

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CARACTERIZAÇÃO DE UMA LISTA DE ESPERA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES PARA A CONSULTA DE PSICOLOGIA DE UM CENTRO
DE SAÚDE**

Rute Alexandra Coelho Portela

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CARACTERIZAÇÃO DE UMA LISTA DE ESPERA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES PARA A CONSULTA DE PSICOLOGIA DE UM CENTRO
DE SAÚDE**

Rute Alexandra Coelho Portela

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2011

Índices

Índice Geral	1
Índice de Tabelas	3
Lista de Abreviaturas	4
Agradecimentos	5
Resumo	6
Abstract	7
Bibliografia	61
Anexos	66

Índice Geral

1. Saúde Mental Infantil nos Cuidados Primários	8
2. A identificação das perturbações de saúde mental nos Cuidados Primários.....	10
3. Triagem das perturbações de saúde mental nos Cuidados Primários.....	12
4. Instrumentos de triagem de perturbações de saúde mental em crianças ..	15
4.1. Questionários e inventários.....	15
4.2. Entrevistas estruturadas	16
5. Objectivos da investigação	20
6. Metodologia.....	21
6.1. Procedimento	21
6.2. Amostra.....	22
6.3. Instrumentos.....	22
6.3.1. Anxiety Disorders Interview Schedule-IV – P (<i>ADIS-IV-P</i>) (Albano e Silverman, 1996)	23

6.3.2. Questionário de Capacidades e Dificuldades (<i>SDQ</i>) (Goodman, 1997).....	26
6.3.3. Escala de Interferência da Ansiedade na Vida da Criança. (<i>EIAVC</i>) (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin e Hudson, em preparação).....	28
7. Análise de Dados	29
8. Resultados.....	30
a) Resultados da <i>ADIS-IV</i> : Caracterização da amostra quanto ao diagnóstico principal e comorbilidade	30
b) Resultados obtidos no <i>SDQ</i>	37
c) Estudo do impacto percebido na criança e na família pela mãe	39
d) Relação entre as escalas do <i>SDQ</i> , do <i>EIAVC</i> e o tipo de problema.....	43
e) Tipos de entrada no sistema de cuidados de saúde	44
f) Estudo e validade facial da versão para pais da entrevista <i>ADIS-IV</i>	48
9. Análise dos Resultados e Discussão.....	51
9.1. Caracterização do grupo quanto ao diagnóstico principal e comorbilidade	51
9.2. Caracterização do grupo quanto aos resultados obtidos no <i>SDQ</i>	53
9.3. Caracterização do grupo quanto aos resultados obtidos no <i>EIAVC</i>	54
9.4. Caracterização do grupo quanto às formas de entrada no sistema de cuidados de saúde, quanto às fontes de referência do problema e quanto às significações dos pais em relação ao problema do filho.....	55
10. Conclusões.....	57
11. Limitações	58
12. Implicações Clínicas.....	59

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Constituição da amostra, por idade e sexo do utente referenciado ...	30
Tabela 2 – Diagnóstico Principal e Nível de Interferência: Frequências Absolutas e Relativas	31
Tabela 3 – Diagnósticos Principais e Secundários e Nível de Interferência: Frequências relativas e absolutas.....	32
Tabela 4 – Comorbilidade entre os Diagnósticos: Frequência Absoluta e Relativa	33
Tabela 5 – Perturbações de Internalização, Externalização e Mistas dos utentes	34
Tabela 6 – Diagnósticos Subclínicos: Frequências Absolutas e Relativas e Nível de Interferência.....	35
Tabela 7 – Diagnósticos por Sexo: Frequências Absolutas e Relativas	36
Tabela 8 – Diagnósticos por idade: Frequências Absolutas	36
Tabela 9 – Resultados obtidos nas escalas do <i>SDQ</i>	38
Tabela 10 – Resposta aos itens do <i>EIAVC</i> : Frequências Absolutas e Relativas.	40
Tabela 11 – Resultados das Escalas de Interferência do <i>EIAVC</i>	41
Tabela 12 – Duração do problema: Frequências Absolutas e Relativas.....	41
Tabela 13 – Idade de início do problema: Frequências Absolutas e Relativas ..	42
Tabela 14 – Grau de perturbação ou sofrimento no filho: Frequências Absolutas e Relativas	42
Tabela 15 – Pontuações das escalas do <i>SDQ</i> e do <i>EIAVC</i> em função do tipo de problema: média e desvio-padrão.....	43
Tabela 16 – Análise de conteúdo: Dimensões, Categorização e Frequências Absolutas	46
Tabela 17 – Cruzamento entre os resultados dos diagnósticos principais da ADIS-IV e as categorias encontradas na análise de conteúdo.....	49

Lista de Abreviaturas

ADIS-IV - Anxiety Disorders Interview Schedule-IV

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades

EIAVC - Escala de Interferência da Ansiedade na Vida da Criança

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

Agradecimentos

Aos meus pais e ao João.

Sem vocês não tinha sido possível.

Agradeço à Professora Doutora Luísa Barros a disponibilidade e a ajuda prestada ao longo de todo o ano.

Estou muito agradecida à Doutora Ana Isabel Pereira por ter aceitado o meu pedido inicial, pela ajuda e pela motivação que me deu para continuar a trabalhar.

Agradeço à Dra. Isabel Trindade a facilidade de acesso à amostra.

Resumo: A prevalência de problemas emocionais e comportamentais nas crianças e adolescentes que recorrem aos cuidados primários é elevada e muitas crianças nunca chegam a receber tratamento especializado. É necessário que os profissionais façam uso de instrumentos de triagem para perturbações de saúde mental de forma sistemática, para garantir a identificação de todos esses jovens, e para que se possa intervir de forma adequada.

O presente estudo tem como objectivo caracterizar a lista de espera de para a consulta de psicologia num centro de saúde. Neste estudo, foram usados três instrumentos para a caracterização das crianças e adolescentes em lista de espera para a consulta de psicologia: *ADIS-IV-P*, *SDQ* e o *EIAVC*.

Os resultados demonstram igualdade de frequência de perturbações de externalização e de internalização, e maior percentagem de rapazes com diagnósticos estabelecidos através da *ADIS-IV-P*. No *SDQ* foram encontrados mais jovens no intervalo clínico para as escalas de hiperactividade e problemas de comportamento. Foram encontrados valores de interferência no *EIAVC* mais baixos do que o esperado. Verificou-se também que o centro de saúde foi o primeiro acesso aos serviços de saúde da maior parte das crianças e adolescentes, e que a principal fonte de identificação dos problemas são os pais. No entanto, muitos pais fizeram descrições pouco organizadas e sistematizadas desses problemas e estas descrições foram, em vários casos, pouco consistentes com os problemas identificados na entrevista e nos questionários. Os instrumentos em estudo parecem ter utilidade para uso nos cuidados primários de saúde. Esta investigação contribuiu para o estudo da *ADIS-IV-P* e os resultados obtidos confirmam a necessidade do uso sistemático pelos profissionais de instrumentos de triagem, para que todas as crianças e adolescentes sejam identificados e recebam intervenção atempada e adequada para os problemas de saúde mental.

Palavras-chave: Cuidados Primários, Triagem, *ADIS-IV*, *SDQ*, *EIAVC*

Abstract: The prevalence of emotional and behavioral problems in children and adolescents who use primary care is high and many of these children never receive specialized treatment. There are clear indications for the need of professionals to use screening tools for mental health disorders in a systematic way to ensure identification of all these young people, so that professional can intervene appropriately.

The present study aimed to characterize the waiting list for psychological consultation in a health center. We used three instruments for the characterization of children and adolescents on the waiting list for consulting psychology: *ADIS-IV-P*, *SDQ* and *EIAVC*.

The results show equal frequency of externalizing and internalizing disorders and higher percentage of boys with diagnosis established by the *ADIS-IV-P*. In the *SDQ* there were more youngsters in the clinical range for the scales of hyperactivity and behavior problems. In the *EIAVC* there were lower values than expected. It was also found that the primary care center was the first access to health services for most children and adolescents, and that the main source of identification of their problems was the parents. However, many parents made poorly organized and systematic descriptions of the problems and these descriptions were, in many cases, inconsistent with the problems identified in the interview and questionnaires. The instruments under study appear to have utility for use in primary health care. The study aims to contribute to the validation of the *ADIS-IV-P* and the results confirm the need of systematic use of screening tools by professionals, so that all children and adolescents are identified and receive timely and appropriate intervention for their mental health problems.

Keywords: Primary Care, Screening, ADIS-IV, SDQ, EIAVC

1. Saúde Mental Infantil nos Cuidados Primários

A prevalência de problemas emocionais e comportamentais nas crianças e nos adolescentes varia entre 12 e 27% (Simonian e Tarmowski, 2004) sendo que se estima que cerca de 6 a 20% das crianças sofra de alguma perturbação de ansiedade (Schniering, Hudson e Rapee, 2000; Williams e Pearman, 2010; Zahner e Daskalakis, 1997). Apenas uma parte muito pequena destas crianças com problemas emocionais e comportamentais recebe tratamentos especializados de saúde mental. A grande maioria é atendida pelos médicos dos cuidados de saúde primários que são geralmente o primeiro contacto dos utentes. (Rodrigues, 2004; Zahner e Daskalakis, 1997) e muitos não chegam a receber nenhum cuidado específico.

O tratamento adequado de perturbações emocionais é imprescindível pois leva a um melhor funcionamento em todos os aspectos da vida diária dos indivíduos e ao decréscimo na utilização dos serviços médicos (Antony, 2002; Rodrigues, 2004). O não diagnóstico de perturbações emocionais é um problema grave sob diversos pontos de vista: aumenta os custos de saúde, complica o tratamento médico de outras doenças, aumenta o sofrimento pessoal e tem ainda um custo social elevado. A ansiedade e a depressão estão ainda associadas a um aumento da comorbilidade e mortalidade na população adulta. Assim, para além do sofrimento individual, têm impacto na comunidade em geral e no aumento do uso dos serviços médicos (Antony, 2002; Rodrigues, 2004; Szádóczy, Rózsa, Zámberi e Fúredi, 2004). O peso económico destas perturbações não diagnosticadas (e conseqüentemente não tratadas) e a alta comorbilidade e mortalidade das doenças conseqüentes aumentam os custos directos e indirectos para a sociedade (mais idas aos serviços médicos, utilização intensificada e/ou inapropriada dos serviços de saúde, disfunção social, etc.) (Rodrigues, 2004; Szádóczy *et al.*, 2004).

Os estudos que descrevem a natureza dos problemas das crianças atendidas nos cuidados de saúde primários mostram grande frequência de problemas de comportamento negativo como birras, comportamento de oposição, comportamento desafiante, desobediência e agressividade (Stancin, Perrin e Ramirez, 2009). Finey, Riley e Cataldo (1991) relataram que 56% das crianças referidas para uma consulta de psicologia nos cuidados de saúde primários tinham problemas de agressividade,

problemas alimentares ou nos padrões de sono, do controlo esfíncteriano (enurese e encoprese) e problemas de somatização (por exemplo dor abdominal recorrente) (Stancin, Perrin e Ramirez, 2009).

Tem sido constatado que são tratados mais frequentemente os problemas de externalização/comportamentais (como comportamento disruptivo, hiperactividade, delinquência) do que os de internalização, como as perturbações de ansiedade (Zahner e Daskalakis, 1997). Tal pode dever-se ao facto de que as perturbações de externalização são mais facilmente identificáveis pelos pais, pelos professores e pelos técnicos e consideradas mais problemáticas, pelo que dão lugar mais vezes a queixas. Comparativamente às perturbações das crianças, as perturbações de internalização nos adolescentes passam frequentemente mais despercebidas aos pais, professores e médicos de clínica geral. (Laukkanen, Hintikka, Kylma, Kekkonen e Marttunen, 2010; Whilmshurst, 2005). Existem também dados que referem que um número elevado de fobias específicas, a perturbação obsessiva-compulsiva, a perturbação de pânico e a ansiedade generalizada têm o seu início precisamente na infância ou início da adolescência, pelo que é muito importante que sejam identificadas para que possam ser submetidas a tratamento especializado (Laukkanen, Hintikka, Kylma, Kekkonen e Marttunen, 2010; Rapee, Schniering e Hudson, 2009; Whilmshurst, 2005).

As perturbações de ansiedade nas crianças e nos adolescentes raramente ocorrem isoladamente – estimativas sugerem que 40 a 60% das crianças ansiosas apresentam critérios para mais do que uma perturbação de ansiedade (Rapee, Schniering *et al.*, 2000), ou mesmo com outras perturbações, o que por vezes torna difícil a identificação desses sintomas como sendo de ansiedade, pelos pais, professores ou técnicos de saúde. Tem sido demonstrado que a incidência e a prevalência das perturbações psiquiátricas aumentam durante a adolescência, e muitos dos adultos com perturbações mentais começaram a ter sintomas na adolescência. (Rapee, Schniering *et al.*, 2000; Simonian e Tarmowski, 2004).

Assim, a detecção e intervenção atempadas podem ter um impacto importante não só no bem-estar das crianças e dos adolescentes, como também na prevenção das perturbações de saúde mental nos adultos (Laukkanen *et al.*, 2010; Simonian e Tarmowski, 2004).

2. A identificação das perturbações de saúde mental nos Cuidados Primários

Apesar da prevalência de perturbações psicopatológicas nas crianças e nos adolescentes, estas tendem a ser pouco reconhecidas (e conseqüentemente sub-tratadas) nos cuidados de saúde primários. Os médicos dos cuidados de saúde primários têm grandes dificuldades em reconhecer e diagnosticar as perturbações mentais (Lang *et al.*, 2009; McQuaid, Stein, McCahill, Laffaye e Ramel, 2000; Rodrigues, 2004; Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti e Tress, 1999). O facto de a maioria dos utentes apresentar também sintomas e queixas somáticas sugestivos de alguma condição médica, assim como de os médicos estarem predominantemente treinados e centrados na identificação de doenças e perturbações físicas, poderão explicar essas dificuldades (Rodrigues, 2004; Schmitz *et al.*, 1999). Por exemplo, estima-se que os médicos de clínica geral têm dificuldade em reconhecer perturbações de humor - entre 50 a 70% dos episódios depressivos de um utente passam despercebidos aos médicos (McQuaid, *et al.*, 2000).

Para além desta dificuldade de identificação, mesmo que um sintoma de ansiedade seja detectado, pode não ser diagnosticado com precisão, e desta forma pode ser prescrito um tratamento que não é eficaz nem apropriado (McQuaid *et al.*, 2000). Menos de metade dos casos de ansiedade são reconhecidos, e somente 10 a 30% dos utentes recebe o tratamento adequado (Szádóczy *et al.*, 2004).

Grande parte das crianças com problemas de saúde mental é avaliada e recebem algum tipo de tratamento por parte dos médicos dos cuidados primários, e não dos especialistas de saúde mental (Kelleher e Long, 1994). Pouco se sabe sobre o processo de tomada de decisão de diagnóstico e tratamento dos médicos em relação a esses problemas e como lidam com os pacientes e as suas famílias (Kelleher e Long, 1994).

Os maiores obstáculos para o reconhecimento de perturbações de saúde mental pelos médicos dos cuidados primários são a falta de conhecimentos sobre saúde mental, o conhecimento inadequado dos critérios de diagnóstico, a incerteza sobre as metodologias para avaliar os critérios de diagnóstico, e limitações temporais inerentes à prática clínica nos cuidados de saúde primários (Rodrigues, 2004; Schmitz *et al.*, 1999).

De facto, muitos médicos dos cuidados primários falham na identificação de utentes que sofrem de perturbações de saúde mental por não terem tempo suficiente, recursos e treino para essa identificação, apesar de se encontrarem numa óptima posição para identificar e providenciar tratamento adequado, pois grande parte destes indivíduos usa este tipo de serviços primários (McQuaid *et al.*, 2000; Laukkanen *et al.*, 2010; Rodrigues, 2004; Szádóczy *et al.*, 2004). Nesse sentido, a formação dos médicos em termos de estratégias específicas para reconhecimento de problemas psicossociais durante as consultas de rotina é uma das opções que se pode ter em conta para resolver o problema da não detecção das crianças com problemas de saúde mental (Rodrigues, 2004; Stancin, Perrin e Ramirez, 2009).

A Pirâmide de Goldberg (Goldberg e Huxley, 1980) organiza o acesso aos cuidados de saúde mental e explica de forma clara a prevalência destas perturbações na população que procura os serviços de saúde. Segundo esta pirâmide, os médicos de família/clínica geral contactam com a maioria dos utentes que sofrem destas perturbações, pelo que depende destes técnicos a identificação e o reconhecimento destes casos e a decisão sobre quais os utentes que referenciam para a consulta especializada de saúde mental (Rodrigues, 2004).

Estão envolvidos na maioria das consultas médicas dos cuidados primários, problemas primários ou secundários relacionados com factores psicossociais (Gunn e Blount, 2009), o que está de acordo com o conceito de que os cuidados de saúde primários são um campo da saúde biopsicossocial e não somente biomédico (Bluestein e Cubic, 2009). Desta forma, é importante que os psicólogos e os médicos de família/clínica geral trabalhem com modelos integrados, em equipa, pois não só os utentes beneficiam deste tipo de modelos como também os próprios profissionais (Bluestein e Cubic, 2009).

Uma equipa dos cuidados primários deve enfatizar a prevenção, a educação, o aconselhamento, a avaliação e o tratamento, e sendo os psicólogos membros dessa equipa podem, ter contribuições valiosas nessas áreas (Bray, 2004).

No entanto, a colaboração entre médicos e psicólogos não deve ignorar as dificuldades que existem nesta relação como: diferenças de orientação conceptual e de treino (biomédica *vs* psicossocial), o tipo de linguagem usada (jargão médico *vs* jargão psicológico), os estilos práticos divergentes (diferenças de tempo e assuntos de

confidencialidade), as barreiras que podem limitar o acesso a alguns prestadores de serviços (por exemplo, dificuldades em fazer referências e restrições impostas pelos cuidados), as expectativas de avaliação e tratamento que não são congruentes (como a necessidade de atenção imediata ao problema, recomendações e intervenções breves e rápido acesso entre profissionais), barreiras operacionais como o espaço, e a logística, e ainda as limitações financeiras (Blustein e Cubic, 2009; Bray, 2004; Gunn e Blount, 2009).

Os médicos e os psicólogos devem trabalhar no sentido de ultrapassar essas dificuldades pois a integração da saúde mental nos cuidados de saúde mais gerais é urgente (Blustein e Cubic, 2009; Bray, 2004; Gunn e Blount, 2009; Pidano, Kimmelblatt e Neace, 2011). Não só os psicólogos podem providenciar serviços importantes de diagnóstico e intervenção para melhorar as opções de tratamento dos pacientes dos cuidados primários, como podem providenciar bons sistemas de aconselhamento às equipas dos cuidados primários (Blustein e Cubic, 2009; Bray, 2004).

3. Triagem das perturbações de saúde mental nos Cuidados Primários

Os profissionais dos cuidados de saúde primários têm um papel importantíssimo na detecção, triagem e aconselhamento aos utentes com perturbações de saúde mental (Laukkanen *et al.*, 2010). Apesar da prevalência das perturbações emocionais e comportamentais, existem poucos instrumentos específicos para a sua identificação e triagem que tenham sido estudados para o contexto específico dos cuidados de saúde primários. Existem métodos standardizados de triagem, mas poucos foram sujeitos a estudos empíricos, e muitos têm normas e validade pouco adequadas para o uso neste contexto. Para além disso, existem instrumentos que não são práticos, porque têm custos muito elevados, ou que implicam procedimentos de administração e/ou de cotação inadequados para usar nos cuidados de saúde primários. (Stancin, Perrin e Ramirez, 2009).

É necessário que os instrumentos de triagem de saúde mental sejam fáceis de administrar, de aplicação breve, não sejam caros, sejam precisos, válidos e adequados à

população para que possam ser usados com eficácia pelos técnicos e para que sejam úteis (Antony, 2002; Bunevicius, Peceliuniene, Mickuviene, Valius e Bunevicius, 2007; Lang, Norman, Means-Christensen e Stein, 2009). Nesse sentido é necessária mais investigação para avaliar e melhorar as medidas de triagem, estabelecendo procedimentos standardizados para a sua aplicação e guias para a sua interpretação (McQuaid *et al.*, 2000).

O uso regular de instrumentos de triagem para perturbações de saúde mental é essencial para que se garanta a avaliação sistemática de todos os pacientes em risco e se diminua a quantidade de casos não detectados. A rotina da avaliação de problemas de saúde mental é apropriada e um passo necessário a ter nos cuidados de saúde primários (Antony, 2002; Horgan, Garnick, Merrick e Hoyt, 2007). Actualmente os especialistas estão de acordo quanto ao melhor procedimento para a detecção de psicopatologia nos cuidados de saúde primários, que deve passar numa primeira fase pela utilização de instrumentos de triagem e numa segunda fase pelo encaminhamento para diagnóstico e tratamento por especialistas, dos casos que necessitam desse tipo de cuidados ou que levantam dúvidas sobre o diagnóstico (Rodrigues, 2004).

Para além dos obstáculos já referidos antes, existem outras barreiras à implementação de medidas de triagem para problemas de saúde mental nos cuidados primários, como a resistência médica e a resistência dos utentes. Frequentemente os médicos, para além da falta de formação e experiência para a identificação deste tipo de perturbações, sentem desconforto em conversar com os seus pacientes acerca de problemas emocionais e de saúde mental (Kelleher e Long, 1994).

Alguns dos erros comuns dos médicos nos cuidados de saúde primários em relação aos resultados de triagens ou rastreios são o não acreditarem nos resultados e portanto não continuarem a avaliação, ou o não fazer a referência, e agir como se os resultados deste rastreio/triagem equivalessem a um diagnóstico. Estes erros podem levar a maus resultados como a referência tardia ou inapropriada, e a preocupação desnecessária dos pais devido a um diagnóstico incorrecto. (Stancin, Perrin e Ramirez, 2009).

O objectivo de um diagnóstico é a classificação do problema para ter conhecimento sobre a eventual etiologia, curso do problema e alternativas de tratamento. Isto é, diagnosticar para que se possa seleccionar o tratamento mais

apropriado. (Wilmshurst, 2005). É importante que os médicos e os psicólogos dos cuidados primários se recordem que a triagem é somente o início de um processo, e que geralmente não resulta num diagnóstico consolidado. Pode mesmo levar a mais perguntas do que respostas. Depois da triagem, se existir indicação de qualquer sintoma relacionado com perturbações de saúde mental do indivíduo, é necessário fazer a referência para a consulta de psicologia ou para os serviços especializados de saúde mental para que a avaliação psicológica continue (Antony, 2002).

Especificamente, é necessário que os psicólogos dos cuidados primários utilizem de forma sistemática métodos de avaliação adequados a este contexto (entrevistas, questionários, observações comportamentais) para a triagem e avaliação inicial das crianças e dos adolescentes. A informação clínica deve ser obtida de diversas fontes (pais, professores, pares). Para além da informação fornecida pelos adultos relevantes, os auto-relatos são também essenciais para avaliar a natureza subjectiva dos sintomas de internalização, apesar de alguma limitação dos mais jovens para identificar e relatar com eficácia cognições e sensações psicossomáticas (Morris, 2004; Schniering, *et al.*, 2000). Os resultados obtidos devem depois ser utilizados para guiar a conceptualização do caso e tomar decisões sobre a forma de acompanhamento mais eficaz – intervenção nos cuidados primários ou encaminhamento para serviços especializados.

Segundo Stallings e March (1995), existem cinco critérios a ter em conta quando se selecciona um instrumento de avaliação primária ou triagem: (1) providenciar informação válida e precisa; (2) discriminar *clusters* de sintomas; (3) avaliar a frequência e severidade das respostas-alvo; (4) incorporar múltiplas observações; (5) ser sensível a efeitos de tratamento (Morris, 2004). Seria ainda importante que as medidas fossem culturalmente sensíveis e adequadas à capacidade cognitiva da criança e à sua capacidade para reconhecer e descrever o(s) problema(s). No entanto, muitos dos instrumentos de triagem ou avaliação para crianças e adolescentes são simplesmente adaptados de medidas para adultos (Morris, 2004).

É também importante que se tenha em conta as qualidades psicométricas do instrumento, isto, é que tenha bons indicadores de fiabilidade, estabilidade no diagnóstico e validade inter-juízes, que avalie de facto o que se propõe avaliar e que seja apropriado à população, ao contexto e ao que avalia; deve ainda possuir boa sensibilidade e especificidade. A sensibilidade e a especificidade de um instrumento de

triagem dizem respeito à precisão da avaliação – quanto maior a sensibilidade maior é a probabilidade de um indivíduo ser identificado correctamente (produz poucos falsos negativos); a especificidade diz respeito à probabilidade de um indivíduo que não tem o problema ser identificado - isto é, evitar os falsos positivos. Poucos instrumentos conjugam estas duas características, pelo que é recomendada a escolha de um instrumento de triagem que tenha grande sensibilidade e especificidade moderada. Desta forma são identificados indivíduos que precisem de continuar a avaliação (Antony, 2002; Graham e Naglieri, 2003).

4. Instrumentos de triagem de perturbações de saúde mental em crianças

4.1. Questionários e inventários

Nas últimas décadas foram desenvolvidas algumas medidas psicometricamente fortes, e com utilidade clínica para a triagem de perturbações de saúde mental em crianças e adolescentes.

Os instrumentos do tipo papel-e-lápis (questionários, inventários) apresentam vantagens como serem fáceis de administrar e cotar. Mesmo que as respostas do sujeito não sejam totalmente válidas (isto é, não correspondam com precisão àquilo que a criança sente ou faz) podem ter algum significado e/ou informação clínica. Têm também sido apontadas algumas desvantagens deste tipo de instrumentos como a susceptibilidade das respostas à manipulação intencional ou não intencional dos sujeitos, o facto de diferentes indivíduos interpretarem de maneira diferente as mesmas questões, o tipo de linguagem não ser adequado para todos os sujeitos e a capacidade de um sujeito para avaliar o seu comportamento ou avaliar o de outro (Graham e Naglieri, 2003).

Alguns exemplos são a *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*, Birmaher *et al.*, 1997), *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*, March *et al.*, 1997) e *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, Goodman, 1997) (Graham e Naglieri, 2003; Schniering, *et. al.*, 2000).

4.2. Entrevistas estruturadas

Uma entrevista de avaliação psicológica é organizada em torno de um tema específico e relevante e apresenta uma sequência clara, organizada pelo entrevistador, que dirige e controla a interação e que tenta reunir informação importante em relação a determinado problema. A entrevista é um instrumento onde se pretende construir uma relação de entendimento, compreensão e confiança. Permite recolher informação que pode ser difícil de obter de outra forma (por exemplo através de questionários ou inventários) como características idiossincráticas do indivíduo e da sua história, a reacção do indivíduo a certos acontecimentos, a forma como organiza o seu pensamento e o seu discurso (Graham e Naglieri, 2003; Groth-Marnat, 2003).

As entrevistas divergem quanto ao seu grau de estruturação. Existem entrevistas não estruturadas, entrevistas semi-estruturadas, e entrevistas estruturadas.

As entrevistas não estruturadas têm como principal vantagem em relação aos outros formatos, a sua flexibilidade. Esta permite o estabelecimento de uma ligação entre o clínico e o cliente e a exploração e clarificação de diversas temáticas que podem trazer informação relevante sobre o indivíduo e o seu funcionamento, podendo oferecer elementos importantes para o tratamento e as recomendações clínicas (Graham e Naglieri, 2003).

O foco das entrevistas não estruturadas é o indivíduo concreto e os seus aspectos idiossincráticos, e não a comparação deste com a norma ou com um grupo. Ao aceitar que o cliente mude livremente de um assunto para o outro, permite avaliar características particulares e específicas, como reacções emocionais a acontecimentos, significações, características comportamentais, percepções pessoais, modelos de funcionamento (Graham e Naglieri, 2003; Groth-Marnat, 2003).

Em termos psicométricos, estas entrevistas levantam problemas, sendo que a sua falta de objectividade é para muitos autores a maior limitação (Schniering, Hudson e Rapee, 2000). Os formatos de entrevista não estruturados, quando usados para o diagnóstico apresentam pouca validade e baixos níveis de confiança, gerando muita variância na informação recolhida e na interpretação dessa informação. Este tipo de entrevista é mais vulnerável a erros do tipo efeito de halo, distorções, enviesamento

confirmatório, efeito de primazia, e a ser influenciada pelas expectativas do clínico em relação ao cliente, aos seus estereótipos culturais e estigmas e às suas experiências passadas, pois dependem totalmente do julgamento clínico (Graham e Naglieri, 2003; Groth-Marnat, 2003). Para além destes enviesamentos de percepção e interação, os entrevistados podem ainda distorcer as suas respostas (por exemplo, para se apresentarem de maneira favorável – *faking good*, ou de maneira desfavorável – *faking bad*, mentiras, delírios e fabulações) (Graham e Naglieri, 2003; Groth-Marnat, 2003).

As principais razões de desacordo no diagnóstico ao usar este tipo de entrevistas são as variações de informação recolhida (variância de informação) e as variações de critério (variância de critério). Isto significa que diferentes técnicos perguntam e desenvolvem assuntos diferentes (diferenças no conteúdo e no estilo linguístico devido a factores pessoais e de orientação teórica), assim como aplicam diferentes padrões de critérios para a presença ou ausência de uma perturbação (Groth-Marnat, 2003).

Nas últimas décadas do século XX, houve um grande desenvolvimento e interesse pelo uso de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas para diagnóstico de perturbações mentais, que resultou em grande parte da insatisfação com os resultados das entrevistas não estruturadas (Antony, 2002; Graham e Naglieri, 2003; Groth-Marnat, 2003; Schniering, *et al.*, 2000).

Devido a terem conteúdo, ordem e formato de apresentação estandardizados e padronizados, assim como regras de classificação e de tomada de decisão - que servem não só para estruturar o estímulo apresentado de igual forma a todos os indivíduos, como também para reduzir o papel da variabilidade e subjectividade no julgamento clínico - permitem o desenvolvimento de classificações e resultados com maior validade, reduzindo a variância de informação e permitindo desta forma o uso de critérios de diagnóstico consistentes (Antony, 2002; Graham e Naglieri, 2003; Groth-Marnat, 2003).

As características psicométricas de algumas destas entrevistas permitem a comparação entre os indivíduos e a população - a estruturação da entrevista assim como a padronização do procedimento e da tomada de decisão resulta em níveis mais elevados de confiança e validade. (Antony, 2002; Graham e Naglieri, 2003; Groth-Marnat, 2003).

Apesar de as entrevistas estruturadas terem geralmente propriedades psicométricas elevadas, podem negligenciar mais as idiosincrasias e a riqueza da informação individual do que as entrevistas não estruturadas – aspectos que podem fazer a diferença aquando a interpretação de alguns testes ou nas recomendações clínicas (Antony, 2002; Groth-Marnat, 2003). Por outro lado permitem uma observação directa da reacção do sujeito e a exploração de assuntos e de respostas não antecipáveis, o que constitui uma vantagem em relação a questionários e inquéritos.

As entrevistas estruturadas para diagnóstico psicológico só foram possíveis de concretizar depois de terem sido criados critérios específicos e claros, empiricamente fundamentados para a identificação de padrões de sintomas associados a diagnósticos específicos (como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM* ou o *International Classification of Diseases - ICD*) (Graham e Naglieri, 2003; Whilmshurst, 2005). Idealmente, o desenvolvimento destes instrumentos reduz a quantidade de erro causada por orientações pouco específicas para inclusão ou exclusão de categorias de diagnóstico (variância de critério). Mais tarde, estes critérios foram incorporados em formatos de entrevista, tendo sido criadas listagens de perguntas específicas (Groth-Marnat, 2003).

Assim, as entrevistas estruturadas fornecem dados que são facilmente quantificáveis e que facilitam um diagnóstico formal, baseado em sistemas de classificação actuais (Schniering *et al.*, 2000). A confiança das entrevistas estruturadas depende assim em parte da precisão das classificações e da validade do quadro de diagnóstico que a operacionaliza (Antony, 2002; Groth-Marnat, 2003).

Em termos psicométricos, existem três tipos de validade muito importantes no que diz respeito às entrevistas de diagnóstico estruturadas para crianças e adolescentes: a validade inter-juízes, a validade teste-reteste e a congruência dos relatos pai-criança. As entrevistas estruturadas de diagnóstico recolhem informação clínica precisa acerca de sintomas específicos, de forma a se chegar a um diagnóstico válido (Schniering *et al.*, 2000). Diversos estudos indicam que a validade inter-juízes na avaliação da ansiedade em crianças é moderada a alta usando entrevistas estruturadas (eg. Rapee *et al.*, 1994), o que sugere que as perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes podem ser diagnosticadas com confiança usando essas mesmas entrevistas.

Apesar de serem necessários mais estudos sobre a validade das entrevistas de diagnóstico, existem trabalhos acerca da validade convergente e discriminante. A validade convergente tem sido avaliada através da análise do nível de concordância entre o diagnóstico de diferentes entrevistas estruturadas, classificações dos clínicos e das medidas de auto-relato para crianças (Graham e Naglieri, 2003; Schniering *et al.*, 2000). Em relação à concordância, tem sido consistentemente fraca para as perturbações de ansiedade, especialmente quando os diagnósticos são baseados em entrevistas a crianças.

A confiança de uma entrevista estruturada de diagnóstico, refere-se à replicabilidade e estabilidade dos seus resultados de diagnóstico, e deriva de factores como a clareza e natureza das questões colocadas, compreensão das questões pelo entrevistado, o grau de consistência no treino, experiência dos entrevistadores e as condições em que a entrevista é conduzida – a confiança de uma entrevista é o produto do contexto alargado em que foi produzida (Antony, 2002). Os resultados mais elevados de confiança para as entrevistas estruturadas de diagnóstico foram encontrados para as avaliações globais (presença ou ausência de psicopatologia) e para os comportamentos de externalização; os resultados mais baixos são geralmente encontrados para a avaliação de comportamentos específicos e para comportamentos de internalização (como obsessões, medos e preocupações) (Groth-Marnat, 2003). Alguns estudos sugerem que as entrevistas estruturadas providenciam informação suficientemente precisa acerca das características primárias da ansiedade nas crianças e nos adolescentes (Schniering *et al.*, 2000).

Em síntese, e especificamente em relação à avaliação da ansiedade, os estudos em relação à validade e confiança das entrevistas estruturadas com crianças ansiosas indicam que: (a) a validade teste-reteste para os relatos de crianças é adequada em relação ao diagnóstico de perturbações de ansiedade; (b) a concordância dos relatos dos pais e das crianças é modesta; (c) as entrevistas estruturadas fornecem informação suficientemente precisa acerca das características de ansiedade; (d) as entrevistas estruturadas são moderadamente sensíveis a diferentes grupos de diagnóstico, isto é, têm poder de discriminação entre diferentes psicopatologias (Schniering *et al.*, 2000).

Algumas das principais dificuldades reveladas pelas entrevistas estruturadas de diagnóstico são a atenuação teste-reteste (isto é, são relatados menos sintomas nas

segundas entrevistas do que nas primeiras, o que causa um declínio no número de diagnósticos, mesmo após um curto período de tempo), a concordância entre informadores ser baixa a moderada; o facto de os diagnósticos derivados das entrevistas estruturadas terem concordância medíocre com os diagnósticos dos clínicos.

Alguns exemplos de entrevistas estruturadas de diagnóstico são *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL)*, Kaufman, Birmaher, Brent, Rao e Ryan, 1997) e a *Anxiety Disorders Interview Schedule-IV – C/P (ADIS-C/P)* (Albano e Silverman, 1996).

5. Objectivos da investigação

O objectivo geral desta investigação foi o de caracterizar a lista de espera de crianças e adolescentes para a consulta de psicologia de um centro de saúde da região de Lisboa.

Os objectivos específicos foram:

1. Caracterizar os motivos de queixa mais frequentes neste grupo.
2. Caracterizar este grupo quanto ao diagnóstico principal e comorbilidade, de acordo com sistema de classificação *DSM-IV*, e de acordo com os resultados na *ADIS-IV-P*.
3. Estudar as formas de entrada no sistema de cuidados de saúde e as fontes de referência/identificação do problema.
4. Compreender quais as significações dos pais sobre o problema do filho e as atribuições de consequências do problema.
5. Contribuir para o estudo e validade facial da versão para pais da entrevista *ADIS-IV*.

6. Metodologia

6.1. Procedimento

O pedido de autorização do presente estudo foi dirigido à coordenadora do Núcleo de Psicologia do ACES-VI de Loures. Em seguida e, com o acompanhamento desta, foi possível aceder à lista de espera para a consulta de Psicologia do Centro de Saúde da Mealhada para iniciar este estudo.

Foi definido como critério de inclusão na amostra deste estudo, ser criança ou adolescente com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, e estar inscrito na consulta de Psicologia do ACES-VI de Loures, no período entre Fevereiro e Junho de 2011. Estes indivíduos tinham feito esta inscrição entre Setembro e Dezembro de 2010.

Os pais/encarregados de educação dos utentes que cumpriam estes critérios foram convocados pela investigadora por telefone, sendo informados de que estavam a ser contactados para a consulta de triagem de Psicologia, no Centro de Saúde da Mealhada. Atendendo ao facto de algumas crianças serem muito novas, e para manter as condições constantes para toda a amostra, optámos por realizar a entrevista apenas com os pais¹/encarregados de educação, pelo que foi aconselhado que viesse à consulta apenas o encarregado de educação. Todas as semanas eram confirmadas as consultas de triagem da semana seguinte.

No início da consulta era explicado que seria uma consulta de triagem para fazer o despiste de várias perturbações; que posteriormente as informações recolhidas seriam transmitidas à psicóloga coordenadora do serviço a quem caberia decidir se o caso seria para acompanhamento no Centro de Saúde ou reencaminhado para outro serviço especializado. Depois desta informação eram fornecidos dois exemplares do pedido de consentimento (em Anexo I), um para o encarregado de educação assinar, caso concordasse em participar no estudo, e outro para o pai guardar. Após a autorização iniciava-se a avaliação. Foi aplicada a versão para pais da entrevista *ADIS-IV* (Albano e

¹ A partir daqui a expressão “pai” será usada para designar pais ou outros encarregados de educação, excepto nos casos em que seja necessário especificar o grau de parentesco.

Silverman, 1996), seguida do preenchimento da versão para pais do *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (Goodman, 1997), e do preenchimento do questionário de impacto *Escala de Interferência da Ansiedade na vida da Criança* (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin e Hudson, em preparação).

6.2. Amostra

No total foram contactados 25 pais de utentes. Desses, dois faltaram à consulta (pais de dois rapazes, de 8 e 9 anos); três entrevistas não foram válidas – a primeira por motivos de dificuldade de compreensão da entrevista por parte do pai, a segunda por recusa na participação do estudo e a última por o jovem ter vindo sozinho à consulta sem o encarregado de educação impossibilitando a utilização dos instrumentos. A amostra final ficou constituída por 20 sujeitos, com idades compreendidas entre os 5 e os 16 anos, dos quais 7 eram rapazes. A média de idades da amostra é 10,70 anos (DP=3,03).

6.3. Instrumentos

Neste estudo utilizámos como instrumentos principais a versão para pais da entrevista *ADIS-IV* e o *EIAVC* devido ao interesse em contribuir para o estudo da aplicabilidade e resultados desta entrevista e desta escala em contexto de cuidados de saúde primários.

Foi associado o *SDQ* devido a ser um instrumento breve, fácil de aplicar, já adaptado para português, e ainda ser um instrumento já utilizado com bons resultados em cuidados de saúde primários (Jee, Halterman, Szilagyi, Conn, Alpert-Gillis e Szilagyi, 2011).

6.3.1. *Anxiety Disorders Interview Schedule-IV – P (ADIS-IV-P)* (Albano e Silverman, 1996)

A *Anxiety Disorders Interview Schedule-IV-C e P (ADIS-IV-C/P)*, (Albano e Silverman, 1996) é uma entrevista semi-estruturada que permite o diagnóstico diferencial de perturbações de ansiedade, segundo o sistema de classificação *DSM-IV* (Albano e Silverman, 1996). Tem também secções que avaliam perturbações de humor e de externalização, de forma a se obter um quadro compreensivo de avaliação da criança. Estas secções são muito importantes pois permitem avaliar padrões de comorbilidade, que geralmente acompanham as perturbações de ansiedade (Albano e Silverman, 1996).

Para além de permitir o diagnóstico baseado nos relatos da criança (*ADIS-C*) e nos relatos dos pais (*ADIS-P*) estas entrevistas também permitem um diagnóstico baseado nas informações combinadas de ambos (através da *ADIS-C e ADIS-P*) (Albano e Silverman, 1996; Antony, 2002; Morris, 2004; Silverman, Saavedra e Pina, 2001).

A versão para pais da entrevista começa com questões acerca de informação demográfica, uma descrição breve do problema apresentado e informação acerca de eventos perturbadores recentes. A entrevista depois continua da mesma forma do que a da versão para a criança, com secções que avaliam a presença de várias perturbações (Albano e Silverman, 1996; Antony, 2002).

A secção a seguir avalia a presença de perturbações do eixo 1 do *DSM-IV*, começando pelas perturbações de ansiedade (recusa em ir à escola, ansiedade de separação, fobia social, fobia específica, perturbação de pânico, agorafobia, ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático) e perturbações de humor (distímia, perturbação depressiva major).

A secção seguinte cobre as perturbações de externalização. Para além do inquérito para a identificação da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, na versão para pais existe um inquérito para perturbação de comportamento e perturbação de oposição. Estas perturbações de externalização não são avaliadas na versão da entrevista para a criança pois os pais são informadores mais válidos e precisos

do que os jovens, em relação a estes problemas. Existe outra secção para o mutismo selectivo, enurese e terrores nocturnos. (Albano e Silverman, 1996).

A entrevista aos pais inclui também questões para a identificação de indicadores de atraso mental, perturbações de aprendizagem e perturbações pervasivas de desenvolvimento (Albano e Silverman, 1996).

Depois das questões para a inserção nas categorias de diagnóstico, a versão para os pais tem ainda questões acerca do desenvolvimento da criança, da história familiar relevante, história de tratamento e medicação da criança e avaliação do nível de factores stressantes psicossociais no último ano (Albano e Silverman, 1996; Antony, 2002).

Cada secção inclui questões que permitem avaliar todos os critérios do *DSM – IV* para cada perturbação e começa com um inquérito inicial que tipicamente contém questões dicotómicas de tipo Sim/Não e Outro. Uma resposta positiva ao inquérito inicial é seguida por questões mais detalhadas acerca do problema, incluindo questões acerca de cada critério de diagnóstico (Antony, 2002).

A evidência de interferência significativa no funcionamento normal é um critério para muitos diagnósticos do *DSM-IV*, incluindo as perturbações de ansiedade. Nas versões para pais e para a criança, a seguir ao inquérito inicial dos critérios de diagnóstico primários, existe uma secção (chamada “Interferência”). Para determinar o diagnóstico, o entrevistador questiona os pais ou a criança acerca do grau de interferência no qual a perturbação em questão tem interferido com a vida da criança, numa escala de 0 (“Nada”) a 8 (“Muitíssimo”), mostrando o “Termómetro dos Sentimentos”. Caso a interferência seja de 4 ou maior do que 4, o entrevistador prossegue com o inquérito acerca dos critérios, ou é feito o diagnóstico no final da secção da perturbação (Albano e Silverman, 1996).

O formato semi-estruturado desta entrevista permite ao profissional colocar questões abertas de forma a clarificar as respostas do paciente e dar maior sustentação à informação obtida na entrevista estandardizada (Albano e Silverman, 1996). Os autores da entrevista recomendam que o profissional esteja familiarizado com a *ADIS-IV* e com o *DSM-IV*. O julgamento clínico é muitas vezes necessário para colocar questões apropriadas de *follow-up* (Albano e Silverman, 1996; Antony, 2002; Morris, 2004).

Comparativamente a outras entrevistas semi-estruturadas, como a *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II*, First, Benjamin, Williams, Spitzer e Gibbon, 2008), a *ADIS-IV* tem várias vantagens: fornece informação mais detalhada acerca das condições que avalia, incluindo classificações dimensionais para os sintomas e questiona acerca de um grande número de subtipos de sintomas. Algumas das suas desvantagens incluem o tempo de administração, e em relação à *SCID-II* avalia menos perturbações (Antony, 2002; Morris, 2004).

Em termos psicométricos, a validade das versões desta entrevista para pais e para crianças foi avaliada usando o paradigma de entrevistador-observador, e foi encontrado um coeficiente geral de Kappa de 0,75, um Kappa de 0,64 para a perturbação de Ansiedade Generalizada e um Kappa de 1,00 para a Fobia Específica. Em estudos subsequentes de validade teste-reteste foi encontrado um Kappa 0,64 para a Perturbação de Ansiedade Generalizada e 0,84 para Fobia Específica. A validade teste-reteste para os resultados totais de sintomas foi avaliada e considerada satisfatória ($r=0,71$). A validade teste-reteste para cada sintoma específico da Perturbação de Ansiedade Generalizada e da Perturbação de Ansiedade de Separação foi avaliada, sendo que a maioria dos Kappas se encontra no intervalo de bom a excelente (isto é, de 0,42 a 1,00) (Albano e Silverman, 1996).

Apresenta confiança excelente para os resultados de ansiedade de separação, fobia social, fobias específicas e ansiedade generalizada; Em termos de validade inter-juízes e teste-reteste apresenta valores de bons a excelentes. (Antony, 2002; Morris, 2004; Silverman e Albano, 1996). O estudo de Silverman e Albano (1996) indica que a última revisão da *ADIS-C/P* tem elevada confiança para os sintomas de perturbações de ansiedade e diagnóstico de crianças e adolescentes.

A validade da entrevista nas versões para pais e para crianças foi estudado noutras clínicas e noutros países (por exemplo Austrália), sendo que os seus resultados foram satisfatórios (Albano e Silverman, 1996). A *ADIS-IV* encontra-se traduzida para holandês, francês, alemão, espanhol e português.

Estudos que avaliaram a validade dos diagnósticos realizados através da forma combinada entre as versões para pais e para crianças também se mostraram promissores (e.g. Rabian, Ginsburg, Dadds e Evans, 1994). Os resultados das escalas de sintomas das entrevistas foram significativamente associados com os resultados obtidos nas

escalas de classificação dos pais e das crianças. Estes estudos providenciam evidências que suportam a validade da entrevista *ADIS*.

Os estudos revelaram que esta entrevista é um instrumento válido para identificar perturbações de ansiedade nas crianças e nos adolescentes (Antony, 2002; Morris, 2004; Silverman, Saavedra e Pina, 2001). A entrevista *ADIS-C/P* é assim apropriada para o uso clínico e de investigação. Em termos clínicos pode providenciar informação diagnóstica detalhada (como a expressão dos sintomas, factores ambientais que podem ter impacto na criança, evolução da perturbação) e informação de triagem em relação aos problemas da criança. Esta informação pode ser útil na conceptualização do caso e para o planeamento da intervenção. Em termos de investigação pode ser usada para comparar resultados entre diversos instrumentos, e devido ao seu formato estruturado, permite a replicação de procedimentos de diagnóstico com confiança nos resultados obtidos (Albano e Silverman, 1996; Silverman, Saavedra e Pina, 2001).

A versão para pais desta entrevista foi traduzida para português por Pereira & Barros (2011), e encontra-se em estudo.

6.3.2. *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (Goodman, 1997)*

O *SDQ* (em Anexo II) é um questionário breve (com vinte e cinco itens) que foi desenvolvido e validado no Reino Unido por Robert Goodman, em 1997. Pode ser usado como instrumento de triagem, pode fazer parte de uma avaliação clínica ou pode ser utilizado como instrumento de investigação de comportamentos, emoções e relações interpessoais de crianças e adolescentes, com idades entre os 4 e os 17 anos. Inclui uma classificação global dos problemas de humor, concentração, comportamento e interacções com os outros, e também aborda o seu impacto e sobrecarga nos outros. O *SDQ* oferece informação sobre o comportamento nos ambientes de vida mais importantes – a escola e a sua casa – e faz a triagem para perturbações de externalização e internalização, de forma breve. Existe uma versão de auto-relato para ser usado com crianças a partir dos 11 anos, uma versão para pais e uma versão para professores (Becker, Woerner, Hasselhorn, Banaschewski e Rotherberger, 2004; Roy Veenstra e Clench-Aas, 2008). A escala de resposta do *SDQ* é constituída por três alternativas que

classificam as afirmações e que variam entre o “*Não é verdade*”, “*É um pouco verdade*” e “*É muito verdade*”.

Este questionário refere-se aos acontecimentos dos últimos seis meses e gera cinco subescalas: (1) sintomas emocionais, (2) problemas de comportamento, (3) hiperactividade, (4) problemas de relacionamento com os colegas e (5) comportamento pró-social e tem ainda uma Pontuação Total de Dificuldades (soma de todas as subescalas, excepto a escala de comportamento pró-social) (Becker *et al.*, 2004).

As principais vantagens do *SDQ* são a brevidade de aplicação e abrangência, o facto de ser simples de administrar e de analisar atributos comportamentais tanto negativos como positivos, a correspondência das suas subescalas e itens com critérios de classificação correntes, usar os mesmos itens e escalas nas versões para pais, professores e na versão de auto-relato, e a sua disponibilidade visto estar traduzido para mais de 40 línguas e sem custos quando usado para fins não comerciais (Rothenberger e Woerner, 2004; Roy, *et al.*, 2008).

Os seus resultados apresentam correlações positivas com os de outros questionários com fortes propriedades psicométricas, nomeadamente com o *Child Behaviour Check List* (versão para pais, professores e de auto-relato – *Teacher’s Report Form* e *Youth Self-Report*, Achenbach, 1991) (Rothenberger e Woerner, 2004).

As suas propriedades psicométricas e estrutura factorial têm sido satisfatoriamente replicadas em vários países (Becker *et al.*, 2004; Marzocchi *et al.*, 2004; Rothenberger e Woerner, 2004; Roy, *et al.*, 2008).

Em Portugal, o *SDQ* foi traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005). Foram investigadas as propriedades psicométricas de três versões do *SDQ* (para pais, professores e auto-relato), numa amostra de crianças entre os 5 e os 16 anos (Marzocchi *et al.*, 2004). Estes estudos contribuíram para a evidência da confiança e validade do *SDQ*. A utilidade do *SDQ* foi confirmada pois permite avaliar as crianças de forma curta e precisa, facilitando a identificação precoce dos problemas das crianças (Marzocchi *et al.*, 2004). No entanto, só existem normas portuguesas para crianças em idade pré-escolar, pelo que neste estudo se utilizaram as normas inglesas (disponível em <http://www.sdqinfo.org/UKNorm.html>).

6.3.3. *Escala de Interferência da Ansiedade na Vida da Criança. (EIAVC)*
(Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin e Hudson, em preparação)

Este questionário avalia a interferência do problema da criança ou adolescente na vida familiar e na vida do próprio. Existe em duas versões: a versão para pais e a versão para a criança.

A versão para pais é constituída por duas subescalas: a subescala de interferência na vida da criança (constituída por nove itens) e a subescala de interferência na vida da família (um total de dezanove itens). A versão para a criança só tem uma subescala de interferência na vida da criança, constituída por nove itens. A escala de resposta varia entre o 0 (“Nada”) e o 4 (“Muito”).

O estudo psicométrico realizado revelou bons resultados (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin e Hudson, em preparação). Encontrou-se um alfa de Cronbach de 0,80 para a interferência na vida da criança baseado no relato da criança, e de 0,79 e 0,83 baseado no relato da mãe e do pai respectivamente. Os alfas para a interferência na vida familiar foram de 0,88 para o relato da mãe e 0,89 para o relato do pai. Em termos de validade foram evidentes correlações positivas moderadas a elevadas para as medidas de auto-relato de sintomas de internalização (*Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS)*, *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* e *SDQ* – sintomas emocionais) com correlações positivas muito mais fracas entre os resultados de interferência da ansiedade e sintomas de externalização (*SDQ* – subescalas de problemas de conduta e atenção/hiperactividade). Os resultados deste questionário apresentaram também correlações positivas com o número de perturbações de ansiedade diagnosticadas na criança e apresentam correlações elevadas com os resultados no *Sheehan Disability Scale-Revised (SDS-R)*. Foi reunida evidência para sensibilidade a mudanças de tratamento usando 102 crianças que completaram tratamento cognitivo-comportamental. Em todas as análises os resultados de interferência diminuíram entre as avaliações pré e pós tratamento.

Este questionário foi adaptado para Portugal por Pereira & Barros (2001) e encontra-se em estudo.

7. *Análise de Dados*

Para caracterizar a lista de espera de crianças e adolescentes para a consulta de psicologia do Centro de Saúde da Mealhada, analisaram-se os resultados obtidos na versão da entrevista para pais *ADIS-IV*, no *SDQ* e no *EIAVC*. Estes dados foram analisados através de procedimentos de estatística descritiva (frequências absolutas, frequências relativas, média e desvio-padrão, percentagens), utilizando o programa de análise estatística *SPSS 18*.

Para o estudo qualitativo das respostas às questões abertas que integram a *ADIS-IV* e que abordam a identificação do problema, a entrada no sistema de saúde, as fontes de referência do problema, e as significações dos pais sobre o problema do filho e atribuições de consequências do problema, utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo com identificação de categorias e subcategorias mais frequentes e contagem de frequências.

Definiu-se também uma dimensão para o “Nível de integração da Descrição do Problema” que decorreu de uma análise desenvolvimentista de significações, como proposta por Joyce-Moniz (1993). As significações referem-se segundo o autor, à actividade subjectiva de interpretação e construção de significado, e incluem pensamentos, ideias, crenças, expectativas, valores, normas e atribuições. As significações são definidas em termos de hierarquias de níveis, caracterizadas pelo grau de progressiva diferenciação e inclusão. Estas hierarquias de níveis seguem a direcção do desenvolvimento adaptado, do concreto ao abstracto, do simples ao complexo e ao múltiplo, do rígido ao flexível, da certeza e objectividade nas definições sobre a realidade para a subjectividade assumida (Barros, 2009; Barros e Santos, 2006). Neste caso, dado o tipo de entrevistas, optou-se por categorizar as respostas apenas em níveis três níveis (1 e 2; 3; 4 e 5).

8. Resultados

Na *Tabela 1* apresenta-se os dados relativos à idade e sexo dos utentes que constituíram a amostra.

Tabela 1 – Constituição da amostra, por idade e sexo do utente referenciado

Rapazes			Raparigas			Amostra total	
Idade	Freq. Abs.	Freq. Rel. %	Idade	Freq. Abs.	Freq. Rel. %	Freq. Abs.	Freq. Rel. %
5-6	1	14	5-6	0	0	1	5
7-9	2	29	7-9	5	38	7	35
10-13	2	29	10-13	6	47	8	40
≥14	2	29	≥14	2	15	4	20
Total	7	100	Total	13	100	20	100

a) Resultados da *ADIS-IV*: Caracterização da amostra quanto ao diagnóstico principal e comorbilidade

Apresentam-se na *Tabela 2* as frequências absolutas e relativas dos diagnósticos principais obtidos pela entrevista *ADIS-IV* (isto é, o diagnóstico que causa mais sofrimento na criança ou interferência na vida da criança).

Tabela 2 – Diagnóstico Principal e Nível de Interferência: Frequências Absolutas e Relativas

Diagnóstico Principal	Nível de Interferência				
	Freq. Abs.	Freq. Rel. %	4-5 Algum	6-7 Muito	8 Muitíssimo
Ansiedade de Separação	4	20	1		3
Fobia Social*	2	5		2	
Distímia	1	5		1	
PHDA	5	25	1	3	1
Perturbação do Comportamento	1	5		1	
Enurese	1	5	1		
Sem diagnóstico na ADIS-IV-P**	6	30			
Com diagnóstico na ADIS-IV-P *	14	70	5	6	4

* Uma criança já tinha sido diagnosticada anteriormente com Síndrome de Asperger, em consulta de especialidade.

**Num destes casos o pai descreveu indicadores de perturbação de comportamento alimentar e a jovem foi referenciada para consulta especializada.

As perturbações principais mais frequentes encontradas na amostra são a perturbação de hiperactividade com défice de atenção e a ansiedade de separação. No total, 70% da amostra obteve pelo menos um diagnóstico.

Dos utentes com diagnóstico, cinco relataram “Alguma” interferência, sete “Muita” interferência e quatro “Muitíssima” interferência.

Na *Tabela 3* são apresentadas as frequências absolutas e relativas de todos os diagnósticos dos utentes (principais e secundários).

Tabela 3 – Diagnósticos Principais e Secundários e Nível de Interferência: Frequências relativas e absolutas

Diagnósticos	Freq. Abs.	Freq. Rel. %	Nível de Interferência		
			4-5 Algum	6-7 Muito	8 Muitíssimo
Ansiedade de Separação	4	18	1		3
Fobia Social	3	13		2	1
Fobia Específica	2	9	1		1
Ansiedade Generalizada	1	4			1
Distímia	1	4		1	
PHDA	7	30	2	3	2
Perturbação do Comportamento	2	9	1	1	
Perturbação de Oposição	2	9	1	1	
Enurese	1	4	1		
Total	23	100	9	8	8

* Uma destas crianças já tinha sido diagnosticada anteriormente com Síndrome de Asperger, em consulta de especialidade.

As perturbações mais frequentes são a perturbação de hiperactividade com défice de atenção, a ansiedade de separação e a fobia social.

A perturbação de ansiedade de separação é a perturbação que pontua maior nível de interferência, com três pais a relatarem “Muitíssima” interferência.

Na *Tabela 4* são apresentados os dados relativos aos padrões de comorbilidade entre as perturbações.

Tabela 4 – Comorbilidade entre os Diagnósticos: Frequência Absoluta e Relativa

Nº de Diagnósticos	Freq. Abs.	Freq. Rel. %
0	6	30
1	8	40
2	5	25
3	1	5
Total	20	100

A maioria dos utentes com diagnóstico não apresenta padrões de comorbilidade (oito utentes). Em relação aos utentes com padrões de comorbilidade, a co-ocorrência de dois diagnósticos é a mais frequente.

Os utentes que não apresentam padrões de comorbilidade têm diagnósticos de perturbação de hiperactividade com défice de atenção (do tipo misto e do tipo impulsivo), ansiedade de separação (dois utentes), fobia social, enurese e perturbação do comportamento.

Os utentes que apresentam dois diagnósticos têm como diagnóstico principal e secundário:

- Ansiedade de separação e fobia social;
- Distímia e perturbação de hiperactividade com défice de atenção (do tipo misto);
- Perturbação de hiperactividade com défice de atenção (do tipo misto) e ansiedade generalizada;
- Perturbação de hiperactividade com défice de atenção (do tipo misto) e perturbação de oposição;
- Ansiedade de separação e fobia específica;

Os diagnósticos foram categorizados em três grupos, de perturbações de internalização (ansiedade de separação, fobia social, fobia específica, ansiedade generalizada e distímia), perturbações de externalização (perturbação de hiperactividade do tipo impulsivo, do tipo misto, perturbação do comportamento, perturbação de oposição) e mistas, quando o utente apresentava um quadro de comorbilidade com perturbações de externalização e de internalização.

Apresenta-se em seguida a *Tabela 5* com as frequências das perturbações categorizadas desta forma.

Tabela 5 – Perturbações de Internalização, Externalização e Mistas dos utentes

	Freq. Abs.	Freq. Rel. %
Perturbações de Externalização	5	25
Perturbações de Internalização	5	25
Misto	3	15
Outros diagnósticos	1	5
Sem diagnóstico	6	30
Total	20	100

Foi encontrada igualdade de perturbações de externalização e de internalização.

A *Tabela 6* apresenta os resultados de diagnósticos subclínicos. Isto é, as perturbações para as quais foram preenchidos todos os critérios excepto o de interferência.

Tabela 6 – Diagnósticos Subclínicos: Frequências Absolutas e Relativas e Nível de Interferência

Diagnóstico Subclínico	Freq. Abs.	Freq. Rel %	Nível de Interferência		
			0-1 Nenhum	2 Um pouco	3 Algum(a)
Fobia Específica	4	30	2		2
Ansiedade Generalizada	4	30	3		1
Distímia	1	8			1
PHDA	1	8			1
Perturbação do Comportamento	1	8			1
Mutismo selectivo	1	8	1		
Terroses Nocturnos	1	8	1		
Total	13	100	6	1	5

Os diagnósticos subclínicos com maior prevalência são os de fobia específica e de ansiedade generalizada.

Apesar de não poderem ser considerados diagnósticos subclínicos, foram obtidos indicadores de problemas de comportamento alimentar para dois jovens.

Na *Tabela 7* apresentam-se os diagnósticos realizados para os utentes por sexo.

Tabela 7 – Diagnósticos por Sexo: Frequências Absolutas e Relativas

Diagnósticos	Freq. Abs.	Freq. Rel. %	Diagnósticos	Freq. Abs.	Freq. Rel. %
Sexo Feminino			Sexo Masculino		
Ansiedade de Separação	3	23	Ansiedade de Separação	1	14
			Fobia Social	2	14
Distimia	1	8			
PHDA	4	30	PHDA	1	14
			Enurese	1	14
			Perturbação do Comportamento	1	14
Com diagnóstico	8	62	Com diagnóstico	6	85
Sem diagnóstico	5	38	Sem diagnóstico	1	14
Total	13	100	Total	7	100

Existe maior percentagem de rapazes com diagnóstico.

Os rapazes apresentam igualdade de frequência nas perturbações diagnosticadas, mas maior diversidade de perturbações.

Na *Tabela 8* apresentam-se os diagnósticos realizados por idade.

Tabela 8 – Diagnósticos por idade: Frequências Absolutas

Idade (anos)	PHDA	Ans. de Separação	Fobia Social	Distimia	Pert. do Comportamento	Enurese	Total de Diag.
5 (n=1)						1	1
7-9 (n=7)	3	3					6
10-13 (n=8)	2		1	1			4
14-16 (n=4)	1		1		1		3

Apesar da grande diferença do número de sujeito por grupo, podemos constatar que a faixa etária onde se encontraram mais crianças com diagnóstico foi dos 7 aos 9 anos.

b) Resultados obtidos no *SDQ*

Os resultados obtidos através do *SDQ* contribuem para a caracterização da amostra.

De forma geral, os pais atribuem características positivas ao seu filho. Por exemplo, os pais responderam “É muito verdade” para os itens “*É simpático/a e amável com crianças mais pequenas*” (85%), “*Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente*” (65%), “*É sensível aos sentimentos dos outros*” (60%), “*Partilha facilmente com as outras crianças*” (55%).

Verifica-se a tendência inversa para os itens de características negativas, isto é, os pais tendem a não atribuir essas características ao seu filho. Por exemplo, os pais responderam “Não é verdade” nos itens “*Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as*” (75%), “*Tem muitos medos, assusta-se com facilidade*” (70%) e “*Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga, vômitos*” (50%).

Na *Tabela 9* são apresentados os resultados obtidos nas escalas do *SDQ*.

Tabela 9 – Resultados obtidos nas escalas do SDQ

	Média	Desvio- padrão	Min- Máx	Frequências Abs.		
				Normal*	Limítrofe*	Clínico*
Escala de Sintomas Emocionais	2,95	1,70	1-8	10	7	3
Escala de Problemas de Comportamento	2,60	1,76	0-6	8	5	7
Escala de Hiperactividade	5,85	2,88	1-10	8	4	8
Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	2,70	2,52	0-9	11	3	6
Escala de Comportamento Pró-Social	7,75	2,17	2-10	15	5	0
Total de Dificuldades	14,10	6,65	2-25	8	3	9

*Foram usadas as normas britânicas para esta classificação pela inexistências de normas portuguesas para população desta faixa etária (até ao percentil 80 os valores são considerados no limite normal. Do percentil 80 ao 90 os valores são considerados limítrofes. A partir do percentil 90, os valores são considerados clínicos).

A escala que apresenta um valor médio mais elevado é a escala de comportamento pró-social, seguida da escala de hiperactividade e da escala de sintomas emocionais.

De forma geral, a maioria das crianças encontra-se nos valores normais, excepto para o Total das Dificuldades.

Na escala de comportamento pró-social não se encontram crianças com valores clínicos. A escala de sintomas emocionais é a escala onde se encontram menor número de crianças no percentil clínico. A escala de hiperactividade é a escala onde se encontram mais crianças com valores clínicos, seguida da escala de problemas de comportamento.

A escala que apresenta mais crianças com valores limítrofes é a escala de sintomas emocionais, seguida da escala de problemas de comportamento e comportamento pró-social.

A escala que apresenta mais crianças situadas nos valores considerados normais é a escala de comportamento pró-social, sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas.

c) Estudo do impacto percebido na criança e na família pela mãe

Para estudar o impacto percebido do problema ou da perturbação que levou a criança à consulta de psicologia utilizou-se o questionário *EIAVC*.

Na *Tabela 10* apresentam-se as frequências de resposta aos itens do questionário.

O item onde é assinalado maior nível de interferência na vida da criança é o item 4 (“Desempenho nas aulas”) com 60% da amostra a responder “Bastante/Muita” interferência, seguido do item 5.

Os itens onde é assinalada menor interferência na vida da criança são o 2 (“Relacionar-se com os colegas”), o 6 (“Fazer desporto”) e o 7 (“Realizar actividades agradáveis”), com 45 a 60% da amostra a assinalar nenhuma ou apenas um pouco de interferência.

Em relação à interferência na vida da mãe, os itens onde são assinalados menor interferência são o 9 (“Na sua relação com o seu companheiro ou namorado”), o 11 (“Com o tempo gasto nas suas amizades pessoais”) e o 14 (“Na sua capacidade de sair para participar em actividades e acontecimentos sem o seu filho”), com 75 a 90% da amostra a relatar nenhuma ou apenas um pouco de interferência.

O item onde é assinalada maior interferência na vida da mãe é o item 16 (“No seu nível de stresse”), com 55% da amostra a assinalar “Bastante/Muita” interferência.

Tabela 10 – Resposta aos itens do EIAVC: Frequências Absolutas e Relativas

Itens	0-1		2		3-4	
	Nada/Apenas um pouco		Alguma		Bastante/Muito	
	Freq. Abs.	Freq. Rel. %.	Freq. Abs.	Freq. Rel. %.	Freq. Abs.	Freq. Rel. %.
1.Relacionar-se com os pais	10	50	6	30	4	20
2.Relacionar-se com os colegas	12	60	2	10	6	30
3.Estar com os amigos fora da escola	10	50	3	15	7	35
4.Desempenho nas aulas	3	15	5	25	12	60
5.Relacionar-se com os colegas durante o intervalo ou o almoço	7	35	3	15	10	50
6.Fazer desporto	9	45	5	25	6	30
7.Realizar actividades agradáveis (ex. festas, cinema, férias)	10	50	4	20	6	30
8.Actividades diárias (ex. dormir, escola, trabalhos de casa, brincar)	9	45	6	30	5	25
9.Na sua relação com o seu companheiro ou namorado	15	75	2	10	3	15
10.Na sua relação com a família alargada	15	75	2	10	3	15
11.Com o tempo gasto nas suas amizades pessoais	18	90	0	0	2	10
12.Na sua carreira (na opção que fez relativamente a trabalhar ou não trabalhar, na quantidade de horas que trabalha, no número de vezes que falta ao trabalho)	18	90	0	0	2	10
13.No nível de harmonia na sua vida familiar	14	70	2	15	4	20
14.Na sua capacidade de sair para participar em actividades e acontecimentos sem o seu filho	18	90	1	5	1	5
15.Na sua capacidade de sair para participar em actividade e acontecimentos com o seu filho	16	80	3	15	1	5
16.No seu nível de stresse	7	35	2	10	11	55
17.No seu tempo livre	13	65	3	15	4	20

Na Tabela 11 apresentam-se os resultados das escalas do EIAVC.

Tabela 11 – Resultados das Escalas de Interferência do EIAVC

	Média	Desvio-padrão	Min-Máx
Escala de Interferência na criança	16,70	9,02	4-33
Escala de Interferência na família	8,90	7,28	0-25

As médias encontradas para as escalas de interferência na criança (M=17,92, DP= 7,00) e na família (M=13,68, DP= 7,70) no estudo dos autores da escala para uma amostra de crianças australianas que apresentavam perturbações de ansiedade, são mais elevadas do que as médias encontradas para as crianças no presente estudo (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin e Hudson, em preparação).

Na *Tabela 12* são apresentadas as frequências da duração do problema de forma categorizada.

Tabela 12 – Duração do problema: Frequências Absolutas e Relativas

Duração do problema	Freq. Abs.	Freq. Rel. %
< 6 meses	4	20
7-12 meses	5	25
13-24 meses	5	25
>24 meses	6	30
Total	20	100

A média encontrada da duração do problema (em meses) foi de 27,70 meses (DP=24,08), com um mínimo de 1 mês e um máximo de 84 meses.

Em relação à idade de início do problema a média encontrada foi de 7,85 anos (DP=2,76), com um mínimo de 4 e um máximo de 15 anos.

Na *Tabela 13* encontram-se as frequências absolutas e relativas da idade de início do problema, apresentadas de forma categorizada.

Tabela 13 – Idade de início do problema: Frequências Absolutas e Relativas

Idade de início do problema	Freq. Abs.	Freq. Rel. %
4-5	3	15
6-9	12	60
10-12	4	20
≥13	1	5
Total	20	100

Entre os 6 e os 9 anos encontra-se a maior frequência de início do problema.

Na *Tabela 14* encontram-se as frequências absolutas e relativas do grau de perturbação ou sofrimento que os problemas causam no filho.

Tabela 14 – Grau de perturbação ou sofrimento no filho: Frequências Absolutas e Relativas

Grau de perturbação	Freq. Abs.	Freq. Rel. %
Não, nenhum	3	15
Apenas um pouco	2	10
Algum	4	20
Bastante	7	35
Muito	4	20
Total	20	100

A maioria dos pais atribui algum grau de perturbação ou sofrimento ao filho devido ao problema que os levou à consulta de psicologia (85%). A maioria (35%) atribui “Bastante” (3) sofrimento.

d) Relação entre as escalas do *SDQ*, do *EIAVC* e o tipo de problema

A *Tabela 15* apresenta os resultados médios e o desvio-padrão para as escalas do *SDQ* e do *EIAVC*, em função do tipo de perturbação diagnosticada através da versão para pais da *ADIS-IV* – internalização, externalização ou misto.

Tabela 15 – Pontuações das escalas do SDQ e do EIAVC em função do tipo de problema: média e desvio-padrão

	Internalização n=4	Externalização n=5	Misto n=3
Escalas do SDQ	(Média)	(Média)	(Média)
Sintomas Emocionais	4,50 (1,32)	2,80 (0,58)	3 (0,58)
Problemas de Comportamento	1,25 (0,75)	3,60 (0,68)	4,33 (-0,84)
Hiperactividade	3,75 (1,03)	8,40 (0,51)	9,33 (0,67)
Problemas de Relacionamento com os colegas	2,00 (1,35)	3,60 (0,81)	5,33 (2,02)
Comportamento Pró- Social	8,50 (1,50)	7,00 (1,30)	8,00 (1,16)
Escalas do EIAVC			
Interferência na criança	25,25 (4,90)	16,60 (3,30)	18,00 (3,22)
Interferência na família	15,00 (5,76)	8,00 (1,88)	6,33 (0,67)

De forma geral, o tipo de problema que apresenta o valor médio mais elevado é o misto em relação à escala de hiperactividade, seguido dos problemas de internalização para a escala de comportamento pró-social. Para todos os tipos de problemas, a pontuação da interferência na criança é sempre mais elevada do que a interferência na família.

Quanto às escalas do *SDQ* onde se encontram as maiores diferenças entre as pontuações médias dos diferentes tipos de problemas, é de salientar a diferença para a escala de hiperactividade, problemas do comportamento e sintomas emocionais. A escala onde se verifica menor diferença para problemas do tipo de internalização e externalização é a escala do comportamento pró-social.

Existem ainda grandes diferenças nas escalas do *EIAVC* entre as perturbações do tipo internalização e externalização para a escala de interferência na criança, e para a escala de interferência na família entre perturbações de internalização e as mistas.

e) Tipos de entrada no sistema de cuidados de saúde

Utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo para o estudo dos tipos de entrada mais frequente nos sistemas de saúde, as fontes de referência ou de identificação do problema, para a compreensão das significações dos pais sobre o problema do filho e as atribuições de causalidade e de consequências do problema.

Na *Tabela 16* apresentam-se as dimensões, a categorização das respostas e as frequências absolutas das respostas.

Quanto à dimensão da “Definição do Problema”, as categorias com maior frequência de queixas relatadas pelos pais são as de dificuldades da aprendizagem e de problemas comportamentais, seguida dos problemas emocionais, de problemas nas relações interpessoais e de queixas de somatização. De registar que apenas um pai relatou não identificar qualquer problema.

Em relação à dimensão do “Nível de Integração da Descrição do Problema”, a maioria dos pais situam-se no nível 1 e 2 de significação. Apenas dois pais se situaram no nível 3 de significação e não foram encontrados pais situados em níveis superiores de significação (4 e 5).

Em relação à dimensão das “Consequências do Problema”, os pais relataram dois tipos de consequências: para a criança e para a família, sendo que os relatos de consequências para a família foram ligeiramente superiores (3 relatos). No total, apenas 5 pais referiram consequências do problema.

No que diz respeito à dimensão do “Historial de Ajuda”, a maioria dos utentes nunca recorreu a qualquer tipo de ajuda para o problema que os levou à consulta de psicologia. Dos cinco que já tinham recebido algum tipo de intervenção psicológica, dois foram seguidos em consulta hospitalar, dois receberam intervenção psicológica na escolar e um utente recebeu intervenção psicológica numa instituição de solidariedade social. Destes utentes que já tinham recebido algum tipo de intervenção psicológica, três fizeram referência aos efeitos do acompanhamento (dois pais de utentes relataram ter sentido efeitos positivos e um pai relatou não ter sentido melhoras).

Na dimensão das “Fontes de Referência/Identificação do Problema” foram identificados 2 tipos de fontes: os pais e os professores. Na maioria, os problemas foram identificados pelos pais dos utentes. Existiram 3 entrevistas em que a fonte de identificação do problema não foi clara.

Quanto à dimensão das “Principais Preocupações” foram relatadas pelos pais dos utentes preocupações a nível da aprendizagem, dos problemas emocionais e do comportamento. As preocupações emocionais são as que apresentam maior frequência, seguidas das preocupações com o comportamento e a aprendizagem. Apenas um pai relatou não estar preocupado.

Tabela 16 – Análise de conteúdo: Dimensões, Categorização e Frequências Absolutas

Dimensão	Categoria	Exemplos	Freq.
Definição do problema	Não identifica problema	- “Eu também não sei qual é o problema. A professora é que diz que há um problema” (S3);	1
	Problemas de Aprendizagem	- “Ela tem dificuldades em aprender na escola” (S7);- “Isto é mais por causa da escola, porque ela não tem aproveitamento” (S9); - “Não consegue acompanhar o programa escolar. Está com muitas dificuldades” (S11);	9
	Problemas Emocionais	- “Ela é muito agarrada a mim. É uma filha muito agarrada a mim” (S1); - “Fecha-se um bocado, e eu de vez em quando apanho-a a chorar com saudades do pai” (S4); - “Também muitos ciúmes da irmã mais nova” (S12);	8
	Problemas comportamentais	- “Outro dia queimou-me o botão da televisão. Corta-me cortinados, escreve-me nas paredes, coisas que já não próprias para a idade dela” (S12); - “Basicamente o preocupante é as atitudes dele” (S13); - “Está sempre a brigar, responde-me mal” (S4);	9
	Queixas de somatização	- “Fica com dores de barriga. Ela é muito presa dos intestinos e vai à casa de banho e até faz assim tipo diarreia” (S14); - “Doía-lhe a barriga, os músculos” (S16);	3
	Problemas nas relações interpessoais	- “Depois também tem muitos problemas com as amigas, porque as amigas não querem ser amigas dela e porque as amigas falam mal umas das outras”. (S4) - “Tem poucos amigos, sempre foi muito complicada para arranjar amigos” (S1);	5
Nível de integração da descrição do problema	½ - Apresenta descrições de comportamentos ou situações isoladas, sem integração ou procura de explicações	- “Ela é doente, a doença conta” (S1) - “Eu estou separada do pai da S... O mais grave que eu acho que há nela é o pai estar distante” (S4); - “Teve a primeira semana de aulas e depois era o fim-de-semana do pai. O pai não a veio buscar. Nem nunca mais lhe disse nada. O pai, a avó, os tios cortaram ligação com ela. Ela reagiu mal, muito mal” (S12); - “ Houve um acontecimento na vida dele que me leva a crer que ainda é isso que o leva a ter 9 negativas” (S5);	18

	3 - Apresenta descrições de comportamentos ou situações procurando alguma integração entre características da criança, experiências e influências externas	- “Basicamente temos tido alguns problemas com o E. nomeadamente a nível do sucesso escolar, o comportamento em casa (...) tem-se vindo a alterar um bocado...em termos de resposta (...) Já enveredámos por uma série de tentativas de solução e nenhuma até hoje resultou (...) Obviamente que ele tem uma história de vida diferente (...) ele é uma criança extremamente carinhosa, e o que nós notámos é que de um ano para o outro houve para com os pais” (S13); - “E isto é assim, porque o ano passado eu e o pai estivemos para nos separar (...) Ela foi sempre uma criança muito independente (...) quando vim de lá para cá, nunca mais ela me largou. Ela lá dormia comigo” (S14);	2
Consequências do problema	Para a criança	- “Na escola até ao quarto ano era muito boa aluna, depois quando o pai se foi embora e este ano tem sido demais, teve 5 negativas” (S4);	2
	Para a família	- “Ela sufoca-me” (S14); - “Eu não posso trabalhar por causa do problema dela” (S1);	3
Historial de ajuda	Nunca teve ajuda	- “É a primeira vez que recorremos a ajuda” (S10);	15
	Hospital	- “Ele esteve a ser seguido no Hospital de Santa Maria” (S17);	2
	Instituições de Solidariedade Social	- “Ela foi à psicóloga da Santa Casa de Alcântara dos 8 aos 9” (S7);	1
	Escola	- “Já foi ao psicólogo da escola, foi a professora que a pôs mesmo lá por falta de atenção na aula” (S9);	2
	Referência ao processo de intervenção psicológica ou aos seus efeitos – positivos/negativos	- “Andava muito mais calma, porque se abria mais. Ela não gostava muito daquela psicóloga” (S1); - “ Teve bom resultado” (S7); -“Eu sinceramente não senti assim muitas melhoras” (S17);	3
Fonte de referência/Identificação do problema	Pais	- “Basicamente temos tido alguns problemas com ele” (S13); - “À noite não dorme sem mim” (S14);	13
	Professores	- “Depois entretanto a falar com a professora, ela disse que era aconselhável” (S9);	6

Principais Preocupações	Não está preocupado	-“Eu não estou preocupada muito preocupada com ele” (S3)	1
	Aprendizagem	- “A coisa dela aprender” (S7); - “É o estudo” (S11);	4
	Problemas emocionais	- “É ela não se despegar de mim, não consegue estar sem mim” (S1); - “Compreendê-lo. Porque não o consigo compreender” (S5); -“Talvez seja culpa minha, mas para ela adormecer eu tenho de me deitar com ela” (S6); - “ Ela parece que não encaixa...ela está sempre a mandar-se abaixo” (S7); - “Queria que ela fosse mais motivada” (S8); - “É só aquela questão da noite...era bom para ela e para mim, bom para toda a gente. Aquilo é um sufoco, eu acho que ela está a sofrer imenso com aquilo” (S14);	13
	Comportamento	- “O comportamento dele basicamente, porque eu não consigo entender, as atitudes que tem em casa” (S13); - “Preocupa-me a atitude dela” (S7); - “ É a atitude dela, sempre a responder mal lá em casa” (S2); - “O relacionamento com os colegas e ela comer desalmadamente” (S4);	10

f) Estudo e validade facial da versão para pais da entrevista *ADIS-IV*

A maioria dos pais aderiu e compreendeu as questões da versão para pais da entrevista *ADIS-IV*. Neste grupo, apenas um pai demonstrou grandes dificuldades de compreensão das perguntas da entrevista, pelo que foi conduzida um entrevista aberta de triagem, pelo que foi excluído da amostra.

Apesar de ser uma entrevista longa, os pais demonstraram empenho e vontade de responder a todas as questões, ainda que algumas perguntas não se relacionassem com os problemas do seu filho.

Para verificar em que medida os resultados da *ADIS-IV* são consistentes com as queixas e preocupações referidas pelos pais, foi realizado o cruzamento entre os

resultados de diagnósticos principais da *ADIS-IV* e as categorias encontradas nas perguntas abertas na entrevista, relacionadas com a definição do problema e principais preocupações. Este cruzamento é apresentado na *Tabela 17*.

Tabela 17 – Cruzamento entre os resultados dos diagnósticos principais da ADIS-IV e as categorias encontradas na análise de conteúdo

Diagnósticos obtidos na <i>ADIS-IV</i>	Categorias da Análise de conteúdo	
	Motivo da consulta	Principais preocupações
PHDA (n=5)	Caso 1 - Não identifica	- Não está preocupado
	Caso 2 - Problemas de aprendizagem - Problemas nas relações interpessoais	- Aprendizagem - Comportamentais - Emocionais
	Caso 3 - Problemas aprendizagem - Problemas nas relações interpessoais - Problemas de comportamento	- Comportamentais
	Caso 4 - Problemas de aprendizagem	- Comportamentais - Emocionais
	Caso 5 - Problemas de comportamento - Problemas emocionais	- Comportamentais - Emocionais
Ansiedade de Separação (n=4)	Caso 6 - Problemas de aprendizagem - Problemas relações interpessoais	- Aprendizagem - Emocionais
	Caso 7 - Problemas Emocionais - Queixas de somatização	- Emocionais
	Caso 8 - Problemas emocionais	- Emocionais
	Caso 9 - Problemas aprendizagem - Problemas emocionais	- Aprendizagem - Emocionais

	- Queixas de Somatização	
Fobia Social (n=2)	Caso 10 - Problemas de Comportamento	- Emocionais
	Caso 11 -Problemas emocionais -Problemas nas relações interpessoais	- Emocionais - Comportamentais
Distimia (n=1)	Caso 12 -Problemas de comportamento - Problemas emocionais - Problemas nas relações interpessoais	- Comportamentais - Emocionais
Perturbação do Comportamento (n=1)	Caso 13 -Problemas de Aprendizagem - Problemas de Comportamento	- Aprendizagem - Comportamentais
Enurese (n=1)	Caso 14 - Problemas de Comportamento	- Comportamentais

Verifica-se que a definição que os pais fazem do problema está relacionada com as características da perturbação para a qual o seu filho obteve critérios de diagnóstico. As principais preocupações relatadas dizem respeito para a maioria dos casos a preocupações com a aprendizagem e com o comportamento, no entanto os pais nem sempre referem todos os problemas que identificaram como sendo preocupações. As preocupações emocionais são mais relatadas pelos pais dos jovens com ansiedade de separação.

9. Análise dos Resultados e Discussão

9.1. Caracterização do grupo quanto ao diagnóstico principal e comorbilidade

Considerando os resultados da *ADIS-IV* neste grupo, foi identificado pelo menos um diagnóstico em 70% das crianças e jovens. Esta percentagem de diagnósticos é mais elevado do que a do estudo de Stancin, Perrin e Ramirez (2009) na qual a prevalência de problemas emocionais e comportamentais encontrados nas crianças e nos adolescentes para a consulta de psicologia em cuidados de saúde primários foi de 56%.

No entanto, a percentagem de diagnósticos de perturbação de hiperactividade com défice de atenção (25%) foi de encontrado à do estudo de Sobel, Roberts, Rayfield, Barnard e Rapoff (2001).

O segundo diagnóstico mais frequente foi o da perturbação de ansiedade de separação. Este é também o diagnóstico ao qual é atribuída maior interferência pelos pais (no total, quatro pais relataram muitíssima interferência para o problema do filho, dos quais três eram pais de crianças com perturbação de ansiedade de separação).

Estes resultados confirmam os de estudos (Stancin, Perrin e Ramirez, 2009; Zahner e Daskalakis, 1997) que descrevem a natureza dos problemas das crianças atendidas nos cuidados de saúde primários e que referem grande prevalência de problemas comportamentais. Segundo Zahner e Daskalakis (1997) estes dados poderão ser explicados pelo facto das perturbações de externalização serem mais facilmente identificáveis pelos pais e pelos professores e também serem consideradas frequentemente como mais problemáticas, pelo que dão lugar mais vezes a queixas.

Quando analisados os diagnósticos principais e secundários, encontram-se mais crianças e jovens com diagnóstico de perturbação de hiperactividade com défice de atenção, fobia social e perturbação do comportamento. São também diagnosticadas como perturbações secundárias, perturbações que não são encontradas como principais, como as fobias específicas e a perturbação de oposição, o que demonstra a existência de comorbilidade entre os diagnósticos (existe um total de seis perturbações identificadas como diagnósticos principais, e nove perturbações como diagnósticos principais e

secundários). No entanto, a perturbação de ansiedade de separação mantém-se como sendo a perturbação em que é relatada maior interferência pelos pais.

Existem seis utentes com comorbilidade, dos quais cinco têm dois diagnósticos e apenas um apresentou critérios para três diagnósticos.

Dos utentes com dois diagnósticos, dois apresentam comorbilidade entre perturbações de internalização, um entre perturbações de externalização e dois mistos.

Existe igualdade na percentagem de utentes com perturbações do tipo de externalização e de internalização, e 15% dos utentes apresentam perturbações do tipo misto.

Foram ainda identificados treze diagnósticos subclínicos, sendo que a maioria foram de fobia específica e de ansiedade generalizada. Em relação à perturbação de ansiedade generalizada, existem três utentes que não relatam interferência, enquanto 1 utente relata alguma interferência. Isto é, neste grupo ainda que sejam diagnósticos subclínicos, as fobias específicas apresentam maior interferência na vida dos utentes do que a ansiedade generalizada. Vários estudos referem que um número elevado de fobias específicas e ansiedade generalizada têm o seu início precisamente na infância ou início da adolescência, e é muito importante que sejam identificadas precocemente para que possam ser submetidas a tratamento especializado (Laukkanen, Hintikka, Kylma, Kekkonen e Marttunen, 2010; Rapee, Schniering e Hudson, 2009; Whilmshurst, 2005).

É de salientar a baixa interferência do diagnóstico subclínico de mutismo selectivo e de perturbação de hiperactividade com défice de atenção. No caso do mutismo selectivo, o baixo nível de interferência identificado pelo pai, poderá estar relacionado com a atribuição desta dificuldade a características intrínsecas da criança, feita por este pai. O baixo nível de interferência atribuído pelo pai ao diagnóstico subclínico de perturbação de hiperactividade com défice de atenção, poderá relacionar-se com a comorbilidade com outras perturbações (apresentou critérios para todas as perturbações de externalização), às quais foi atribuído um nível de interferência mais elevado.

Nos rapazes encontra-se maior diversidade de diagnósticos.

Quanto aos utentes sem diagnóstico, verifica-se maior frequência de raparigas (quatro raparigas e um rapaz).

No que diz respeito à idade, encontraram-se mais critérios de diagnóstico no grupo dos 7 aos 9 anos.

Apesar de alguns estudos indicarem que existe um aumento da prevalência dos problemas de saúde mental na adolescência (Rapee, Schniering *et al.*, 2000; Simoniane e Tarmowski, 2004), neste estudo devido ao tamanho da amostra não foi possível encontrar nenhuma tendência clara.

Foi possível constatar que existe relação entre a definição que os pais fazem do problema e a perturbação para a qual o seu filho obteve critérios de diagnóstico, o que parece demonstrar que a entrevista está a avaliar o que é suposto.

9.2. Caracterização do grupo quanto aos resultados obtidos no *SDQ*

Em relação aos resultados obtidos no *SDQ*, a média mais elevada foi encontrada para a escala de comportamento pró-social. Em relação aos valores de perturbação, os valores médios mais elevados e o maior número de crianças e adolescentes com valores clínicos são nas escalas de hiperactividade e de sintomas emocionais, o que parece estar de acordo com os resultados obtidos na entrevista para pais *ADIS-IV* (nos quais os diagnósticos mais frequentes foram de perturbação de hiperactividade com défice de atenção seguida da perturbação de ansiedade de separação). Estes resultados poderão indicar que o *SDQ* é um instrumento útil para esta população, para a detecção de problemas de externalização e de internalização, de alguma forma podem ser considerados indicadores de validade da versão para pais da entrevista *ADIS-IV*.

A escala que apresenta maior número de utentes situados no intervalo normal é a escala de comportamento pró-social e de relacionamento com os colegas, o que poderá revelar uma tendência dos pais para atribuírem características positivas aos filhos. Seria importante comparar estes dados com a avaliação dos professores, de forma a confirmar se essa taxa de indicadores de adaptação se verifica também em contexto escolar, ou se eventualmente pode haver algum enviesamento na avaliação feita pelos pais. De

qualquer forma, estes resultados podem ser considerados inesperados, atendendo a que revelam que as crianças e jovens com problemas comportamentais têm muitas vezes problemas relacionais com os seus colegas (Simonian e Tarnowski, 2004).

É de realçar que a escala de sintomas emocionais é a que apresenta maior frequência de utentes no intervalo limítrofe, o que revela que os pais reconhecem sintomas emocionais. Também aqui, para uma avaliação precisa seria necessário recolher informação de outros adultos significativos na vida da criança e informação com a criança, tal como é indicado pela literatura (Morris, 2004; Schniering, *et al.*, 2000).

9.3. Caracterização do grupo quanto aos resultados obtidos no EIAVC

Quanto ao estudo do impacto percebido na criança e na família pela mãe, os resultados foram algo surpreendentes. Comparando com os resultados do estudo original, realizado com crianças australianas que apresentavam perturbações de ansiedade, a interferência assinalada por os pais do nosso estudo é significativamente inferior nas duas escalas (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin e Hudson, em preparação).

No entanto, apesar dos resultados das escalas de interferência serem mais baixos do que o esperado, 55% dos pais identificaram níveis elevados (Bastante/Muita), quando inquiridos globalmente sobre o nível de sofrimento do filho em consequência dos problemas apresentado. Esta discrepância poderá levantar algumas dúvidas sobre qual o significado que os pais atribuem à expressão de “interferência”, ou apontar para o facto de os pais terem maior facilidade em reconhecer a perturbação ou sofrimento global do que a interferência em domínios específicos. Este resultado poderá ainda relacionar-se com o facto de os pais terem identificado poucas consequências para o problema do seu filho. Seria necessário explorar essas e outras significações para se compreenderem de facto estes resultados.

A maioria dos pais assinalou que o problema dura há mais de 7 meses, e 30% assinalaram que o problema dura há mais de 24 meses. Apenas 20% da amostra assinalou que o problema tem uma duração inferior a 6 meses. Estes dados revelam que

os pais levaram algum tempo desde o início do problema até ao pedido da consulta de psicologia, mesmo tendo em conta o tempo de espera pela referida consulta.

Em relação à idade de início do problema apontada pelos pais, a média encontrada foi de 7,85 anos, o que poderá estar relacionado novamente com a entrada na escola e as novas exigências que são feitas à criança (por exemplo em termos comportamentais, de aprendizagem, de relações interpessoais).

9.4. Caracterização do grupo quanto às formas de entrada no sistema de cuidados de saúde, quanto às fontes de referência do problema e quanto às significações dos pais em relação ao problema do filho

Em relação à definição do problema que levou os pais a recorrerem à consulta de psicologia, a maioria dos pais relatou diferentes tipos de sintomas (problemas de aprendizagem, problemas emocionais, problemas comportamentais, queixas de somatização e problemas nas relações interpessoais). A maioria dos pais situa-se em níveis inferiores de significação nas definições do problema, descrevendo comportamentos ou situações isoladas, sem integrar as experiências e as características da criança ou influências exteriores, nem apontar explicações. Nos relatos, as características atribuídas ao filho (“Acho-a muito infantil”; “ela é uma criança muito extrovertida, distraída e imatura (...) não consegue assimilar nada”), ou as experiências negativas na vida da criança ou na vida familiar (“É assim, isto vem muito antigo. Eu separei-me do pai da D.”; “Houve um acontecimento na vida dele que me leva a crer que ainda é isso que o leva a ter 9 negativas”) parecem ser as únicas causas identificadas para o problema da criança. Essas causas parecem ser aceites como suficientes para a explicação do problema.

As significações dos pais parecem reflectir-se na forma geral em como os pais descrevem o problema do filho.

Na maioria os pais não identificam espontaneamente consequências para o problema do filho (apenas cinco pais o fazem).

Quanto ao historial de ajuda, é possível constatar que para a maioria dos utentes, os cuidados de saúde primários foram o primeiro acesso à ajuda profissional. Estes resultados vão de encontro aos do estudo de Goldberg e Huxley (1980) que refere que a maioria dos utentes com problemas de saúde mental que procura serviços de saúde contacta com os médicos de clínica geral ou de família. Os resultados estão também de acordo com os do estudo de Gunn e Blount (2009), que referem que os problemas encontrados na maioria das consultas médicas dos cuidados primários se relacionam, de forma primária ou secundária, com factores psicossociais.

A fonte de identificação dos problemas foi na maioria dos casos os pais, sendo a única outra fonte de identificação os professores. Estes resultados vão de encontro ao esperado, pois a família e a escola são os principais ambientes em que a criança se encontra. No entanto, podemos estranhar que não haja referências do médico de família. Por outro lado, estes dados são pouco consistentes com o facto de os pais não relatarem valores de interferência mais altos no instrumento *EIAVC*, uma vez que são quem mais identifica problemas neste grupo.

Existe também alguma inconsistência nos resultados para as principais preocupações dos pais. Apesar da maioria das definições do problema feitas pelos pais se referirem a problemas de aprendizagem e problemas comportamentais, e dos valores mais elevados das escalas do *SDQ* serem nas escalas de hiperactividade e de problemas no comportamento, os pais relatam mais preocupações em termos emocionais.

Os resultados vão também de encontro aos encontrados por Goldberg e Huxley (1980) que descrevem o processo de procura de ajuda profissional para crianças e adolescentes. Segundo os mesmos autores, este processo ocorre em cinco fases, sendo que o primeiro passa pelo reconhecimento parental do problema da criança e a decisão de consultar o seu médico de clínica geral ou de família, e o segundo pelo reconhecimento desse médico dos problemas da criança e conseqüente referência para os serviços especializados de saúde mental. Caso o primeiro filtro não funcione, isto é não haja reconhecimento pelos pais de um problema e procura de ajuda profissional, é muito difícil que a criança obtenha ajuda especializada (Zwaanswijk, Verhaak, Ende, e Verhulst, 2003). Como foi possível verificar, grande parte da identificação dos problemas das crianças e adolescentes foi feito pelos pais. No entanto, estes pais relataram valores de interferência do problema mais baixos do que o esperado, e sabe-se

que quando os pais não dão muita importância ao problema da criança ou à sua perturbação, a intervenção torna-se mais difícil (Begum, Rao e Sudarshan, 2010).

10. Conclusões

Nesta investigação, os principais resultados obtidos através da aplicação da versão para pais da entrevista *ADIS-IV* são diagnósticos de perturbação de hiperactividade com défice de atenção e diagnósticos de perturbação de ansiedade de separação. Segundo os relatos dos pais, a perturbação de ansiedade de separação é a perturbação que causa mais interferência na vida da criança. Quando esta perturbação é diagnosticada, é sempre o diagnóstico principal. No total 70% das crianças e jovem preencheram critérios para pelo menos um diagnóstico.

A maioria das crianças teve um diagnóstico. Em relação aos padrões de comorbilidade, 30% das crianças apresentaram co-ocorrência de perturbações. Dessas crianças, 25% tiveram dois diagnósticos.

Quanto aos resultados obtidos através do *SDQ* pode concluir-se que são consistentes com os resultados da versão para pais da entrevista *ADIS-IV*.

No que diz respeito aos resultados obtidos no *EIAVC*, a interferência relatada pelos pais foi mais baixa do que do estudo dos autores da escala original. Existem estudos (Farmer, Burns, Angold e Costello, 1997) que sugerem que a interferência na família está associada com o início e com a continuação do uso dos serviços de saúde, podendo haver relação entre a interferência na família e a severidade dos problemas da criança. É também referido por estes autores nas famílias que têm crianças e jovens com problemas emocionais e comportamentais experienciam interferência na rotina familiar, no stresse parental, na falta de tempo para si próprios, para com os cônjuges e para outros filhos, assim como estigma e efeitos negativos nas relações com amigos e com a família alargada (Farmer *et al.*, 1997). Tal não foi verificado nesta investigação, pois os pais relataram mais interferência dos problemas na criança do que na família.

A maioria dos pais relatou que o problema dura há mais sete meses, e que a idade de início do problema foi para a maioria, entre os seis e os nove anos, o que revela

que os pais levaram algum tempo desde o início do problema até ao pedido da consulta de psicologia. Os pais atribuem bastante perturbação ou sofrimento ao filho devido ao problema, mas no entanto não fazem referência a esse sofrimento quando lhes é pedido que definam ou descrevam esse mesmo problema.

Esta investigação permitiu conhecer uma parte dos problemas/queixas das crianças e adolescentes que se encontram em lista de espera para a consulta de psicologia de um centro de saúde, assim como conhecer algumas das significações dos pais acerca do problema do filho e quais as principais formas de entrada no sistema de cuidados de saúde.

11. Limitações

Esta investigação apresenta limitações relacionadas com as conclusões que se podem retirar a partir dos resultados por se tratar de um estudo exploratório, e ainda devido ao reduzido número da amostra. Assim, as conclusões não podem ser generalizáveis à restante população que se encontra em lista de espera para a consulta de psicologia nos cuidados primários de saúde, sendo apenas possível levantar hipóteses. Teria sido enriquecedor para o estudo, um maior número de participantes, pois teria sido possível uma análise estatística mais complexa e conclusiva.

Apesar de diferentes instrumentos se terem mostrado úteis na categorização dos problemas das crianças e adolescentes e os seus resultados apontarem no mesmo sentido, é necessário que sejam validados e aferidos para a população portuguesa, para que se possam retirar conclusões fiáveis acerca dos seus resultados.

Teria também sido enriquecedor para o estudo conhecer características dos pais e da família (como a presença de problemas psicológicos nos pais, as suas atitudes e crenças educativas, o tamanho da família, factores geradores de stress familiar, suporte social) que se sabe que influenciam o reconhecimento do problema e de procura de ajuda profissional (Zwaanswijk, Verhaak, Ende, e Verhulst, 2003), pois teria possivelmente possibilitado novas e/ou diferentes hipóteses. Seria ainda necessário para

a avaliação destes jovens, o cruzamento de dados de outros adultos significativos e do próprio jovem, no caso dos adolescentes.

A escassa experiência clínica da investigadora também poderá ser entendida como uma limitação, pois a aplicação da entrevista *ADIS-IV* requer grande treino e rápida capacidade de juízo clínico.

12. Implicações Clínicas

Com esta investigação procurou-se conhecer quais são os motivos de queixa das crianças e adolescentes que se encontram em lista de espera para a consulta de psicologia num centro de saúde. O conhecimento acerca de “quem” está em lista de espera para as consultas de psicologia nos cuidados primários de saúde em Portugal é escasso. Este facto dificulta a tarefa aos psicólogos em termos de detecção precoce e intervenção atempada, e preparação para o que é a consulta de psicologia nos cuidados de saúde primários (Bray, 2004; Gunn e Blount, 2009).

Pretendeu-se também alertar para a necessidade de serem utilizados instrumentos de triagem para problemas de saúde mental (Simonian e Tarnowski, 2004). Estes profissionais contactam com uma grande parte das crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais, mas segundo Simonian e Tarnowski (2004), na ausência de questões explícitas acerca deste tipo de problemas, os pais não apresentam esses problemas de forma espontânea. Portanto, essas crianças e jovem podem nunca receber tratamentos especializados por não ser apresentado ao médico uma queixa clara dos seus sintomas. Por outro lado, o estudo contribui para reforçar a necessidade de serem utilizados instrumentos e critérios sistemáticos de avaliação nas consultas de psicologia dos cuidados primários, atendendo a que os pais não demonstraram uma identificação clara de todos os problemas eventualmente apresentados por estas crianças.

Foi possível verificar através deste estudo que, os pais das crianças ou adolescentes que já tinham recebido intervenção psicológica, não tinham conhecimento dos objectivos da intervenção nem tinham uma noção clara do que teria sido o processo,

fazendo referências bastante curtas e pouco precisas acerca dos resultados do mesmo. É importante que os psicólogos envolvam os pais no processo interventivo, pois é reconhecido que as atitudes e o comportamento parental são determinantes do desenvolvimento e comportamento das crianças e jovens (Barros, em preparação). Isto é, quando há intervenção psicológica com uma criança ou adolescente, é necessário intervir também com os pais no sentido destes construírem uma percepção mais clara e integrada dos problemas da criança e do significado e possíveis consequências destes problemas na fase de desenvolvimento em que se encontram (Barros, em preparação).

A detecção de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes e a intervenção atempada são essenciais para todas as áreas de vida da criança, estando desta forma fortemente ligadas a modelos preventivos de saúde (Simonian e Tarnowski, 2004).

Bibliografia

Antony, Martin M. Barlow, David H. (2002) *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. (Cap.1). The Guildford Press.

Barros, L. (em preparação) *Modelo de Intervenção com pais numa perspectiva desenvolvimentista e construtivista: objectivos e fases de mudança*.

Barros, L. e Santos, M. C. (2006). *Significações sobre parentalidade e bons-cuidados: Como pensam os pais?* In: C. Tabora Simões; M. T. Machado; MLVale; LNobre (Ed.) *Psicologia do desenvolvimento: temas de investigação*. Coimbra: Almedina.

Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T., Rotherberger, A. *Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample*. (2004). *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Begum, S., Rao, N. K. e Sudarshan, C. Y. (Jan-Mar 2010). *Validity of screening tools for emotional problems in school children*. *Indian Journal Psychiatry* (52/1).

Bluestein, D., Cubic, B. A. *Psychologists and Primary Care Physicians: A Training Models for Creating Collaborative Relationships*. (2009). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 16: 101-112.

Bray, J. H., *Training Primary Care Psychologists*. (Junho 2004). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Vol. 11, Nº 2.

Bunevicius, A., Peceliuniene, J., Mickuviene, N., Valius, L., Bunevicius, R. (2007). *Screening for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care Patients*. *Depression and Anxiety*. 24: 455 – 460.

Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Angold, A. e Costello, E. J. (1997). *Impact of Children's Mental Health Problems on Families: Relationships with Service Use*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. Vol. 5. Nº4. pp 230-238.

Goodman, R. Acedido em Outubro de 2010 de <http://www.sdqinfo.org/UKNorm.html>.

Graham, J. R., Naglieri, J. A. (eds). (2003). *Assessment Psychology*: Vol. 10. Em: Weiner, I. B. *Handbook of Psychology*. John Wiley & Sons Inc. New Jersey.

Groth-Marnat, Gary. (2003). *Handbook of Psychological Assessment* (4^a ed.) John Wiley & Sons, Inc.

Gunn, W. B. Jr., Blount, A. *Primary Care Mental Health: A New Frontier for Psychology*. (2009). *Journal of Clinical Psychology*. Vol 65 (3), 235 – 252.

Horgan, C. M., Garnick, D. W., Merrick, E. L., Hoyt, A.(2007) *Health Plan Requirements for Mental Health and Substance Use Screening in Primary Care*. *Society of General Internal Medicine*. 22: 930 – 936.

Jee, S. H., Halterman, J. S, Szilagyi, M., Conn, A. M., Alpert-Gillis, L., Szilagyi, P. G. *Use of a Brief Standardized Screening Instrument in a Primary Care Setting to Enhance Detection of Social-Emotional Problems Among Youth in Foster Care*. PubMed (Acedido a 15 de Junho de 2011).

Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.

Kelleher, K., Long, N. (1994). *Barriers and New Directions in Mental Health Services Research in the Primary Care Setting*. (Vol. 23, N^o2, pp.133 – 142). *Journal of Child Psychology*.

Lang, A. J., Norman, S. B., Means-Christensen A., M. B. Stein (2009). *Abbreviated Brief Symptom Inventory for Use as an Anxiety and Depression Screening Instrument in Primary Care*. *Depression and Anxiety*. 26: 537 – 543.

Laukkanen, E. Hintikka, J. J. Kylma J. Kekkonen, V. Marttunen, M. (2010). *A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services*. *BMC Health Services Research*. 10: 261.

Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin e Hudson (em preparação). *Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS) Scoring*. (Acedido em <http://www.psy.mq.edu.au/CEH/pdfs/CALISscoring.pdf> em Outubro de 2010).

Marzocchi, G. M., Capron, C., Pietro, M., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A. e Thérond, C. *The use of the*

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European Countries. (2004). *European Child & Adolescent Psychiatry*.

McQuaid, J. R. Stein, M. B. McCahill, M. Laffaye, C. Ramel, W. (2000). *Use of Brief Psychiatric Screening Measures in a Primary Care Sample.* *Depression and Anxiety*. 12: 21 – 29.

Meer, M. von der, Dixon, A., Rose, D. *Parent and child agreement on reports of problem behavior obtained from a screening questionnaire, the SDQ.* (2008). *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Morris, Tracy L. March, John S. *Anxiety Disorders in Children and Adolescent.* (2004) (2^a Ed. Cap. 5). The Guildford Press.

Pidano, A.E., Kimmelblatt, C. A., Neace, W. P. *Behavioral Health in the Pediatric Primary Care Settings: Needs, Barriers, and Implications for Psychologists.* (2011). Psychological Services. American Psychological Association.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., Hudson, J. L. (2009). *Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment.* (pp. 311 – 341). *Annual Review of Clinical Psychology*.

Rodrigues, F. P. (2004). *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental.* Climepsi Editores.

Rothenberger, A., Woerner, W. *Editorial. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Evaluations and applications.* (2004). *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Roy, B. V., Veenstra, M., Clench-Aas, J. *Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence.* (2008). (49:12. pp. 1304-1312). *Child Psychology and Psychiatry*.

Schmitz, N. Kruse, J. Heckrath, C. Alberti, L. Tress, W. (1999). *Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments.* *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 34: 360 – 366.

Schniering, C. A. Hudson, J. L. Rapee, R. M. (2000). *Issues in the Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescent*. (Vol. 20. Nº4. pp 453 – 478). *Clinical Psychology Review*.

Silverman, W.K., Saavedra, L., M. Pina, A. A. (Agosto de 2001). *Test-Retest Reliability of Anxiety Symptoms and Diagnoses With the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40: 8.

Simonian, S. J., Tarmowski, K. K. (2004). *Early Identification of Physical and Psychological Disorders in the School Setting*. Em Brown, R. T. *Handbook of Pediatric Psychology in School Settings*. (Cap. 8, pp. 115 – 127). Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers. New Jersey.

Stancin, T., Perrin, E. C., Ramirez, L. (2009). *Pediatric Psychology and Primary Care*. Em Roberts, M. C., Steele, R. G (4ª Ed., Cap. 42, pp. 630 – 718). The Guildford Press. New York.

Szádóczy, E. Rózsa, S. Zámbari, J. Fúredi, J. (2004). *Anxiety and mood disorders in primary care practice*. (Vol. 8. pp. 77 – 84). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*.

Williams, L., Pearman, C. (Janeiro de 2010). *Childhood Anxiety Disorders. Recognition and Diagnosis in the Primary Care Setting*. (Vol. 20. Nº 1). *Clinician Reviews*.

Wilmshurst, Linda. (2005). *Essentials of Child Psychopathology*. (Cap. 3). John Wiley & Sons Inc.

Wood, J.J. Piacentini, J.C. Bergman, R. L. McCracken, J. Barrios, V. (2002). *Concurrent Validity of the Anxiety Disorders Section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions*. (Vol. 31, Nº3, pp.335-442). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.

Zahner, G. E. P., Daskalakis, C.(Setembro de 1997). *Factors associated with Mental Health, General Health, and School-based Service Use for Child Psychopathology*. (Vol. 87. Nº9). *American Journal of Public Health*.

Zwaanswijk, M., Verhaak, P. E. M., Bensing, J. M., Ende, van der J., e Verhulst, F. C. (2003). *Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. A review of recent literature*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 12:153 – 161.

Anexos

Anexo I

Pedido de Consentimento

Pedido de Consentimento

Eu, _____ tomo conhecimento das condições e aceito participar no estudo “*Caracterização de uma lista de espera de crianças e adolescentes para a consulta de psicologia de um centro de saúde*”, através da minha colaboração voluntária e informada numa entrevista e no preenchimento de dois questionários.

Este estudo é realizado pela Licenciada Rute Portela, psicóloga estagiária no Centro de Saúde da Mealhada e estudante de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Luísa Barros.

Autorizo a gravação desta entrevista, sabendo que a sua transcrição será do conhecimento apenas das autoras deste estudo, que o seu conteúdo será utilizado com salvaguarda total da confidencialidade dos dados sobre a minha entidade, do meu filho e de outras pessoas ou entidades nela referida, mas que estes dados serão transmitidos à equipa de Psicologia do Centro de Saúde para iniciar o atendimento clínico do meu filho ou o seu encaminhamento nos casos em que tal seja o mais adequado.

Os dados recolhidos nos questionários serão tratados de forma confidencial.

Posso, em qualquer momento, interromper a minha colaboração neste estudo, sem que tal prejudique o meu atendimento ou dos meus familiares no Centro de Saúde.

Posso ter acesso aos resultados gerais deste estudo, no seu final.

Contactos:

Rute Portela: ruteportela@sapo.pt.

Professora Doutora Luísa Barros: lbarros@fp.ul.pt

(Assinatura)

Anexo II

Questionário de Capacidades e Dificuldades

Questionário de Capacidades e Dificuldades

- respondido pela mãe

(Goodman, 2001; versão port. de M. G. Matos)

--	--	--

Instruções

Abaixo encontra 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes círculos: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho/da sua filha nos últimos 6 meses.

Modo de preenchimento do CÍRCULO :



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :



	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
1. É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mentira frequentemente ou engana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no ou intimidam-no/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36834

Anexo III

**Transcrições das respostas às
questões abertas da *ADIS-IV-P***

Serão apenas apresentadas 17 transcrições, pois ocorreram problemas técnicos nas gravações das últimas 3 entrevistas.

SUJEITO 1

1. Breve resumo do problema

“Ela é doente, a doença conta. Ela é muito agarrada a mim. É uma filha muito agarrada a mim. Tanto que ela não vai para o hospital sem ser com ninguém, só com a mãe. Tenho que lá estar presente para ir para o hospital senão não arranca a ambulância sem eu lá estar. Ela também é muito agarrada na situação de dormir fora noutras casas, sem estar a mãe presente, isso não dorme. Não dorme em casa de ninguém sem a mãe. Nem em casa de tios, nem em casa de primas, nem nada sem eu estar ao pé. Ainda ontem foi essa situação, não foi dormir à prima, a casa do meu irmão. Ela não foi, não quis ir e teve que dormir ao pé de mim, senão ela já estava...Um dia se eu morrer ela vai atrás de mim. Isto não aguenta, eu já lhe disse a ela que tem de se largar muito mais de mim, senão está tramada (...) não vai a lado nenhum sem mim, psicólogos, médicos, até entrar num gabinete sozinha, ela não entra, tenho de entrar eu com ela. E ela já tem idade para entrar sozinha num gabinete, mas tenho de entrar eu também com ela. Marco a consulta e também tenho de vir, a irmã já vem sozinha, ela não vem (...) chamam-lhe a menina da mamã mas ela não se importa com isso (...) ela tem poucos amigos, sempre foi muito complicada para arranjar amigos. Gosta de escolher as amizades que sejam assim como ela” (...) eu não posso trabalhar por causa do problema dela. Tenho de estar em casa, tenho de estar 24 horas por dia em casa ao pé dela... não posso arranjar trabalho. Quando eu arranjo trabalho a F. fica doente. Não posso arranjar trabalho.”

2. Historial de ajuda

“Acho que precisa de ajuda do psicólogo. Quando andou no psicólogo no Hospital de Santa Maria andava muito mais calma, porque se abria mais. Ela não gostava muito daquela psicóloga”.

3. Principais Preocupações

“É ela não se despegar de mim, não consegue estar sem mim, e ela não estuda, estas coisas da escola”.

SUJEITO 2

1. Breve resumo do problema

“Ela não é de me arranjar muitos problemas, não é, mas pronto, em casa excede-se um bocadinho...um bocadinho grande. Tem uma diferença muito grande. Em várias atitudes “Oh L., faz isto ou faz aquilo”, “JÁ VOU! Andas-me sempre a chatear!”. Sempre maus modos, sempre. Ela comigo não se estica muito, como se costuma dizer, sabe que também tem a rédea curta, não é...Eu educo-a sozinha, pronto, sou eu e a minha mãe. Não há uma presença masculina, pronto. O meu pai às vezes não gosta de se meter, fala com a minha mãe: “isto não pode ser assim, ela tem que ter mais respeito”, mas praticamente eu educo-a sozinha, não há uma presença masculina, tenho de fazer o papel dos dois. O pai ficou completamente ausente. Não houve ali um equilíbrio. Ah, ela também fala muito alto, muito rápido. (...) No ano que o pai...não quis mesmo saber...eu ainda falava com ela, mas ela não conseguia. Não conseguia mesmo, foi uma pressão muito grande e acabou por perder o ano”.

2. Historial de ajuda

“Não, é a primeira vez que peço ajuda para este problema”

3. Principais Preocupações

“É a atitude dela, sempre a responder mal lá em casa”.

SUJEITO 3

1. Breve resumo do problema

“Eu também não sei qual é o problema. A professora é que diz que há um problema. Na escola a professora diz-lhe “faz isso”, ele faz, depois passam dois minutos, ela diz para ele fazer, e ele já diz que não sabe, que se esqueceu. Ele não consegue estar quieto, não é um rapaz assim muito quieto...é isso, leva tudo para a brincadeira. Tudo para ele é brincadeira.”

2. Historial de pedidos de ajuda

“Não”.

3. Principais Preocupações

“Eu não estou preocupada muito preocupada com ele. Talvez seja a escola, porque ele leva tudo para a brincadeira”.

SUJEITO 4

1. Breve resumo do problema

“O problema é assim...eu estou separada do pai da S., e isto engloba muita coisa. O mais grave que eu acho que há nela é o pai estar distante. O pai está a trabalhar em Angola e ela...por exemplo, este ano ela só viu o pai no Verão. Nem no natal que ele veio cá, ele não veio ao pé dela. Foi para o Brasil, porque ele está casado com uma moça brasileira. Ela praticamente não vê o pai. E pelo que eu noto, ela sente muita falta do pai. De vez em quando ela fala comigo à cerca disso, mas fecha-se um bocado, e eu de vez em quando apanho-a a chorar com saudades do pai. A maneira de ela me chamar a atenção é não estudar, está sempre a brigar, responde-me mal... Na escola até ao quarto ano era muito boa aluna, depois quando o pai se foi embora e este ano tem sido demais, teve 5 negativas. Depois também tem muitos problemas com as amigas, porque as amigas não querem ser amigas dela e porque as amigas falam mal umas das outras”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Já, foi seguida no Hospital Polido Valente nas consultas de obesidade, mas não resultou”.

3. Principais Preocupações

“É a falta do pai, o relacionamento com os colegas e ela comer desalmadamente”.

SUJEITO 5

1. Breve resumo do problema

“Houve um acontecimento na vida dele que me leva a crer que ainda é isso que o leva a ter 9 negativas... e é falta de bases e falta de alguém estar em cima dele a tentar ajudar (...) Durante 10 anos o R. viveu com os padrinhos. Há cerca de um ano a madrinha decidiu entregar o Ruben ao pai. Colocou-o numa situação um bocado...eu vou usar uma palavra muito forte mas foi como se fosse um saco de batatas. Eu sou tia dele, sou irmã do pai. Isto foi... a mãe é madeirense, na altura os pais estavam já separados, a mãe estava na madeira e o pai estava aqui. Houve ali uma situação entre a madrinha e a mãe, e a madrinha ficaria a cuidar durante uns 3 ou 4 meses do R. enquanto a mãe estabilizava um bocado as coisas. Só que os 3 ou 4 meses foram alongados e pelo que eu percebi da situação depois houve um processo em tribunal, porque os padrinhos queriam requerer a custódia do R. Entretanto o meu irmão, pai do R. estava a tentar que as coisas não fossem assim e acabou por ele ficar com o poder paternal. O tribunal deu-lhe a custódia. Só que o pai não tinha condições então ficou o R. entregue aos padrinhos. Não sei, houve aí essa parte da história...que eu desliguei-me por completo. Porque eu era para ser madrinha do R. e não fui... e apanhei a situação um bocado assim a meio...eu vivia aqui e entretanto fui para a Madeira e desliguei-me um bocado da situação por diversas razões porque tudo isto é muito complicado. É o meu primeiro sobrinho e as coisas acabaram por se desmoronar um bocado. Havia conflitos...a madrinha do R. não nos deixava vê-lo, tomou posse por completo do R. Ele não sabia da existência da família. Só soube da existência da família há coisa de um ano atrás. Só soube antes de vir...duas semanas antes é que soube que tinha família e de que a família vivia aqui perto. Quando eu vinha cá, foram várias as tentativas para estar com o R., e isso tudo afastou. Como eu achei que não era um problema que eu me devesse meter porque eu não estava cá...porque se eu estivesse aqui a viver tenho a certeza absoluta que isto não tinha ficado assim. Ninguém me pode proibir de ver o meu sobrinho. Tal como se ela me vier bater à porta eu a deixo vê-lo. Ele diz que ela às vezes lhe dava grandes tarefas...envolvia-se em lutas na escola e às vezes ainda envolve. Já esgotou a caderneta dos recados”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Ele foi à psicóloga da escola. Quando soube destes problemas, contei à directora de turma o historial do R. Foi também a outros psicólogos quando passou para o 5º ano...uma vez por semana durante algum tempo. Mas não sei mais ao certo”.

3. Principais Preocupações

“Compreendê-lo. Porque não o consigo compreender. Pergunto-lhe se está tudo bem e ele diz-me que sim, e eu sei que não está.”

SUJEITO 6

1. Breve resumo do problema

“A M. está no terceiro ano. Ela faz anos em Novembro e portanto entrou com 5 anos para a escola. Ela entrou para a escola como se ainda fosse para o infantário pronto. E mesmo a nível de leitura...alguma dificuldade...a nível de, penso que agora já está melhor, já lê. Mas ainda tem dificuldade a português, ainda faz confusão entre o “f” e o “v”. Eu falei com a professora e ela está no estudo acompanhado, e depois está...começou a ter aquelas aulas de acompanhamento específico, começou recentemente, acho que foi hoje a segunda aula. Aquilo é na escola...ela está ali na F. Aquilo é uma hora sensivelmente. Pronto agora dão mais atenção a este tipo de situações da língua. Depois é uma criança... para a idade.. quer dizer, eu tenho uma filha mais velha dois anos e é sempre mal dos pais fazer uma certa comparação não é...e não pode ser, já percebi que, quer dizer cada pessoa é um ser vivo diferente. Penso que ainda tem assim uma certa imaturidade...não sei. É um bocadinho desobediente, cabeça no ar, está a fazer uma coisa passa uma mosquinha e pronto. Há sempre qualquer coisa que a distrai. Mas penso que ela está melhor, tem melhorado a situação. Penso que é mais para despistar. Só para perceber se realmente...falei com a professora e ela achou que se podia ver se realmente ela é disléxica. Mas pronto, ela está melhor...a partir daí...é isso”

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Não, não, nunca pedimos ajuda. Vamos falando com a professora e isto é só uma questão de despiste”.

3. Principais Preocupações

“Talvez seja culpa minha, mas para ela adormecer eu tenho de me deitar com ela, não sei se foi um hábito que foi criado por mim, mas como eu tinha a outra com diferença de dois anos e meio, a outra adormecia e eu deitava-me com ela para não fazer

barulho e pronto...isso foi criando uma dependência. Já melhorou mas agora voltou outra vez a precisar...”

“O que me preocupa é tentar ajudá-la para que ela ultrapasse este problema...problema não, situação da escola...e...pronto é mais neste sentido (...) pronto é isso, o dormir, adormecer sozinha...para mim também era importante porque é um desgaste muito grande para mim, porque eu acabo por adormecer também...pronto e as coisas ficam todas por fazer, e dormir para mim...não é que eu durma muito mas pelo menos convém aquele sono assim completo não é? Assim seguido... (...) e para ela também, para o crescimento dela.

SUJEITO 7

1. Breve resumo do problema

“É...como é que eu hei-de explicar...ela tem dificuldades em aprender na escola. Era por isso que eu tinha pedido com urgência quando cá vim. Ela está melhor, está a subir, ela costuma dar assim um salto no segundo período. A R. esteve muito tempo na Santa Casa, andou muito na psicóloga porque ela tinha muitas dificuldades em envolver-se com crianças, brincar, chorava, protestava...ainda se encosta um bocadinho mas já não é tanto”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Ela foi à psicóloga da Santa Casa de Alcântara dos 8 aos 9, porque não aprendia bem, não conseguia adaptar-se às crianças da idade dela, chorava, encostava-se muito. Teve bom resultado”

3. Principais Preocupações

“A coisa dela aprender e o comportamento dela também me preocupa. Eu digo uma coisa e parece que ela não está a entender, não está a perceber. E depois eu digo outra vez, e ela volta a fazer a mesma macacada, como subir as coisas todas. Ela parece que não encaixa, preocupa-me a atitude dela e ela não aprender, parece que não desenvolve tão bem como as outras crianças, porque ela é esperta, muito esperta, só que de repente esquece-se. Ela fica contente só que depois vai abaixo. Ela está sempre a mandar-se abaixo”.

SUJEITO 8

1. Breve resumo do problema

“Quando ela chegou, final de Maio, Junho, ela só tinha vontade de deitar e dormir. Eu achei aquilo anormal porque era muita roupa, e nós em Junho aqui é calor. E ela a colocar roupa, a colocar roupa. E eu perguntei-lhe o porquê de tanta roupa, está calor, e ela sempre...e eu achei que ela estava a esconder. Então um dia eu apanhei-a e foi uma guerra, porque ela não queria que eu a visse, então quando eu peguei o olho, foi mais uma chama. Porque eu sou esteticista e cosmetologista...também estudei sobre anorexia e bulimia, então a gente tem nutrição, então tinha alguma noção do que se estava a passar, e aí eu bati o olho nela e vi que aquilo não estava tudo normal. Enquanto ela estava com muita roupa estava tudo ok, porque não se via... nós sabíamos que ela estava magrinha, mas quando eu a vi despida aquilo para mim...aí eu comecei...accionei todo o mundo lá em casa porque às vezes eu podia não ver, e as pessoas também que trabalhavam comigo. E foi logo a seguir, peguei. Quando ela teve a consulta com o médico Dr. R ela confirmou que provocava o vômito.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Não, não é a primeira vez”.

3. Principais Preocupações

“Agora já estou mais por dentro da situação, já está tudo mais controlado. Mas o que mais me preocupada é que queria que ela fosse mais motivada. Porque às vezes nem é preciso estudar muito...mas é assim...tem 16 anos, já devia saber o que quer. Mesmo com as confusões que se têm na adolescência mas agente fala, tem sonhos...ela não tem...desde que os outros trabalhem para ela, e lhe dêem as coisas. Ela é um dos filhos que mais me preocupa...pode ser até que ela me surpreenda depois, mas...agora é”.

SUJEITO 9

1. Breve resumo do problema

“Nem eu às vezes sei...isto é mais por causa da escola, porque ela não tem aproveitamento e está sempre distraída, e esquece-se das coisas e não está com atenção a nada do que agente lhe diz, acha que o mundo deve girar à volta dela, só exclusivamente à volta dela e não à volta dos outros. Ah...e tem duas personalidades: quando está dentro de casa e quando está fora de casa. Quando está dentro de casa é uma coisa, quando está com as amigas é outra, não tem nada a ver...muda completamente. Já tínhamos pensado em vir ao psicólogo, mas nunca achamos que fosse preciso...e depois entretanto a falar com a professora, ela disse que era aconselhável. Quanto mais para ver se tem influência de alguma coisa que a gente não consiga detectar em casa não é?”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Já foi ao psicólogo da escola, foi a professora que a pôs mesmo lá por falta de atenção na aula. E agora nesta escola também já pediram psicólogo”.

3. Principais Preocupações

“Eu só gostava que ela fosse um bocadinho melhor lá em casa, sociável connosco...”.

SUJEITO 10

1. Breve resumo do problema

“É assim...em relação à minha opinião, eu sou mãe, é muito...como é que eu hei-de dizer...ela sabe as coisas, pronto, mas não se aplica para saber mais ou melhor. Por exemplo ela sabe que isto se mete aqui, mas não se preocupa em saber como é que isto fica aqui preso, só mete. Acho que tem motivação, mas ela desinteressa-se...começou a desinteressar-se desde a segunda classe. Ela está na segunda classe, mas ela chumbou na primeira classe. Primeiro porque a professora faltava muito, e depois porque ela apresentava-me uns testes muito bons e outros muito maus. E eu perguntei à professora, como é que uma aluna faz um teste assim, e outro muito mau. Primeiro período, segundo terceiro. E a professora disse “porque eu ajudo” e eu disse à professora “então mas a senhora não lhe compete estar ajudar. Então se a aluna tira um teste muito bom e outro muito mau está ali qualquer coisa que não está bem, que não joga bem ali não é? E disse “ou a senhora faz o teste com ela, ali sentada ao lado?”. E depois era o problema da escrita dava, dá, alguns erros, para não dizer muitos. Já não dá tantos porque a professora começou a incutir nela, e em mim também, para ela ler, nem que seja revistas”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“É a primeira vez que recorremos a ajuda”.

3. Principais Preocupações

“Preocupa-me o facto de ela às vezes estar a ler, e depois passar para mim e eu ler, e lhe perguntar, e ela ficar a pensar o que é que leu. Percebe? Pode ser falta da atenção...desinteresse. Se me perguntasse há um ano eu respondia-lhe que ela não estava nem aí. Agora vejo que ela se empenha e que olha e estuda. É assim...eu comparo assim. Nós temos uma máquina fotográfica por exemplo, mas se nós não vimos as instruções de ver como é que funciona não sabemos como é que havemos de

tirar boas fotografias. Eu comparo isso com o caso dela. Ela tem as bases para estudar, mas como não se aplica não tem bons resultados. Ela não se aplica. Porque se eu estiver com ela e estudar com ela, ela tira boas notas. Há um ano atrás era pior, ela melhorou bastante. Mas o desinteresse aumentou. E de 100% secalhar a culpa também é 70% minha, porque eu não me empenho. Eu vou ver aos cadernos o que é que é, quando é que tem teste...mas também me desleixo, a verdade também tem de ser dita. Mas quando ela tem teste, eu dias antes preocupo-me em saber qual é a matéria, quais são as páginas que a professora deu para ela estudar para eu depois lhe perguntar. Uma coisa é nós estarmos inseridos num grupo de amigos que já conhece e já faz tudo. Outra é o grupo de amigos sair, passar de ano, e ela fazer novos amigos. Ela tem noção que se não se esforçar pode acontecer isso. A minha questão é basicamente isso...o desinteresse que ela por vezes mostra, em como não sabe não se esforça para aprender, ou não está nem aí. Não quer dizer que ela não seja inteligente ou que não seja aplicada...porque ela até se aplica.

SUJEITO 11

1. Breve resumo do problema

“A X. está com 7 anos e até agora tem...não consegue acompanhar o programa escolar. Está com muitas dificuldades e em casa também. Os meninos que andaram com ela no primeiro ano neste momento já estão no segundo e com elevadas capacidades de aproveitamento. É o seguinte, a X. pronto...ela na minha forma de ver, e segundo a professora, ela é uma criança muito extrovertida, distraída e imatura. Pronto...não consegue assimilar nada. Daí que pronto, está a preocupar-nos. Em Setembro faz 8 anos e pronto, até agora...segundo a professora diz não se reprova no primeiro ano. Ela está numa sala do segundo ano mas a fazer programa do primeiro. A professora diz que melhorou um bocadinho e eu pu-la também na explicação, que não é normal uma criança no segundo ano estar na explicação”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Quer dizer...pedi ajuda no psicólogo na escola...e até agora estou à espera...”

3. Principais Preocupações

“É o estudo e as mentiras. Entristeceu-me bastante quando a vi no segundo a cumprir programa do primeiro. Fui vendo os testes...por exemplo ela confunde algumas letras às vezes o “p” com o “t”, o “b”, faz muita confusão mesmo. Fiquei mesmo muito triste”

SUJEITO 12

1. Breve resumo do problema

“É assim, isto vem muito antigo. Eu separei-me do pai da D. ela tinha um ano e meio, pronto. Acho que aí ela não notou porque era muito pequenina. Nós separámo-nos...tanto que um dia mais tarde...quer dizer, nós separámo-nos e eu fui morar com os meus pais novamente, e com ela. Tínhamos um quarto para nós, e entretanto o pai dela deixou de me dar dinheiro e eu tive de arranjar um trabalho, já tinha um mas tive de arranjar outro. Eu trabalhava aqui na G., onde ainda trabalho hoje, das 11 e meia até as 7 da manhã e depois tinha um *part-time* no supermercado das 4 às 9 da noite. Pronto aí tive de deixá-la um bocado mais entregue aos meus pais. Nesse aspecto...eu ia de manhã, levava-a ao infantário e depois vinha dormir...pronto. Tinha o tempo muito ocupado. E sou capaz de me ter ...eu não digo desleixado, porque era a vida...tinha de pagar o infantário dela, e estava na minha mãe mas não estava de graça e, não é, tinha essas despesas todas. E então o que é que acontece, pronto, mas ela ia aos fim-de-semana para o pai à mesma, independentemente...ele desde os 3 anos dela que não me dava dinheiro nenhum, mas eu deixava-a ir para o pai à mesma. O que é que acontece...ela foi para a escola com 6 anos, teve a primeira semana de aulas e depois era o fim-de-semana do pai. O pai não a veio buscar. Nem nunca mais lhe disse nada. O pai, a avó, os tios cortaram ligação com ela. Ela reagiu mal, muito mal, porque eu nunca lhe falava mal do pai...e depois ela às vezes encontra o tio e pergunta “Ah quando é que o meu pai me vem buscar?” porque ela agora já tem outra idade, “ah o teu pai anda com uns problemas económicos e não sei quê depois quando...” pronto, mas isso é assim, não é desculpa, porque era o que eu dizia ao irmão dele “Opá mesmo que não a venha buscar por problemas económicos pode ligar-lhe, pode vir busca-la um dia para passar com ele, umas horas, ir ali ao café” pronto, uma coisa qualquer, não cortar totalmente ligações com ela. Agora há cerca de 3 anos eu casei, com o pai dela nunca tinha casado, vivi maritalmente com ele 5 anos. Pronto, casei. Casei e tenho um marido espectacular para ela e tudo, só que agente não sabe como é que há-de lidar mais com ela, porque é assim a D. com a idade que tem, outro dia queimou-me o botão da televisão. Corta-me cortinados, escreve-me nas paredes, coisas que já não próprias para a idade dela. Pronto, quando se tem 3 ou 4 anos secalhar é normal...pronto, para a idade dela acho que está

um bocadinho...como é que eu hei-de explicar, a fazer coisas que não são para a idade dela. Talvez esteja atrasada um bocado nesse aspecto. Acho-a muito infantil. Tem também tem muitos ciúmes da irmã mais nova. Por exemplo, o meu marido tem um filho com 12 anos que está connosco de 15 em 15 dias e nas férias, dão-se bem como irmão, mas acho que ela tem muitos ciúmes do meu marido com o filho. Eles são pai e filho...e por muito que...como é que eu hei-de explicar...era a relação que ela queria com o pai...porque o meu marido é um pai espectacular e o miúdo também gosta muito de estar connosco, esteve aqueles dias todos de férias e tudo. Só que noto que ela sente-se um bocado revoltada porque secalhar era a relação que ela queria ter com o pai que não tem. Mas é assim...e depois não sabemos como é que havemos de lidar com ela, porque é revoltada e muito fechada. Porque ainda há cerca de 3 meses atrás fui chamada à escola porque houve uns meninos que foram ter com ela à casa de banho e disseram que tiveram relações sexuais com ela. Claro que não tiveram não é, mas ela não disse a ninguém. Eu fui chamada à escola, porque ela não disse a ninguém. Contou a uma colega e a colega foi contar à psicóloga da escola. É o que ela diz, eles são miúdos e não tiveram relações sexuais e isso um dia mais tarde vai ser normal, o problema é que ela fechou-se. Ela vai a pé para a escola, se algum dia alguém lhe faz mal ela não conta a ninguém. Por muito que a gente puxe por ela “o que é que se passou na escola”...para já eu nesse fim-de-semana achei esquisito uma situação...eu até disse “isto não é normal”. O meu enteado joga futebol e nós vamos sempre vê-lo jogar ao fim-de-semana, nesse fim-de-semana eu estava de folga e nós fomos ver o jogo, e ela de hora a hora queria ir à casa de banho. “Oh D. o que é que tu tens? Doí-te a fazer chichi”” pensei que era alguma infecção urinária que ela tinha, e era esse coiso que ela tinha dentro dela...que não...não era capaz de dizer. Eles na casa de banho acho que só lhe tocaram... ela falou com a psicóloga, e a psicóloga disse que não se tinha passado nada. O problema aqui é que ela não desabafou. O mal aqui é ela não desabafar com ninguém”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Já veio a uma consulta de triagem uma vez aqui...tinha enurese, mas nunca mais cá viemos. Também falou com a psicóloga da escola, mas não foi acompanhada. É vista no Hospital Santa maria na consulta de obesidade infantil.”

3. Principais Preocupações

“Preocupa-me ela ser muito fechada...não ser autónoma...e eu não sei como é que hei-de ajudá-la... Como é que eu hei-de explicar...se somos muito delico-doces para ela, ela revolta-se...se somos muito...com as regras, se somos muito, como é que eu hei-de explicar, não é tipo tropa, mas se a chamamos à realidade das coisas é mau porque às vezes “ah não sei quê...”, ela acusa-me de não ter tempo para ela, não é de não ter tempo é “tu para mim és sempre assim”. Quando eu digo “oh filha, agora a mãe está a mudar a fralda à mana”, e depois o meu marido diz assim “oh D., mas tu olha, se tu já tivesses apanhado a roupa à mãe, porque eu tenho um estendal em casa, se já tivesses o teu quarto arrumado, olha a casa de banho tu também podes limpar, se já tivesses feito metade das coisas, agora a mãe já tinha tempo para ti, mas é a mãe que faz tudo...”. Ele tenta fazer-lhe ver, mostrar-lhe “estás a ver? É a mãe que faz tudo”, e ele diz-lhe “eu chego a casa” o meu marido não é homem que chega a casa e senta-se no sofá a ver televisão. O meu marido chega a casa e ajuda-me a dar banho à filha, ajuda-me a fazer o jantar, lava a louça do jantar, ele faz tudo. Não é daqueles homens que chega à casa e “traz-me aí o jornal”. Ele para falar também faz. Porque o medo dele um dia mais tarde, é que ele chama-a a atenção, pronto o normal não é, porque agente mora todos ali em casa, e todos temos de dividir as tarefas. Não é sermos 5 e só 2 é que fazerem. Ainda ontem fomos almoçar a casa e ele ralhou logo com eles “então vocês nem o vosso prato lavaram, nós os criados é que vamos lavar”. Ele diz, diz a ela e diz ao filho”.

SUJEITO 13

1. Breve resumo do problema

“Basicamente temos tido alguns problemas com o E. nomeadamente a nível do sucesso escolar, o comportamento em casa, não na rua, tem-se vindo a alterar um bocado mesmo em termos de, portanto, tem-se vindo a alterar mesmo em termos de resposta, mais com a mãe, porque ele comigo mantém sempre alguma distância. Notámos comportamentos de tabagismo, encontrei haxixe também, portanto tenho conhecimento que ele também fuma haxixe. E portanto já enveredámos por uma série de tentativas de solução e nenhuma até hoje resultou. Obviamente que ele tem uma história de vida diferente, comparada com as dos outros miúdos, ou secalhar até muito semelhante... não sei, obviamente que como pai não posso estar a falar dos outros, não tenho conhecimento. Mas basicamente o preocupante é as atitudes dele (...) ele é uma criança extremamente carinhosa, e o que nós notámos é que de um ano para o outro houve uma alteração para com os pais, e incluindo eu... porque o pai do E. não está presente nem nunca esteve, não tem nem nunca teve contacto com o pai. Só viveu com ele até aos 2 anos. Depois a mãe quis separar-se, eles foram pais muito jovens, a mãe tinha 15 anos, o pai também pouco mais velho era. Estiveram juntos até aos 2 anos do E. e depois a mãe decidiu que não queria estar com o pai dele. O pai dele em vez de enveredar por uma postura de tipo ok, mas eu sou pai e quero estar com a criança, não, pelo que a minha esposa me conta, porque foi tudo passado na Argentina. O E. está cá desde os 7 anos. Ele teve uma adaptação muito boa a Portugal, assim que veio entrou logo para a escola, nos primeiros anos as coisas correram bem (...). A atitude dele em relação ao pai é muito revoltosa... quando falamos do pai ele diz sempre que não quer saber do pai, e ignora. Já foi proporcionada a oportunidade de eles se aproximarem, mas nós até preferimos assim. Ele tem contacto telefónico, tem internet, tem sempre tudo disponível para falar com o pai quando quer e o pai também. Aqui há três anos o pai disse-lhe por volta da altura do natal que lhe ia mandar qualquer coisa, uma prendinha ou dinheiro, e falou com ele, uma coisa muito breve, e falou naquele dia e nunca mais falou. Desde aquele dia, que ele se veio embora para cá, o pai cortou, como já tinha feito”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Nós tentamos a psicóloga da escola. Acho que é uma psicóloga nova que está há pouco tempo no agrupamento e ainda se está a tentar organizar. Ela disse que o via, mas ainda não conseguiu falar com ele. Também falámos com o médico de família e a pediatra dele, tentamos pedir ajuda a vários profissionais mas ainda não foi dada, até agora.”.

3. Principais Preocupações

“Preocupa-me tudo um pouco. O comportamento dele basicamente, porque eu não consigo entender, as atitudes que tem em casa. Ele responder à mãe como responde. Eu às vezes digo entre aspas que a mãe tem medo dele, porque ele já “cresce” para a mãe, já contrapõe. É isso.”

SUJEITO 14

1. Breve resumo do problema

“É assim o problema dela mais, é a questão...porque ela...à noite não dorme sem mim. E isto é assim, porque o ano passado eu e o pai estivemos para nos separar. Mas é assim eu acho que de uma maneira geral isso não está a afectar muito a escola, é só mais a questão, que ela procura-me...desde Setembro que ela não dorme sozinha. Ela foi sempre uma criança muito independente. No verão passado, aí a partir de Abril, as coisas começaram-se a complicar, pronto houve uns problemas em casa, e em Setembro a gente começou a preparar as coisas, inclusivamente mudámos de casa, eu tinha falado...porque ela é gémea com outra mana, e eu tinha falado com elas que íamos viver sozinhas, porque o pai ia sair de casa. E elas aceitaram bem a ideia, entenderam. Depois houve uma semana que eu fui para o norte para casa dos meus pais, porque eu sou de lá, fui lá passar uma semana, no final de agosto, e quando vim de lá para cá, nunca mais ela me largou. Ela lá dormia comigo...a outra mana também, mas depois também foi uma amiguinha connosco, e a mana da N. passou a dormir com a amiga e ela comigo. A outra mana acho que sentiu mais na altura a questão dos problemas e da separação, e a N...a professora chamou-me a atenção, porque eu falei com a professora acerca do que se estava a passar, e a professora falou-me que a sentia um bocadinho triste na sala de aula. E eu não a sentia tão preocupada, comparada com a irmã. Só que depois secalhar reflectia-se nesse sentido. Eu falo com ela, se ela tem medo que eu me vá embora, e digo-lhe que a mãe não vai embora. Porque ela à noite...ela anda bem durante o dia, tudo está óptimo. Quando é a altura que eu lhe digo “vai vestir o pijaminha para irmos dormir”, ela não é fingimento, ela fica com dores de barriga. Ela é muito presa dos intestinos e vai à casa de banho e até faz assim tipo diarreia, ela entra em pânico. Aquilo assusta-me. Isto começou em Setembro e eu andava a ver se aquilo passava. Só que depois...eu às vezes deito-me com ela, porque eu às vezes falo com ela, tento...porque nós temos um cão, e eu digo-lhe “olha só vou levar o cão à rua” e ela pede-me “oh mamã não vás, não vás, diz ao pai para ir” (...) ela dorme num quarto com a mana e mesmo assim...eu outro dia estava na janela da cozinha a fumar, e tinha o cortinado puxado para não entrar fumo nem frio, mas ela não me viu. Ela não me viu durante para aí 5 minutos entrou num pânico. Ela vai para o quarto, mas está sempre...ou vai à casa de banho ou diz que vai beber água, mas anda sempre a ver se

me vê, a arranjar pretextos. Mas é só à noite porque ela durante o dia anda bem. Ela sufoca-me. Eu por exemplo, adormeço a maior parte das vezes que me deito com ela...porque ando muito cansada, porque a cama é pequenina para mim e para ela. Às vezes acordo durante a madrugada e estou para ir para a minha cama, e ela acorda logo. Ela também não descansa. Isto anda-me a incomodar imenso porque eu sinto que ela também não dorme bem. É assim, eu deitar-me com ela, e ela também podia adormecer e depois dormir a noite toda. Mas não, sente logo que eu saio dali. E às vezes deito-me na minha cama e passado um bocado ela já lá está. Às vezes o cansaço é tanto que eu não dou conta quando é que ela se deita lá ao pé de mim. Só que às vezes acordo e vejo que ela está lá ao pé de mim. Se eu ando cansada, imagino ela”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Não, é a primeira vez”.

3. Principais Preocupações

“É só aquela questão da noite...era bom para ela e para mim, bom para toda a gente. Aquilo é um sufoco, eu acho que ela está a sofrer imenso com aquilo. É o que me sufoca e que me preocupa, porque sinto que ela sofre muito com isto”.

SUJEITO 15

1. Breve resumo do problema

“Como é que eu hei-de explicar, é assim. Ele agora já dorme sozinho, mas tem de ter a televisão acesa e a luz acesa, fora isso não consegue chegar à cama e deitar-se às escuras. Ir fazer chichi é fora do normal, não consegue fazer chichi sozinho. Porque a minha casa é assim, tem a entrada, um *hall* de entrada, vira-se à esquerda e é a minha sala. Depois tenho um corredor grande e a casa de banho é no fundo, deve ser por isso”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Só pedi agora ao médico de família, é a primeira vez”.

3. Principais Preocupações

“É ele não conseguir estar sozinho, não sentir confiança nele próprio, ter de estar sempre a alguém...ele já tem 8 anos. Ele é totalmente diferente da irmã...a irmã tirei-a da ama com 7 anos, ela ia e vinha para a escola sozinha, e este não”.

SUJEITO 16

1. Breve resumo do problema

“Acho que na altura em que mudou de professora, ela andava muito nervosa, não conseguia dormir. Doía-lhe a barriga, os músculos...eu tenho muitas enxaquecas...cheguei a pensar que ela tinha alguma coisa. Levei-a ao médico, tem de repetir daqui a 6 meses, mas estava tudo bem. Só que estava constipada então vai repetir. Ela também faz natação, é federada, pensei que fosse cansaço...mas entretanto acho que se adaptou à professora e ficou tudo bem”.

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Nunca tinha pedido ajuda”

3. Principais Preocupações

“Preocupo-me que ela seja feliz. E espero que ela nunca mais tenha ansiedade, e que não herde de mim as enxaquecas”.

SUJEITO 17

1. Breve resumo do problema

“Ele esteve a ser seguido no Hospital de Santa Maria desde o jardim-de-infância, quando detectaram a problemática dele, ele tem uma pequena percentagem de autismo, e depois quando ele passou da primária para a preparatória foi difícil continuar devido ao horário da psicóloga, e ela também ficou de bebé...ficou de horário reduzido...”

2. Historial dos pedidos de ajuda

“Ele começou a ser seguido no Hospital Santa Maria em 2003 e parou de ser seguido em 2009 para o autismo. **Eu sinceramente não senti assim muitas melhoras**, a psicóloga diz que ele tinha muita dificuldade na comunicação, não falava nada. Depois falava mas muito pouco. Eu da minha parte não gostei muito dela. Eu perguntava-lhe “O que é que aconteceu? Não gostaste da psicóloga?” e ele dizia “ah fizemos assim um jogo e mais nada”, e depois eu perguntava, “então e hoje”, e ele “ah esteve a fazer as coisinhas dela e depois de vez em quando falava comigo”. Então eu reparei que ela não estava ali só para ele, estava muito atarefada com muitas coisas e pronto. Ele precisava de mais atenção. Quer dizer, secalhar até teve alguns resultados, mas não foi o que queria. A professora de apoio do ensino especial é que o está a ajudar muito. Ela gostaria muito de ver o A. ficar bem, é muito dedicada a ele, está sempre a telefonar para mim, e pede-lhe para ele fazer as coisas que faz com ela em casa, ajuda-o na escola. Eu acho que ali também entra psicologia da parte dela”.

3. Principais Preocupações

“A falta de concentração. E a falta de memória dele...talvez por não estar concentrado, esteja associada uma coisa à outra. A falta de concentração eu reparo sempre, não só nas tarefas da escola como também nas de casa, mas a falta de memória é porque a professora dele do ensino especial conseguiu fazer com que ele se organizasse no estudo e ele então, o ultimo teste que ele teve agora em língua portuguesa, ela puxou bastante por ele, e ela conseguiu fazer com que ele fosse para casa estudar. Então ele empenhou-

se bastante e estudou 3 horas, aliás ele estuda todos os dias agora, ela está de parabéns porque conseguiu. Depois de estudar ele disse “mãe já sei a matéria toda, estudei durante 3 horas”, ele está sempre com o relógio, controla tudo, “tu agora perguntas-me” e eu perguntei e ele sabia tudo, a gramática toda, fiquei entusiasmada. No outro dia de manhã ele diz-me assim “os outros meninos também fazem assim, antes de ir para a escola fazem a revisão”, “então faz também, eu acordo 5 minutos mais cedo e tu sentaste ali no sofá e revês”. Ele esteve lá a estudar...e ele já quer fazer como os outros. Mas depois teve o teste negativo. E ele disse que esqueceu tudo, que já não sabia nada. Eu fiquei muito preocupada porque fiquei a pensar que ele tem falta de memória. Depois desanimou...a seguir teve o teste de inglês e ele costuma ter positiva, e teve negativa também. Há outra coisa que me preocupa...ele está na adolescência...já o levei à biblioteca e estivemos a ver um livro sobre sexualidade...a professora acha que devo comprar um e eu concordei com ela. Ela já reparou que no intervalo há uma menina que simpatiza muito com ele. Então a professora já reparou que eles andam sempre muito juntinhos. Mas ele ainda não tem conhecimento, ainda não sabe muito sobre sexualidade e relações amorosas...gostava de ter ajuda nisso”.