

**UNIVERSIDADE DO PORTO**

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*

*Serviço de Consulta Psicológica do CPDEC*

**RELATÓRIOS DE INVESTIGAÇÃO  
DE  
ESTUDOS DE PSICOLOGIA CLÍNICA INFANTIL**

Elaboração de um Perfil de Clientes do Serviço de Consulta do Centro  
de Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança -  
*Caracterização Sócio-familiar e Tipos de Problemáticas dos Clientes  
do Serviço de Consulta*

A Organização do Processo de Consulta Psicológica

Marina Serra de Lemos

Luísa Soares

Margarida Rangel Henriques

Porto, 2000

**INDICE**

<b>1. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	<b>4</b>
<b>2. Estudo 1: ELABORAÇÃO DE UM PERFIL DE CLIENTES DO SERVIÇO DE CONSULTA DO CENTRO DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO DA CRIANÇA - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR E TIPOS DE PROBLEMÁTICAS DOS CLIENTES DO SERVIÇO DE CONSULTA</b>	<b>12</b>
2.1. Participantes	12
2.2. Procedimentos	12
2.3 Apresentação e discussão dos resultados referentes aos aspectos sócio-familiares	15
2.4 Apresentação e discussão dos resultados referentes aos pedidos	18
2.5 Análise e discussão dos resultados referentes ao diagnóstico	26
2.6 Síntese	38
<b>3. Estudo 2: A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONSULTA PSICOLÓGICA</b>	<b>39</b>
3.1. Métodos e técnicas de avaliação/diagnóstico	41
3.2. Modalidades, estratégias e programas de intervenção	44
3.3. Os alvos de intervenção	49
3.4. Síntese	49
<b>4. ALGUMAS PISTAS ORIENTADORAS PARA O TRABALHO CLÍNICO E DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>51</b>
<b>5. CONCLUSÕES</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>55</b>

ANEXOS

## ESTUDOS DE PSICOLOGIA CLÍNICA INFANTIL

**Sumário** – Visando um progressivo aprofundamento da formação, intervenção e investigação no domínio da consulta psicológica, o Serviço de Consulta do CPDEC – Centro de Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto desenvolve continuamente um conjunto de pesquisas. Neste âmbito um primeiro estudo teve como objectivo principal a caracterização dos utentes deste Serviço, quanto a aspectos sócio-familiares e às problemáticas apresentadas. Num outro estudo procurou-se identificar e sistematizar o processo de avaliação/intervenção desenvolvido e aplicado no serviço. Os estudos incidiram sobre os casos iniciados e terminados entre os anos de 1985 e 1997 o que perfaz um total de 257 sujeitos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 2 e os 16 anos. Os objectivos foram concretizados em várias etapas: a) análise das fichas de inscrição, onde constam os dados pessoais, sociais e familiares, bem como o pedido de consulta de cada caso; análise de cada processo de consulta, no sentido de recolher dados sobre b) o diagnóstico do psicólogo, c) os instrumentos de avaliação e os programas, estratégias e alvos de intervenção. Os resultados do primeiro estudo, mostram que a maioria dos pedidos efectuados pelos pais (ou outros que solicitaram a consulta) na altura da inscrição da criança no serviço estão relacionados em primeiro lugar com dificuldades de desenvolvimento e de aprendizagem, em segundo lugar com problemas sócio-emocionais e em terceiro lugar com perturbações do sistema familiar. Relativamente ao diagnóstico do psicólogo, encontramos também por ordem decrescente de frequência primeiro as perturbações do desenvolvimento e da aprendizagem, depois as perturbações sócio-emocionais e seguidamente as transições no desenvolvimento da família. Quanto aos instrumentos de avaliação, os mais utilizados são os instrumentos de avaliação do comportamento da criança no contexto escolar, seguindo-se os instrumentos de avaliação da área intelectual, em terceiro lugar os instrumentos de avaliação da área sócio-emocional e por último os instrumentos de avaliação do desenvolvimento. As estratégias e programas mais frequentemente utilizados são o treino parental, no sentido de modificação das práticas educativas dos pais, as estratégias cognitivo-comportamentais (sistema de fichas, dessensibilização sistemática, programas educativos individuais) e os programas de competências de estudo. Os principais alvos de intervenção são os pais e a criança seguindo-se o professor. À medida que se foram desenvolvendo os procedimentos de recolha e análise de dados novas hipóteses de trabalho foram surgindo, contribuindo assim para desenvolver um outro projecto (em curso), que tem por objectivo conhecer o percurso desenvolvimental dos antigos utentes deste serviço. Neste sentido, elaborou-se, administrou-se e analisaram-se as respostas a um questionário de *follow-up*, efectuado por telefone às mães de cada criança da amostra.

## 1. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Identificar o tipo de problemas infantis que mais frequentemente suscitam um pedido de apoio psicológico, bem como a idade, sexo, história escolar e características sócio-profissionais constitui um importante alvo de atenção. Os avanços que têm vindo a ser feitos no campo da saúde mental nas últimas décadas, devem-se em grande escala à evolução dos estudos relativamente à epidemiologia, diagnóstico, e à consistência entre o tratamento e o diagnóstico. A compreensão acerca das perturbações mentais na infância tem beneficiado desta evolução da investigação da psicopatologia do adulto. Contudo, a psicopatologia infantil é um campo único e ainda pouco fundamentado em termos de investigação.

A investigação mostra que o comportamento é multideterminado (Rutter, 1989) e que um grande número de factores interagem e contribuem para que ocorram problemas comportamentais e emocionais. Factores genéticos, biológicos, interpessoais e ambientais influenciam-se mutuamente ao colocarem a criança em risco de desenvolver perturbações comportamentais e emocionais. Segundo Reineke, Dattilio & Freeman (1996) o nosso desafio como clínicos e investigadores é tentar compreender as formas como os factores cognitivos, biológicos e ambientais interagem entre si quando ocorre uma psicopatologia na criança. Esta tarefa é de facto complicada na medida em que diferentes factores parecem ser mais ou menos importantes em diferentes fases do desenvolvimento.

A perspectiva desenvolvimental da psicopatologia incorpora o funcionamento biológico e o funcionamento comportamental num modelo de sistema geral de regulação do desenvolvimento. Ela identifica os factores que influenciam a capacidade da criança para organizar a experiência e conseqüentemente o seu nível de funcionamento adaptativo. O seu objectivo é tentar explicar como é que o indivíduo e o contexto trabalham em conjunto de forma a produzirem padrões de funcionamento adaptativos e desadaptativos e de que forma o funcionamento passado e presente poderão influenciar a adaptação futura (Sameroff & Emde, 1989). É desta forma que a psicopatologia desenvolvimental aplica os princípios

desenvolvimentais para compreender os percursos que levam aos comportamentos desadaptativos, tentando explicar tanto as continuidades como descontinuidades nos padrões individuais do comportamento.

Um dos princípios que emerge desta abordagem é que a criança deverá sempre ser analisada nos seus contextos habituais. A perspectiva contextual, por sua vez, tem procurado identificar as características dos contextos de vida da criança, e o seu impacto nos resultados (quantitativos e qualitativos) do desenvolvimento infantil. A orientação ecológica perspectiva cada criança como uma entidade completa, cercada por um mini sistema social. Quando os vários aspectos dos sistemas da criança co-existem harmoniosamente, o ecossistema é congruente ou equilibrado. Mas, quando essa congruência não existe, é provável que a criança tenha um funcionamento desadaptativo (sem harmonia com as normas sociais) ou seja incompetente (incapaz de actuar adequadamente no seu contexto). Quando esta situação ocorre, os ecologistas referem que o sistema não está equilibrado, que determinados elementos estão em conflito uns com os outros, e é justamente nesses elementos que deveremos intervir para solucionar o problema (Apter, 1982). O comportamento desadequado é visto pois como o produto da interacção entre a criança e os elementos do contexto. Qualquer um dos elementos do contexto (e/ou as suas interacções) poderão estar envolvidos no desenvolvimento de uma potencial perturbação comportamental.

Segundo Achenbach, (1995) o século XX produziu vários paradigmas no que diz respeito às abordagens do desenvolvimento e da psicopatologia: o termo desenvolvimento é usado para compreender o processo, as mudanças, sequências e características que estão tipicamente associadas com a idade cronológica ou com outros parâmetros de desenvolvimento, tais como a idade mental. O termo psicopatologia é usado para compreender o comportamento persistente, pensamentos e emoções que impedem a concretização de tarefas desenvolvimentais, necessárias para uma adaptação a longo prazo.

Os presentes estudos inscrevem-se numa linha de investigação mais geral, que pretende fornecer orientações para a progressiva organização e estruturação da

formação, intervenção e investigação clínica com crianças. Decorre ainda da oportunidade de concretizar de forma produtiva a *aliança* entre a investigação e a prática a partir da prestação de serviços à comunidade. De facto, temos acesso a uma população significativa de clientes, de recursos materiais e humanos que contribuem de forma directa e indirecta para o processo de consulta, o que nos permite conciliar uma dupla vertente do exercício da função de psicólogos clínicos: a sua função como práticos e como investigadores.

## ***Psicopatologia da Criança: Selecção de Temas***

### **I. Teoria e Prática**

A investigação sobre a psicopatologia da criança está ainda em crescimento, tal como está em crescimento o número de clínicos que lidam com crianças com perturbações. Contudo, a investigação tem-se expressado ao longo de várias publicações, enquanto os clínicos observam as crianças em diferentes contextos, que vão desde a clínica privada, à intervenção social no terreno, às clínicas de saúde mental, nos contextos pediátricos, escolas, tribunais e hospitais.

Na opinião de Achenbach (1995), poucos clínicos têm o tempo e disponibilidade necessárias para recorrer a fontes literárias, de forma a que estas sejam instrumentos úteis na sua prática profissional. Como tal, existe um grande fosso entre a investigação sobre psicopatologia da criança e os serviços que as crianças realmente recebem. Alguns conceitos e procedimentos de avaliação poderão ser idiossincráticos para determinados clínicos, ou impraticáveis ou desacreditados do ponto de vista da investigação. Contudo, tanto a prática como a investigação poderão beneficiar se progressivamente formos partilhando os mesmos procedimentos de avaliação, taxonomia e sistemas de informação, apesar das diferenças encontradas entre uma e outra.

## II. Categorização

Costello & Angold, (1995), referem que fazer um diagnóstico implica “*situar um indivíduo numa determinada categoria*”. Em qualquer contexto, em que as decisões têm de ser tomadas no sentido de prevenir ou tratar uma doença, é necessário criar categorias, de forma a que seja possível medir os resultados de uma prevenção primária, ou para calcular os custos e benefícios de uma determinada intervenção.

Os autores salientam que cada geração lida com uma nova classificação, baseada normalmente num novo conjunto de ideias acerca das causas da doença. Nos últimos 100 anos na psicopatologia da criança tem-se assistido a um movimento que se inicia com uma classificação baseada em causas genéticas, com manifestações biológicas degenerativas, passando pela era psicodinâmica em que as perturbações eram definidas pela sua etiologia, até aos dias actuais, em que o esforço para definir as perturbações vai no sentido da observação das características visíveis, evitando as inferências etiológicas que não sejam empiricamente testáveis (American Psychiatric Association, 1987).

Os primeiros trabalhos epidemiológicos feitos sobre perturbações mentais na criança e adolescente remontam ao século XIX, e foram elaborados para responder à questão de como classificar e intervir com crianças com perturbações mentais graves. A principal preocupação era identificar a natureza do défice, e descobrir o número exacto de crianças com perturbação. Nos meados do século XX, os epidemiologistas focaram-se na outra ponta do espectro, examinando a linha de demarcação entre o normal e o patológico. Nas últimas duas décadas, a maior preocupação tem sido a de desenvolver formas de contabilizar o número de crianças na comunidade que têm perturbações mentais e que se enquadram nos critérios do sistema de diagnóstico (DSM – “Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994). Apesar destas mudanças, a tarefa básica da epidemiologia – identificar ligações causais entre factores de risco e consequências, com o objectivo de controlar e prevenir, tem sido a linha de orientação do processo de investigação ao longo do século XX. Contudo, tem estado menos presente um esforço para incluir tópicos

desenvolvimentais no conhecimento básico, ou então métodos desenvolvimentais na metodologia da investigação epidemiológica.

Estas últimas constituem linhas orientadoras da epidemiologia desenvolvimental. Esta, pode ser vista como o estudo da interacção entre os processos desenvolvimentais do organismo (criança) e da perturbação (doença). Nagel (1957, In, Costello & Angold, 1995) define desenvolvimento como um conceito que envolve dois componentes essenciais: a noção de um sistema que possui uma estrutura definida e um conjunto definido de capacidades pré-existentes; e a noção de um conjunto sequencial de mudanças no sistema, relativamente permanente mas com abertura suficiente para novos incrementos, não só na sua estrutura como também nos seus modos de funcionamento.

Costello & Angold, (1995) referem que o processo de evolução da doença tem muito em comum com o desenvolvimento: "é programado pela natureza da transformação do organismo que começa o processo, e geralmente segue um curso regular, embora com algumas variações. Para além disso, existe integração hierárquica à medida que a doença se desenvolve. Cada estágio no desenvolvimento de uma determinada doença forma-se a partir dos estádios anteriores, e muitas das manifestações desses estádios anteriores são integradas, mais tarde, noutra sintomatologia."(pág. 43).

### **III. Curso de Evolução**

A epidemiologia desenvolvimental pressupõe mudança e continuidade na psicopatologia. Isto permite questionarmo-nos acerca das razões da perturbação ao longo do desenvolvimento. Por exemplo, qual é a idade em que frequentemente aparece determinada perturbação? As perturbações tendem a ocorrer em simultâneo? A prevalência de determinadas perturbações muda à medida que a criança se desenvolve? Qual é o padrão de continuidade desde a infância até à adolescência e idade adulta? Neste sentido, é necessário também compreender o impacto dos factores de risco nas perturbações, ao longo do tempo.

Alguns estudos, que usaram as categorias do DSM relativamente a estas questões, chegaram à conclusão de que embora as proporções de determinadas perturbações mudem consideravelmente ao longo da infância e da adolescência, também existe alguma continuidade ao longo do tempo, ou seja, as crianças às quais é diagnosticada uma perturbação numa primeira avaliação, têm maior probabilidade de, numa segunda avaliação virem a ser diagnosticadas novamente com uma perturbação.

#### IV. Avaliação e Diagnóstico

Segundo Achenbach (1995), o diagnóstico, a avaliação e um sistema taxonómico são processos fundamentais na investigação psicopatológica com crianças, porque todos eles procuram distinguir o normal do patológico e dentro deste diferentes patologias. Se procurarmos estudar a psicopatologia a partir de perspectivas desenvolvimentais, estes três processos de *diagnóstico*, *avaliação* e *taxonomia* são portanto um ponto de partida essencial.

Achenbach e Edelbrock, (1983) realizaram vários estudos sobre a forma como os sintomas se associavam em grupos, em crianças de diferentes idades. Para 4 grupos de crianças – raparigas e rapazes, dos 4 aos 11 anos e dos 12 aos 16 anos, identificaram duas grandes categorias de síndromes - Internalizados e Externalizados - e sub-categorias. As categorias Internalizados e Externalizados, foram as dimensões mais consistentes e válidas para classificar os problemas emocionais e comportamentais das crianças e reflectem a distinção entre perturbações da conduta e perturbações emocionais, feita pela "International Classification of Diseases", (World Health Organization, 1978).

O trabalho de Achenbach e colaboradores tem fornecido poderosos instrumentos para a epidemiologia desenvolvimental, tanto numa vertente prática como conceptual. Por exemplo, Verhulst e Van der Ende (1992) usaram a escala de Achenbach para traçar padrões de continuidade e mudança nos problemas emocionais e comportamentais, numa comunidade de crianças na Holanda.

Estes instrumentos têm sido traduzidos em várias línguas, de forma a que seja possível efectuarem-se estudos inter-culturais de generalização e associação dos sintomas e síndromes identificados.

As abordagens que dominam a avaliação psicopatológica baseiam-se maioritariamente em pacientes adultos que são a maior fonte de informação acerca de si próprios. O modelo de avaliação do adulto tem sido estendido às crianças, a partir de entrevistas estruturadas tais como o DISC – *Diagnostic Interview Schedule for Children*, (Shaffer, 1992) e a DICA – *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (Reich, Shayka & Taibleson, 1992). Estas entrevistas têm por objectivo elaborar um diagnóstico através de perguntas efectuadas às crianças acerca da presença ou ausência dos critérios apresentados nas categorias do DSM. As crianças parecem ser uma fonte de informação menos fidedigna do que os adultos. Por exemplo, antes da adolescência, as crianças não estão cognitivamente capazes de identificar os tipos de problemas que definem uma categoria de diagnóstico, raramente se referem a si próprias como necessitando de intervenção psicológica. Assim, aquilo que equaciona a perturbação na criança é ainda mais difícil de detectar do que no adulto. Na criança, a necessidade de intervenção, ou o pedido de ajuda, poderá mesmo ter mais a ver com as características das pessoas significativas para criança (pais, professores) do que com o próprio comportamento ou sentimento da criança. (Costello & Janiszewski, 1990; Dulcan, M. K., Costello, E. J., Edelbrock, C., Brent, D. & Janiszewski, S., 1990; Shepard, M., Oppenheim, B. & Mitchell, S., 1971, In, Costello & Angold, 1995). A investigação teste-reteste mostra que as crianças afirmam a presença de mais problemas numa entrevista inicial do que numa entrevista feita posteriormente. As crianças entre os 6 e os 9 anos de idade identificaram 33% a mais de sintomas na entrevista inicial (DISC), do que na segunda entrevista, alguns dias depois. Mesmo entre os 10 e os 13 anos, houve um declínio de 24%, e entre os 14 e os 18 anos o declínio foi de cerca de 16%. (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas & Conover, 1985). Contudo, esta investigação feita com adultos revela também um declínio entre o teste-reteste (Robins, 1985), mas o efeito atenuante é muito menor em adultos do que em crianças.

Todavia, as entrevistas efectuadas às crianças continuam a ser uma componente essencial no processo de avaliação clínica, mas não parecem fornecer uma base suficiente para a elaboração de um diagnóstico. A recolha de informação junto das pessoas significativas para a criança (pais, professores, outros) é essencial para obtermos uma avaliação compreensiva.

Para obter um quadro exacto da psicopatologia é essencial conduzir os procedimentos de avaliação tendo em conta os estádios desenvolvimentais dos sujeitos, para determinar que características estão associadas ao desvio clínico em cada estágio, de forma a construir taxonomias que traduzam características típicas de cada estágio desenvolvimental. As características que discriminam as várias formas de desvio mudam ao longo do desenvolvimento, e por isso é importante na avaliação e na taxonomia ter em conta estas mudanças desenvolvimentais que ocorrem em cada criança, para que as mesmas crianças possam ser estudadas longitudinalmente.

## 2. ESTUDO 1: ELABORAÇÃO DE UM PERFIL DE CLIENTES DOS SERVIÇOS DE CONSULTA PSICOLÓGICA - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR E TIPOS DE PROBLEMÁTICAS DOS CLIENTES DO SERVIÇO DE CONSULTA

### 2.1. Participantes

Este estudo incluiu todos os casos atendidos e terminados entre 1985 e 1997 num total de 257 sujeitos com idades compreendidas entre os 2 os 16 anos. Desenvolveu-se ao longo do período que decorre entre Janeiro de 1998 e Outubro de 1999.

### 2.2. Procedimentos

A recolha de informação foi feita com base na *ficha de inscrição* que inclui a informação indicada no Quadro 1.

Quadro 1- *Ficha de inscrição*

Nome.....
Data de nascimento..... (anos)
Morada.....
Ano de escolaridade.....
<b>Motivo do pedido.....</b>
Data de inscrição.....

A informação acerca das características sócio-familiares foi organizada de forma a poder ser analisada no que diz respeito ao: nível sócio económico, idade, ano de escolaridade e sexo.

Os dados foram analisados através do programa de análise estatística SPSS, tendo sido calculadas as frequências e correlações entre as variáveis.

No que concerne à recolha de informação sobre os pedidos. (problemáticas) referente à 2ª fase, recorreremos à análise de conteúdo, oscilando entre uma

análise indutiva e uma análise feita à luz de uma grelha prévia tendo por base o DSM-IV e outras classificações da psicopatologia. Neste sentido começamos por transcrever o conteúdo dos pedidos de forma quase directa. Surgiu assim, uma lista bastante extensa de tipos de pedidos que seguidamente organizamos em categorias. Note-se que um mesmo caso pode apresentar vários pedidos, sendo estes classificados em diferentes categorias. Depois de agrupados, identificaram-se 38 tipos de pedidos (Quadro 2).

Quadro 2 - Tipos de pedidos

DA - DIFICULDADES NA APRENDIZAGEM	MO - MORTE
DX - DISLEXIA	NEG - NEGLIGÊNCIA
DI - DIFICULDADES INTELECTUAIS	PE - PROBLEMAS ECONÓMICOS
PA - PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE	AS - ABUSO SEXUAL
ME - MEDOS	PS - PERTURBAÇÕES DA SAÚDE
RE - RECUSA ESCOLAR	PRI - PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL
VO - VÓMITOS	DP - DIFICULDADES PARENTAIS
DF - DORES FÍSICAS	PALI - PROBLEMAS ALIMENTAÇÃO
TI - TIQUES	PELI - PROBLEMAS DA ELIMINAÇÃO
PL - PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM	PS - PROBLEMAS DE SONO
GAG - GAGUEZ	PIC - PROBLEMAS DA IMAGEM CORPORAL
PC - PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	LAT - LATERALIDADE
PSF - PERTURBAÇÕES DO SISTEMA FAMILIAR	DE - DESORGANIZAÇÃO ESPACIAL
DIV - DIVÓRCIO	PP - PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE
ADO - ADOPÇÕES	MO - DIFICULDADES MOTORAS
CIU - CIUMES	CO - CONCENTRAÇÃO
PSP - PERTURBAÇÕES DE SAÚDE DOS PAIS	ME - MEMÓRIA
ATD - ATRASOS NO DESENVOLVIMENTO	PI - PROBLEMAS DE IMATURIDADE
AVD - PRECOCIDADE NO DESENVOLVIMENTO	PHA - PERTURBAÇÕES DO HUMOR E DA AFECTIVIDADE

Para uma análise global dos pedidos mais frequentes enquadrámos estas 38 categorias noutras 7 mais gerais:

1. **Dificuldades de Desenvolvimento e de Aprendizagem** (incluem-se aqui as dificuldades de aprendizagem, dislexia, dificuldades intelectuais, atrasos de

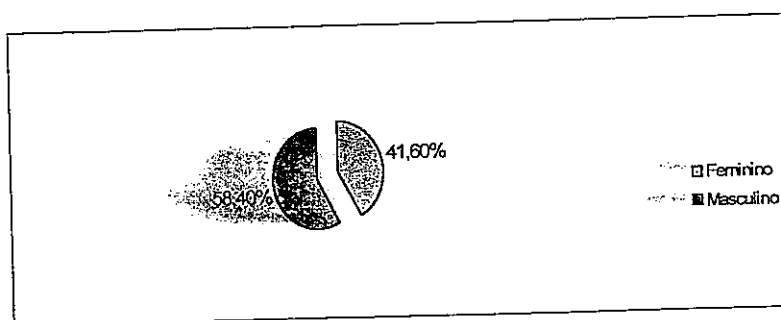
desenvolvimento, precocidade no desenvolvimento, problemas de lateralidade, desorganização espacial, motoras, concentração e memória)

2. **Problemas de Conduta**
3. **Problemas Relacionados com Funções Fisiológicas** (problemas de alimentação, eliminação e do sono)
4. **Problemas Sócio-emocionais** (perturbações da ansiedade, medos, recusa escolar, vômitos e/ou dores físicas face a situações stressantes, tiques, problemas de relacionamento interpessoal, imaturidade, perturbações do humor e da afectividade, problemas da imagem corporal)
5. **Problemas Pervasivos do Desenvolvimento** (perturbações da saúde, perturbações da personalidade)
6. **Perturbações do Sistema Familiar** (divórcio, adopção, ciúmes, perturbações de saúde dos pais, morte, negligência, problemas económicos, abuso sexual, dificuldades parentais)
7. **Problemas de Linguagem** (gaguez)

### 2.3 Apresentação e Discussão dos Resultados Referentes aos Aspectos Sócio-familiares

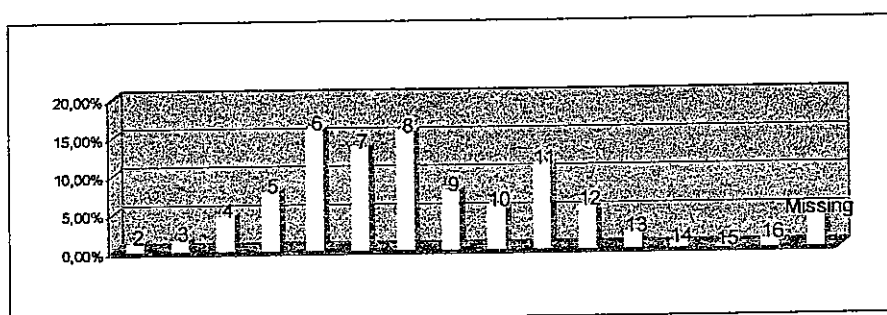
A maior parte das crianças atendidas no serviço é do sexo masculino (Figura 1).

Figura 1: Distribuição dos casos atendidos por sexo



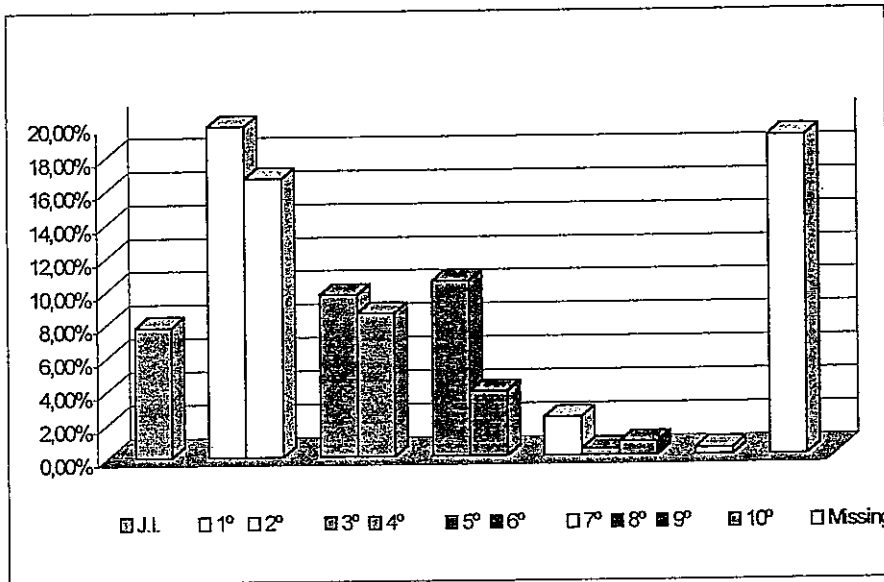
No que diz respeito à distribuição desta população por idade (Figura 2), a maior parte da população que recorre ao serviço (cerca de 45%) tem 6 e 8 anos. A percentagem de casos omissos é relativamente baixa (4,3%). Os 6, 7, 8 e 11 anos constituem as idades mais frequentes dos casos atendidos. Este facto poderá relacionar-se com a ocorrência de alguns episódios desafiantes no desenvolvimento infantil, como sejam a entrada para o 1º Ciclo do Ensino Básico, a sua capacidade de gerir essa transição ao longo dos 6/7 e 8 anos e a passagem para o 2º ciclo que normalmente ocorre pelos 10, 11 anos.

Figura 2: Distribuição da amostra por idade



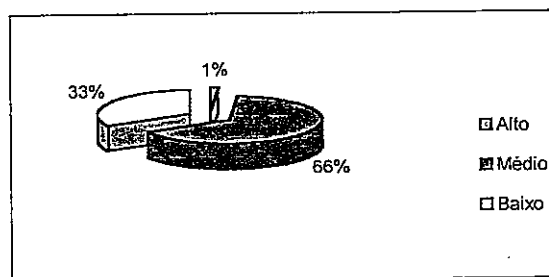
De facto, na distribuição da população por ano de escolaridade (Figura 3), verificamos que a maior parte das crianças que recorrem a este serviço se encontra nas grandes fases de transição escolar, ou seja no 1º e 2º anos do 1º Ciclo do Ensino Básico e na transição para o 2º Ciclo do Ensino Básico (5º ano).

Figura 3: Distribuição da população por ano de escolaridade



Relativamente à caracterização desta população em termos de nível sócio-económico (Figura 4), utilizou-se a escala de Graffar. A grande maioria é de nível médio (66%), e cerca de 33% de nível baixo, havendo contudo um grande número de casos em que não foi possível averiguar a profissão do pai (cerca de 187 casos).

Figura 4: Distribuição da população por nível sócio-económico



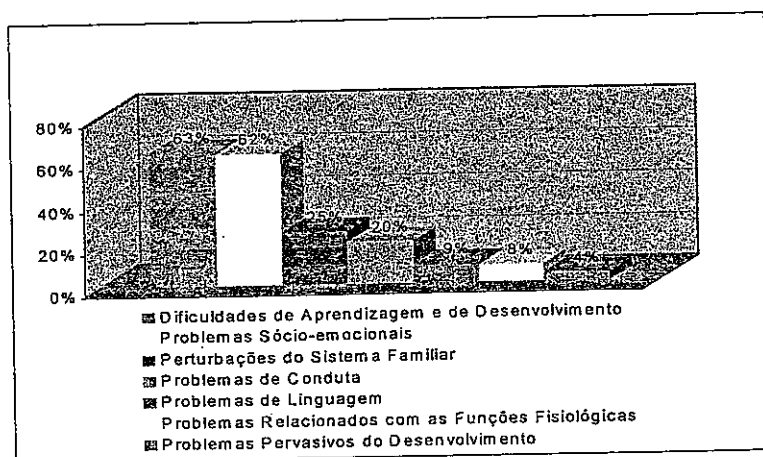
Em síntese, a população que recorre a este serviço é predominantemente constituída por crianças do sexo masculino, de 8 anos de idade que frequentam o 2º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico e provenientes de um meio sócio económico médio-baixo.

## 2.4 Apresentação e Discussão dos Resultados Referentes aos Pedidos

No que diz respeito aos pedidos registados nas fichas de inscrição analisámos os mais frequentes e ainda associações entre diferentes pedidos, procurando detectar tendências de associação entre vários pedidos. Por exemplo, pretendíamos saber se, *quando aparece um pedido relacionado com dificuldades de aprendizagem, há tendência para aparecer problemas de conduta.*

Verificámos que os pedidos que aparecem com maior frequência, (Figura 5) são as Dificuldades de Desenvolvimento e de Aprendizagem e os Problemas Sócio-emocionais. Seguidamente com uma frequência bastante menor surgem as Perturbações do Sistema Familiar e os Problemas de Conduta.

Figura 5: Tipo de problemáticas apresentadas nos pedidos



Relativamente à distribuição dos vários tipos de problemáticas por sexo, idade, nível de escolaridade e NSE, (apresentada no Quadro 3), os resultados mostram que os rapazes apresentam-se maioritariamente nas várias categorias, sendo nas Perturbações do Desenvolvimento e da Aprendizagem (PDA) que a diferença

entre rapazes e raparigas é maior ( $72\% - 28\% = 44\%$ ), ou seja, 72% das crianças com PDA são do sexo masculino. Relativamente à sua ocorrência consoante a idade, esta categoria aparece mais usualmente aos 6, 7, 8 e 9 anos, curiosamente durante o 1º Ciclo do Ensino Básico, mais frequentemente no 1º, 2º, 4º e 5º anos de escolaridade. O nível sócio económico desta categoria (PDA) é maioritariamente médio (32%).

Aos 8 anos, os pedidos relacionados com PES parecem surgir com maior frequência, sendo no 2º ano de escolaridade que a sua ocorrência é também maior. Este grupo de pedidos são feitos maioritariamente pela classe média e média/alta (76%).

As TDF, aparecem maioritariamente aos 6 anos, ocorrendo com maior frequência no 1º ano de escolaridade sendo estes pedidos efectuados maioritariamente pela classe média/alta (45%).

Aos 6 e aos 8 anos as PRFF são também mais frequentes, ocorrendo quase de forma equitativa tanto nos rapazes como nas raparigas e aparecem maioritariamente ao longo do 1º ano de escolaridade, sendo também o grupo da classe média/alta que faz mais este tipo de pedidos (45%).

Os pedidos relacionados com as PDCDA são mais frequentes aos 8 anos e aparecem mais ao longo do 2º ano de escolaridade. Os rapazes de nível sócio económico médio e médio/alto são aqueles que apresentam em grande escala este tipo de pedidos.

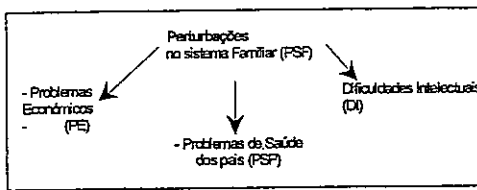
É também ao longo do 2º ano de escolaridade que as PES e as PDA ocorrem em maior percentagem, sendo esses os principais tipos de pedidos que surgem no sexo feminino. Aos 6 anos sucede uma grande percentagem de TDF e a classe social predominante que faz este tipo de pedido é média/alta. De facto, as transições no desenvolvimento da família (TDF) e as perturbações relacionadas com as funções fisiológicas (PRFF) fazem-se notar mais na classe média/alta, enquanto que as perturbações do desenvolvimento e da aprendizagem e as perturbações emocionais e sociais surgem mais na classe média.

Quadro 3 - Frequência das 6 problemáticas por sexo, idade, nível de escolaridade e NSE.

	PDA	PES	TDF	PRFF	PS	PDCDA
<b>Sexo</b>						
F	20 (28%)	22 (39%)	12 (34%)	11 (48%)	2 (33%)	6 (24%)
M	51 (72%)	34 (61%)	23 (66%)	12 (52%)	4 (67%)	19 (76%)
<b>Total (N=250)</b>	<b>71 (100%)</b>	<b>56 (100%)</b>	<b>35 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>6 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>
<b>Idade (Anos)</b>						
2	2 (3%)	1 (2%)	1 (3%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (4%)
3	0 (0%)	1 (2%)	1 (3%)	2 (10%)	0 (0%)	1 (4%)
4	2 (3%)	2 (4%)	3 (9%)	1 (5%)	1 (20%)	2 (8%)
5	4 (6%)	3 (5%)	2 (6%)	2 (10%)	1 (20%)	0 (0%)
6	8 (11%)	9 (16%)	8 (23%)	4 (18%)	0 (0%)	4 (17%)
7	9 (13%)	6 (11%)	3 (9%)	3 (14%)	1 (20%)	2 (8%)
8	14 (20%)	12 (23%)	7 (20%)	4 (18%)	2 (40%)	6 (26%)
9	7 (10%)	3 (5%)	1 (3%)	1 (5%)	0 (0%)	3 (13%)
10	4 (6%)	3 (5%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
11	8 (11%)	9 (16%)	5 (15%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (8%)
12	4 (6%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)
13	2 (3%)	3 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (4%)
14	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
15	1 (1%)	1 (2%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)
16	3 (4%)	1 (2%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>68 (100%)</b>	<b>55 (100%)</b>	<b>34 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>
<b>Escolaridade</b>						
Jl	2 (4%)	5 (11%)	2 (8%)	2 (8%)	1 (20%)	2 (10%)
1º	9 (15%)	5 (11%)	6 (24%)	6 (24%)	1 (20%)	1 (5%)
2º	17 (29%)	13 (31%)	5 (20%)	5 (20%)	1 (20%)	9 (42%)
3º	5 (9%)	5 (11%)	4 (16%)	4 (16%)	0 (0%)	1 (5%)
4º	8 (14%)	5 (11%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (20%)	3 (13%)
5º	8 (14%)	2 (5%)	5 (20%)	5 (20%)	0 (0%)	2 (10%)
6º	3 (5%)	4 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
7º	1 (2%)	3 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)
8º	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
9º	2 (4%)	1 (2%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (20%)	1 (5%)
10º	1 (2%)	1 (2%)	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)	1 (5%)
<b>Total</b>	<b>57 (100%)</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>
<b>NSE</b>						
Alto	1 (7%)	1 (8%)	1 (11%)	1 (11%)	0	0 (0%)
Médio 1	4 (27%)	5 (38%)	4 (45%)	4 (45%)	1	3 (43%)
Médio 2	5 (32%)	5 (38%)	2 (22%)	2 (22%)	0	3 (43%)
Médio 3	4 (27%)	1 (8%)	2 (22%)	2 (22%)	0	1 (14%)
Baixo	1 (7%)	1 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>13 (100%)</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>1 (100%)</b>	<b>7 (100%)</b>

Apresentam-se a seguir as associações entre os 38 diferentes tipos de pedido.

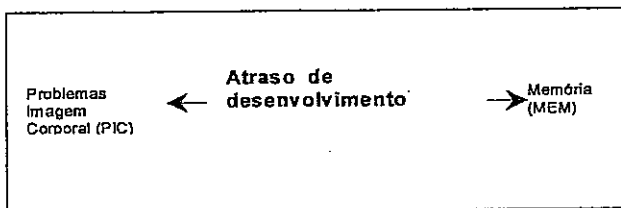
Figura 6: Associações significativas com PSF



Seleccionámos apenas as correlações mais significativas ( $p < 0.01$  ou  $0.05$ ). Os resultados mostram várias associações interessantes entre determinados tipos de pedido. Por exemplo, (Figura 6) as Perturbações no Sistema Familiar estão associadas com os Problemas económicos, com os Problemas de saúde dos pais e com as Dificuldades Intelectuais.

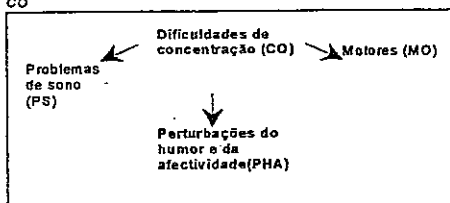
Encontrámos também uma forte associação entre Atraso de desenvolvimento e Problemas de memória (Figura 7). Esta associação sugere que um dos problemas mais visíveis para as figuras dos contextos das crianças com atraso de desenvolvimento são as suas dificuldades em memorizar conceitos relacionados com aprendizagens académicas.

Figura 7: Associações significativas com AT



As dificuldades de Concentração (CO), aparecem também associadas a vários outros pedidos, como sejam os Problemas de sono (PS), Perturbações do humor e da afectividade e a Problemas motores (Figura 8).

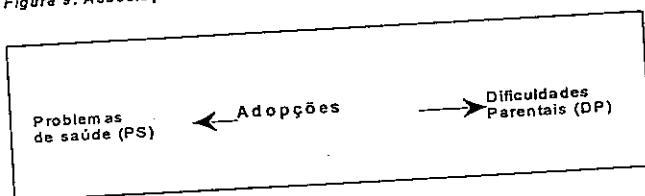
Figura 8: Associações significativas com CO



Estes resultados são suportados em grande parte pela literatura da especialidade. De facto, as perturbações relacionadas com o sono, podem muitas vezes conduzir a uma redução da atenção, energia e concentração. Presume-se que as perturbações do sono surgem de anomalias endógenas nos mecanismos de génese e horário do ciclo sono-vigília, frequentemente complicadas por factores de condicionamento (DSM IV, 1996). "As perturbações do humor têm como uma das características principais um período durante o qual existe um humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades." (pág. 328).

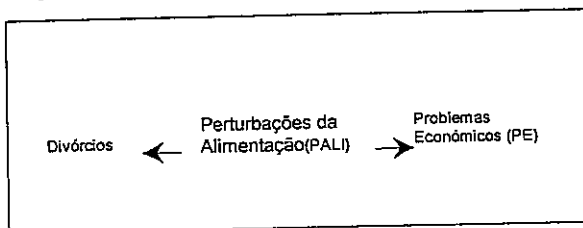
Os pedidos referentes às situações de adopção (Figura 9) estão associados a Dificuldades parentais (DP), revelando como queixa esperada as dificuldades de adaptação às novas crianças. Curiosamente, estes pedidos relacionados com adopções também se encontram associados a Problemas de saúde na criança. Este resultado sugere que as crianças adoptadas tendem a revelar frequentemente problemas de saúde física. Será interessante perceber mais aprofundadamente o tipo de associação existente, a sua natureza, e se as dificuldades de adaptação nestas situações tendem a manifestar-se por sintomas físicos. Note-se que os problemas de saúde referem-se a problemas já rastreados pela medicina.

Figura 9: Associações significativas com Adopções



Segundo o DSM IV, "a psicopatologia parental, o abandono ou negligência podem estar associados a Perturbações da alimentação da 1ª Infância ou do início da 2ª Infância" (p. 101). Nesta exploração de relações entre vários pedidos, encontramos justamente uma associação entre Divórcios (DIV) e Perturbações da alimentação (Figura 10).

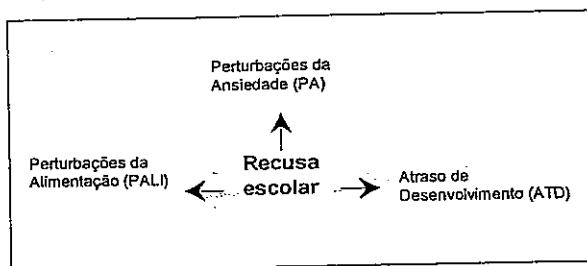
Figura 10: Associações significativas com PALI



A Recusa escolar (Fig. 11) aparece aqui associada a Perturbações da ansiedade, a Perturbações da alimentação e a Atraso de desenvolvimento. A associação entre RE e PA tem sido largamente investigada na literatura. Uma das características essenciais da Ansiedade de separação, por exemplo, é uma ansiedade excessiva relativamente à separação de casa ou daqueles a quem a criança está vinculada (DSM- IV, 1996). Estas crianças podem ser relutantes, ou recusar ir à escola e experienciam muito stress quando separados da figura de vinculação e podem passar muito tempo a antecipar o regresso da sua figura de vinculação. A relutância ou recusa em ir à escola é a razão mais comum para a ida às consultas. Dos 6 aos 12 anos, a escola é a principal fonte de Ansiedade para estas crianças.

No que concerne à associação entre RE e ATD, esta poderá ser facilmente compreendida à luz da frustração contínua que constitui para crianças com ATD a frequência da escola, sobretudo quando não são alvo de apoios específicos.

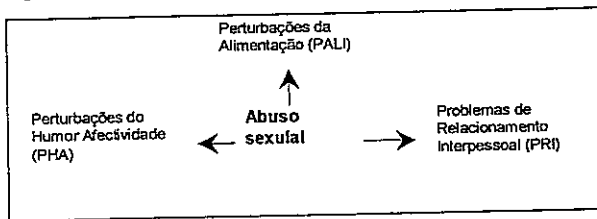
Figura 11: Associações significativas com RE



Relativamente ao Abuso sexual (Figura 12), este aparece aqui associado a Perturbações da alimentação, a Perturbações do humor e da afectividade e a

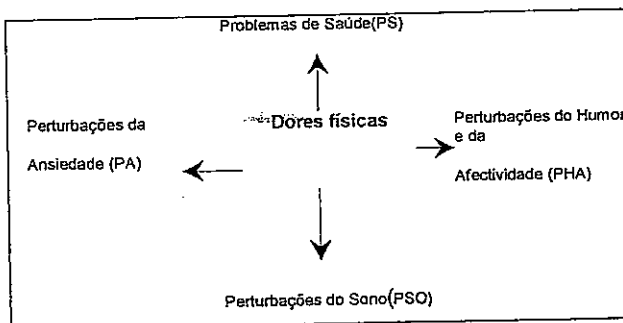
Problemas de relacionamento interpessoal. As PHA e os PRI, poderão facilmente ser compreendidos num pedido que inclui um acontecimento traumático como seja o Abuso sexual. Nestes casos, é característico a criança apresentar dificuldades de relacionamento com pares ou adultos e alguns sintomas depressivos. A relação entre PALI e Abuso sexual, poderá ser explorada em investigações futuras, provavelmente no sentido de interpretação das PALI como meio de comunicação do mal-estar decorrente da situação de abuso.

Figura 12: Associações significativas com AS



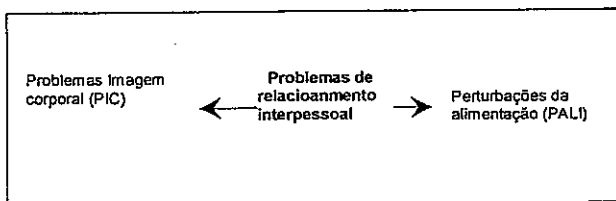
Dores físicas aparece com uma correlação significativa (Figura 13) com Perturbações do humor e da afectividade, o que era esperado visto que os sujeitos com episódios depressivos apresentam habitualmente queixas físicas. O facto de também se relacionarem com Perturbações da ansiedade, poderá ter a ver com a somatização de altos níveis de ansiedade que acontece com determinadas crianças.

Figura 13: Associações significativas com DF



Os pedidos relacionados com Problemas de relacionamento interpessoal apresentados na Figura 14, aparecem associados a Problemas com a imagem corporal, e a Perturbações da alimentação. As transformações corporais de desenvolvimento físico e as dificuldades em lidar com essas mudanças podem de facto associar-se a dificuldades na imagem corporal. A reacção, por vezes negativa dos pares em relação às crianças mais ou menos desenvolvidas fisicamente, originam por vezes problemas de interacção social. Da mesma forma, poderão também ocorrer nesta fase alguns problemas relacionados com a alimentação (excesso de, ou escassez), que resultam muitas vezes em dificuldades na aceitação do seu corpo, baixa auto-estima, originando problemas de relacionamento interpessoal.

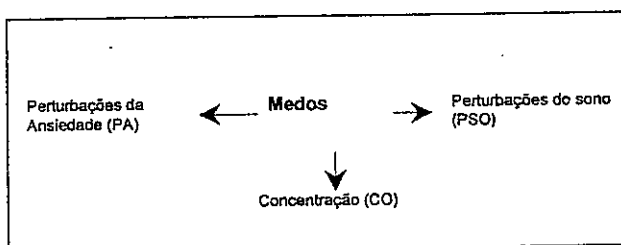
Figura 14: Associações significativas com PRI



Os Medos aparecem associados às Perturbações da ansiedade, às Perturbações do sono e às dificuldades de Concentração, como se observa na Figura 15. Os medos que a criança apresenta ocorrem frequentemente com as dificuldades em adormecer, em separar-se do outro e do mundo, em abandonar o controlo, ocorrendo também com os pesadelos.

Relativamente à associação entre Medos e Perturbações da ansiedade, o medo é frequentemente apresentado como um dos sintomas de ansiedade elevada. A associação entre Medos e Concentração, poderá ter algum sentido se para a criança, a situação ansiogénica é de tal forma intensa que a impede de estar disponível para o desempenho das tarefas diárias.

Figura 15: Associações significativas com ME



Em suma os dados sugerem que os sintomas apresentados pelas crianças que recorrem a este serviço, sintomas esses que levam as pessoas (pais e/ou outros) a efectuarem um pedido de ajuda, provêm de áreas relativamente diferentes (processos de desenvolvimento/aprendizagem e processos sócio-emocionais) mas que se relacionam mutuamente. Os sinais que a criança encontra para manifestar o seu mal estar psicológico, são multiformes e múltiplos, encontrando-se configurações que desafiam as fronteiras previamente definidas pelos sistemas de classificação das perturbações psicológicas.

## 2.5 Análise e Discussão dos Resultados Referentes ao Diagnóstico

Como resultado de uma elevada ênfase em critérios operacionalmente definidos de perturbações mentais, o estudo da Taxonomia, ou seja, do modo como os fenómenos se associam em "clusters", tem sido a preocupação central da psiquiatria. O objectivo do próprio Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-IV é proporcionar descrições claras de categorias de diagnóstico de forma a capacitar os clínicos e investigadores a diagnosticar, comunicar acerca do diagnóstico, estudá-lo e intervir nas várias perturbações mentais (Costello & Angold, 1995).

Segundo Achenbach, 1995 **DIAGNÓSTICO**, é o processo pelo qual reunimos a informação e a partir daí podemos basear as nossas decisões sobre os indivíduos.

As decisões acerca do diagnóstico na criança, envolvem normalmente uma grande variedade de informação, tal como a opinião dos pais e dos professores, histórias desenvolvimentais, entrevistas com a criança, observações, informação médica e cognitiva, rendimento académico e testes de personalidade. O clínico terá de integrar estes diversos tipos de informação de forma a determinar quais são realmente os problemas apresentados e qual o melhor tipo de ajuda a fornecer.

Estas tarefas, segundo Achenbach são passos essenciais na identificação das perturbações alvo a serem estudadas em cada estágio de desenvolvimento.

Um dos obstáculos que o clínico poderá encontrar ao tentar integrar toda esta informação clínica é a tendência para confirmar as suas crenças, mais do que para infirmar (Arkes & Harkness, 1983, In, Achenbach, 1995). Curiosamente, Achenbach refere, a propósito, as conclusões do estudo de Friedlander e Philips, (1984) que constataram que os clínicos com maior experiência tem tendência para confirmar mais as suas crenças de julgamentos iniciais do que os clínicos com menor experiência, que tem menos confiança nos seus julgamentos, e tendem a desviar-se um pouco dessa confirmação.

A recolha de informação sobre o diagnóstico, os resultados de avaliação e a abordagem à intervenção do psicólogo que acompanhou o caso, informação obtida a partir dos registos dos respectivos processos, foram nesta fase os nossos objectivos de trabalho. Apenas 120 processos foram alvo desta análise, porque nos restantes a informação não estava disponível. A fim de sistematizarmos esta informação elaboramos uma grade de análise (Quadro 4), tendo em conta o diagnóstico do psicólogo.

Quadro 4 – Grelha de recolha de informação<sup>1</sup>

IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO:

A. DIAGNÓSTICO

1. PERTURBAÇÕES DESENVOLVIMENTAIS E DA APRENDIZAGEM.....

- 1.2. DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM.....
- 1.3. DEFICIÊNCIA MENTAL .....
- 1.4. PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA .....
- 1.5. DÉFICIT / PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM.....
- 1.6. SOBREDOTADOS .....
- 1.7. OUTRAS PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO.....

2. PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E SOCIAIS.....

2.1. PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE.....

- 2.1.1. FOBIA SIMPLES.....
- 2.1.2. MEDOS.....
- 2.1.3. RECUSA ESCOLAR .....
- 2.1.4. ANSIEDADE SOCIAL .....
- 2.1.5. PERTURBAÇÕES GENERALIZADAS DA ANSIEDADE .....
- 2.1.6. ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO .....
- 2.1.7. RITUAIS, OBSESSÕES E COMPULSÕES .....
- 2.1.8. PERTURBAÇÕES DO STRESS PÓS-TRAUMÁTICO .....

2.2. PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL.....

2.3. PERTURBAÇÕES DO HUMOR E DA AFECTIVIDADE .....

- 2.3.1. DEPRESSÃO INFANTIL.....
- 2.3.2. REACÇÃO A PERDAS E LUTO .....
- 2.3.3. COMPORTAMENTOS SUICIDAS .....

3. TRANSIÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA .....

3.1. PERTURBAÇÕES NO SISTEMA FAMILIAR (NEGLIGÊNCIA, ABUSO, OUTROS).....

3.2. DIFICULDADES PARENTAIS .....

<sup>1</sup> A elaboração desta grade, em especial a parte referente ao diagnóstico teve por base alguns dos critérios do DSM IV e o programa da disciplina de Consulta Psicológica de Crianças, (Lemos, M. S.), da área de Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança do 5º ano da licenciatura em Psicologia (1997/98).

3.3. SEPARAÇÕES, DIVÓRCIOS .....

4. PERTURBAÇÕES DO RITMO E DA CONDUTA RELACIONADOS COM AS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS.....

4.1. PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA CONDUTA

ALIMENTAR .....

4.2. PERTURBAÇÕES DA ELIMINAÇÃO .....

4.3. PERTURBAÇÕES DO SONO .....

5. PERTURBAÇÕES DA SAÚDE .....

5.1. PROBLEMAS AGUDOS .....

5.2. PROBLEMAS CRÓNICOS

5.3. PROBLEMAS PSICOSSOMÁTICOS

6. PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DO DÉFICIT DE ATENÇÃO .....

6.1. DDAH – DISTÚRBIO POR DÉFICIT DE ATENÇÃO –

HIPERACTIVIDADE .....

6.2. DISTÚRBIO DE OPOSIÇÃO .....

6.3. DISTÚRBIO DE CONDUTA .....

7. ESQUIZOFRENIA INFANTIL .....

8. OUTROS .....

B. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

.....

.....

C. ESTRATÉGIAS / PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

.....

.....

D. ALVOS DE INTERVENÇÃO

1. CRIANÇA .....

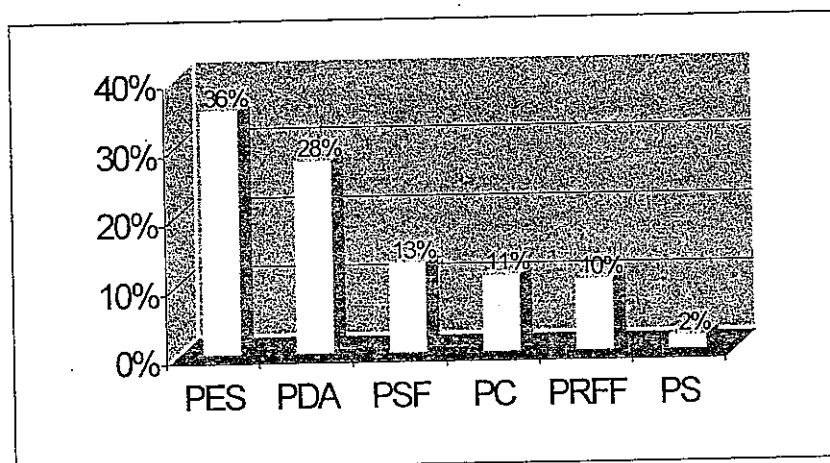
2. PAIS .....

3. PROFESSOR .....

4. OUTROS .....

Quanto ao diagnóstico principal do psicólogo (Figura 16), os resultados mostram que as Perturbações emocionais e sociais são o quadro mais frequente (cerca de 35%), o que não coincide com os pedidos registados nas fichas (43%), analisados na 1ª fase. De facto, muitas vezes o pedido efectuado pelas figuras significativas dos ambientes da criança, não corresponde ao diagnóstico efectuado pelo psicólogo. Os sinais e o comportamento que a criança manifesta e que conduzem ao pedido de consulta, são muitas vezes os aspectos que mais preocupam e/ou são mais evidentes para os não profissionais e frequentemente denunciam um quadro clínico diferente do aparente.

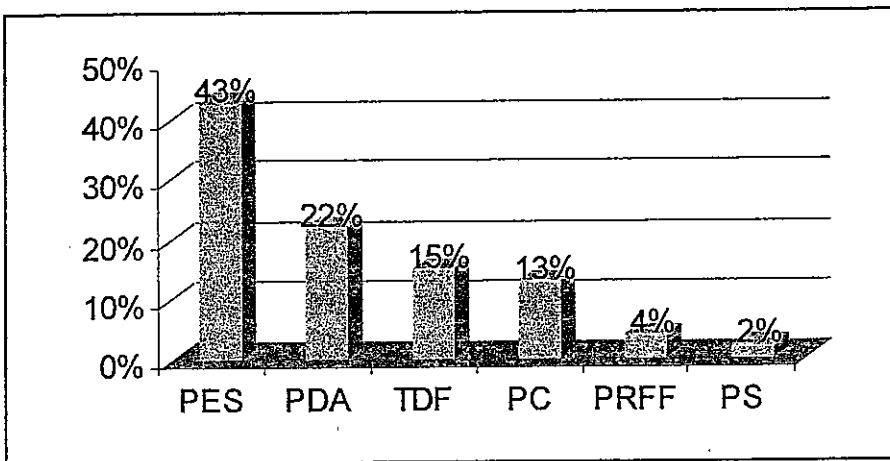
Figura 16 – Diagnóstico principal do psicólogo



Em segundo lugar, na escala de diagnóstico principal do psicólogo aparecem as Perturbações desenvolvimentais e da aprendizagem com cerca de 28% e em terceiro lugar as Transições (Perturbações) no desenvolvimento da família, com cerca de 13%.

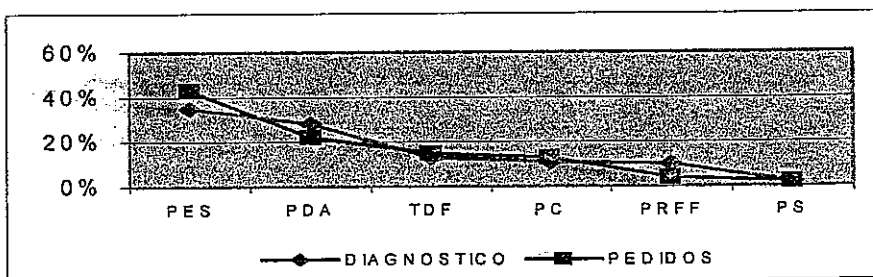
Na figura 17, apresentamos as percentagens dos pedidos apenas para os 120 sujeitos a analisados na 2ª fase para permitir uma comparação com o diagnóstico. A grande maioria dos pedidos referentes aos 120 sujeitos são Problemas sócio-emocionais . As Dificuldades de desenvolvimento e de aprendizagem surgem logo de seguida com 18%.

Figura 17: Tipo de problemáticas dos pedidos dos 120 sujeitos (2ª fase)



Estes resultados são mais convergentes com o diagnóstico do psicólogo como podemos observar na figura 18 onde comparamos o diagnóstico e os pedidos dos 120 sujeitos .

Figura 18 – Comparação entre o diagnóstico e os pedidos dos 120 sujeitos



Relativamente ao diagnóstico mais específico, no âmbito das perturbações sócio-emocionais observamos que de acordo com a literatura as Perturbações da Ansiedade ocupam o lugar de destaque (15%), apresentando-se de seguida os Problemas de relacionamento interpessoal (14%) e em terceiro lugar os Medos (12,5%) e as Perturbações do humor e da afectividade (Quadro 5). As restantes sub-categorias têm uma expressão menor.

	Percentagem
Perturbações emocionais e sociais (s.o.e.)	18,8%
Perturbações da Ansiedade	15,8%
Problemas de relacionamento interpessoal	14,2%
Medos	12,5%
Perturbações do humor e da afectividade	11,7%
Reações a perdas e luto	2,5%
Recusa escolar	1,7%
Perturbações generalizadas da ansiedade	1,7%
Ansiedade de separação	1,7%
Rituais, obsessões e compulsões	1,7%
Comportamentos suicidas	1,7%
Fobia simples	0,8%
Depressão infantil	0,8%
Ansiedade social	0
Perturbações do stress pós-traumático	0
Total	85,6%

*Quadro 5 - Perturbações emocionais e sociais*

As Dificuldades de aprendizagem destacam-se nitidamente (Quadro 6) como sendo o diagnóstico mais frequente da categoria PDA. Relativamente aos outros diagnósticos, as Perturbações da linguagem são as mais representadas.

	Percentagem
Perturbações desenvolvimentais e da aprendizagem (s.o.e.)	6%
Dificuldades de aprendizagem	45,8%
Deficiência mental	3,35%
Perturbações da linguagem	9,2%
Sobredotados	2,5%
Outras perturbações do desenvolvimento	4,2%
Total	71%

*Quadro 6- Perturbações desenvolvimentais e da aprendizagem*

Quanto às Transições no desenvolvimento da família (Quadro 7), as Dificuldades parentais foram o diagnóstico mais presente correspondendo a cerca de metade dos diagnósticos específicos.

	Percentagem
Transições no desenvolvimento da família (s.o.e.)	1,6%
Dificuldades parentais	15%
Separações, divórcios	10,8%
Perturbações no sistema familiar (neg, abuso, outros)	5%
Total	32,4%

*Quadro 7 - Transições no desenvolvimento da família*

Relativamente às Perturbações do ritmo e da conduta relacionadas com as funções fisiológicas (Quadro 8), as perturbações da eliminação (enurese e encoprese) são as mais frequentes.

	Percentagem
Perturbações relacionadas com funções fisiológicas (s.o.e)	3,4%
Perturbações da eliminação	10,8%
Perturbações do sono	8,3%
Perturbações da alimentação e da conduta alimentar	3,3%
Total	25,8%

*Quadro 8- Perturbações do ritmo e da conduta relacionados com as funções fisiológicas*

Os Distúrbios de conduta foram os mais assinalados dentro deste diagnóstico principal (Quadro 9).

	Percentagem
Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Déficit de Atenção (s.o.e.)	3,4%
Distúrbio de conduta	19,2%
DDAH – distúrbio Déficit Atenção – hiperactividade	3,3%
Distúrbio de oposição	1,7%
Total	27,6%
Outros	0,8%

*Quadro 9- Perturbações disruptivas do comportamento e do déficit de atenção*

As Perturbações da saúde não foram diagnosticadas com uma frequência significativa, totalizando apenas 5 %, e não se distingue nenhuma sub-categoria em particular (Quadro 10).

	Percentagem
Perturbações da saúde (s.o.e.)	0,8%
Problemas crónicos	1,7%
Problemas psicossomáticos	1,7%
Problemas agudos	0,8%
Total	4,2% (5%)

*Quadro 10- Perturbações da saúde*

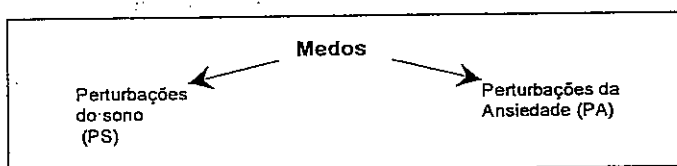
Faremos agora uma análise mais profunda do diagnóstico do psicólogo pretendendo ver até que ponto as grandes categorias se associam entre si, e se existem associações relevantes intra-categorias.

Apresentamos aqui as associações entre categorias de diagnóstico mais significativas ( $p < 0.01$  ou  $0.001$ ).

No que diz respeito às 6 grandes categorias de diagnóstico do psicólogo, as associações não são muito significativas. Parece possível distinguir diferentes quadros/problemáticas nas crianças. Contudo, quando efectuamos uma análise mais detalhada de todas as sub-categorias de diagnóstico (excluindo as 6 categorias gerais, uma vez que estariam sempre assinaladas se se verificasse um dos seus itens), verificamos algumas correlações positivas bastante significativas, sugerindo uma menor diferenciação no desenvolvimento perturbado na criança, à semelhança do que se passa com o desenvolvimento normal da criança relativamente ao adulto.

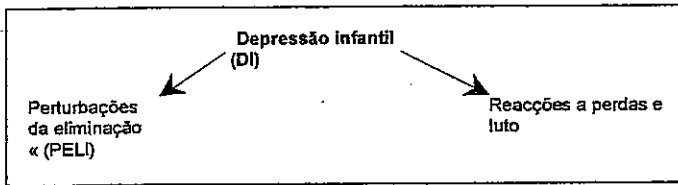
Assim, por exemplo, Medos (Figura 19) aparecem muito associados a Perturbações da ansiedade e às Perturbações do sono, o que é constante com o que se verifica para os pedidos e com o descrito no manual de diagnóstico das perturbações mentais – DSM IV.

Figura 19 Correlações significativas com ME



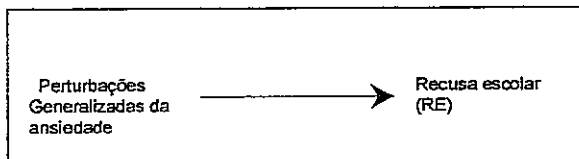
Na Figura 20 observamos uma associação interessante entre Depressão infantil e Perturbações da eliminação, o que é referido na literatura, sobretudo no caso da encoprese. As reacções a perdas e luto, muitas vezes são apresentadas através de sintomas depressivos, o que é corroborado pela associação encontrada neste estudo.

Figura 20 Correlações significativas com DI



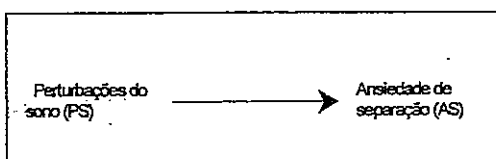
No que diz respeito à associação encontrada entre Perturbações generalizadas de ansiedade e Recusa escolar (Figura 21), esta é consistente com o DSM IV, que define a “característica essencial da Perturbação da ansiedade generalizada, é a ansiedade e a preocupação (apreensão expectante) exageradas acerca de um conjunto de acontecimentos ou actividades (...)”, p. 444.

Figura 21 Correlações significativas entre RE e PGA



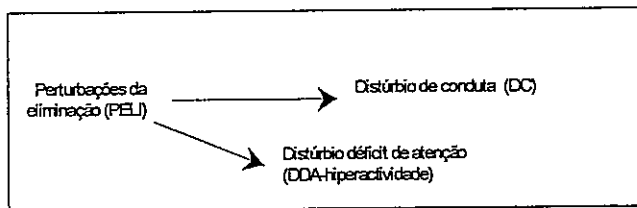
A correlação entre Perturbações do sono e Ansiedade de separação, (Figura 22) sustenta os critérios de diagnóstico do DSM IV, segundo os quais “as crianças com Ansiedade de separação são muitas vezes incapazes de estar sós no quarto e revelam um comportamento adesivo, ficando perto dos pais. Elas podem ter problemas em ir para a cama e exigem a presença de alguém junto delas até adormecerem. Durante a noite podem querer ir para a cama dos pais, ou de uma pessoa significativa. Podem ter pesadelos com um conteúdo que exprime os seus medos” (pág.114).

Figura 22 Correlações significativas entre PS e AS



As Perturbações da eliminação curiosamente, aparecem aqui associadas ao Distúrbio de conduta e ao Distúrbio Déficit de Atenção – Hiperactividade (DDAH), (Figura 23). Esta associação não tem sido referida na literatura; contudo, é uma hipótese a ser explorada em futuros estudos. A única referência que aparece no DSM IV, no que diz respeito à encoprese, é que “quando a incontinência é francamente deliberada, podem também observar-se as características da Perturbação de oposição ou Perturbações do comportamento” (pp.110). Considera-se aqui Perturbações do comportamento, como sendo o equivalente a Distúrbio de conduta e a correlação parece ter fundamento, mas relativamente à correlação entre DDAH e perturbações da eliminação, a hipótese fica em aberto para futuros dados de investigação.

Figura 23: correlações significativas com PELJ



Verificamos que no que diz respeito às associações intra categorias, as Perturbações relacionadas com as funções fisiológicas (PRFF) e as Perturbações sócio-emocionais (PSE) são as que apresentam associações mais significativas entre as várias sub-categorias. Entre as grandes categorias são as Perturbações da saúde que apresentam uma maior correlação com outras perturbações em particular com as Perturbações relacionadas com as funções fisiológicas (PRFF), com Perturbações sócio-emocionais (PSE) e com Perturbações do desenvolvimento e da aprendizagem (PDA), (cf. Anexo 2).

## 2.6. Síntese

Este estudo permitiu delinear os quadros clínicos que caracterizam o perfil clínico desta população. Os pedidos de apoio psicológico referem-se sobretudo a problemas relacionados com o contexto académico, o papel de aluno que é suposto a criança desempenhar de forma desenvolvimentalmente adequada, referindo-se "*dificuldades de aprendizagem*", "*dificuldades na leitura e na escrita*", "*mau rendimento escolar*". A análise da sua história de desenvolvimento pessoal, das formas de adaptação ao longo do percurso de vida nos vários contextos em que a criança desempenha diferentes papéis, e do funcionamento desses diferentes papéis em diferentes contextos faz emergir um quadro clínico com contornos mais sócio-emocionais, do que défices em competências instrumentais.

Se a criança não está emocionalmente disponível, (no que diz respeito à gestão e equilíbrio das suas próprias emoções), para conseguir assimilar e consolidar os conteúdos académicos, o mais visível são justamente o mau rendimento escolar, as dificuldades de concentração, etc. Não queremos com isto dizer que, as dificuldades instrumentais referidas por quem faz o pedido não possam de facto constituir os défices centrais da criança, e por isso mesmo torna-se de fulcral importância efectuarmos um despiste formal dessas hipóteses na fase de avaliação. Mas paralelamente, é necessário enfatizar a avaliação do funcionamento e adaptação nos domínios social e afectivo, maximizando assim, a fase de pós-diagnóstico a flexibilidade, abertura e continuidade no que diz respeito a formas e contextos de intervenção, bem como a eficácia da intervenção.

### **3. ESTUDO 2: A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONSULTA PSICOLÓGICA**

Os objectivos da psicoterapia e das técnicas terapêuticas dependem do tipo de problema e do nível de desenvolvimento da criança. Segundo Freedheim e Russ (1992) a abordagem utilizada e o estilo pessoal do terapeuta, são variáveis que influenciam o decorrer do processo de consulta. Reisman, (1973) refere sete princípios que devem orientar um terapeuta infantil:

- a) o terapeuta avalia a criança como pré condição para a psicoterapia e como fazendo parte de todo o processo terapêutico;
- b) o terapeuta ouve a criança e permite criar oportunidades para a expressão de sentimentos e crenças;
- c) o terapeuta deverá comunicar com a criança, compreendendo-a, respeitando-a e revelando-lhe capacidades de ajuda;
- d) o terapeuta deverá negociar com a criança um objectivo para as sessões terapêuticas;
- e) o terapeuta deverá tornar claro para a criança o que é inconsistente ou pouco habitual no seu comportamento, sentimentos e crenças;
- f) Quando lida com comportamentos que ocorrem dentro de um sistema (família, escola) o terapeuta poderá tentar modificar esse comportamento tentando negociar com o próprio sistema;
- g) O terapeuta negocia o terminar do processo terapêutico com a criança, quando as vantagens de finalização são evidentemente maiores que as vantagens que ocorrem quando o processo se prolonga.

Freedheim e Russ (1992) chamam a atenção para o facto de que na maioria dos casos o trabalho individual com a criança é apenas uma pequena parte de um vasto processo de intervenção. Práticas educativas, terapia familiar, remediação, consultadoria e/ou terapia de grupo, são modalidades de intervenção que frequentemente ocorrem em simultâneo com o trabalho individual com a criança.

Koocher e Broskowski (1977) vem reforçar esta idéia referindo a necessidade de haver um grande número de diferentes tipos de intervenções, para que ocorra um tratamento eficaz nos multivariados problemas das famílias.

Trabalhar com os pais e com a escola faz sempre parte do plano de intervenção. Brofenbrenner (1979) enfatizou as relações recíprocas entre os vários sistemas, referindo que cada sistema influencia o outro e esta perspectiva irá afectar a forma como o terapeuta pensa acerca da criança na relação com factores situacionais. É desta forma que o terapeuta irá progressivamente tornar-se também um consultor para a escola e para a comunidade.

Na fase de avaliação, segundo Achenbach (1995), o terapeuta deve orientar-se por princípios que podem ser sintetizados da seguinte forma:

1. A avaliação deverá utilizar procedimentos standardizados.
2. Vários itens deverão ser utilizados para demonstrar os vários aspectos do funcionamento da criança.
3. Os itens deverão ser agregados para fornecer scores quantitativos para cada aspecto do funcionamento.
4. Os scores deverão ser normalizados de forma a indicar como é que um indivíduo poderá ser comparado com o grupo de referência relevante.
5. Para variáveis potencialmente relacionadas com o desenvolvimento, os grupos de referência normativos deverão ser formados de acordo com os níveis de idade, ou outros índices de desenvolvimento.
6. Para ser considerada uma avaliação psicométrica, os procedimentos terão de ser válidos e fiáveis, embora os tipos de fidelidade e de validade variem consoante o tipo de procedimento.

Os instrumentos de avaliação apresentados pelo autor (CBCL, TRF, YSR e SCICA), são de baixo custo, tem um formato de auto-administração e revelam uma vasta aplicabilidade que proporcionam à avaliação empírica e aos procedimentos taxonómicos uma fácil e prática utilização na pré e pós avaliação dos esforços terapêuticos e preventivos. Para além disso, esses instrumentos poderão ser utilizados em associação com outros procedimentos de avaliação.

### 3.1. Métodos e Técnicas de Avaliação/Diagnóstico Utilizados na Consulta

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados pelo psicólogo responsável por cada caso, os dados recolhidos revelam que no total foram utilizados cerca de 32 instrumentos diferentes de avaliação, num universo de 120 casos.

Os instrumentos mais utilizados foram os instrumentos de avaliação do comportamento da criança no contexto escolar (aplicado a 58 sujeitos da amostra). De seguida, encontramos os instrumentos de avaliação da área intelectual, aplicado a 54 sujeitos; em terceiro lugar encontramos os instrumentos de avaliação da área sócio-emocional com 45 sujeitos a serem alvo desta avaliação, e por último os instrumentos de avaliação do desenvolvimento, que foram aplicados a 41 sujeitos (Quadro 11).

Tendo em conta que a grande faixa etária desta amostra está em idade escolar (6, 7 e 8 anos), e apresenta como a maioria de pedidos Dificuldades de desenvolvimento e de aprendizagem, é natural que os instrumentos de avaliação de diagnóstico mais contemplados fossem os do contexto escolar (Questionário ao professor), e os de avaliação da área intelectual com escalas adequadas a essa faixa etária (NEMI e WISC).

Instrumentos de avaliação do contexto escolar	58 (29%)
Instrumentos de avaliação da área intelectual	54 (27%)
Instrumentos de avaliação da área sócio-emocional	45 (23%)
Instrumentos de avaliação do desenvolvimento	41 (21%)

Quadro 11 - Tipos de Instrumentos de avaliação

De entre as várias áreas do desenvolvimento da criança, a avaliação da área sócio emocional, tem também sido considerada bastante relevante, visto que

muitas vezes os problemas apresentados pela criança no contexto escolar têm muitas vezes uma componente sócio-emocional.

No contexto escolar, o instrumento mais utilizado foi o Questionário ao professor (Quadro 12), sugerindo uma valorização da articulação com a escola no sentido de despistar e recolher mais informação que esclareçam o problema. Esta posição torna-se ainda mais pertinente se o pedido é efectuado por professores, e/ou sentido no contexto escolar.

INSTRUMENTO	Sujeitos
Questionário ao professor	40%
Análise de amostras de trabalho	24%
Análise de leitura e escrita	24%
Desenho "A minha sala de aula"	9%
Escala de aproveitamento e comportamento	3%
Total	N=58

*Quadro - 12 Instrumentos para a avaliação do comportamento da criança no contexto escolar*

Da mesma forma, a análise de amostras de trabalho da criança, e a análise da leitura e escrita da criança, também são fontes ricas de informação, frequentemente utilizadas provavelmente no sentido de compreender melhor o motivo do pedido, nomeadamente quando este se manifesta na área académica.

Relativamente à área intelectual, o instrumento mais frequentemente utilizado foi a N.E.M.I. (Nova Escala Métrica de Inteligência), (Quadro 13); em segundo lugar encontramos a WISC. As provas de Raciocínio – Matrizes Progressivas de Raven, a Méliac e o Desenho da Figura Humana são menos utilizados para a avaliação nesta área.

INSTRUMENTO	Sujeitos
NEMI	29%
WISC	24%
ECNI	13%
Matrizes Progressivas de Raven	9%
Méjrac	9%
Teste do Desenho da Figura humana	9%
WPPSI	7%
Total	N=54

*Quadro 13 - Instrumentos para avaliação da área intelectual*

No que concerne, à área sócio emocional, (Quadro 14) encontramos o Desenho da Família como o instrumento mais frequentemente utilizado. Em segundo lugar a Escala de auto-conceito de Piers-Harris (1969) e em terceiro lugar o Teste do Pata Negra.

INSTRUMENTO	Sujeitos
Desenho da família	47%
Escala de auto-conceito	20%
Pata Negra	9%
CAT	7%
Questionário de identificação de figuras de vinculação	7%
Provas de frustração de Rozenzweig	4%
Fábulas	2%
Dilemas morais	2%
Jogos didáticos	2%
Total	N=45

*Quadro 14 - Instrumentos para a avaliação da área sócio-emocional*

Relativamente à avaliação do desenvolvimento, (Quadro 15) verificamos que as provas de Lateralidade foram as mais utilizadas. O teste de Percepção Visual de M. Frostig e a análise do desenho da criança, foram instrumentos também utilizados.

INSTRUMENTO	Sujeitos
Provas de Lateralidade	14%
Análise do desenho	12%
Test D. Perception Visuelle de M. Frostig	12%
Provas operatórias	10%
Reversal test	10%
Automatismos de Rey	10%
Teste de Bender	5%
Escala de Desenvolvimento R. Griffiths	2%
Provas de noções espaciais	2%
CTT	2%
Total	N=41

*Quadro 15 - Instrumentos para a avaliação do desenvolvimento*

É importante despistar muito bem numa fase de diagnóstico todas as possibilidades, e o que se verificou foi que uma vez que os pedidos foram mais direccionados para a área do desenvolvimento e aprendizagem, os instrumentos de avaliação mais utilizados foram também no sentido de avaliar o comportamento da criança no contexto escolar permitindo obter uma melhor compreensão do pedido. Contudo as outras áreas não são descuidadas, havendo sempre uma tentativa de despistar todas as áreas do desenvolvimento da criança que poderão estar em funcionamento desadaptativo.

### **3.2. Resultados Referentes às Modalidades, Estratégias e Programas de Intervenção<sup>2</sup>**

#### **Consulta Psicológica**

No contexto desta modalidade de intervenção são utilizadas diferentes estratégias (Quadro 16).

<sup>2</sup> Nesta amostra de 120 sujeitos encontramos 13 sujeitos relativamente aos quais não nos foi possível obter informação, sendo considerados dados omissos. Duas modalidades de intervenção foram efectuadas: Consulta Psicológica e Consultadoria

Treino parental	47
Programa Comportamental (sistema de fichas; dessensibilização sistemática; PEI - Programa educativo individual)	45
Programa de competências e métodos estudo	18
Programa de estimulação da leitura e da escrita	16
Construção de histórias	12
Jogo simbólico	6
Treino relaxamento	2
Treino de competência social	2
Programa de estimulação de noções espaço-temporais	2
PIC- Modelo alternativo de linguagem	1
Programa – Faço o que digo, digo o que faço	1

*Quadro 16 - Consulta Psicológica: Estratégias e programas de intervenção*

Verificamos que o Treino parental e os Programas comportamentais (sistema de fichas, dessensibilização sistemática e programas educativos individuais) são as estratégias de intervenção mais utilizadas. Os programas de competências e métodos de estudo foram aplicados em 18 casos.

Na consulta psicológica de crianças os psicólogos dão importância fulcral ao trabalho com os pais, vistos como as figuras mais significativas para as crianças. Esta prática é consistente com a literatura que mostra que muitos dos problemas apresentados pelas crianças revelam na sua base práticas educativas inadequadas contribuindo também frequentemente para a emergência e manutenção do problema em causa. Segundo Gonçalves, Pinto e Araújo (1998), não é invulgar programar sessões unicamente para trabalhar com as crianças e passarmos a larga maioria do tempo com os pais, discutindo ou tranquilizando-os relativamente a inúmeros aspectos do comportamento dos seus filhos.

Os modelos cognitivo-comportamentais, por exemplo, enfatizam a importância das variáveis familiares na etiologia e no desenvolvimento das perturbações da

ansiedade (Howard & Kendall, 1996; Barrett Dadds & Rappe, 1996; Siqueland, Kendall & Steinberg, 1996). De facto, esta perturbação foi aquela mais frequentemente identificada na nossa amostra. Por exemplo, Barrett Dadds e Rappe (1996) salientam o impacto dos factores familiares nas respostas de evitamento em crianças com perturbações da ansiedade. Segundo Gonçalves, (1998) a restrição da autonomia é provavelmente a variável familiar mais frequentemente referenciada. Esta é uma prática parental que interfere com o sentimento de mestria das crianças, impedindo-as de resolver os problemas por si próprias e restringindo a exploração do meio (Howard & Kendall, 1996; Siqueland, Kendall & Steinberg, 1996), contribuindo para a auto percepção de incapacidade ao lidar com situações difíceis.

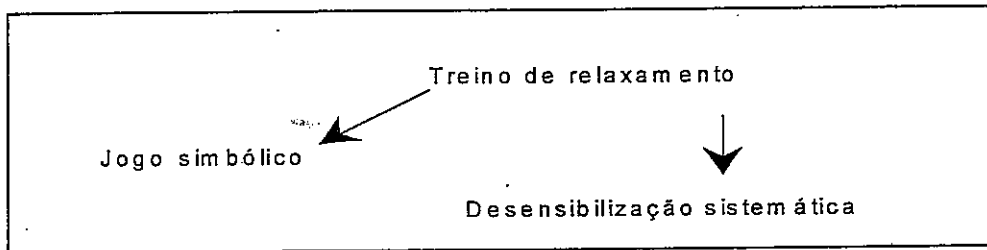
Os programas comportamentais são também privilegiados, provavelmente pela sua eficácia e rapidez. Nestes programas a estratégia de intervenção tem de ser articulada entre a criança e os pais para aumentar a sua eficácia, o que pode também contribuir para o resultado encontrado quanto ao treino parental.

O nível de utilização dos Programas de competências e métodos de estudo sugere que, de facto a maioria das crianças não apresenta realmente Dificuldades de aprendizagem, tal como consta dos pedidos de consulta. Contudo, alguns não sabem como estudar, como organizar o horário, como utilizar estratégias de controlo da atenção e concentração. Daí que os Programas de Competências e métodos de estudo tenham sido implementados com uma relativa frequência.

Analisaremos agora as associações mais significativas ( $p < 0.01$ ) entre as várias estratégias/programas de intervenção.

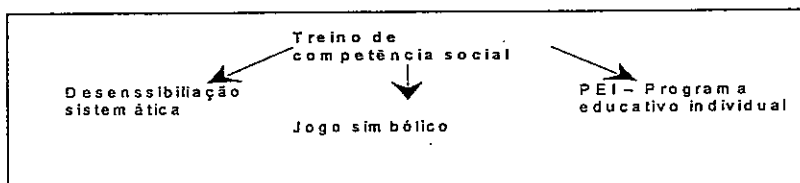
Constatamos que o Treino de relaxamento apareceu associado à Desensibilização sistemática e ao Jogo simbólico (Figura 24).

Figura 24: Correlações significativas com treino de relaxamento



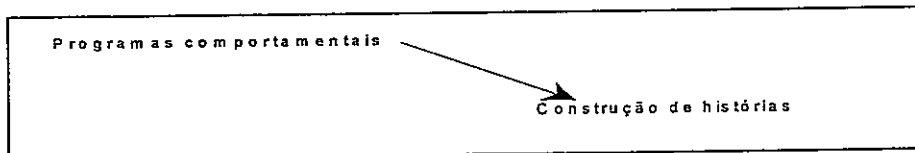
O “jogo” é uma estratégia fundamental na terapia com crianças. As crianças tem tendência para aderir a esta actividade e a partir daí podemos trabalhar várias áreas, como sejam a competência social e a diminuição/controla da ansiedade. A criança comunica com o terapeuta através do jogo. Normalmente, é a própria criança que estrutura a sessão terapêutica escolhendo tópicos e formas de jogo. É desta forma que a própria criança determina o desenrolar da própria terapia e o terapeuta tenta estar atento ao material que está ser expresso pela criança a diversos níveis.

Figura 25: Correlações significativas com Treino de competência Social



Os programas comportamentais (Sistema de fichas, PEI – Programa educativo individual) aparecem aqui associados à construção de histórias, (Figura 26) sendo esta também uma tarefa da qual podemos partir com a criança, visto ser uma forma de a cativar para trabalhar outras áreas (escrita, a leitura...). A construção de histórias tem efeitos mais vastos do que a adesão da criança ao trabalho terapêutico. É uma das formas dela própria se projectar, expressando sentimentos e conflitos internos. Ela é a orientadora e criadora da própria história podendo moldá-la, finalizá-la da forma que ela própria se sente mais à vontade. Esta é também uma oportunidade para o terapeuta compreender melhor a área sócio emocional da criança, observando as personagens que ela cria, os temas da história que ela sugere, que muitas vezes estão relacionados com a sua vivência sócio-familiar.

Figura 26: Correlações significativas com Programas comportamentais



## Consultadoria

Apter (1982) refere que o processo de consultadoria é, segundo Conoley, Apter e Conoley (1981) "um processo de colaboração na resolução de um problema, durante o qual o consultor facilita a emergência das competências de "fazer face" do consultado e aprende com ele acerca de aspectos únicos do problema e da situação" (p.113).

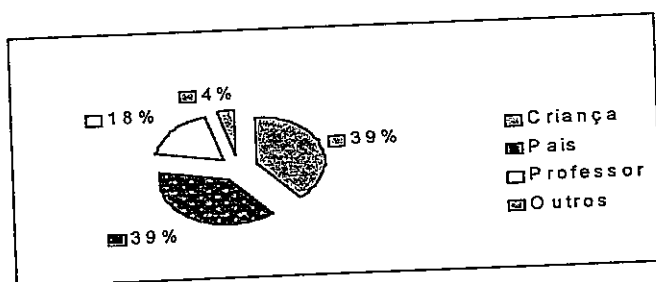
Do ponto de vista da perspectiva contextual, o processo de consultadoria é essencial na intervenção em sistemas perturbados. Esta perspectiva refere a importância de trabalharmos com os sistemas que rodeiam a criança e enfatiza o papel que as famílias poderão ter na remediação dos sistemas perturbados.

O apoio e aconselhamento aos pais foi nesta modalidade de intervenção a estratégia mais utilizada.

### 3.3. Resultados Referentes aos Alvos de Intervenção

Em termos de alvos de intervenção contemplados, (Figura 27) encontramos em primeiro lugar a criança e os pais de forma equitativa; depois encontramos o professor e, finalmente outros (tios, avós, figuras significativas no contexto da criança) com uma expressão muito reduzida.

Figura 27: Alvos de intervenção



### 3.4. Síntese

Na modalidade de intervenção de consulta psicológica com a criança, os psicólogos parecem usar diferentes e variadas abordagens para chegar à mudança dos comportamentos problemáticos. Por exemplo, o treino parental, aparece aqui como uma estratégia utilizada com bastante frequência sugerindo uma recusa da ideia da “criança problema” começando por responsabilizar os pais pelas mudanças que desejam para a criança. Para resolver o problema – motivo do pedido de ajuda – concebe-se que a mudança passa muitas vezes pelos pais e pelas práticas educativas que eles desenvolvem com a criança.

Esta estratégia não põe de lado o trabalho individual directo com a criança e este é quase sempre intencionalizado a partir de actividades lúdicas como pudemos

verificar nas associações entre as várias estratégias de intervenção. Por exemplo, o treino de relaxamento como meio de diminuir/controlar a ansiedade a partir do jogo simbólico. O apoio e aconselhamento aos pais, estratégia de intervenção também utilizada (numa modalidade de consultadoria), é de facto uma estratégia que vai ao encontro de uma necessidade sentida pelos pais. O psicólogo que trabalha com crianças, muitas vezes tem necessidade de tocar em diferentes áreas de desenvolvimento da própria família, não só para compreender o caso, como também para intervir.

#### **4. ALGUMAS PISTAS ORIENTADORAS PARA O TRABALHO CLÍNICO E DE INVESTIGAÇÃO**

A maior parte das perturbações infantis envolve problemas que muitas crianças manifestam num determinado estágio de desenvolvimento, ou numa determinada altura da sua vida. Para identificarmos as crianças que são clinicamente perturbadas, é importante sabermos a distribuição de determinados problemas entre as crianças consideradas relativamente normais, bem como entre aquelas consideradas suficientemente desviantes para necessitarem de ajuda profissional.

Para melhorar a nossa capacidade de distinguir entre as crianças normais e aquelas clinicamente desviantes, bem como distinguir os vários padrões clínicos, Achenbach, (1995) refere que é essencial haver investigação programada a longo prazo, que seja mais potente do que as categorias administrativas têm demonstrado ser. Segundo este autor, esta investigação é necessária para desenvolver a nossa compreensão acerca da psicopatologia da criança.

**Avaliação, taxonomia e diagnóstico** são pois processos fundamentais no estudo desenvolvimental da psicopatologia, porque estes processos distinguem o normal do patológico e as diferentes patologias entre si.

É necessário, segundo o mesmo autor elaborar projectos de investigação que testem o poder discriminativo das várias características dos problemas comportamentais/emocionais no que diz respeito à sua etiologia, curso, prognóstico e/ou a intervenção mais adequada. Em vez de analisar cada característica, uma por uma, é preferível identificar conjuntos de características que tendem a ocorrer em simultâneo. Estes conjuntos são mais úteis na validação de hipóteses do que a análise das características individuais isoladas.

Neste estudo, tentamos explorar a avaliação e o diagnóstico psicológico efectuados sobre a população de clientes que recorrem ao Serviço de Consulta do CPDEC. Tentamos sistematizar o processo de avaliação/intervenção desenvolvidos pelos psicólogos responsáveis pelos casos, procurando explorar a

investigação efectuada nesta área da psicopatologia da criança e ver em que medida a teoria e prática estão a par e passo neste processo. De facto, parece haver uma grande distância ainda entre uma e outra, mas estamos cientes da necessidade de cada vez mais recorrermos aos resultados da investigação para podermos crescer e evoluirmos como clínicos na consulta psicológica com crianças e famílias. Edwards (1992), citando Shapiro (1986, pp. 172-173) refere, que "como investigadores estamos envolvidos na nossa situação histórica e cultural. Somos ao mesmo tempo sujeitos e objectos de investigação, e como tal podemos não só fazer crescer o campo de investigação nesta área, como também crescermos nós próprios como profissionais".

## 5. CONCLUSÕES

A sistematização das características dos clientes deste Serviço, revela que a maioria das crianças é do sexo masculino, frequenta maioritariamente o 1º e 2º anos do 1º Ciclo do Ensino Básico, tem entre 6 a 8 anos de idade e é de nível sócio-económico médio.

Os pedidos efectuados a este serviço, são maioritariamente de Dificuldades de desenvolvimento e de aprendizagem e no que diz respeito ao diagnóstico do psicólogo a grande maioria vai no sentido das Perturbações sócio-emocionais.

As dificuldades de desenvolvimento e de aprendizagem apresentadas pela criança e que mobilizam a família ou outros significativos a procurar ajuda psicológica, poderão ser entendidas tendo em conta um conjunto de outras variáveis (baixa produtividade, sentimentos de baixa auto-eficácia, auto-percepção negativa, insegurança), que contribuem para aumentar o ciclo de factores emocionais adjuvantes que potencializam o fracasso académico da criança.

O presente estudo, embora efectuado numa amostra não controlada, revelou que a maioria dos casos, ainda que apresentando como pedido de ajuda Dificuldades de desenvolvimento e de aprendizagem, poderá revelar problemas sócio emocionais importantes em si mesmos e que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da perturbação.

Santos (1990), no seu estudo sobre os utentes de uma clínica psicológica de S. Paulo, chegou também à conclusão que embora a problemática da criança referida pelos pais, seja basicamente escolar, o "diagnóstico realizado evidencia na maioria das vezes problemas de natureza eminentemente emocional, que são encobertos pelas queixas escolares".

Marturano, Magna e Murta (1993), referem também que a procura de ajuda psicológica, motivada por queixas de dificuldades de aprendizagem escolar,

particularmente em crianças na fase de alfabetização, tem aumentado consideravelmente nos diferentes centros de atendimento à comunidade (Abramovay, Minosso & Duarte, 1987; Figueiró & Marturana, 1991; Martus & Graminha, 1989, 1990; Pernambuco, 1992; Sales, 1989; Santos, 1990; Silva, Muñoz & Cursino, 1987). O autor refere também que esta constatação tem sido acompanhada pelo reconhecimento de que os casos escolares devem ser solucionados no âmbito da escola (Sales, 1989) e que os encaminhamentos para os serviços de saúde provocam a "medicalização" e/ou "psicologização" do fracasso escolar (Silva, Muñoz & Cursino, 1987), "convertendo os problemas de ensino em problemas de aprendizagem". De facto, é importante compreender muito bem as relações que a criança mantém com as figuras significativas, porque por vezes o problema pode estar, por exemplo na relação que ela estabelece com o professor, entre o seu método de ensino e a inadequação ao nível de desenvolvimento da criança. É mais fácil, para um adulto, quer seja professor ou pai, atribuir o problema à própria criança. Esta por sua vez, como confia no adulto, vai interiorizando o próprio problema e o seu insucesso, e aqui pode começar o ciclo emocional de deterioração, e, quando chega a pedido de ajuda, a própria criança, os pais, e até o professor já se encontram em sofrimento.

Na sequência destes estudos, um segundo projecto teve início. Graham e Rutter (1973, In, Costello & Angold, 1995) chegaram à conclusão que um diagnóstico efectuado na infância, aumenta consideravelmente a probabilidade de ser novamente diagnosticado na adolescência. Trata-se de um "follow-up" dos casos atendidos no serviço. Pretendemos avaliar a continuidade psicopatológica, avaliando o desempenho dos diferentes papéis da criança depois do período de intervenção (social, lazer, aluno/trabalhador, familiar). Pretendemos também averiguar acerca de recaídas, aparecimento de novos problemas, e eventuais recursos a profissionais especializados.

Estes estudos tiveram consequências não previstas anteriormente, como por exemplo, estimular a organização de um serviço mais sistemático de inscrição e estruturação do material clínico de cada utente, serviço este que vem sendo aperfeiçoado nos últimos anos. A vertente de investigação, tem vindo a sofrer um maior impulso.

## BIBLIOGRAFIA

- Apter, S. J. (1982). *Troubled children/troubled systems*. New York: Pergamon Press.
- Achenbach, T. M. (1995). Developmental issues in assessment, taxonomy and diagnosis of child and adolescence psychopathology . In Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental Psychopathology, Theory and Methods*, 1, (57-80). New York: John, Wiley & Sons.
- Amatuzzi, M. M. (1993). Etapas de um processo terapêutico: um estudo exploratório. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 9, n.º 1 (1-21). *Revista do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília*.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª edição) (DSM-IV). Lisboa. Climepsi editores.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Ed. 70. P.U.F.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1990). *Quantitative data analysis for social scientists*. London and New York. Routledge.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras. Celta editora.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1998). Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. In Damon, W., Sigel, E. I. & Renninger, A. (Eds.), *Handbook of child psychology*, 4 (479-583). New York: John, Wiley & Sons.

- Costello, E. J. & Angold, A. (1995). Developmental Epidemiology. In Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental Psychopathology, Theory and Methods*, 1, (23-56). New York: John, Wiley & Sons.
- Edwards, D. J. A. (1992) Case study research. The cornerstone of theory and practice. In, Reinecke, M. A., Dattilio, F. M. & Freeman, A. (1996). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. (11- 37). New York: The Guilford Press.
- Freedheim, D. K. & Russ, S. W. (1992) Psychotherapy with children. In Walker, C. E. & Roberts, M. C. (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (765-781). New York: John, Wiley & Sons.
- Girden, E. R. (1996). *Evaluating Research Articles – from start to finish*. Sage Publications.
- Gonçalves, M.; Pinto, H. & Araújo, M. S. (1998). Perturbações da ansiedade em crianças: uma experiência com um grupo de pais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 3, (327-352). Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Graffar. (sem data). Escala de Classificação Internacional. Bruxelas.
- Greig, A. & Taylor, J. (1999). *Doing Research with Children*. London. Sage Publications.
- Marques, A. R. (1996). 8 anos de Consulta de Risco. *Psiquiatria Clínica*. 17, n.º 3 (165-166).
- Marturano, E. M., Magna, J. M. & P. C. Murtha. (1993). Procura de Atendimento Psicológico para Crianças com dificuldades escolares: um Perfil da Clientela. In *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 9, n.º 1 (207-226). Revista do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

- Reinecke, M. A., Dattilio, F. M. & Freeman, A. (1996). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Sameroff, A. J. (1989). Principles of development and psychopathology. In, *Relationship disturbance in early childhood. A developmental approach*. Sameroff, A. J. & Emde, R. N. (1989). New York: Basic Books.
- Santos, M. A., Moura, L., Pasian, S. R. & Ribeiro, P. L. L. (1993). Caracterização de uma Clientela de Adolescentes e Adultos de uma Clínica de Psicologia. In *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 9, n.º 1 (123-144). Revista do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Sparrow, S. S., Carter, A. S., Racusin, G. & Morris, R. (1995). Comprehensive psychological assessment through the life span: a developmental approach. In Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental Psychopathology, Theory and Methods*, 1, (81-105). New York: John, Wiley & Sons.