Connectivity in Patients with Generalized Anxiety Disorders: An ICA-

Based Resting-State fMRI Study. *Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine*, 2020, 1-9. doi: 10.1155/2020/4048916

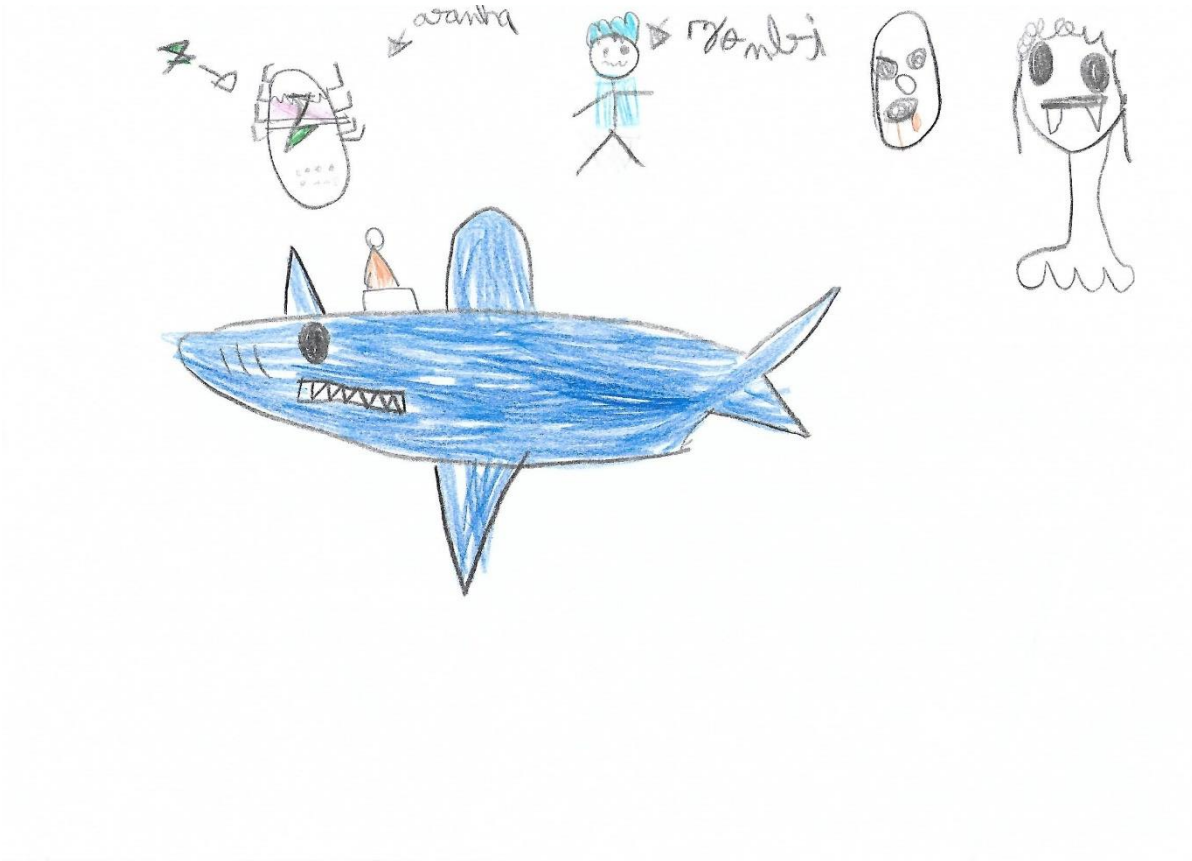
Yapici Eser, H., Kacar, A., Kilciksiz, C., Yalçınay-Inan, M. and Ongur, D., 2018. Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study. *Frontiers in Psychiatry*, [online] 9. Available at: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00229/full>> [Accessed 11 November 2020].

Yen, C.-F., Chen, Y.-M., Cheng, J.-W., Liu, T.-L., Huang, T.-Y., Wang, P.-W., Yang, P., & Chou, W.-J. (2014). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Improving Anxiety Symptoms, Behavioral Problems and Parenting Stress in Taiwanese Children with Anxiety Disorders and Their Mothers. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(3), 338–347. doi: 10.1007/s10578-013-0403-9

Østergaard, K. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 72(4), 240-250. doi: 10.1080/08039488.2018.1439530

12. Anexos

12.1. Anexo A- Desenho elaborado pelo B.



12.2. Anexo B – Resultados da Escala Manifesta da Ansiedade (Caso B)

SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO
EDUCACIONAL
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA
EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE LISBOA

ESCALA DE ANSIEDADE MANIFESTA (Versão portuguesa de A. Fonseca, 1992)

Segue-se uma lista de frases que descrevem como as pessoas às vezes se sentem. Faz um círculo à volta do SIM ou do NÃO, que se segue a cada frase, conforme concordares ou não que ela se aplica à tua maneira de ser.

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Tenho dificuldade em decidir-me. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 2. Fico nervoso(a) quando as coisas não me correm bem. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 3. Parece que as outras pessoas fazem as coisas mais facilmente do que eu. | <input type="radio"/> SIM | <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 4. Gosto de todas as pessoas que conheço. | <input type="radio"/> SIM | <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 5. Tenho frequentemente dificuldades em respirar. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 6. Ando muitas vezes preocupado(a). | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 7. Tenho medo de muitas coisas. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 8. Sou sempre amável. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 9. Fico facilmente magoado(a) e furioso(a). | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 10. Preocupo-me com o que os meus pais me irão dizer. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 11. Sinto que os outros não gostam da maneira como eu faço as coisas. | <input type="radio"/> SIM | <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 12. Tenho sempre boas maneiras. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 13. Tenho dificuldade em adormecer à noite. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 14. Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 15. Sinto-me só mesmo quando estão outras pessoas comigo. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 16. Comporto-me sempre bem. | <input type="radio"/> SIM | <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 17. Sinto-me enjoado(a) muitas vezes. | <input type="radio"/> SIM | <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 18. Fico facilmente magoado(a). | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 19. Sinto as minhas mãos suadas. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 20. Sou sempre bem educado(a) para com todos. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 21. Canso-me muito. | <input type="radio"/> SIM | <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 22. Preocupo-me com o que vai acontecer. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 23. As outras pessoas são mais felizes do que eu. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 24. Digo sempre a verdade. | <input type="radio"/> SIM | <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 25. Tenho maus sonhos. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 26. Fico facilmente magoado(a) quando ando chateado(a). | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |

27. Sinto que alguém me vai dizer que ando a fazer mal as coisas. SIM NÃO
28. Nunca me irritado. SIM NÃO
29. Às vezes acordo assustado(a). SIM NÃO
30. Fico preocupado(a) quando à noite vou para a cama. SIM NÃO
31. Tenho dificuldade em concentrar-me no meu trabalho escolar. SIM NÃO
32. Nunca digo coisas que não deveria dizer. SIM NÃO
33. Mexo-me muito na minha cadeira. SIM NÃO
34. Sou nervoso(a). SIM NÃO
35. Há muita gente que é contra mim. SIM NÃO
36. Nunca minto. SIM NÃO
37. Preocupo-me muitas vezes que me vá acontecer alguma coisa. SIM NÃO

28

12.3. Anexo C- Resultados da Escala Manifesta da Ansiedade (Caso C)

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------|
| 27. Sinto que alguém me vai dizer que ando a fazer mal as coisas. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 28. Nunca me irritado. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 29. Às vezes acordo assustado(a). | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 30. Fico preocupado(a) quando à noite vou para a cama. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 31. Tenho dificuldade em concentrar-me no meu trabalho escolar. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 32. Nunca digo coisas que não deveria dizer. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 33. Mexo-me muito na minha cadeira. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 34. Sou nervoso(a). | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 35. Há muita gente que é contra mim. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 36. Nunca minto. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| 37. Preocupo-me muitas vezes que me vá acontecer alguma coisa. | <input checked="" type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |

24