

ESTUDO DE CASO E PSICOTERAPIA: ENURESE

João Miguel Alves Ferreira¹;

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (UC), Coimbra, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-9905-0849>

Sergii Tukaiev²;

Universidade da Suíça Italiana (USI), Lugano, Suíça.

<https://orcid.org/0000-0002-6342-1879>

Raquel Pires Lopes³.

Ensino *Insight*: Centro de Investigação Piaget para o Desenvolvimento Humano e Ecológico, Escola Superior de Educação Jean Piaget de Almada, Almada, (IPJP), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2061-7038>

RESUMO: O caso de estudo envolveu a apresentação de um caso clínico de uma criança com um problema de enurese e da intervenção psicoterapêutica selecionada com vista à reestruturação dos esquemas cognitivos do paciente e sucesso da intervenção. Neste âmbito, procedeu-se à recolha de informação que sustente teoricamente o tipo de intervenção a preconizar, com especial enfoque nas consequências do stress no desenvolvimento e crescimento humanos, que poderá conduzir à patologia. Assim, procedeu-se à avaliação da criança através dos seguintes instrumentos de avaliação: entrevista de anamnese, aplicada à mãe do paciente; Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA); Teste do Desenho Livre; Questionário do Comportamento da Criança (TRF) e o Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL 4-18). A intervenção teve como objetivos: controlar a enurese principalmente através da psicoeducação e treino; reforçar o ego para uma boa autoestima e melhor adaptação; e promover o bem-estar físico, mental e social da criança e da sua família. O estudo permitiu refletir sobre a enurese e a importância em se investir, nesta área, para um maior conhecimento da patologia, que vise a promoção da melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia clínica. Intervenção terapêutica. Stress.

CASE STUDY AND PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT: The case study presents a clinical case of a child with a problem of enuresis and the psychotherapeutic intervention selected to restructure the patient's cognitive schemes and the success of the intervention. In this context, information was collected that theoretically supports the type of intervention to be recommended, with a special focus on the consequences of stress on human development and growth, which could lead to pathology. Therefore, the child was assessed using the following assessment instruments: an anamnesis interview, applied to the patient's mother; a semi-structured Clinical Interview

for Children and Adolescents (SCICA); Free Drawing Test; Child Behavior Questionnaire (TRF) and the Child Behavior Questionnaire (CBCL 4-18). The intervention aimed to: control enuresis mainly through psychoeducation and training; reinforce the ego for good self-esteem and better adaptation; and promote the physical, mental and social well-being of children and their families. The study allowed us to reflect on enuresis and the importance of investing in this area for greater knowledge of the pathology, to promote improved quality of life for patients and their families.

KEYWORDS: Clinical psychology. Therapeutic intervention. Stress.

INTRODUÇÃO

A Psicoterapia, de forma geral, refere-se a “qualquer um dos inúmeros tratamentos psicológicos de pessoas mentalmente perturbadas” (Davidoff, 2004, p. 593). Uma questão comum acerca das psicoterapias é se existe um tipo de psicoterapia superior. De forma geral, ainda não há uma unanimidade (Davidoff, 2004, p. 610). Assim, determinadas abordagens podem ser mais efetivas em determinados transtornos. Outros fatores importantes nas psicoterapias são o conhecimento, a postura e a experiência do terapeuta. Contudo, é a efetividade da terapia que pode ser um bom indicador sobre a sua qualidade. Segundo Davidoff (2004), alguns dos aspetos importantes nas terapias, independentemente se são psicoterapias ou não, baseiam-se: na relação terapeuta-paciente, que deve proporcionar vínculo de comprometimento, isto é, de uma forma empática e respeitosa; no ambiente, devendo-se, sempre que possível, adaptar ao objetivo da terapia; e na interpretação racional e lógica dos conteúdos trazidos e condições de adaptação do paciente.

Terapia Cognitiva - Comportamental

A terapia comportamental é uma abordagem psicológica que procura compreender o ser humano a partir da sua interação com o ambiente para tentar entender os comportamentos e os seus determinantes. Esta abordagem baseia-se: nos princípios dos condicionamentos respondente e operante; no reforço e punição de comportamentos considerados apropriados ou inapropriados no indivíduo num determinado momento (funcionais/difuncionais, adaptativos/desadaptativos), mesmo porque o comportamento é aprendido pelo indivíduo no seu contexto. Também é importante estar atento às mudanças para se adaptar a elas, seja para uma situação positiva ou para uma situação de tensão (seja referente ao paciente ou ao próprio terapeuta).

Os terapeutas procuram relações causais na interação entre comportamentos de um indivíduo e aspetos do seu ambiente (Kugler; Melo & Machado, 2008 cit. in Machado, 2013). Esta procura está sempre associada ao reconhecimento da multideterminação do comportamento e à seleção de um recorte específico da realidade. Vale ressaltar que o conhecimento de si mesmo é algo imprescindível para uma pessoa, uma vez que propicia maior controlo dos seus próprios comportamentos, discriminando assim as contingências das quais os seus comportamentos são função, “o porque faço o que faço” (Skinner, 1974).

O terapeuta deve preocupar-se com os comportamentos-problema (geralmente, mas não necessariamente objeto de intervenção), e os sentimentos adversos apresentados pelo cliente, mas tem que encontrar e alterar as contingências dos quais são função para de facto promover a mudança destas relações. Por isso, o conhecimento da história de aprendizagem do paciente é fundamental: consiste em identificar quais as variáveis que controlam o comportamento do indivíduo, partindo do princípio de que o comportamento de um indivíduo é função do seu histórico de aprendizagem (Skinner, 1994). Para o terapeuta comportamental, os pensamentos e sentimentos são considerados comportamentos diferentes pela forma de aceder a eles (pois este dá-se através do relato verbal da pessoa). Sempre que possível o terapeuta deve respeitar o ritmo do cliente até mesmo para maior solidez nas suas mudanças devendo também perceber que o cliente é único e que os seus problemas ou dificuldades são produtos de uma história singular. Isso humaniza a terapia, pois procura-se entender cada cliente e cada história, antes de propor qualquer intervenção.

Stress

Segundo Sinha (2008) citado por Marques (2016), o stress é entendido como o processo ou série de processos que provocam uma alteração da homeostasia, sendo necessário uma resposta adaptativa do organismo de forma a recuperar a mesma. Os agentes que induzem o stress podem ser emocionais/psicológicos (e.g. problemas interpessoais, término de uma relação, luto, desemprego) ou fisiológicos (e.g. fome, insónias, hipo e hipertermia, doenças crónicas, efeitos do uso de drogas psicoativas e a sua privação, intervenções cirúrgicas). Desta forma, o stress permite a sobrevivência em situações de luta ou fuga, (*fight or flight*, na literatura inglesa). Contudo, elevados níveis de exposição ao stress ou uma exposição crónica a este, levam a efeitos deletérios no organismo, devido a uma carga alostática contínua, provocando uma desregulação neural, metabólica e comportamental que sai do intervalo homeostático em que o organismo se tenta manter. De acordo com Figueira (2007), estas alterações são sentidas em diversos órgãos e sistemas (por exemplo no sistema nervoso central (SNC) verificam-se alterações do apetite, insónia, depressão, ansiedade, convulsões, amnésia, falta de concentração, fadiga e letargia).

De acordo com Costa (2006), a enurese é muito comum em idade pediátrica, atingindo cerca de 15% das crianças aos cinco anos de idade e, por norma tende à resolução espontânea. Verifica-se assim, que é uma situação com impacto muito negativo, quer na criança quer na família, gerando sentimentos de frustração, ansiedade, culpa.

Segundo Marques (2016), a resposta do organismo ao stress é integrada numa rede complexa do sistema nervoso central, constituída pelo córtex cerebral, o sistema límbico, o tálamo, o hipotálamo e a formação reticular. Por sua vez, estas estruturas permitem que através da hormona libertadora da corticotropina (CRH) e do sistema locus coeruleus – sistema nervoso simpático (SNS) seja expressa uma resposta quer a nível do SNC quer a nível periférico. Contudo, esta resposta apresenta ainda imensas lacunas por explicar, quer

sobre o seu funcionamento, quer sobre os seus efeitos nos diversos órgãos e sistemas do organismo humano.

Sistema Nervoso Autónomo: panorama geral

O Sistema Nervoso Autónomo (SNA) age independente do nosso controlo, sendo involuntário. O controlo da homeostase corporal (estabilidade necessária para que o organismo realize as suas funções adequadamente mantendo o corpo em equilíbrio) é uma de suas principais funções e faz esse trabalho através do controlo dos órgãos (Hall, John Edward; Guyton, Arthur C. Guyton & Hall cit in. Diniz 2009). Tratando-se de uma rede totalmente interligada, o sistema nervoso autónomo interage tanto com os órgãos para levar e trazer informações, quanto com o sistema nervoso central (SNC), aquele formado pelo encéfalo e medula espinal. Para possibilitar essa comunicação são necessários os neurónios, células capazes de enviar impulsos elétricos de uma célula para a outra, e os seus prolongamentos chamados axónios. Desta forma, segundo Hall, John Edward; Guyton, Arthur C. Guyton & Hall citados por Diniz (2009), o caminho para essa comunicação, simplificada, corresponde a um neurónio posicionado no SNC com o seu axónio a projetar-se para a periferia (neurónio pré-ganglionar), onde entrega a informação para um segundo neurónio (pós-ganglionar). Este segundo neurónio, localizado no sistema nervoso periférico, projeta-se até ao órgão alvo levando a informação necessária (ex. bexiga).

Sistema Simpático e Parassimpático - *Fight or Flight versus Rest and Digest*

A comunicação e troca de informações é feita por duas vias distintas de forma antagónica e complementar: a via Simpática e a Parassimpática. O sistema nervoso simpático é conhecido como o sistema de resposta de “luta ou fuga” (*fight or flight*), enquanto o sistema nervoso parassimpático realiza as ações opostas, conhecidas como resposta de “descansar e digerir” (*rest and digest*). (Hall, John Edward; Guyton, Arthur C. Guyton & Hall cit in. Diniz 2009). Mas qual a necessidade de ter dois sistemas aparentemente antagónicos e que realizam funções tão pontuais? O sistema nervoso autónomo é uma parte muito antiga do nosso sistema nervoso, um remanescente dos nossos ancestrais mais antigos, os quais tinham que obter uma resposta rápida para ameaças externas (luta ou fuga), e outra para os momentos de descanso e digestão dos alimentos adquiridos (descansar e digerir) (Hall, John Edward; Guyton, Arthur C. Guyton & Hall cit in. Diniz 2009). A via simpática é conhecida por nos preparar para momentos de “stress”, sobrevivência ou reação de luta ou fuga, podendo ser definida como o sistema que nos “prepara para agir”.

OBJETIVO

Pretendeu-se desenvolver uma intervenção psicoterapêutica perante um caso clínico de uma criança com problema de enurese, para se atingir os seguintes objetivos: controlar a enurese, principalmente através da psicoeducação e treino; reforçar o ego para uma boa autoestima e melhor adaptação; prevenir e promover o bem-estar físico, mental e social da criança e família.

METODOLOGIA

O estudo de caso envolveu um estudo qualitativo de natureza aplicada, que envolveu a planificação da investigação, procedendo-se à avaliação da criança através dos seguintes instrumentos de avaliação: entrevista de anamnese, aplicada à mãe do paciente; Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA); Teste do Desenho Livre; Questionário do comportamento da criança (TRF) e o Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL 4-18). Procedeu-se ainda à recolha de informação que sustentasse teoricamente o tipo de intervenção a preconizar, com especial enfoque nas consequências do stress no desenvolvimento e crescimento humanos, que poderão conduzir à patologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, seguidamente, a descrição do relato clínico: Daniel (nome fictício), uma criança de quatro anos de idade que se encontrava a frequentar o jardim-de-infância e foi encaminhado para o gabinete de psicologia pelo médico de família, porque apresentava um problema de enurese.

História do problema

Aos três anos de idade, o Daniel começou, repentinamente, e com muita frequência a urinar, com estado febril e os olhos muito inchados, tendo sido transportado até às urgências do Hospital. Foi-lhe diagnosticado um problema Nefrótico Inaugural, seguido de uma infeção respiratória Influenza, tendo estado internado durante doze dias onde aumentou 2 kg do seu peso. Atualmente, encontra-se recuperado e não manifestou nenhuma recaída, apesar de manter a medicação. Salienta-se que está a fazer o desmame de forma gradual (Enalapril 0.5 mg). Após o internamento, ao regressar para casa continuou a urinar com muita frequência várias vezes durante o dia na roupa de forma involuntária e intencional e em qualquer lugar (casa, escola e carro).

História do desenvolvimento biopsicossocial

Daniel é uma criança de quatro anos de idade, tem um irmão de oito anos e mora com os pais. A mãe tem vinte e sete anos, é costureira e possui o 8º ano de escolaridade. O pai tem trinta e quatro anos é construtor civil e possui o 6º ano de escolaridade. Foi fruto de uma gravidez planeada e que decorreu com normalidade. Nasceu de parto eutócico com indicadores à nascença de 3.340 Kg de peso e 51 cm de comprimento, tendo estado mais um dia internado após o parto devido a ficar com Icterícia. Fez boa adaptação à amamentação até aos cinco meses e depois aos seis meses iniciou suplemento. Quanto ao desenvolvimento motor, aos nove meses já andava, mas teve uma queda que posteriormente inibiu a marcha, continuando a marcha totalmente sem apoio, aos dezasseis meses. Relativamente ao desenvolvimento da fala e linguagem, Daniel, aos onze meses falou a primeira palavra, e com nove meses iniciou a dentição com dois dentes ao mesmo tempo.

É autônomo a vestir-se e a lavar-se desde há um ano, abotoa a roupa, calça-se sozinho e já escova os dentes. Tem rotinas adequadas de higiene do sono de dez horas e tem sempre muito apetite, porém, por vezes, a alimentação não é adequada ingerindo fritos, molhos e sumos. Desde outubro, dorme num quarto sozinho. É caracterizado como uma criança “meiga, teimoso, choramingas e que faz muitas birras”. Gosta de brincar com os colegas ao ar livre e em casa. As brincadeiras consistem em imitar a mãe nas tarefas domésticas (pôr a mesa, limpar o chão). Tem boa relação com a família, mas obedece mais ao pai que à mãe. No entanto, quando necessita de algo ou tem um problema solicita a mãe em primeiro lugar. Até aos três anos esteve ao cuidado de uma tia, juntamente com mais duas crianças e depois entrou para o jardim de infância, tendo sido a adaptação um pouco difícil.

História psiquiátrica e médica familiar

Tem antecedentes de doença de Parkinson, por parte da avó paterna, um tio paterno com Esquizofrenia, em relação à parte materna. O Daniel tem um avô portador de VIH, a avó com Alzheimer e cancro da mama. A mãe de Daniel sofreu de Perturbação Depressão Major (PDM) há um ano atrás e continua medicada com antidepressivo. Foi encaminhada para o serviço de Psicologia.

Estado mental/ observação clínica

Daniel não apresenta nenhum problema psicomotor nem linguístico. Na consulta apresenta uma aparência bem cuidada, muito ativo e a explorar todos os objetos do consultório.

Resultados da avaliação psicológica

O Questionário do comportamento da criança (TRF) permitiu aferir informação através da educadora de infância relativamente ao comportamento irrequieto e à impulsividade que Daniel manifesta, visto não terminar as tarefas ou atividades propostas até ao fim e realiza as mesmas com alguma lentidão, não respeita as regras no jardim-infância. Ainda se encontra em adaptação às rotinas diárias no jardim-de-infância. A aplicação do Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL 4-18) permitiu uma estimativa do comportamento da criança nos últimos seis meses, através da informação do pai e da mãe. Os dados apontam para algum comportamento agressivo e de falta de atenção. Contudo, foi pouco significativo apontando apenas para um melhoramento destas áreas. Analisando-se o teste de Desenho Livre, o Daniel demonstrou aceitação na execução do mesmo. Contudo, o tempo gasto durou apenas três minutos. Pode-se, por isso, considerar que o desenho foi uma tarefa desagradável. Houve pouco investimento no desenho e pouca capacidade de fantasia. A etapa gráfica do desenvolvimento do desenho em que este se encontra é o Realismo Fortuito (dois-três anos), na fase de garatuja, em que produziu apenas rabiscos. Houve a intenção de representar objetos do mundo, daí referir o Sol e um boneco ao ser questionado. Esta etapa revela que a criança está abaixo da idade cronológica (quatro

anos). A fase da garatuja que apresenta é desordenada, ou seja, surgiram movimentos amplos e desordenados, em que ignorou os limites do papel dando continuidade aos traços na secretária, mexendo o corpo todo para desenhar. A garatuja que desenhou são linhas longitudinais que se tornaram circulares e, por fim, fecharam-se em formas independentes, que ficaram soltas na página. A pressão ao desenhar é forte demonstrando ansiedade e o traço também forte, indicador de insegurança. O desenho obedece ao princípio do prazer, em que rabiscou tudo por simples impulso, para adquirir prazer imediato com seu gesto e esperar receber elogios. Perante estes resultados revela alguma imaturidade para a sua faixa etária. Diagnóstico do DSM-V: 307.6 (F98.0) Enurese (Noturna e Diurna).

Justificação do diagnóstico

O diagnóstico de Enurese (Noturna e Diurna) atribuído justifica-se pelo facto do Daniel apresentar a emissão repetida de urina na cama e nas roupas de forma às vezes involuntária e outras vezes intencional (Critério A). O comportamento é clinicamente significativo porque manifestava a frequência diária de pelo menos um episódio, ou seja, durante a semana com a frequência de um mínimo de três, quatro episódios durante seis meses consecutivos (Critério B). O Daniel tem quatro anos de idade e já devia ter atingido maturidade para a continência que é pelo menos aos quatro/cinco anos (Critério C). A incontinência verificada é devida aos efeitos fisiológicos de uma substância, nem a outra condição médica geral (Critério D).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de Enurese não se realiza diante da presença de uma bexiga neurogénica ou a presença de outra condição médica que cause poliúria ou urgência miccional ou durante uma infeção aguda do trato urinário, facto que não aconteceu com Daniel. Também a Enurese, não aconteceu perante nenhum tratamento com antipsicóticos, diuréticos, ou outros fármacos que possam provocar incontinência.

Conceptualização do caso

De acordo com Pereira (2006), os humanos adquirem o controle da urina durante os primeiros anos de vida. O processo para controle diurno costuma se completar nos primeiros três anos de vida e nos anos seguintes, para o controle noturno. No entanto, algumas crianças continuam molhando a cama após este período ou voltam a molhar após um período de controle. Tal pode ser desencadeado por diversos fatores, sendo biológicos ou psíquicos (Evans, 2001).

Segundo Costa (2006), a enurese é muito comum em idade pediátrica, atingindo cerca de 15% das crianças aos cinco anos de idade. Por norma, tende para a resolução espontânea, o que se verificou atualmente com o Daniel. No entanto, é uma situação que tem impacto muito negativo na criança e na família, gerando sentimentos de frustração, ansiedade, culpa, de dúvidas acerca da qualidade de desempenho parental e gerando

dificuldades no relacionamento entre os pais e a criança, por a mãe inicialmente dizer “és um porco”.

A enurese pode ser classificada como: primária e secundária e monossintomática e polissintomática. A enurese primária surge em crianças que nunca chegaram a ter controlo vesical e a secundária em crianças após um período de controlo superior ou igual a seis meses. Neste caso a enurese secundária refere-se a Daniel com o mesmo período. Na enurese monossintomática não há sinais ou sintomas associados e representa cerca de 85% dos casos. A enurese polissintomática é associada a outros sinais ou sintomas: urgência miccional, polaquiúria, disúria, polidipsia, obstipação ou encoprese (Reis & Coelho, 2007).

De acordo com Hjalmas, Arnold, Bower, Caione, Chiozza e Von Gontard (2004), referem num conceito simples e unificador, com implicações clínicas importantes, que a enurese resulta de um desajuste entre a capacidade vesical noturna e a quantidade de urina produzida durante a noite, associado a uma incapacidade de acordar antes de se iniciar a micção, exatamente o que acontecia com o Daniel. Também os fatores genéticos e familiares parecem irrefutáveis na enurese, isto é, o seu pai também teve história de enurese até aos oito anos (Thiedke, 2003). Fatores psicológicos ou psicossomáticos são por vezes causa de enurese e estão mais vezes implicados na enurese secundária. Atualmente, discute-se se a enurese secundária poderá surgir após um evento traumático para a criança, quando existe uma predisposição genética prévia e o facto de a mãe estar a ultrapassar uma Depressão Major, uma maior irritabilidade, o não dar a atenção suficiente ao referido paciente, indicador este significativo (Costa, 2006).

De referir que existe em crianças uma comorbilidade entre a enurese e a prevalência de sintomas comportamentais comórbidos. Tal, é mais elevada em crianças com enurese, do que em crianças sem enurese. É de extrema importância ter atenção às atitudes comportamentais, tais como: teimosia, desobediência aos progenitores, incumprimento de regras no jardim de infância e em casa.

Intervenção psicológica

Com base no diagnóstico, após aplicação dos instrumentos acima mencionados, verificou-se que o Daniel apresentava enurese (noturna e diurna), pois urinava com frequência repetida na cama e nas roupas, quer de forma involuntária como em outras, intencional (Critério A). O comportamento manifesto é do ponto de vista clínico, muito significativo visto manifestar a frequência diária de, pelo menos, um episódio. Assim, durante a semana com a frequência de um mínimo de três, quatro episódios, durante seis meses consecutivos (Critério B). O paciente tem quatro anos e era suposto ter atingido maturidade para a continência que se dá por volta dos quatro/cinco anos (Critério C). A incontinência apresentada não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância, nem a outra condição médica geral (Critério D). Deste modo, a intervenção escolhida foi a terapia Cognitivo-Comportamental visto a origem da enurese ser multifatorial, isto é, para além dos aspetos fisiológicos existem ainda fatores psicossociais importantes. Esta terapia dispõe de

técnicas com enfoque nos processos do pensamento e nas emoções, atuando de diversas formas, com vista a determinada resposta patológica. A abordagem terapêutica incide sobre a psicoeducação e principalmente, no estabelecimento de uma relação com base na confiança e cumplicidade com a criança e os respetivos pais. O Daniel revela insegurança, ansiedade, frustração, pelo que é fundamental estabelecer este vínculo entre o terapeuta, o paciente e os pais. Sublinha-se, ainda, a importância de esclarecer junto da família e da criança quanto ao carácter benigno, grande parte das vezes, transitório da enurese (Costa, 2006).

Após se ter estabelecido algumas medidas a fim de uma maior motivação junto de toda a família, procedeu-se à apresentação de um plano terapêutico incluindo medidas psicoeducativas e comportamentais, com especial recurso ao treino para um maior controlo. Neste sentido, a nível educacional a formação baseia-se em histórias infantis, puzzles e pinturas dirigidas de modo que a criança possa expressar tudo aquilo que sente e que não é capaz de manifestar. Assim, as medidas comportamentais são utilizadas primeiramente na linha no controlo da enurese, depois a utilização de proteção, tais como o uso de fraldas e resguardos, o que conduz, na maioria dos casos ao sucesso.

Fruto da falta de esquemas, existente por parte da criança, esta sofre de uma incapacidade de lidar com várias situações do seu quotidiano, situação essa que lhe provoca efeitos nefastos, insegurança, ansiedade, frustração, pelo que há uma resposta, hiperativa, do seu SNS, com implicações nas funções do SNP, por outras palavras, segundo a noção de *fight or flight* de Cannon cit in Vaz Serra (1988). Essa falta de esquemas leva ao disparar do mecanismo de “luta ou fuga”, que se transmite num processo indireto de enurese noturna, pela materialização do processo de *flight* (fuga) dos problemas, medos, *stress*'s.

Técnicas utilizadas

Com vista a reestruturação dos esquemas cognitivos, a principal técnica utilizada foi a psicoeducação com histórias, desenhos infantis, pois pode ser utilizada com o paciente, com a família, professores e agentes de saúde a motivação. Também foi necessário a educação vesical com devido treino, as técnicas de relaxamento, o reforço do ego, o treino da assertividade e sobretudo o estabelecimento de uma relação de confiança entre o paciente, a família e o terapeuta, para o sucesso da intervenção, traduzindo-se no bem-estar da criança e da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso de estudo apresentado dispunha de informações suficientes e os instrumentos utilizados foram eficazes para o desenvolvimento de uma avaliação precisa que conduziu a uma intervenção terapêutica com sucesso. Constata-se, contudo, que esta problemática gera dúvidas acerca do desempenho parental traduzindo-se em dificuldades no relacionamento entre os pais e a criança. Salienta-se ainda atenção especial na questão da prevenção quanto a recaída, pois tal permite identificar situações de risco, sinais e

mesmo padrões comportamentais que levam à elaboração de estratégias para enfrentar as situações. Nos últimos anos, o crescente conhecimento nesta área, tem permitido uma melhor compreensão das bases da fenomenologia e da psicopatologia das perturbações relacionadas com o stress. Importa, assim, continuar a aprofundar o conhecimento destes mecanismos para a melhoria da prática clínica de como lidar com doentes com este tipo de perturbações.

REFERÊNCIAS

- BECK, Judith. **Terapia cognitivo comportamental** (2a Ed.). Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- BLOCH, Sidney. (ed.). **Uma introdução às psicoterapias**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 1999.
- GUERREIRO, Diogo; BRITO, B.; BAPTISTA, JL.; GALVÃO, F. **Stresse pós-traumático: Os Mecanismos do Trauma** Acta Med Port, 20:347-354, 2007.
- GUYTON, Arthur; HALL, John. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- MARQUES, Joel; PINTO, Anabela. **Alterações fisiopatológicas associadas ao stress – Implicações na doença** Instituto de Patologia Geral. Coimbra: Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem (AIBILI): 2016.
- JOYCE-MONIZ, Luís. **A modificação do comportamento. Teoria e prática da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais**. Lisboa: Livros Horizonte, 2002.
- LEITE, Joana. **Relatório de Estágio – Psicologia Clínica e da Saúde**. Porto, 2015.
- GUIMARÃES, Maria. **Psiconeuroimunologia da ansiedade**. Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2018.