



# **Relatório de Estágio**

Sara Patrícia Monteiro Soares

**Parte I**

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
da Saúde e Neuropsicologia



**Sara Patrícia Monteiro Soares**

Código de aluno: 19722

### **Relatório de estágio**

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Gandra

Ano letivo 2016/2017

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

**SARA PATRÍCIA MONTEIRO SOARES**, estudante do **MESTRADO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE E NEUROPSICOLOGIA** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste **Relatório de Estágio**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **Agradecimentos**

Este campo é limitado e não é possível agradecer da melhor forma, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia me apoiaram, a finalizar mais uma etapa da minha vida.

Assim, gostaria de agradecer, em primeiro lugar, ao meu orientador do estágio curricular, pelo apoio, compreensão, desafio e confiança.

À minha supervisora obrigada pelas constantes palavras de apoio e pela ajuda nos desafios apresentados durante este percurso.

Um agradecimento eterno aos meus pais por tudo o que sou e o tudo que serei. É graças a vocês que consegui realizar este sonho há tanto desejado e alcançado com o vosso maior sacrifício. Proporcionaram-me a possibilidade de estudar e de me enriquecer a nível intelectual. Mas a minha postura humilde, sincera, lutadora e profissional neste percurso, não aprendi nas teorias e na vida académica, mas sim, no contexto familiar, na educação e valores que sempre me incutiram. Ensinarão-me a nunca me contentar pelo suficiente, mas sim a lutar por aquilo que acredito e amo.

Aos meus amigos por todo o apoio e paciência que tiveram neste percurso, a minha família por acreditarem e o orgulho que têm de mim. “Não se nasce mulher, torna-se mulher” e com vocês pais, amigos e família, atualmente, sou uma mulher realizada, feliz e completa. Um obrigado especial, a Tia Isabel e Tio Carlos; a Carla e Luís; a Margarida e Manel; a Vera e Alexandre; a Joana; a Daniela e ao Pedro.

Um especial obrigado ao meu afilhado pela paciência e mimo. Desde os seus 5 anos e atualmente com 11 anos, sempre aturou a madrinha, “rabugenta, chata, sem paciência” em alturas importantes e de desafios neste percurso académico. A “Mimi” ama-te muito, embora, ainda não percebas o mundo dos adultos. Ao longo destes anos sempre esperaste ansiosamente pelo meu término para ter a “a madrinha de volta” e te dar toda atenção do mundo. Sei que um dia irás perceber e ter um enorme orgulho no meu percurso.

Além de todos vocês este relatório é dedicado em especial ao meu avô Lucas e a minha avó Zeza, os meus anjos da guarda. Não me acompanham presencialmente mas sempre estiveram no meu coração e me deram força de não desistir. Este sonho é nosso (pais e avós) A vossa “rabija e serigaita” terminou!

*“Um dia, quando olhares para trás,  
verás que os dias mais belos  
foram aqueles em que lutaste...”*

*“Freud”*

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	iv
<b>Índice de Figuras</b> .....	viii
<b>Índice de Tabelas</b> .....	viii
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	ix
<b>I. Introdução</b> .....	1
<b>II. O Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria</b> .....	2
<b>III. Atividades Desenvolvidas</b> .....	4
a) Observação de Consultas .....	5
b) Reuniões de Supervisão .....	6
c) Avaliação Psicológica .....	6
d) Consultas de Psicologia Individuais .....	9
e) Descrição de outras atividades no contexto de estágio .....	11
<b>IV. Estudos de Caso</b> .....	14
<b>Caso clínico R</b> .....	14
Identificação .....	14
Motivo e Pedido de Consulta .....	14
Primeiro Contacto .....	15
História de Vida .....	17
Processo de Avaliação Psicológica .....	19
Diagnóstico .....	19
Conceptualização do caso .....	20
Processo de Intervenção Psicológica .....	21
Reflexão pessoal .....	25
<b>Caso Clínico P</b> .....	26
Identificação .....	26
Motivo e Pedido de Consulta .....	26
Primeiro Contacto .....	27
História de vida .....	28
Processo de Avaliação Psicológica .....	30
Diagnóstico .....	32
Conceptualização do caso .....	33

Processo de Intervenção Psicológica .....	34
Reflexão pessoal .....	38
<b>Caso Clínico F</b> .....	39
Identificação .....	39
Motivo e Pedido da Consulta.....	39
Primeiro Contacto.....	40
História de vida.....	40
Processo de avaliação psicológica.....	42
Diagnóstico .....	44
Conceptualização do caso.....	45
Processo de Intervenção Psicológica.....	46
Reflexão pessoal .....	46
<b>Reflexão das atividades desenvolvidas</b> .....	49
<b>Referências bibliográficas</b> .....	49
<b>Anexo A:</b> Cronograma da Atividades Realizadas no Estacio Curricular .....	56
<b>Anexo B:</b> Treino de Respiração Diafragmática – Caso R e Caso P.....	58
<b>Anexo C:</b> Relaxamento muscular progressivo de S. Cormier & B. Cormier – Caso R e Caso P .....	60
<b>Anexo D:</b> Receituário de autoafirmação . Caso R .....	64
<b>Anexo E:</b> Lista dos hábitos alterar e estratégias para aquisição – Caso R.....	66
<b>Anexo F:</b> Folha de Perfil WISC-III – Caso P .....	68
<b>Anexo G:</b> Questionário CDI ( Children's Depression Inventory) – Caso P.....	70
<b>Anexo H:</b> Esclarecimento das afirmações escolhidas no CDI- Caso P .....	74
<b>Anexo I:</b> Folha de Perfil WISC-III – Caso F .....	77
<b>Anexo J:</b> Escala de Conners para pais – Caso F .....	79

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1:</b> Genograma Familiar de R.....	17
<b>Figura 2:</b> Genograma Familiar de P. ....	28
<b>Figura 3:</b> Genograma Familiar de F. ....	40

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1</b> - Casos clínicos acompanhados de forma autónoma .....	9
---	---



## Lista de Abreviaturas

### A

**APA** - American Psychological Association.

### C

**CDI** - Children's Depression Inventory.

**CPSJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

### D

**DSM-V** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

### I

**IMC** - Índice de Massa Corporal.

**IUCS** - Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

### P

**PPAS** - Perturbação da Personalidade Antisocial

**PHDA** - Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção.

**PP** - Perturbação da Personalidade.

### Q

**QI** - Quociente de inteligência.

### S

**SA** - Síndrome de Asperger.

### U

**UAG** - Unidades Autónoma de Gestão.

**UCIP** - Unidade dos Cuidados Intensivos Pediátricos.

### W

**WISC-III** - Escala de Inteligência Wechsler para Criança

## **I. Introdução**

O presente relatório surge no âmbito do Estágio Curricular do segundo ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), irá ser apresentado de forma sucinta e descrita todas as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, assim como as experiências pessoais e profissionais ocorridas durante a atividade curricular. Este decorreu de Outubro de 2016 a Junho de 2017, no total de 724 horas, distribuídas 4 vezes por semana, no Serviço de Psicologia Pediátrica num centro hospitalar. Toda a experiência de estágio foi acompanhada de perto por um orientador do centro hospitalar e sob a supervisão de uma supervisora do IUCS.

O relatório está dividido em duas partes, a primeira parte é constituída pela caracterização do papel do psicólogo pediátrico e a descrição das atividades por mim desenvolvidas durante o estágio, estando estas apresentadas em regime de observação e prática supervisionada.

Posteriormente e considerando o grande foco neste relatório, apresento detalhadamente três casos clínicos, A, P e F por mim acompanhados. Incluindo uma breve reflexão pessoal sob uma visão holística integradora sobre toda a minha experiência, incluindo a evolução enquanto psicóloga e enquanto pessoa.

O Estágio Curricular foi uma etapa importante, tanto a nível profissional e pessoal, uma vez que me proporcionou oportunidades de aprendizagem. Aprofundando os conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica e o desenvolvimento dos mesmos, propiciando desta forma, a aquisição de conhecimentos e atitudes relacionadas com o desempenho de funções na área de Psicologia. O relatório termina com uma reflexão pessoal sobre toda a experiência de estágio, procurando fazer um balanço de todas as atividades desenvolvidas, enquanto estagiária, não deixando de parte eventuais obstáculos e dificuldades sentidas. Em anexo, serão expostos todos os materiais executados no decorrer do estágio curricular.

## **II. O Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria**

A Psicologia da Saúde aplica os conhecimentos e as técnicas psicológicas na saúde, nas doenças e nos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2000). Foca-se na promoção e manutenção da saúde e na prevenção da doença, através da junção das diversas áreas (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia) que contribuem tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças (Simon, 1993). É uma das áreas de aplicação mais dinâmicas da Psicologia, quer na intervenção Clínica, direta em Hospitais, Centros de Saúde e outras estruturas similares, quer na investigação e na intervenção sobre fatores psicológicos relacionados com a promoção e manutenção da saúde, procura contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma humanização dos serviços. Tem vindo assim a alcançar um papel essencial no contexto hospitalar (Teixeira, 2004).

A Psicologia Clínica Integrada na Divisão 12 da American Psychological Association (APA) é caracterizada por unir a ciência teórica e prática, com o intuito de antecipar, compreender, minimizar o desconforto e a incapacidade dos utentes, facilitando assim os processos de adaptação. Em síntese, a definição de Psicologia Clínica da Saúde é definido como a aplicação dos conhecimentos e métodos psicológicos na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo, quer na prevenção, avaliação e tratamento de todas as perturbações físicas e mentais (Pais-Ribeiro e Leal, 1996; Pais-Ribeiro, 2005).

A Psicologia Pediátrica é um dos subdomínios da psicologia da saúde é uma psicologia geral da saúde de um grupo etário, isto é, dedica-se a saúde infantil e adolescente (Viana & Almeida, 1998). A sua origem remonta aos últimos anos do século XIX com o trabalho de Lightner Witmer e, sucessivamente, com outros psicólogos e pediatras que verificaram a importância da ligação entre Psicologia e Medicina em trabalho com crianças (Routh, 1990 cit, in Roberts & Steele, 2009). Esta especialidade surge do reconhecimento da pertinência dos aspetos psicológicos (comportamentais, cognitivos e emocionais) para os problemas da saúde infantil, (Menezes, Moré & Barros, 2008). O termo Psicologia Pediátrica surge oficialmente em 1967, por Logan Wright num artigo da revista *American Psychologist* que pretendia definir o campo das atividades dos psicólogos nos serviços de saúde infantil, definindo

o Psicólogo Pediátrico como aquele que “lida primariamente com as crianças num contexto médico não psiquiátrico”, (Wright,1967,p.323 cit in Barros, 2003) sendo hoje uma especialidade inovadora, criativa e necessária. É importante o psicólogo pediátrico ter uma abordagem de prevenção primária e secundária, que implique avaliar a etiologia de algumas doenças, bem como a interação dos mecanismos fisiológicos e psicológicos e as reações à doença, de forma a prevenir e atenuar as consequências das mesmas (Viana & Almeida, 1998).

Mesibov e Johnson (1982) determinaram 3 focos de prevenção do psicólogo pediátrico: a avaliação e intervenção precoce em populações de alto risco; a educação dos pais através de criação de manuais e guias e o desenvolvimento de competências sociais, visando treinar competências de resolução de problemas e aptidões sociais (Viana & Almeida, 1998).

A abordagem sistémica e a perspetiva cognitiva-comportamental são as mais frequentes e adotadas pelos psicólogos neste serviço.

### **III. Atividades Desenvolvidas**

No primeiro contacto e na primeira reunião que deu início ao estágio curricular com o orientador e local de estágio, ficou acordado o horário, definindo as segundas-feiras das 9h às 13h, quartas-feiras das 10 às 16h, quintas-feiras das 9 às 13h e novamente das 14 até às 16h, e às sextas-feiras das 9 às 13h. No primeiro dia o meu orientador teve para comigo a cortesia de me levar a visitar o centro hospitalar, dando especial ênfase, como seria natural, às unidades ligadas à Pediatria, onde doravante passaria a maior parte do meu estágio.

O estágio iniciou-se a Setembro de 2016, com um período de observação de consultas até Outubro de 2016, mês que comecei a acompanhar de forma autónoma casos individuais designados pelo meu orientador e a estar autónoma na aplicação dos instrumentos de avaliação, embora, tive até Junho de 2017 acompanhar as consultas do meu orientador (tendo sempre uma atitude participativa) e acompanhar os meus casos clínicos. Durante todo o estágio foram apresentados, observados e discutidos, a par com o meu orientador, diferentes casos clínicos, quer na fase inicial como em seguimento.

Neste capítulo irei descrever e aprofundar com mais pormenor as diferentes atividades do estágio curricular, iniciando assim pela observação de consultas, reuniões de supervisão, avaliação psicológica, consultas individuais e descrição de outras atividades no contexto de estágio. Todas as atividades de estágio estão apresentadas de forma cronológica no Cronograma de Estágio Curricular (Anexo A).

Refletindo-se em todas as atividades e situações com que me deparei ao longo do estágio percebi que a ligação entre a teoria e a prática profissional nem sempre é simples e direta, a minha insegurança como psicóloga estagiária surgiu em várias situações. Com esta experiência senti o impacto real da relação terapêutica abordada ao longo do percurso académico, de uma forma global enriqueci não só como futura profissional mas como ser humano.

### **a) Observação de Consultas**

A observação constitui a primeira etapa do estágio, representando um momento crucial para a integração na equipa de trabalho. A observação das consultas teve um cariz avaliativo e/ou interventivo nas consultas externas do Serviço de Pediatria.

De facto, a observação constitui o primeiro momento de contacto com prática e oferece aos estagiários momentos de reflexão que certamente determinam a construção de uma postura enquanto Psicólogo. Esta observação é focalizada sobre o indivíduo e em diversas situações, nomeadamente, na entrevista clínica, na realização de provas e/ou de testes, e pela interpretação dos variados contextos em que o indivíduo se insere (Almeida, 2004).

Os pedidos de encaminhamento dos pacientes à consulta de psicologia são, exclusivamente, internos e na sua maioria de consultas de Desenvolvimento e de Nutrição, sendo as problemáticas mais recorrentes associadas a Dificuldades de Aprendizagem, Problemas Comportamentais, Perturbações de Ansiedade, Perturbações do Comportamento Alimentar e Perturbações do Espectro do Autismo. Conforme cada problemática apresentada elegem-se técnicas específicas de avaliação e intervenção, designadamente, a observação (clínica), a entrevista, e a administração de provas de avaliação psicológica.

Por norma, na primeira consulta é esclarecido o motivo/pedido, complementado pela recolha dos dados anamnésicos, através do próprio e/ou familiares presentes. Geralmente, as crianças são acompanhadas pelos pais. Estes desempenham um papel fundamental na recolha de informação, pois facilitam no esclarecimento da problemática. Nestas consultas, é também utilizada a avaliação psicológica, que após a análise de toda a informação é divulgada hipóteses de diagnóstico que darão seguimento ao caso.

Obtive novos conhecimentos devido aos exemplos, postura, destreza e procedimentos apresentados pelo meu orientador. Possibilitou-me ainda a oportunidade de ter uma observação participativa, treino dos instrumentos de avaliação, cotação e interpretação. Este decurso foi fundamental para consolidar a teoria conhecida, proporcionando ainda o abate de algumas das inseguranças que poderiam, futuramente, influenciar o desempenho das consultas autónomas.

## **b) Reuniões de Supervisão**

As reuniões de supervisão decorreram semanalmente à segunda-feira, nas instalações do IUCS, com a presença da supervisora e de três estagiárias, as reuniões tinham carácter obrigatório.

As reuniões com a supervisora consistiam na monitorização das diversas atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular, com uma atenção focada e pormenorizada nos casos clínicos que nos foram atribuídos e a partilha de experiências nos diferentes locais de estágio. Realizava-se o esclarecimento de dúvidas relativas ao processo de estágio e também pela discussão aprofundada dos casos clínicos.

## **c) Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica define-se como uma atividade científica que se baseia na recolha, inclusão e avaliação dos dados de determinado sujeito, com recurso e integração, sempre que possível, de diferentes fontes (Pais-Ribeiro, 2013).

Os instrumentos utilizados no processo de avaliação psicológica durante todo o estágio funcionaram de forma a avaliar várias áreas do funcionamento intelectual, emocional e comportamental, bem como questões relacionadas com o desenvolvimento, qualidade de vida e integração social.

Antes de realizar a avaliação psicológica deve ser realizada uma entrevista inicial, uma vez que será uma base crucial para os processos de avaliação e posterior intervenção psicológica. A entrevista proporciona um primeiro momento de encontro interpessoal entre o psicólogo e o paciente, sendo por isso, um instrumento fundamental para que, entre outras coisas, se estabeleça uma relação empática e de confiança (Sendin, 2000).

Na avaliação do desenvolvimento intelectual recorreu-se às Matrizes Progressivas de Raven e à Escala de Wechsler: (WISC-III) - Escala de Inteligência para crianças.

As Matrizes Progressivas de Raven é uma matriz de avaliação não-verbal que avalia o raciocínio visual a indivíduos desde os 6,5 anos (versão standard). Consiste em 60 itens agrupados em 5 conjuntos, cada um com 12 itens que contêm um problema

padrão com uma parte removida e 6 a 8 imagens que podem ser aí inserida, contudo apenas uma está correta (Strauss, Sherman & Spreen. 2006).

A WISC III é um instrumento de aplicação individual, com duração de 60 a 90 minutos, destinada a crianças e adolescentes dos 6 até aos 16 anos e 11 meses (Simões et al., 2003). Os resultados do desempenho são expressados em Quociente de inteligência (QI) Verbal, QI Realização e QI da Escala Completa. Composta por duas escalas, uma Verbal e outra de Realização, num total de 13 subtestes, 10 de administração obrigatória: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão, Complemento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, e 3 opcionais Pesquisa de Símbolos, Memória de Dígitos e Labirintos (Wechsler, 2003).

Na avaliação do funcionamento comportamental utilizou-se a Escala de Conners para pais e professores, esta escala avalia problemas de comportamento crianças (6-11 anos), permitindo avaliar separadamente quatro áreas do comportamento da criança: os Problemas de Oposição, os Problemas de Desatenção/Cognitivos, Problemas de Excesso de Atividade Motora, e o Índice de PHDA, características nucleares de diagnóstico (Blanco, 2012). Embora o diagnóstico da PHDA seja difícil de realizar, e não existindo nenhum exame rigoroso que o confirme, os testes psicológicos têm contribuído para a ajuda no diagnóstico, assim como a Escala de Conners.

Na avaliação do desenvolvimento da criança quando comparada ao que seria esperado para a sua idade, utilizou-se a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths e a Escala de Desenvolvimento Psicomotor da Primeira Infância de Brunet-Lèzine- Revista. Existem duas versões da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths: 0-2 anos e 2-8 anos, ambas, avaliam as competências de desenvolvimento ao longo de toda a infância até aos 8 anos, considerando cinco subescalas (0-2 anos) ou seis subescalas (2-8 anos), particularmente: Locomotora, Pessoal-Social, Audição/Linguagem, Coordenação Olho-Mão, Realização e Raciocínio Prático (esta pertencente à versão dos 2-8 anos). A avaliação dos itens é realizada através da observação direta e/ou do relato dos pais sobre o comportamento da criança, nesta observação das diversas áreas do desenvolvimento é possível obter dados que expressam as áreas de desenvolvimento mais ou menos favorecidas e o modo como a criança se situa em relação à média da faixa etária correspondente à sua idade (Borges, Costa, Ferreira, Gil, Carvalhão, Fernandes & Veríssimo, 2012), bem como o quociente



de desenvolvimento (Valente & Seabra, 2011). Os valores inferiores a 85 encontram-se abaixo do nível médio, os valores compreendidos no intervalo de 85-115 encontram-se dentro da média, e os valores acima de 115 encontram-se acima do nível médio.

No que concerne a avaliação emocional o instrumento utilizado foi Inventário de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory – CDI; Kovacs, 1992) – adaptado para a população portuguesa por Dias e Gonçalves (1999). Este instrumento é composto por 27 itens. Esse instrumento é agrupado em 6 escalas: humor disfórico (6 itens), problemas no relacionamento interpessoal (4 itens), Ineficácia (4) itens de anedonia (8 itens) e baixa auto-estima (4 itens). Cada um dos 27 itens é composto por três possíveis respostas fechadas, que de acordo com a gravidade dos sintomas, tem a pontuação - (0) "ausência de sintoma", (1) "sintoma leve" e (2) "sintoma claro". Este instrumento permite avaliar vários itens, através dos sinais de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos (Kovacs, 1992). O resultado final deste instrumento consiste na soma de todos os itens que o indivíduo escolheu e que vai fornecer um resultado score que varia entre 0 e 54 pontos. Deste modo, os resultados obtidos no CDI permitem estabelecer uma definição empírica de sintomatologia depressiva.

Na avaliação da personalidade, utilizou-se o Roberts Apperception Test for Children (RATC) (McArthur & Roberts, 1989 cit in Sousa, 2014) é um teste projetivo que avalia a sua perceção do mundo interpessoal, é destinado a crianças/adolescentes dos 6 aos 15 anos de idade. Recorreu-se a este teste no estágio com o objetivo de avaliar a personalidade. É uma prova constituída por 16 placas a preto e branco (11 cartões para rapazes, 11 cartões para raparigas e 5 cartões comuns) onde são evocados diferentes temas do quotidiano. Em suma, solicita-se à criança para contar uma história, a partir dos cartões, com princípio, meio e fim. A interpretação é baseada na hipótese projetiva, a prova subentende de que, quando apresentadas às crianças imagens ambíguas, elas projetem os seus pensamentos, preocupações, conflitos e estilos de confronto nas histórias que criam (Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).

### d) Consultas de Psicologia Individuais

A presente secção do relatório contempla informação relativa a processos de acompanhamento autónomo seguidos ao longo do estágio. Os objetivos principais do estágio centravam-se essencialmente no acompanhamento autónomo dos pacientes. Ao longo do estágio foram realizadas várias consultas de forma autónoma, cujo objetivo visava a avaliação da problemática e possível existência de sintomatologia, sempre preservando os princípios universais da ética: princípio da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça. Na impossibilidade de aprofundar todos os processos de intervenção no presente relatório, serão apresentados, na tabela 1 que se segue, os casos clínicos que acompanhei e de forma mais detalhada serão apresentados e descritos, no próximo capítulo três casos identificados por abreviaturas garantido confidencialidade e privacidade dos utentes.

**Tabela 1** - Casos clínicos acompanhados de forma autónoma

Acompanhamento Psicológico Individual					
Identificação	Pedido de consulta	Problemática	Avaliação Psicológica	Resultados/ Interpretação	Abordagem Terapêutica
<b>T</b> <b>3A 11M</b> <b>(47 meses)</b> <b>(1 consulta)</b>	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento Pedido de avaliação intelectual.	Problemas de adaptação. Atraso de desenvolvimento psicomotor. Atraso da linguagem. Dificuldades de aprendizagem.	Griffiths	ID=31M 9D QIG= 67 O Desempenho sugere um atraso global de desenvolvimento	Sugestão de apoio em Terapia da Fala e Terapia Ocupacional
<b>J</b> <b>12 A</b> <b>(3 consultas)</b>	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento. Acompanhamento	Terá havido uma situação de interação sexual com uma menina de 4 A.	Teste Roberts	Histórias com o conteúdo manifesto das placas adequadamente estruturadas.	Sugestão de não valorização do assunto.
<b>C</b> <b>8 A</b> <b>(2consultas)</b>	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento Pedido de avaliação intelectual	Dificuldades de aprendizagem. Imaturidade cognitiva Imaturidade psicossocial	WISC-III	QI Verbal = 78; QI Realização = 78. QI Global = 75. Resultado no limite superior do atraso mental ligeiro	Sugerimos ser considerada a possibilidade de apoio pedagógico individualizado

<b>S 8 A (1 consulta)</b>	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento Pedido de avaliação	Dificuldade de dicção de sons e na leitura. Défice no vocabulário, na construção de frases.	WISC-III	Semelhanças: 10 Disposição de Gravuras: 13 Leitura (Manifesta dificuldades na dicção de sons como consoantes fricativas /s/, /x/ e /g/ que corrige quando chamada a atenção (pior no /g/).	Sugerimos mais trabalho em leitura e considerar Terapia da Fala.
<b>D 9 A (7 consultas)</b>	Encaminhado pela pneumologia. Acompanhamento	Tosse nervosa Sensibilidade e reatividade e cisma com todos os problemas	-	-	Treino de técnicas de relaxamento. Jogo do stop para travar os pensamentos (com ajuda da mãe). Sugestão de a mãe dar tarefas.
<b>O 20 A (4 consultas)</b>	Encaminhado pela Consulta de Nutrição.	Ansiedade por antecipação principalmente com a possibilidade de não ingressar no Ensino Superior.	-	-	Registo de crenças pessimistas. Registo e pesquisa de cursos alternativos. Sugestão de foco em atividades atuais.
<b>A 17 A (7 consultas)</b>	Encaminhada pela Consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência.	Lombalgia agravada em períodos de stress.	-	-	Técnicas de Relaxamento. Pedido para consulta da medicina da dor
<b>R 16 A (10 consultas)</b>	Encaminhada pela Consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência.	Dificuldades no controlo emocional, de interação social, de integração no relacionamento Problemas no comportamento adaptativo			Terapia Cognitiva Comportamental Psicoeducação
<b>P 17 A (17 consultas)</b>	Encaminhado pela Consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência.	Dificuldade de relacionamento; Dificuldade de controlo dos impulsos; Emagrecimento repentino	WISC-III CID	QI Verbal = 78 QI Realização = 86 QIG = 78 Resultado no limite inferior- Reflete um défice cognitivo ligeiro	Técnicas de relaxamento; Sugestão de criar rotinas diárias; Role-play; Psicoeducação;
<b>F 11 A (9 consultas)</b>	Encaminhado pela Consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência.	Baixo limiar de frustração, Dificuldade no comportamento de controlo de impulsos e autorregulação	WISC-III Escala de Connors para pais.	QI Verbal = 126 QI Realização = 146 QIG = 146 Resultado a nível muito superior.	Intervenção sistêmica; Abordagem das habilidades de comunicação entre toda a família, Pedi assertividade no comportamento de F.

### **e) Descrição de outras atividades no contexto de estágio**

Para além da concretização das atividades exigidas do estágio, surgiu a possibilidade de participar noutras atividades institucionais que, por sua vez, proporcionaram um maior enriquecimento ao estágio, passo a descrevê-las de seguida:

- **Participação na Consulta de Grupo de Obesidade Infantil**

O grupo existe no serviço desde Janeiro de 2016. A minha participação neste grupo teve início em Outubro de 2016. Pedi para participar e tive conhecimento da existência deste grupo através do orientador que apoia essa consulta. O grupo é também apoiado por profissionais de saúde de Nutrição, Psicologia, mas são as estagiárias de nutrição com a supervisão de uma nutricionista e uma psicóloga, onde posteriormente eu integrei na função de ajudar a organizar as sessões de intervenção. As reuniões eram realizadas 2 vezes por mês, o objetivo dessas reuniões era a construção da próxima sessão, delineando os objetivos gerais e específicos de cada sessão.

O grupo constituído por cerca de 8 crianças de ambos os sexos, com obesidade e que frequentam a Consulta de Externa de Nutrição Pediátrica do centro hospitalar. Além das crianças os pais ou familiares (cuidadores) participam no grupo.

Os critérios de inclusão focam-se em idade superior a 8 anos e inferior a 12; percentil do Índice de Massa Corporal (IMC) superior ou igual a 95; seguidos há pelo menos um ano na Consulta de Nutrição Pediátrica sem melhoria do estado nutricional.

O objetivo geral centra-se em modificar hábitos alimentares e estilos de vida de crianças com obesidade infantil e respetivos pais. Os objetivos específicos do grupo, consiste em diminuir o IMC das crianças com obesidade; em incentivar o consumo de fruta e hortícolas por parte das crianças com obesidade e pais; promover a prática de exercício físico nas crianças com obesidade e pais; aumentar a satisfação corporal e os níveis de autoestima das crianças com obesidade e modificar comportamentos alimentares de crianças com obesidade e pais. No sentido de averiguar a eficácia da consulta de grupo, são aplicados diferentes métodos de avaliação de 6 em 6 meses, desde a avaliação antropométrica; a imagem corporal; qualidade de vida; atividade física aplicados nas crianças e com aplicação nos pais é igualmente aplicado avaliação antropométrica; a atividade física e a qualidade de vida, realizando ainda um questionário de comportamento alimentar dos seus filhos.

A literatura atribui uma elevada eficácia a intervenções de carácter multidisciplinar na obesidade infantil, quando comparadas com outro tipo de intervenções nesta mesma problemática. Adicionalmente intervenções de mudança comportamental ao nível do estilo de vida, envolvendo os familiares diretos da criança parecem proporcionar reduções clinicamente significativas, a curto e longo prazo, no excesso de peso de crianças com obesidade, em comparação com o tratamento padrão ou intervenções de auto-ajuda (Summerbell et al., 2003).

A participação neste grupo foi essencial a nível de conhecimento de como organizar sessões de intervenção, de praticar, aplicar e ter a experiência de trabalhar com uma equipa diversificada.

- **Acompanhamento no Hospital de Dia**

Todas as segundas e quartas-feiras, deslocava-me ao Hospital de Dia para uma visita ao grupo de doentes com doença metabólica, Maroteaux-Lamy ou Mucopolissacaridose VI. Esta doença é uma doença rara, autossómica recessiva, causada pela atividade deficiente da hidrólase lisossómica N-acetilgalactosamina 4-sulfatase.

Os portadores desta doença podem apresentar características como: dolicocefalia, alterações da coluna, alterações cardiovasculares, alterações oculares, rigidez muscular, entre outras (Cardoso-Santos et al., 2008). Semanalmente, fazem o tratamento médico de reposição enzimática, que tem provado melhorias na evolução da doença. O objetivo das visitas consistia em dar apoio aos doentes bem como aos seus familiares, nomeadamente questionar sobre a evolução do seu estado clínico, sobre as atividades de vida diária, atividades curriculares, entre outras.

- **Acompanhamento no Internamento**

O serviço de internamento era visitado sempre que possível. As visitas tinham o objetivo de acompanhar os doentes internados, dos seus familiares e de avaliação intelectual, principalmente as crianças com epilepsia a pedido da neurologia. As minhas visitas/acompanhamentos inicialmente foi apenas observação e visualização do trabalho do orientador em termos de aconselhamento e apoio prestado tanto aos doentes como aos familiares/cuidadores. Posteriormente, as deslocações ao serviço eram realizadas por mim de forma autónoma.

- **Acompanhamento na Unidade dos Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)**

O UCIP era visitado sempre que era solicitado, para acompanhar os utentes e as respetivas famílias. Em especial, não posso deixar de partilhar uma das mais fortes experiências da minha vida, quer como início profissional, quer como pessoal. Tive a oportunidade de acompanhar durante alguns dias o meu orientador no UCIP, no processo de acompanhamento dos pais de um rapaz de 14 anos que se encontrava em coma após ter sofrido um acidente com um colega de mota. No segundo dia, após a entrada do menino no hospital, fomos chamados para acompanhar os pais neste processo doloroso. Inicialmente, estava em coma e enquanto os pais esperavam os resultados dos exames, dois dias após a sua entrada acabou por ser verificada a morte cerebral. Fui convidada pelo meu orientador para o acompanhar na comunicação de más notícias aos pais, mesmo o meu orientador sabendo que eu já tinha passado por uma experiência de vida idêntica e traumática no mesmo serviço e no mesmo hospital. Foi importante ter participado, a nível profissional vivenciei de perto a comunicação de más notícias, experienciei a teoria adquirida em anos anteriores onde senti a importância de saber comunicar as más notícias. Sem dúvida é uma das mais difíceis e importantes tarefas com que se deparam as equipas de saúde e principalmente os médicos. A nível pessoal, fiquei devastada por ter que recordar certas memórias pessoais e dolorosas. Sendo profissional, no momento de expressar o ponto de situação da criança aos pais, deixou-me segura e com certeza das minhas incertezas como profissional de saber se seria capaz de enfrentar futuras situações.

## **IV. Estudos de Caso**

O presente capítulo descreve três casos clínicos por mim acompanhados ao longo da experiência de estágio curricular, o caso A, caso P e caso F. A apresentação de cada caso clínico segue os seguintes sub-tópicos: Identificação, Pedido e Motivo de Consulta, Primeiro Contacto, História de Vida, Processo de Avaliação Psicológica, Análise Compreensiva do Caso, Processo de Intervenção Psicológica e Reflexão Pessoal.

Estes pontos irão permitir uma melhor compreensão da problemática apresentada por cada paciente, exploração de vários aspetos da vida do mesmo e ainda uma compreensão profunda da melhor abordagem possível direcionada ao problema e ao indivíduo.

Todos os casos serão denominados por iniciais fictícias de modo a salvaguardar o direito à reserva de confidencialidade e a privacidade dos pacientes.

### **Caso clínico R**

#### **Identificação**

A R é uma menina de 16 anos a frequentar o 10º ano do curso profissional de turismo. Vive com a avó materna e a mãe, não tem contacto com o pai desde os 4 anos de idade. A menina nasceu de uma relação extra-conjugal, sendo que o pai tem outra família.

A mãe de R tem 44 anos é solteira, concluiu o 9º ano de escolaridade e encontra-se desempregada. A avó de 74 anos é viúva, reformada e completou o 4º ano de escolaridade.

O pai de R tem 48 anos, está desempregado e tem apenas o 4º ano de escolaridade. Tem dois filhos do seu casamento com 20 e 22 anos.

#### **Motivo e Pedido de Consulta**

R foi encaminhada para Psicologia a pedido da médica pedopsiquiatra. Era seguida pelo orientador na consulta de modo irregular desde 2011, altura em que tinha 10 anos de idade.

Sempre apresentou dificuldades de aprendizagem na escola, de controlo emocional, de interação social, de integração no relacionamento com os pares e problemas no comportamento adaptativo. Apesar de vários anos de acompanhamento, continuava com muitas dificuldades relacionais, muito isolada e inibida. Os elementos da informação anteriores reportavam a possibilidade de a menina ter Síndrome de Asperger (SA).

## **Primeiro Contacto**

A primeira consulta decorreu na sequência de um pedido do orientador.

Por isso, questionei a menina no início da consulta sobre se se importaria de ser atendida por mim, ao que não demonstrou qualquer oposição.

R entrou no consultório de cabeça baixa, evitando o contato ocular. Veio acompanhada pela mãe, mostrando-se tímida. Adolescente, com estatura e aparência correspondentes à sua idade, muito magra e pouco asseada.

Durante a primeira consulta, quando acompanhada pela mãe, só falava em resposta às minhas perguntas, sendo que a progenitora preenchia o tempo da consulta de forma mais interventiva. A mãe, senhora com aparência mais velha do que a idade cronológica, pouco cuidada, mostrou-se um pouco desconfiada no início, mas após alguns minutos parecia muito mais descontraída; contudo, o discurso era lentificado parecendo acompanhado por lentificação de raciocínio, apatia e tendência notória à repetição, sinais que parecem consistentes com o relato que fez de ter uma depressão crónica. A aparência e o discurso das duas sugeriam que existia uma estrutura familiar desfavorecida sob os pontos de vista intelectual e sócio-económico.

A mãe pediu a reativação do processo de apoio psicológico, apresentando queixas do comportamento da menina, que manifestava agressividade em casa principalmente com a avó, não acatando as regras em casa, dificuldades em aderir à alimentação que consideravam aconselhável (não comendo nem carne nem peixe, por exemplo), falta de higiene, falta de horários para dormir, tendência ao isolamento (no seu mundo com o telemóvel ou a ver televisão, não estabelecendo relações de amizade).

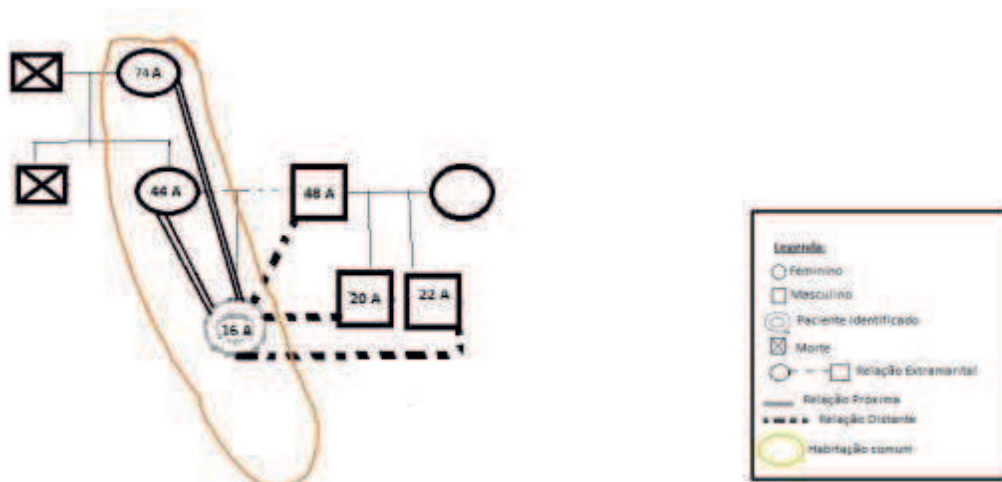


Estas foram as queixas da mãe na consulta, dando mais ênfase ao facto de R ser agressiva com a avó (“berra muito com a avó”), afirmando que, se não mudar de comportamento, terá de encontrar uma solução que passe ou pela institucionalização da menina ou pela saída de casa da avó (“a avó diz que sai porque não a aguenta!”). Ao ouvir a mãe, a menina irrompeu num choro convulsivo, parecendo muito angustiada.

A sós com a paciente, aguardei que se acalmasse, deixando-a á vontade para se exprimir, encorajando a expressão de emoções e facilitando a comunicação. Desabafou de imediato, pedindo ajuda por sentir grandes dificuldades em controlar os impulsos na presença da avó. Referiu que queria apenas ser uma pessoa como outra qualquer “só queria ser normal”. Acalmei-a dizendo que o facto de estar a pedir ajuda era um passo fundamental para a mudança. A menina esboçou um sorriso ainda com lágrimas nos olhos e disse “eu quero ajuda porque não quero ficar sem a minha avó nem ir para uma instituição, mas acho que não consigo”. Procurei motivá-la, dizendo que iria ajudá-la a conseguir. Despedi-me, marcando a próxima consulta. No final, R deu-me um abraço, agradecendo.

O primeiro contacto foi surpreendente, porque a adolescente conseguiu pedir ajuda e despediu-se com um abraço. Criou-se de imediato uma ligação e uma relação de empatia, constituindo um elemento inesperado uma vez que vinha sinalizada pela pedopsiquiatra e pelo psicólogo como sendo muito inibida e pouco sociável.

## História de Vida



**Figura 1:** Genograma Familiar de R

A gravidez de R não foi planeada, o pai era casado e com outra família, já com dois filhos. Os pais mantiveram uma relação extraconjugal que terminou quando a mãe engravidou.

A gravidez decorreu de forma tranquila. A mãe residia com a sua mãe e irmão, que foram apoios importantes em toda a gravidez e na educação, sendo que o pai nunca demonstrou qualquer interesse pela filha.

R nasceu com 42 semanas de gestação, em parto eutócito, sem nenhuma complicação, com uma boa recuperação pós-parto. A mãe amamentou a filha apenas durante o primeiro mês de vida, após o que foi alimentada com suplemento e com leite em pó. Segundo a mãe, a criança reagiu bem à mudança, mantendo bons hábitos de sono.

Da história de doenças a mãe refere que a bebé foi submetida a duas cirurgias, aos 3 e aos 6 meses para corrigir um ligeiro desvio do pé. Teve ainda uma gastroenterite grave aos 6 anos.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor, teve um desenvolvimento dentro de parâmetros normais; por volta dos 12 meses disse as primeiras palavras, iniciou a marcha aos 14 meses e adquiriu controlo dos esfíncteres (anal e vesical) por volta dos 30 meses.

A mãe referiu que apresentava dificuldades na dicção das palavras, tendo frequentado a Terapia da Fala dos 3 aos 6 anos. Refere que nunca teve problemas na

alimentação até aos 6 anos. O sono era muito agitado apresentando terrores noturnos “mexia muito a dormir e acordava muitas vezes a chorar e a gritar”. Quanto as atividades lúdicas, referiu que não era criança de brincar com outros meninos nem com os adultos em casa, preferindo estar sozinha a brincar; o barulho perturbava-a irrompendo facilmente em choro em ambientes com ruído.

Esteve ao cuidado da mãe e da avó materna até aos 3 anos, idade em que ingressou no infantário, manifestando uma boa adaptação ao ambiente escolar, apesar de alguma inibição social e timidez. Manteve sempre uma boa relação e atitude perante os educadores e os colegas. Desde cedo demonstrou ter algumas dificuldades na aprendizagem, pelo que foi pedido apoio no Ensino Especial.

Aos 6 anos, iniciou a sua aprendizagem escolar, bem integrada com uma boa relação com os pares, mas sempre um pouco isolada e inibida. O tio, que desempenhava o papel de figura parental uma vez que não tinha ligação com o pai, faleceu quando ela tinha 8 anos “Lembro-me do meu tio e sinto saudades dele, já do meu pai sei que existe e que tenho dois irmãos mas vi-os apenas três vezes na vida, e não me fazem falta”. Terminou o ensino básico com 10 anos, tendo sempre transitado com apoio.

Atualmente frequenta o 10º ano e irá transitar para o 11º ano num curso profissional de Turismo. Pelas dificuldades que apresentava e que requereram ensino especial, foi-lhe sugerida a escolha de um curso profissional. Gosta do curso que esta a frequentar. É uma boa aluna, empenhada e responsável, embora com algumas dificuldades.

Em relação aos traços de personalidade, a mãe diz que atualmente é mais afetuosa e confiante, mas também irritável e agressiva. Foi sempre generosa, tímida, introvertida, um pouco distante, fácil de amedrontar, desconfiada e pouco espontânea a interagir. Referiu que apresentava comportamentos desajustados, gritando muito e sendo explosiva a conversar, principalmente quando não está a ser compreendida.

Em Maio de 2017, por sua iniciativa, conseguiu vencer um concurso de televisão que se destinava a jovens e que permitiu uma visita aos estúdios da ficção de uma telenovela. Concorreu entre muitas candidaturas, sendo selecionada pelo texto que redigiu de forma expressiva, apresentava os motivos por qual gostaria de vencer o concurso, conseguindo uma participação como figurante num dos episódios da telenovela.

## **Processo de Avaliação Psicológica**

O processo de avaliação e acompanhamento psicológico iniciou-se em Outubro de 2016 a Setembro de 2017 com dez sessões.

Nas dez consultas não se utilizou nenhum instrumento avaliativo, a menina já tinha sido avaliada pelo orientador com a aplicação da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III), obteve resultados que se situavam dentro dos limites da média (média baixa), não necessitando de nova avaliação. Porém, é importante realçar que os testes psicológicos são apenas ferramentas, meios auxiliares de diagnóstico, porque cada pessoa é única e existem uma multiplicidade de fatores que interferem na vida pessoal que não são quantificáveis, nomeadamente a nível afetivo e relacional.

Ao recolher a história detalhadamente e ao perceber qual a problemática, tinha os dados suficientes para intervir em cada problema identificado, foi organizado e apresentado estratégias de intervenção para que com a colaboração da R pudesse garantir o sucesso do processo terapêutico.

## **Diagnóstico**

Após os dados recolhidos através da observação clínica e anamnese podemos confirmar o diagnóstico de Síndrome de Asperger, preenchendo os critérios do espectro de autismo de acordo com o DSM-V (APA, 2013). As manifestações desta perturbação variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica por isso o uso do termo espectro.

A perturbação do espectro autista engloba a SA, especificamente R preenche o critério A, critério B, critério C e critério D. No Critério A, a menina apresenta deficits persistentes na comunicação e na interação social em vários contextos, tais como: deficits na reciprocidade socioemocional; dificuldade para estabelecer uma conversa normal; compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto e dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais; dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a diversos contextos sociais; dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos e por último a ausência de interesse por pares. No

critério B, preenche os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, no sentido em que tem uma adesão inflexível a rotinas e uma hiperreatividade a estímulos sensoriais. Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D) (APA, 2013).

No que concerne às dificuldades escolares da paciente estas poderão estar relacionadas com a existência de problemas motivacionais e emocionais para a realização das tarefas, poderão também ser corroboradas com os resultados da WISC-III, em que o resultado apresenta um nível inferior à média.

### **Conceptualização do caso**

Historicamente a definição e a classificação da Síndrome de Asperger (SA) têm uma grande relação com o autismo, sendo necessário conhecimento prévio acerca do mesmo para uma compreensão completa.

A perturbação do espectro do autismo engloba a SA que é uma perturbação neurocomportamental de base genética que pode ser definida como uma perturbação do desenvolvimento que se manifesta por alterações sobretudo na interação social, na comunicação e no comportamento. Embora, seja uma disfunção com origem no funcionamento cerebral não existe marcador biológico, pelo que o diagnóstico é baseado num conjunto de critérios comportamentais (APSA, 2012). Assim sendo, avaliação de R, foi analisada a sua anamnese e a sua problemática, foi possível confirmar o diagnóstico já anteriormente assinalado pelos critérios do DSM-V.

Os sintomas ficaram visíveis precocemente no período do desenvolvimento da paciente, ainda antes da entrada no infantário, já demonstrava certos sintomas, tais como a hiperreatividade ao som, quando se encontrava em locais com algum ruído, fraca interação em tempos lúdicos, apresentando uma tendência ao isolamento.

As habilidades lúdicas, além da exploração sensorial dos brinquedos, podem estar completamente ausentes. Esses défices são extremamente característicos e não se devem somente ao atraso do desenvolvimento (Klin, Jones, Schultz & Volkmar, 2003; Schultz, 2005).

Contudo os sintomas ficaram mais visíveis no infântario e no ensino primário, onde começou cedo a revelar inibição social, dificuldade de interação e de integração no grupo de pares e alguns problemas de comportamentos adaptativos.

A paciente sempre teve distúrbios de sono e episódios de terrores noturnos. Na alimentação aos seis anos, começou a ser seletiva, rejeitando carne e peixe e reduzindo-se a ingestão de salsichas, massa, arroz e filetes. A menina explica que não gosta da textura da carne nem do sabor e tem um comportamento de recusa a novos alimentos.

É frequente em crianças com SA ocorrerem distúrbios do sono e alimentares que podem ser muito esgotantes na vida familiar. Estes indivíduos podem apresentar padrões erráticos de sono com acordares frequentes à noite por longos períodos. Nos distúrbios alimentares podem envolver aversão a certos alimentos, devido à textura, cor ou odor, ou insistência em comer somente uma pequena seleção de alimentos e recusa de provar alimentos novos (Pennington & Ozonoff, 1996).

A adolescente demonstra interesse social de interagir, embora tenha noção da sua incapacidade, por vezes sente-se diferente das outras pessoas, quer pela sua atitude de não se controlar quando se sente ansiosa ou agressiva, ou na incapacidade de expressar os seus sentimentos às pessoas que gosta e da sua dificuldade de fazer amigos, acabando por aceitar a sua condição e se sentir bem no seu isolamento.

Como é típico em adolescentes que gostam de estabelecer amizades quando não conseguem sentem-se com sintomas depressivos e ansiosos. Podem aparecer em adolescentes com grau mais elevado de funcionamento, sendo conscientes de sua incapacidade de estabelecer amizades, apesar de assim o desejarem, e que começam a sofrer do efeito cumulativo de anos de contato frustrado com os demais (Fombonne & Tidmarsh, 2003).

Segundo Klin (2006), as pessoas com SA encontram-se geralmente isoladas, mas isso não se deve a um alto grau de inibição na presença de outras pessoas. Essa característica é comprovada pela abordagem do outro, marcada pela presença de gestos comunicativos anormais, de forma excêntrica e, muitas vezes, inadequada.

## **Processo de Intervenção Psicológica**

Devido ao difícil agendamento das consultas no hospital e também à indisponibilidade da mãe, as sessões foram marcadas mensalmente.

De um modo geral, o processo interventivo centralizou-se em estabelecer, desenvolver e manter uma relação terapêutica colaborativa de qualidade, pois só assim a paciente se sentiria segura e compreendida, de forma a cooperar.

Cada pessoa com SA apresenta características e dificuldades específicas. Portanto, as intervenções devem ser aplicadas na medida em que o profissional conheça a sua história, suas vivências e seus interesses (Tamanaha, Perissinoto & Chiari, 2008, p. 169).

Na primeira sessão, abordei a história de vida dando uma ênfase especial nos motivos e a formulação do pedido do processo do apoio psicológico. Procurei promover uma relação empática e de confiança que permitisse a aderência da menina aos objetivos terapêuticos definidos. Sendo visível nesta consulta sinais de angústia e agitação da menina em torno da conflitualidade gerada em casa e o medo de ser separada dos familiares, pareceu-me importante sugerir o uso de técnicas de respiração diafragmática como meio de auto controle de ansiedade e da impulsividade (Anexo B).

Na segunda sessão, terminei a recolha dos dados anamnésicos, para promover uma intervenção psicológica, orientada para as características idiossincráticas da menina. Recolhi as impressões sobre a aplicação da respiração diafragmática no dia-a-dia, tendo a menina referido ter diminuído a reação explosiva que era habitual nas interações. Desta forma considerei produtivo ensinar o treino de Relaxamento Muscular Progressivo na versão de S. Cormier & B. Cormier (Anexo C). Foi praticada a técnica na consulta, pedindo para que se deitasse confortavelmente na marquesa e que seguisse todas as instruções sem nunca esquecer a respiração. Após terminar o exercício, perguntei-lhe se de facto sentiu a diferença que existe entre a tensão e o relaxamento. Assim, foi sugerido que repetisse os exercícios todos os dias à noite, e/ou sempre que se sentisse mais nervosa.

Na terceira sessão, sensibilizei a paciente para o facto de ser importante a nomeação de uma colega mediadora social e a escolha de uma atividade extracurricular que envolvesse interação social, tendo escolhido o curso de teatro. Expliquei a mãe a importância do teatro como treino a nível do funcionamento social e de expressão emocional. O teatro e a atividade dramática é um meio por excelência de desenvolvimento pessoal e social. A mãe acedeu em consulta inscreve-la no grupo de teatro. Antes de terminar a sessão a sós com a paciente forneci e explorei com ela um “receituário de autoafirmação” elaborado por Willey (1994), que visa a

consciencialização de ideias fundamentais para promover o equilíbrio e a felicidade dos portadores de SA (Anexo D).

Na quarta sessão, já tinha iniciado o grupo de teatro, bem integrada, com duas amigas mediadoras com quem interagiu sobretudo através do telemóvel. Reforcei o progresso feito mas sugeri um aprofundamento que implicasse um contacto predominantemente presencial. Nesta consulta a menina apresentou um brilho no olhar, uma expressão sorridente e atitude viva e sociável em toda a consulta.

Na quinta sessão, iniciei com a mãe uma intervenção de psicoeducação, ajudando-a a compreender as dificuldades do comportamento da menina e a saber como reagir. Esta sessão foi especialmente benéfica para o progresso da paciente, uma vez que para o sucesso da intervenção na idade pediátrica é importante os cuidadores participarem. Ainda que R seja adolescente devido as suas características é fundamental que os cuidadores, neste caso a mãe e avó estivessem plenamente conscientes e que entendessem os pontos fortes e défices da menina. Permitindo assim que a mãe e a avó fossem capazes de incorporar os aspetos das opções de tratamento bem-sucedidos, como o treinamento das habilidades sociais na vida familiar.

Na sexta sessão criei junto com a paciente uma lista de vários conjuntos de medidas com o objetivo de modificar o comportamento. Essa lista foi criada em conjunto, analisamos e apontamos as queixas da mãe e organizamos as queixas por áreas (área de sono; alimentação e higiene) sendo as sub áreas centradas nas alterações que a paciente teria de executar. A menina participou na criação da lista, a sua participação possibilitou a compreensão de uma forma motivacional e consciencializada dos motivos da mudança. Optei por uma lista simples e objetiva com o grau mais difícil para o mais fácil, explicando cada tópico o que deveria fazer e sugerindo estratégias para conseguir.

Iniciei com as estratégias relativas ao sono, explicando que potencialmente seria a área mais difícil para conseguir a curto prazo, pois já estaria com hábitos de sono desregulados. Sugerindo assim que dormisse 8 horas (mostrando a tabela de horas de sono correspondente a idade); e ver televisão até as 23 horas.

Na área da alimentação, mostrei empatia que por vezes é difícil ir para a mesa quando está a dar nosso programa preferido, mas que 30 minutos no máximo teria de fazer a refeição completa na mesa junto da família, explicando que é benéfico na hora da refeição não assistir a televisão, pois não se está com a devida atenção a comer e a



ingerir os alimentos; sugeri ainda comer o que tivesse no prato (avó é quem lhe prepara o prato), quando não gostasse da comida deveria comer metade e então a sopa no final e não sempre a sopa como forma de refeição.

Sugeri ainda que começasse gradualmente a comer pequenas porções de carne ou peixe para promover habituação ao gosto, incutindo que cada aumento por pequeno que fosse seria um progresso. Expliquei que alimentação é essencial ser diversificada para que nos mantenhamos saudáveis e com um peso adequado, mencionei ainda as doenças que podem estar aplicadas se não se alimentar de uma forma diversificada, falando das vitaminas e proteínas essenciais.

Por último, achei relevante criar uma forma divertida se relacionar com a cozinha, sugerindo que participasse na confeção das refeições em colaboração com a avó, pesquisando receitas e pondo-as em prática. Pedi que fotografasse os pratos cozinhados e nas próximas consultas me mostrasse e explicasse essa experiência.

No domínio da higiene, realcei a importância de se cuidar e manter limpa. Procurei utilizar a psicoeducação para ensinar a menina a lavar o corpo e o cabelo (tem o cabelo descuidado assim como a higiene), explicando a importância de secar o cabelo com o secador e não dormir com ele enrolado na toalha; com esse objetivo, fiz recurso a imagens do Google que evidenciavam a forma como ficam os cabelos mal tratados explicando que a secagem é importante para não enfraquecer a raiz. A menina explicou que se esquecia de fazer estas manobras, pelo que sugeri a estratégia de antes de sair da casa de banho, secar o cabelo e vestir o pijama, só depois saindo para ver a televisão antes de dormir. Para garantir o sucesso desta intervenção, pedi colaboração à mãe, explicando-lhe as estratégias em implementação e pedindo que explicasse à avó, de forma a que ambas atuassem em consonância, reforçando a menina por cada sucesso, e incentivando-a a prosseguir os seus esforços.

Da sétima à nona sessão, centrei as sessões na insistência e reforço motivacional no cumprimento das medidas, fazendo sempre uma análise dos progressos já alcançados, fornecendo ainda o meu e-mail para se sentir acompanhada, pois a intervenção requeria um acompanhamento presencial mais regular. Na oitava sessão, reforcei as ideias anteriores e preparei a menina para continuar o processo terapêutico de ora em diante com acompanhamento do psicólogo do serviço.

A décima e última sessão foram dedicadas a uma análise do processo terapêutico, com o objetivo de compreender e reconhecer os ganhos e progressos graduais de R. Foi explicado à menina e à mãe que, dada a problemática e idiosincrasias da criança, era necessário e benéfico a continuação do acompanhamento psicológico e que esse processo de acompanhamento iria ser realizado com o orientador.

## **Reflexão pessoal**

A menina veio sempre acompanhada pela mãe. Tanto mãe como avó apresentam um nível de funcionamento intelectual baixo parecendo vir de um meio pouco estimulante do ponto de vista cultural e socioeconômico; contudo, demonstram querer ajudar e colaboraram ativamente em todas as intervenções propostas.

No fim da primeira consulta a paciente emocionou-se com os olhos em lágrimas e de sorriso tímido quando lhe disse que a esperava até a próxima consulta para juntas conseguir ajuda-la. No fim, a paciente sentiu necessidade de um abraço, partindo desta quando a acompanhava a porta para me despedir. Interpretei esse abraço como um pedido de ajuda, permanecendo nos meus braços uns longos segundos. A atitude da paciente indicou uma ligação de empatia.

O feedback do orientador foi muito positivo em relação aos progressos demonstrados pela menina na aderência aos objetivos terapêuticos, no estabelecimento de uma relação de confiança e no empenho dado às estratégias propostas, manifestando uma clara diferença relativamente aos anos de acompanhamento já feito. As intervenções focaram-se no desenvolvimento de competências sociais e de aptidões de auto-controle da impulsividade, fazendo recurso a técnicas de relaxamento para reduzir os comportamentos explosivos e impulsivos. Utilizei a terapia comportamental, com o objetivo de ajudar R a extinguir uma grande variedade de comportamentos desajustados, indesejáveis, substituindo-os por comportamentos adaptados que permitissem à menina atingir e a manter objetivos preestabelecidos. Procurei intervir através de psicoeducação também na família, fornecendo algumas estratégias à mãe para saber lidar com o comportamento de R.

Dos três casos apresentados, considero que este foi muito especial, por ser o de uma menina com características de SA oriunda de uma família sem recursos. Senti a

importância de estabelecer uma relação clínica empática para mobilizar a ajuda e a aderência aos objetivos e estratégias terapêuticas, quer de forma direta com o doente quer com os seus familiares. Senti que a menina pela confiança que em mim depositou, me escolheu para a ajudar. Um dos aspetos facilitadores nesta intervenção, que porventura explicam o sucesso recolhido, foi o de eu ter permitido um contacto e monitorização mais próxima por e-mail, que nos longos intervalos entre consultas possíveis pela vida profissional e capacidade económica da mãe, avivou os objetivos da consulta, fornecendo uma ponte para esclarecer dúvidas ou ajudar em dificuldades, esclarecendo e reforçando o trabalho feito. Em suma, penso que em larga medida o sucesso se deveu à confiança depositada e empatia.

## **Caso Clínico P**

### **Identificação**

O P é um menino de 17 anos a frequentar o 8º ano de escolaridade pela terceira vez, filho de pais divorciados vive com o pai e os avós paternos. O pai tem 47 anos, concluiu o 8º ano de escolaridade e é ourives. A avó paterna de 74 anos tem o 4º ano de escolaridade e é reformada. O avô paterno de 77 anos, tem também o 4º ano de escolaridade e é reformado. A mãe de 51 anos conclui o 9º ano e encontra-se desempregada. O paciente tem um irmão de 21 anos, com o 12º ano de escolaridade, a frequentar a Universidade de Desporto, esse vive com a mãe e com a sua namorada.

### **Motivo e Pedido de Consulta**

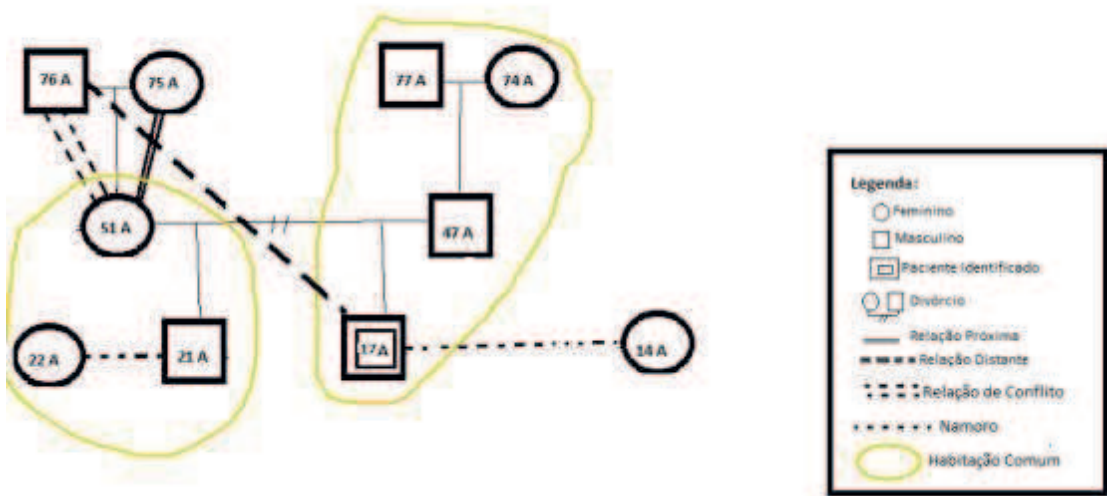
O P foi encaminhado para a consulta de Psicologia a pedido da médica pedopsiquiatra. É seguida pelo orientador na consulta de modo irregular (por este não querer comparecer as consultas) desde 2013, com 13 anos de idade. O motivo do pedido da consulta deveu-se a dificuldade do paciente se relacionar com os familiares e amigos; pela dificuldade de controlo dos impulsos (principalmente em situações de pressão); pelo emagrecimento repentino (recusa da alimentação), e por estar sinalizado pela CPSJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) devido a sua situação escolar (faltas escolares).

## **Primeiro Contacto**

O primeiro contacto com o paciente ocorreu no início de Outubro, numa consulta de observação junto com o orientador. O adolescente evitava as consultas por não gostar, compareceu a consulta com o pai por ter outras consultas marcadas. Na consulta de observação, apercebi-me que o paciente estaria contrariado e não colaborante com o orientador. A pedido da Pedopsiquiatria uma avaliação formal, o orientador agendou nova consulta. Realizei a avaliação a pedido do orientador (tentativa do paciente ser mais colaborante).

Já tínhamos sido apresentados na anterior consulta. O paciente veio a consulta com a mãe. Apresentou-se com aspeto físico muito magro e cor pálida devido a fraca alimentação. Contudo, com imagem correspondente a idade e uma imagem cuidada. Inicialmente ouvi as queixas da mãe. Mãe muito preocupada e muito queixosa, com um discurso muito rápido (parecendo ser muito ansiosa), com uma aparência correspondente á idade e com uma imagem cuidada. Antes de prosseguir a avaliação expliquei ao paciente que as consultas de Psicologia poderiam ser uma ajuda e não um incómodo na sua vida. Realcei a confidencialidade que existe nas consultas e a importância do P ter uma postura colaborativa na avaliação. O paciente sentiu-se mais relaxado e não tão tenso, começando a mostrar um pouco de empatia e interesse na consulta. No fim da consulta perguntei se poderia remarcar a consulta para terminar avaliação numa data próxima. Admiravelmente com um sorriso tímido concordou “com a doutora pode ser, pode marcar quando lhe der mais jeito”, deduzi que a ponte de ligação terapêutica estaria a ser formada.

## História de vida



**Figura 2:** Genograma Familiar de P.

A gravidez de P não foi planeada mas foi desejada quando os pais souberam. Já tinham um filho de 5 anos. Gravidez tranquila decorreu sem complicações.

O menino nasceu com 39 semanas em parto eutócico.

Da história de doenças a mãe refere que o bebé nunca teve nenhuma complicação de saúde, exto a hospitalização aos 6 anos de idade, devido a primeira e única crise forte de epilepsia. Fez tratamento com medicação durante 9 anos, inicialmente dos 6 anos aos 13 anos fez medicação de Ácido Valproico para o tratamento da epilepsia.

Os pais queixam-se dos efeitos da medicação, referem que P desde o tratamento ficou com os sintomas secundários de irritabilidade, fadiga, apatia e ataxia. Aos 12 anos foi diagnosticado com depressão, sendo medicado com Sertalina num período de 4 anos (dos 12 aos 16 anos) e Victan em SOS em situações de maior ansiedade.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor teve um desenvolvimento normativo, por volta dos 14 meses disse as primeiras palavras, iniciou a marcha aos 14 meses, e adquiriu controlo dos esfínteres (anal e vesical) por volta dos 24 meses.

A mãe refere que o filho nunca teve problemas na alimentação expeto a partir dos 8 anos. O paciente sofria de obesidade. Realçando que o aumento de peso deveu-se a mais um dos efeitos secundários da medicação para o tratamento da epilepsia. O menino foi acompanhado por consulta de Nutrição até aos 13 anos devido a obesidade acabando por ter alta aos 15 anos. No entanto dos 15 anos aos 16 anos teve uma

diminuição de apetite recusando-se alimentar, baixando drasticamente o peso, sendo posteriormente acompanhado pela Gastroenterologia.

Em relação ao sono até aos 6 anos de idade sempre teve um sono tranquilo, após a crise de epilepsia, o menino tem um sono muito agitado (tremores noturnos), atualmente com baixa frequência.

A mãe diz que P brincava muito especialmente até 10 anos. Começou a isolar-se após o divórcio dos pais “depois de me divorciar o meu filho deixou de querer os meus mimos e do pai”. O P esteve ao cuidado da mãe até aos 6 anos de idade, não frequentou infantário por opção da mãe, no entanto, o menino cresceu com outras crianças, o irmão, os primos e os vizinhos da mesma idade demonstrando uma boa interação social com os pares.

Deu entrada no ensino primário aos 6 anos e terminou aos 10 anos sem reprovações. Menino bem integrado e com boa relação entre os pares e professores, teve uma boa adaptação. Aos 10 anos transitou para o ensino básico, de uma forma gradual começou a ter dificuldades, quer a nível de aprendizagem e de comportamento. Ficou retido a primeira vez no 7º ano com 12 anos, (sofreu de bullying no segundo e no terceiro período por um colega de turma). Repetiu o 7º ano noutra escola perto da residência do pai com boa adaptação. O menino transitou para o 8º ano aos 13 anos de idade, ficando retido duas vezes no 8º ano. Transitou aos 17 anos para o 9º ano. O menino foi assinalado pela CPSJ em 2016 por faltas consecutivas a escola.

Quanto ao contexto familiar, o menino enfrentou o divórcio dos pais aos 10 anos de idade, confessa em consulta “sempre que me lembro os meus pais sempre discutiram muito estavam juntos apenas por dividir a mesma casa”, confessa ainda “embora discutissem gostava deles juntos, porque tinha a minha família junto de mim”, O divórcio dos pais concretizou-se após o incêndio da casa. O menino presenciou o incêndio “foi bastante doloroso ver a minha casa arder”, acrescenta ainda “aos 10 anos perdi os meus pais como um casal e perdi a minha casa onde tinha tudo, a partir daí a minha vida mudou radicalmente”. O P e o irmão foram viver com a mãe para casa dos avós maternos. O pai do menino foi viver para casa dos pais.

O P viveu em casa dos avós maternos até aos 12 anos, não gostou de viver em casa dos avós, devido a conflitos do avô com a mãe “o meu avô nunca quis ter a minha mãe e os netos lá em casa, berrava-nos muito. Só ficamos a viver esse tempo porque não tínhamos para onde ir, a minha mãe não ganhava dinheiro para alugar uma casa e a

minha avó opunha-se ao meu avô e fomos ficando em casa deles”. O P não gosta do avô “não gosto dele, meu avô era tão mau que nos expulsou”.

Após serem expulsos, o menino e o irmão foram viver com o pai para casa dos avós paternos durante 3 meses até a mãe conseguir uma casa com condições para os filhos. Posteriormente regressou para casa da mãe, onde permaneceu até aos 15 anos. P regressou para a casa dos avós paternos, decidindo viver com o pai “o meu pai tem melhores condições e outro conforto que a minha mãe não tem porque não tem possibilidades”. Separando-se assim do irmão e da mãe, tendo contacto com ambos por telefone e aos fins-de-semana visita a mãe, onde vive o irmão e a respetiva namorada.

Tem uma boa relação com o irmão e a namorada, já com a mãe a sua relação por vezes é conflituosa. A mãe de P é muito controladora e protetora, acabando por sufocar o filho. Quanto a relação de amizade, o paciente depois de ter sido vítima de bullying, começou a manifestar dificuldade em expressar os sentimentos, a manifestar isolamento, rejeitando as saídas com amigos e a não confiar nas pessoas.

## **Processo de Avaliação Psicológica**

Ao longo da primeira e segunda sessão realizou-se a avaliação psicológica formal do paciente de forma a responder ao pedido da médica pedopsiquiatra. Aplicou-se a WISC-III - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças, com o objetivo de esclarecer se as reprovações seriam consequência de défice cognitivo. Foi dada ainda prioridade de estabelecer uma relação terapêutica, assim a terceira e quarta sessão focaram-se no esclarecimento do pedido e motivo da consulta, juntamente com a recolha dos dados anamnésicos, história de vida e a história do problema atual.

Depois da análise dos resultados obtidos, na terceira sessão foram divulgados a mãe do paciente e ao próprio os resultados (Anexo F). Verifica-se que P apresenta um Quociente de Inteligência Global (QIG) = 78, situado a um nível inferior, com resultados inferiores nas provas ligadas à inteligência verbal (QI Verbal = 78), comparativamente às provas ligadas à inteligência de conteúdos mais práticos e de coordenação manipulativa (QI Realização = 86). Saliento a variabilidade dos resultados, realçando resultados mais baixos nas provas: Vocabulário (6) (desenvolvimento, riqueza e tipo de linguagem; compreensão e fluidez do discurso; competência linguística e precisão do pensamento); Código (7) (memória visual imediata; previsão associativa;

velocidade psicomotora; capacidade de seguir instruções; atenção, concentração, esforço sustido e eficácia mental; coordenação visuo-motora). Analisados os índices de compreensão verbal, de organização perceptiva e de velocidade de processamento, verificam-se dificuldades mais acentuadas no índice de compreensão verbal, situado no percentil 9, comparativamente ao índice de organização perceptiva e velocidade de processamento, situados no percentil 23 e 30 respectivamente. Na globalidade, os resultados obtidos na prova situam-se entre o percentil 9 e 30. Isto é 30 em cada 100 jovens com a mesma idade, apresentam resultados mais baixos ou iguais no índice velocidade de processamento, e apenas 9 em cada 100 dos jovens com a mesma idade, apresentam resultados mais baixos ou iguais ao de P no índice de compreensão verbal. Para a inteligência verbal e inteligência geral apresenta um percentil de apenas 7 (7 em cada 100 jovens com a mesma idade apresentam resultados mais baixos ou iguais), e relativamente à inteligência perceptivo-motora e índice de organização perceptiva apresenta percentil de 18 e 23, (18 e 23 em cada 100 jovens com a mesma idade apresentam resultados mais baixos ou iguais) respectivamente. Este perfil reflete um défice cognitivo ligeiro que vai de encontro às dificuldades e percurso escolar que o P tem vindo a apresentar, no entanto este resultado pode ter sido influenciado negativamente pela falta de motivação e empenho na tarefa.

Foi ainda avaliado a nível emocional, com o Inventário de Depressão Infantil – *CDI* (Anexo G). Este instrumento foi aplicado com a finalidade de avaliar a intensidade de sintomas depressivos, com o intuito de ser avaliado de forma qualitativamente e quantitativamente. Dando mais ênfase a forma qualitativa, com o objetivo de desenvolver os aspetos emocionais do paciente. Quantitativamente P obteve 25 pontos, sugerindo um valor significativo clínico com nota  $T=71$ .

Segundo Dias e Gonçalves (1999), o índice discriminativo do *CDI* é de 20 pontos para as idades entre os 13 e 17 anos. Sendo o resultado significativo, demonstrou ser um resultado incongruente no fim da avaliação divulguei os resultados a P e pedi a colaboração do próprio para esclarecer e justificar o motivo de ter escolhido certas afirmações (Anexo H).

A incongruência do resultado deveu-se a P escolher as afirmações com que já se identificou. Desta forma tive a oportunidade de comprovar que não se pode cingir somente pelos resultados psicométricos de forma quantitativa. É certo que da forma quantitativa a avaliação é válida cientificamente, mas os mesmos conteúdos avaliados



de forma qualitativa pode alterar e justificar qualquer valor científico, pois os indivíduos têm vivências e características idiossincráticas diferentes.

## **Diagnóstico**

De acordo com o historial do paciente e depois de analisados os dados obtidos dos diversos instrumentos. Verificou-se que o adolescente apresenta todos os critérios que compõe o diagnóstico de Perturbação de Humor, mais concretamente a Perturbação Depressivo Persistente (Distímia). Já assinalado pela Pedopsiquiatra com Perturbação Depressiva desde os 12 anos de idade.

Parece-se confirmar o diagnóstico a nível quantitativo pelos resultados obtidos através do instrumento CDI, foi possível avaliar através deste instrumento de forma quantitativa a intensidade de sintomas depressivos e de forma qualitativa através dos 27 itens de registo contribuíram para a avaliação compreensiva do diagnóstico.

Através da avaliação qualitativa que ocorreu no fim das intervenções foi possível perceber que o paciente já não se encontrará em depressão.

No entanto e de acordo com o DSM-V (APA, 2013) já preencheu os critérios de Perturbação Depressivo Persistente (Distímia) observado por mim nas primeiras consultas e pela história recolhida e dados fornecidos da Pedopsiquiatria.

P preenchia quase todos os critérios de diagnóstico desde o critério A, ao critério G. No critério A, preenchia um humor deprimido na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos (de realçar um humor irritável). No critério B, houve variações de apetite, quer diminuição ou excesso de alimentação; baixa autoestima; concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança. O critério C, P em todo o período de perturbação esteve sempre com os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses. No critério D os critérios mantiveram-se de forma continua mais de dois anos. No critério E, jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para perturbação ciclotímica. O critério F a perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação persistente, delirante ou psicótico não especificado. Por último, no critério G os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (embora os pais acreditem que foi devido a medicação do tratamento de epilepsia).

Atualmente o paciente parece encontra-se em remissão total dos critérios de Perturbação Depressivo Persistente (Distímia).

## **Conceptualização do caso**

O historial do menino e os resultados dos instrumentos aplicados no processo de avaliação revelam que o mau rendimento escolar surge desde os 12 anos. Idade em que o paciente vivenciou grandes situações problemáticas e constantes mudanças, tais como a expulsão da casa do avô materno, (tendo mais uma separação da mãe e foi viver 3 meses com o pai para casa dos avós paternos). Importante ainda retroceder dois anos e salientar que o menino aos 10 anos vivenciou: o incêndio da sua casa (perda da casa); a separação dos pais. Ou seja dos 10 aos 14 anos, o menino esteve em constante instabilidade; a trocar de casa; assistir a conflitos do divórcio, conflitos do avô materno com a mãe; vítima de bullying durante meio ano; mudança de escola (onde volta a mudar de casa para viver com o pai).

Aos 12 anos foi diagnosticado com depressão. Deixou de ter vontade de sair e confiar nas pessoas. Revelando irritabilidade, isolamento entre outros sintomas. Embora desde os 6 até aos 13 anos fizesse o tratamento com Acido Valproico para epilepsia e tendo efeitos secundários de sintomas depressivos.

Não se pode afirmar que a causa da depressão tenha surgido pela condição de um fármaco mas sim um desencadeante derivado de todos os contextos envolvidos na sua vida (idades coincidentes).

A separação dos pais é muitas vezes a primeira grande mudança na vida da criança. Esse evento perturbador altera drasticamente o futuro familiar, causando uma perda de entendimento devido à ruptura das rotinas normais e à ausência do contacto diário com ambos os pais (Eymann, Busaniche, Llera, De Cunto & Wahren, 2009).

O divórcio dos pais também tem sido associado a um risco aumentado do divórcio nos filhos, (Bramlett & Mosher, 2002; Holley, Yabiku & Benin, 2006) especialmente ocorrendo na primeira infância, (McLanahan & Bumpass, 1988 citado por Holley et al., 2006) tendo também consequências negativas no desenvolvimento das crianças, incluindo no rendimento escolar (McLanahan & Sandefur, 1994 citado por Holley et al., 2006).

Aseltine (1996) citado por Houseknecht & Hango (2006) constatou que os adolescentes cujos pais se tinham separado eram ligeiramente mais deprimidos do que os adolescentes de famílias intactas e reconstituídas.

Jekielek (1998) citado por Houseknecht & Hango (2006) investigou o efeito do conflito conjugal e rutura sobre a saúde emocional das crianças tendo descoberto que esses dois fatores aumentaram a ansiedade e depressão em crianças dos 6 aos 14 anos e também que as crianças que permanecem em ambientes de conflito em geral, apresentaram níveis mais baixos de bem-estar emocional do que crianças que tiveram elevados níveis de conflito parental, mas cujos pais se tinham divorciado.

No que diz respeito as consequências do bullying, vários estudos provam que é refletido no desenvolvimento da criança, na sua saúde mental e no ambiente social da escola, desenvolvendo sintomas de internalização, sentimentos de tristeza, nervosismo e medos e ainda perturbações da ansiedade (Carvalho, Limma & Matos, 2001; Shaffer & Ruback, 2002; Peskin, Tortolero & Markham, 2007; Peskin et al., 2007 cit. In Meque, 2001).

Quanto ao número de reprovações P sentia-se demasiado desmotivado por ter vários insucessos escolares. A motivação do aluno tem implicações diretas na qualidade do envolvimento do aluno com o processo de aprendizagem, uma vez que o aluno motivado procura novos desafios, conhecimentos e tarefas com entusiasmo, dirigindo e condicionando a sua conduta (Lourenço & Paiva, 2010).

Existem problemas motivacionais que são confundidos com dificuldades de aprendizagem, mas há problemas motivacionais que comprometem a aprendizagem.

## **Processo de Intervenção Psicológica**

O processo de intervenção desenrolou-se ao longo de 17 sessões com início no mês de Outubro de 2016 até Setembro de 2017. Devido ao difícil agendamento e a salas disponíveis no hospital, inicialmente as consultas ocorreram com a frequência de uma vez por mês até ao mês de Janeiro. A pedido da mãe em agendar as consultas mais próximas e acompanhar o filho de uma forma mais regular, as consultas começaram a ser agendadas no fim das consultas do orientador. Possibilitando assim uma sala disponível (foi possível acompanhar o paciente quinzenalmente).

O referencial teórico deveu-se à singularidade do caso, deste modo, a intervenção incidiu sobre o modelo cognitivo-comportamental com objetivo de alcançar mudanças aos dois níveis (cognição e comportamento) e modelo narrativo. A narrativa permite ao indivíduo organizar a sua história de vida e construir significados para a mesma.

A primeira e segunda sessão, centralizou-se em estabelecer, desenvolver e manter uma relação terapêutica colaborativa, pois só assim o paciente se sentiria compreendido, de forma a cooperar. Realizou-se a avaliação a pedido da Pedopsiquiatria; Procurei perceber junto com os pais de forma detalhada todas as problemáticas e a história de vida do paciente; Realcei a importância da alimentação, demonstrando uma certa empatia mas explicando que por muito que não tenha apetite quanto menos ingestão de alimentos mais fraqueza iria sentir, e assim consecutivamente mais idas às urgências. Sugeri que começasse por poucas quantidades até conseguir maiores quantidades. Nesta primeira abordagem de forma empática, o paciente mostrou-se pensativo, sendo essencial para ele iniciar a mudança na alimentação. No fim da segunda sessão após toda a conceptualização, foram explicados e debatidos com a mãe e o paciente os resultados dos instrumentos da avaliação psicológica.

A sós com o paciente questionei-o se queria continuar com as consultas de Psicologia, uma vez que o pedido seria apenas para avaliação (uma vez que este nunca colaborou e recusava as consultas), demonstrou interesse e vontade em continuar com as consultas

Na terceira e quarta sessão, prosseguiu-se a exploração e reconstrução da situação problemática. O paciente confessa que é muito nervoso e que explode facilmente ou bloqueia em situações stressantes. Sugeringo assim a respiração diafragmática e que em momentos stressantes se afaste para um lugar calmo e que pratique o exercício (Anexo B). Expliquei em que consiste esta técnica de relaxamento, ajudando-o a fazer o exercício de relaxamento certificando-me que a respiração estava correta.

Na quinta sessão, após a recolha completa da anamnese dei especial atenção aos possíveis acontecimentos dos 10 anos que desencadearam o comportamento atual do menino. Embora, a atitude do adolescente fosse colaborativa, nas primeiras consultas, este encontrava-se ainda tímido e retraído não conseguindo expressar. Assim sendo, sugeri que escrevesse por tópicos (caso não conseguisse desenvolver) acontecimentos

maus e bons dos 10 aos 16 anos (idade que o paciente apresentava na presente consulta). Para que assim fosse possível um esclarecimento mais profundo dos acontecimentos marcantes da sua vida.

Sugerido pelo paciente optei por ensinar na consulta o Relaxamento Muscular Progressivo de S. Cormier & B. Cormier (Anexo C), ao confessar na consulta que os exercícios de respiração o tranquilizavam, mas que não eram o suficiente para deixar o Victan, que gostaria de exercícios mais fortes. Sugerindo assim que repetisse os exercícios todos os dias à noite, e/ou sempre que se sentisse mais nervoso.

Na sexta sessão, a pedido do próprio e por se sentir mais calmo e com dúvidas nas técnicas de relaxamento, forneci o meu e-mail para eventuais dúvidas nos exercícios. Continuámos abordar as problemáticas quanto alimentação e a escola, incentivando e reforçando as mudanças positivas alcançadas (para que não desmotivasse).

Na sétima sessão, centrou-se em estratégias para o paciente iniciar o desmame dos antidepressivos. Criando estratégias focadas sobretudo no isolamento social. Sugestão de criar rotinas diárias, saídas com amigos, evitando o isolamento em casa e a escolha de um desporto.

Na oitava sessão, a mãe frequentemente queixa-se da pouca atenção que o filho lhe dá. A insistência, a pressão fazem com que o menino se sinta sufocado e irritado e que afaste cada vez mais a mãe. Foi necessário intervir na relação mãe e filho, (acalmando a mãe, explicando que o filho está a crescer e sendo adolescente é natural que se afaste um pouco) aconselhei-a com uma metáfora que deveria cortar o cordão umbilical. Tentando suavizar a tenção que a mãe colocará ao filho. Tendo sempre um grande cuidado de empatia. Realço uma mãe excessivamente preocupada, protetora e controladora. Pelas características da mãe, ensinei o paciente a utilizar estratégias (ser tolerante com a mãe) foi necessário explicar e demonstrar que a mãe tem essas atitudes por gostar demasiado dele (apenas não sabe controlar e equilibrar o sentimento que sente pelo filho).

Na nona sessão, devido a observação na interação com os pais ficou claro a incapacidade de diálogo. Iniciei com P um role-play com respetiva reestruturação cognitiva. Esta é uma técnica com origem no psicodrama, entretanto tem sido empregado por terapeutas e pesquisadores à luz de outras abordagens teóricas (Del Prette & Del Prette, 1999/2001; Otero, 2004). Para alcançar objetivos psicoeducativos e

terapêuticos. É uma técnica informal que consiste na encenação de um problema ou situação na área das relações humanas, onde duas ou mais pessoas simulam uma situação hipotética de forma mais real possível facilitando a comunicação. Permite aos indivíduos representar e, assim, expressar os seus problemas pessoais, aprendendo a enfrentá-los e permite despersonalizar o problema.

Foi solicitado ao paciente que reproduzisse os seus comportamentos tal como acontecia, no ambiente familiar. Eu desempenhei o papel da pessoa com quem P se relaciona e entra em conflito, neste caso a mãe e em outra sessão o pai, para que haja desempenho dos papéis de acordo com as contingências vigentes relacionadas às queixas relatadas. No fim do role-play foi avaliado em conjunto o seu comportamento, identificando com ele os sentimentos que emergiram (ansiedade, dificuldade, desempenho).

Na décima sessão, em continuidade da sessão anterior, estas sessões tiveram como objetivo elucidar a importância e os aspetos essenciais de uma comunicação eficaz, auxiliar na preparação em eventuais diálogos especialmente com a mãe. Como P sessão após sessão melhorava significativamente todos os problemas assinalados, tendo ainda encontrado um apoio social de amigos e namorada e demonstrava uma grande vontade de deixar os antidepressivos.

Avaliei P com o CDI, para que assim fosse possível avaliar de forma quantitativa e qualitativa a intensidade de sintomas depressivos. Posteriormente em acordo com a pedopsiquiatra o menino iniciou o desmame dos antidepressivos com o objetivo de os deixar no mês de Agosto.

Na décima primeira à décima quinta sessão, consistiram no acompanhamento e reforço positivo no comportamento e atitude do paciente perante a sua vida e no acompanhamento de forma regular como vigilância do paciente na redução dos antidepressivos.

Na décima sexta sessão, paciente com 17 anos, surge muito agitado e com queixa do pai de andar muito nervoso. A sós questioneei o paciente qual era o motivo dessa inquietação. O adolescente desabafa que teria tido um susto mais a namorada de ter existido a possibilidade de ser pai. Uma vez que paciente é muito fechado e não esclarece qualquer dúvida da sua vida privada (não teria oportunidade de tirar as dúvidas de forma correta). Achei necessário intervir com esclarecimentos sob os métodos contraceptivos, uma vez que P é um adolescente com início recente de atividade

sexual. Sugerir ainda que o casal frequentasse consulta de planejamento familiar, explicando a importância da consulta sobre tudo no início de relação sexual.

Na décima sétima sessão, teve um intervalo de um mês, desde a última sessão. O paciente regressa a consulta com o término da medicação do antidepressivo, diz ter medo de recair, mas que se sente forte e confiante em si. Acalmo-o dizendo que vou permanecer mais algumas sessões de forma espaçada para o acompanhar para se sentir seguro no início, acrescentei ainda que tem o meu e-mail caso necessite de apoio extra.

Atualmente continuo acompanhar o paciente em consulta, pois este recusa-se a voltar para o orientador ou qualquer outro psicólogo “nunca consegui confiar em ninguém doutora, nunca ninguém me entendeu como a doutora, por favor não me passe para outro colega”.

No entanto, expliquei ao adolescente, que o objetivo final da intervenção psicológica é permitir que o paciente seja capaz de seguir sozinho, através de todas as técnicas e estratégias adquiridas e atingidas ao longo de todo o processo terapêutico.

## **Reflexão pessoal**

Seguido em Psicologia desde 2013, com uma atitude constante de recusa das consultas, nunca colaborante, sempre com atitude de oposição. O contacto inicial com P não fazia prever a empatia e a confiança depositada. O adolescente inicialmente mostrou-se retraído, inibido e desconfiado.

Tinha consciência que seria difícil estabelecer uma ligação empática, uma vez que este paciente quer nas consultas de Psicologia e Pedopsiquiatria estava sinalizado como adolescente não colaborante e pouco comunicativo (sempre com atitude de rejeição das consultas).

Foi essencial nas duas primeiras consultas enquanto o avaliava com a WISC-III, ter uma abordagem não invasiva explicando as vantagens das consultas se colaborasse, e a confidencialidade que a consulta oferece. Essa atitude com o menino de forma gradual e sem pressão foi crucial para estabelecer uma ligação de empatia.

Atualmente frequenta o 9º ano, encontra-se numa relação amorosa de 6 meses com uma adolescente de 15 anos. Tem um grupo de amigos com quem sai frequentemente. O paciente atualmente tem uma atitude mais confiante, mais tolerante com a família, mais empenhado na escola e com perspectiva futura (terminar os estudos e

tirar um curso profissional), Não faz qualquer intervenção farmacológica (deixou a Sertalina) O menino melhorou também na socialização (menos apático e mais dinâmico).

Este caso, ensinou-me a não “desesperar” pelos longos silêncios do paciente nas primeiras consultas; ensinou-me a ser paciente e a manter uma postura empática.

Consegui lidar com ansiedade e o medo (quando percebi que o paciente estaria a depositar confiança em mim). Tive medo de falhar, não me sentia preparada de atuar num menino deprimido e principalmente desconfiado com as consultas de Psicologia, teria sido traído pela psicóloga escolar (na confidencialidade).

No entanto, confesso (como estagiária recém chegada ao serviço) que este caso (o primeiro) me deu coragem na iniciação dos casos individuais. Através da atitude de confiança, depositada (sempre colaborou e demonstrou interesse em vir as consultas).

Percebi de imediato que teria hipóteses de fazer uma intervenção com sucesso, (através da atitude demonstrada pelo paciente em relação a mim).

## **Caso Clínico F**

### **Identificação**

O F do sexo masculino tem 11 anos e frequenta o 5º ano de escolaridade. Filho de pais divorciados vive com a mãe. A mãe de 30 anos, concluiu o 9º ano e é empregada de balcão. O pai tem 30 anos, concluiu também o 9º ano de escolaridade e é soldador em França, onde habita com a atual esposa de 25 anos. F tem uma irmã de 7 anos do segundo casamento da mãe, embora, a irmã viva com o ex-marido de 30 anos.

### **Motivo e Pedido da Consulta**

O F foi encaminhado para a Consulta de Psicologia a pedido da Consulta da Pedopsiquiatria. Inicialmente seguida pelo orientador em duas consultas em Agosto e Setembro de 2016. Em Outubro de 2016 iniciei o seguimento de F a pedido do orientador e da avaliação formal. Comparece a consulta de Psicologia por estar sinalizado pela CPSJ, apresenta um baixo limiar de tolerância à frustração, problemas de comportamento, de controlo de impulsos e autorregulação. Em situação de frustração F quando quer obter alguma coisa mostra-se manipulador e agressivo.



## Primeiro Contacto

O paciente veio acompanhado pela avó paterna, mostrou-se agitado, impaciente, impulsivo nas respostas. Discurso muito infantil sobre o seu comportamento problemático, com atitude de oposição e desafio as minhas perguntas, no entanto cooperante na avaliação. Teve uma atitude cooperante devido a minha postura assertiva, embora, empática de lhe explicar que teria de ser avaliado formalmente, mesmo que ele não quisesse. Explicando ainda que com colaboração dele a avaliação seria realizada de uma forma divertida e não chata. Com varias chamadas de atenção para se focar na avaliação, tentou constantemente manipular para que a consulta terminasse e não fosse avaliado. Durante a primeira consulta, quem iniciou a conversa foi a avó, bastante desgastada pelo mau comportamento do neto. F vivia com os avós paternos na altura da primeira consulta.

## História de vida

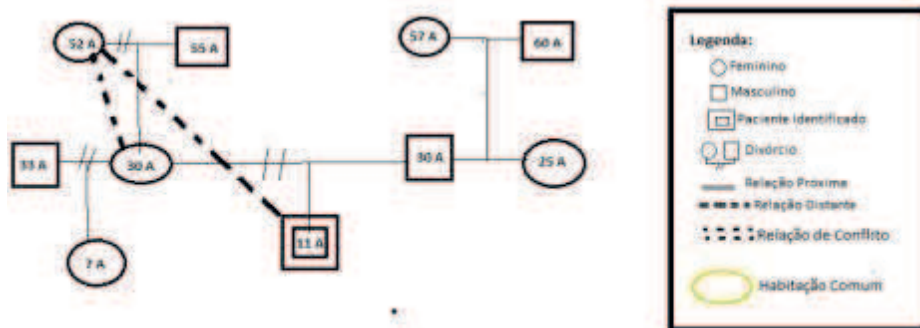


Figura 3: Genograma Familiar de F.

O F foi fruto de um início de namoro, os pais casaram com 19 anos quando a mãe de F engravidou.

A gravidez decorreu sem complicações, F nasceu com 42 semanas em parto eutócico. Os pais separaram-se aos 10 meses de vida. O menino ficou ao cuidado da mãe até aos 9 anos de idade. O divórcio dos pais foi amigável e o menino sempre teve contato com o pai e a família paterna.

Da história de doenças o menino nunca teve nenhuma complicação de saúde.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor, teve um desenvolvimento normativo, por volta dos 8 meses disse as primeiras palavras, iniciou a marcha aos 11 meses, e adquiriu controlo dos esfíncteres (anal e vesical) por volta dos 30 meses. Nunca apresentou complicações quer na alimentação e no sono.

Quanto aos traços de personalidade a mãe diz que F sempre foi uma criança afetuosa quando não contrariado (sendo de extremos nos afetos).

A mãe de F voltou a casar e a engravidar quando este tinha 2 anos, vivendo assim com o padrasto e a irmã até aos 9 anos (idade em que a mãe se divorcia novamente). A mãe confessa que o segundo casamento terminou devido ao filho ter um péssimo comportamento quer com ex marido e a irmã.

Quanto as experiencias escolares, deu entrada no infantário aos 2 anos de idade e saída aos 5 anos. Boa adaptação ao ambiente escolar e boa relação com os professores e colegas. Exceto no último ano, a mãe diz que o filho desde os 4 anos teve mau comportamento quando contrariado (sendo agressivo para os colegas na escola).

Iniciou o ensino básico com 5 anos e terminou aos 10 anos, reprovou no 2º ano devido ao seu mau comportamento. Foi expulso da escola, (agredia professores e colegas) contudo, excelente aluno e com boas notas. Segundo a mãe repetiu o 2º ano numa nova escola, com uma turma problemática onde o comportamento de F agravou.

Aos 9 anos de idade o menino quis ir viver com o pai para França (viveu com o pai durante um ano), completou o 3º ano e 4º ano de escolaridade em França com notas de mérito. No entanto teve uma má adaptação, sendo assinalado pela CPSJ de França pelo seu comportamento agressivo.

O pai de F não conseguiu lidar com o filho, a mãe diz que o pai batia no filho constantemente por não saber lidar com o comportamento dele. Tendo a guarda total do filho (guarda consentida pela mãe para que F pudesse ir para França), F foi viver com autorização do pai para casa dos avós paternos durante 9 meses, a mãe afirma que F foi estragado com mimos, explicando que a avó ganhou uma depressão devido ao comportamento desafiador e agressivo de F (chegando a agredir varias vezes avó), provocando quase uma rutura no casamento dos avós paternos.

Atualmente vive com a mãe há um ano (continua agressivo), motivo esse de a irmã mais nova viver com o ex-marido (guarda pedida pelo ex-marido e consentida por o tribunal). A mãe diz que o menino agredia constantemente a irmã, (tendo partido uma perna a irmã por a ter atirado de uma varanda da sua casa e deixa-la no chão a chorar,

por a irmã querer ver desenhos animados apropriados para a sua idade e F querer ver um filme). A mãe refere que quando foi recriminar o filho pelo que tinha feito a irmã, este não demonstrou qualquer arrependimento “estava confortavelmente a ver o filme”.

O paciente frequenta o 5º ano e encontra-se sinalizado pela CPSJ, devido a mau comportamento.

Em casa a mãe diz que F já a agrediu e agrediu o avô materno, que se encontra a viver com eles por estar debilitado com o tratamento de Leucemia.

O menino não tem ligação com avó materna, pois esta encontra-se a viver com novo companheiro em Espanha.

O F não tem amigos, a mãe afirma que nunca teve. Sendo sempre uma criança isolada mas cativante para os adultos, para obter sempre o que quer, se não consegue o que quer demonstra-se violento e vingativo com os adultos e com os colegas da escola.

A mãe refere ainda que F manipula até as notas da escola. Se sentir recompensa da família ou da escola, este consegue ser bom aluno nos resultados escolar com notas de excelência, mas se não tiver recompensa e se for posto de castigo, tira maus resultados para arreliar.

Consegue assim tirar resultados de excelência e péssimos resultados num intervalo de tempo do início de um período escolar ao fim do período escolar.

## **Processo de avaliação psicológica**

Ao longo da primeira e segunda sessão realizou-se a avaliação psicológica formal do paciente com a aplicação da WISC-III – Escala de inteligência para crianças a pedido da Pedopsiquiatria, para entender e clarificar a problemática do jovem. Verificase que F apresenta um Quociente de Inteligência Global (QIG) = 142, situado a um nível muito superior, com resultados inferiores nas provas ligadas à inteligência verbal (QI Verbal = 126), do que nas ligadas a inteligência de conteúdos práticos/manipulação (QI Realização = 142)., contudo no subteste de Pesquisa de Símbolos F apresenta um resultado padronizado de 3, devido a não concentração e de estar saturado. Analisado os Indicies de Compreensão Verbal, de Velocidade de Processamento e de Organização Percetiva, verifica-se dificuldade um pouco mais acentuadas em Velocidade de Processamento (situada no percentil 37), face aos índices de Organização Percetiva e Compreensão Verbal (situados no percentil 99,7 e 96, respetivamente). Apesar destas

dificuldades, os resultados encontram-se na média, deixando assim de serem considerado clinicamente significativo. As maiorias dos subtestes encontram-se com valores situados acima da média. Os resultados em termos gerais estão situados entre o percentil 96 e 99,7 (cerca de 96 e 99,7 de jovens com a mesma idade apresentam resultados mais baixos ou iguais aos seus), para a inteligência geral, perceptivo-motora e verbal, índice de Organização Preceptiva e Índice de Compreensão Verbal no percentil 37 (apenas 37% de jovens com a mesma idade apresentam resultados mais baixos ou iguais ao de F) para o índice de Velocidade de Processamento.

Este perfil traduz uma aprendizagem adaptativa adequada e sua idade, de acordo com o rendimento escolar. Podemos concluir que F não apresenta qualquer déficit cognitivo, mas sim problemas quanto ao comportamento.

Assim sendo, o paciente foi ainda avaliado pela Escala de Connors para pais, com o intuito de avaliar as perturbações de comportamento e o índice de despiste direto da hiperatividade. Na Escala B de Problemas Cognitivos/Desatenção e na Escala D de Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade (obteve um score T de 70, com percentil de 95-98 e 73 com percentil 98), indicam um valor moderadamente atípico, ou seja, indicação de problema significativo. Quanto a Escala C. de Excesso de Atividade Motora (obteve um score T de 62 e percentil 86-94), com valor medianamente atípico e possibilidade de problema significativo. Não sendo realizado a Escala de Connors para professores por falta de entrega da parte da mãe.

Entende-se que o menino em termos de quociente de inteligência global apresenta um valor muito superior, sendo um menino inteligente e com capacidades intelectuais, comprovando os bons resultados escolares.

Quanto ao comportamento, verifica-se que apresenta problemas de hiperatividade e de atenção, contudo ao avaliar F de forma qualitativa e contextual com a sua história, Verifica-se que a falta de atenção não se deve a nenhum déficit, mas sim atitude de oposição e de não querer prestar atenção, quando não lhe agrada certos assuntos. Somente assim é explicado as oscilações dos bons resultados e maus resultados.

## Diagnóstico

De acordo com o historial de F e depois de analisados os dados obtidos dos diversos instrumentos e o comportamento agressivo e inadequado em consultas, eliminou-se a hipótese de SA, inicialmente diagnosticada pela Pedopsiquiatria. Através da Escala de Conners, foi possível verificar que poderá apresentar uma Perturbação de Neurodesenvolvimento preditora da Perturbação de Comportamento Anti-social.

Assim sendo desmitificou-se o diagnóstico com Perturbação da Personalidade, com a análise dos critérios do DSM-V, parece confirmar-se que F preenche todos os critérios, tais como: um padrão de comportamento persistente que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura manifestado através da cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos; exhibe um padrão persistente é inflexível abrangendo situações pessoais e sociais, provocando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional. O padrão não é decorrente dos efeitos de substância ou condição médica geral (APA,2013)

Estando o paciente no início da adolescência não se pode afirmar assertivamente que preencha os critérios completos para este diagnóstico.

No entanto parece preencher os critérios do grupo B da Perturbação de Personalidade (PP) com as características antissociais tais como: incapacidade de adequar-se às normas sociais; propensão para enganar, indicada por mentir para obter vantagens pessoais ou prazer; irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas; desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia e ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido ou maltratado alguém (APA, 2013).

No entanto seria importante que F continuasse a ser avaliado e observado para uma avaliação mais completa. O diagnóstico é dificultado em parte pela própria natureza dos sintomas, sendo pouco diferenciados e menos nítidas com a normalidade, e pela necessidade de uma avaliação longitudinal e em vários contextos (Bergeret, 2015).

## Conceptualização do caso

É comum que pessoas com PP tenham um repertório limitado de emoções, atitudes e comportamentos para lidar com os problemas e stress da vida cotidiana, apresentam respostas desadaptadas que levam ao sofrimento e/ou prejuízos a si ou aos outros (APA, 2013).

F desde o início da sua infância manifestou certos sintomas, que poderiam estar associados ao comportamento de desobediência e de características de teimosia. Mas os sintomas da PPAS (Perturbação da Personalidade Antisocial) surgem no período compreendido entre o início da infância e a puberdade e podem persistir até a idade adulta (Robins, 1991).

Antes dos 10 anos, observa-se com maior frequência a presença de Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção (PDAH), comportamento agressivo (AACAP, 1997). Desde os 5 anos que F demonstra uma inquietação do seu comportamento e verificada pela Escala de Conners para pais a presença de PHDA. A comorbidade com o PHDA é muito comum na infância, envolvendo principalmente os meninos (Offord et al., 1992).

O início precoce indica uma maior gravidade do quadro clínico e tendência a persistir ao longo da vida (AACAP, 1997). Os fatores associados a comportamento anti-social na infância do sexo masculino, recebem cuidados maternos e paternos inadequados (Loeber, 1990).

F tem vindo agravar as suas características, os pais nunca souberam lidar com o filho, ora os estragavam com mimos, ora lhe batiam constantemente de uma forma violenta.

## **Processo de Intervenção Psicológica**

O processo de intervenção ocorreu ao longo de 9 sessões. As duas primeiras sessões consistiram na recolha da história de vida, e avaliação formal e a tentativa de uma relação empática. Embora, a tentativa empática foi tentada durante todas as sessões com vários fracassos devido as constantes atitudes manipulativas de F.

Devido as características do paciente foi muito difícil realizar um processo de intervenção (pela pouca colaboração).

As sessões basearam-se no treino das habilidades sociais. A intervenção sistêmica consistiu na abordagem das habilidades de comunicação entre toda a família, pedindo ainda assertividade a todos os familiares.

As consultas terminaram, pois a mãe do paciente teve de institucionalizá-lo. A mãe sentia-se esgotada para continuar a educar F. Os avós paternos não conseguem lidar mais com o neto assim como o pai do paciente.

## **Reflexão pessoal**

Antes de refletir sobre este caso, não poderei deixar de mencionar que foi o caso mais desafiante a todos níveis, pelo comportamento desafiador e manipulativo constante de F.

Embora sem sucesso o processo de intervenção, (as características de F não me permitiram), mas com sucesso a nível pessoal e na minha aprendizagem, adquiri na prática conhecimentos de aquisição como estar em consulta em contextos de extremo limite.

Desta forma, por ter sido um caso que acredito que a nível profissional terei um imenso proveito como futura psicóloga (na experiência impactante e aprendizagem que este caso me ofereceu na preparação e atitude correta em contextos de consulta problemática). Não poderia deixar, de o descrever no relatório de estágio, uma vez que o presente relatório tem como um dos objetivos, a descrição de aprendizagem e partilha de experiências marcantes e importantes em todo este percurso.

No entanto foi o caso que me desgastou mais, devido as frequentes e constantes atitudes de F, nas nove sessões, o menino sempre teve uma postura de extremos (ora de vítima e amável, ora agressiva, desafiadora). Constantemente no início das consultas

apresentava-se como irrequieto, (levantava-se e baloiçava nas cadeiras, deitava-se na mesa e na marquesa, levantava-se em direção à porta para sair, deitava a cabeça para não falar, atirava papéis para o chão) ou seja sempre desafiante e opositor, com expressões claras na face, no entanto, com a minha postura assertiva e pondo limites na consulta, F tentava manipular mudando drasticamente a postura, tom de voz e expressões da face (sendo um menino calmo, vitimizandose, por vezes chorando e expressando tristeza profunda) F constantemente tinha estas atitudes nas consultas. No início das consultas para expressar que ele mandava e que não se importava com a sua problemática e queixas da família e da escola. Mas sempre que tinha punições pela parte da mãe ou avó (e percebia que com a atitude de desafio eu não o ajudaria) tentava vitimizar-se para me sensibilizar a que o ajudasse com que a mãe o tirasse de castigo. Confesso que das primeiras consultas F conseguiu manipular-me.

Presenciei em várias consultas como ele consegue ser bastante cativante e sedutor quando se vitimiza (utilizando o divorcio dos pais; de desejar ser um bom menino para a mãe e para avó; de ter remorsos de ter sido a causa do divórcio da mãe; remorsos de ter agredido a mãe, o avô materno, avó materna e a irmã). Esses sentimentos surgiram nas primeiras consultas (quando F percebia que me estava a manipular e que eu cedia ao ajuda-lo com que a mãe lhe retirasse os castigos). Mas quando percebi que F era manipulativo, ao mudar o meu registo (assertiva) e ao ajudar a mãe a adquirir uma atitude igualmente assertiva, o menino nunca mais se vitimizou, afirmando, que não tem qualquer remorsos de bater nas pessoas, “não me importo, com os castigos, nem de bater em qualquer pessoa, porque dá-me prazer ver as pessoas a chorar quando lhes bato”.

Questionei F se teria consciência das consequências em adulto se continuasse com esse comportamento, o menino afirma que sim “ sei que sou preso, mas não me importo, porque posso ser preso mas as pessoas vão para de baixo da terra”.

Presenciei ainda situações limite nas consultas. O menino agrediu a mãe em consulta (quando esta lhe disse que não lhe daria o telemóvel). De imediato reprovei o comportamento de F, e convidei-o a sair da consulta. A sós sugeri assertividade a mãe com o comportamento de F.

O paciente tentou em consulta, varias vezes me agredir quer verbalmente ou fisicamente, contudo, desistia sempre quando lhe mostrava ainda mais assertividade.



Saí muitas vezes das consultas exausta e frustrada por não poder ajudar alterar o comportamento, mas ajudei servindo de suporte familiar quer da avó e da mãe nas consultas de F.

Ao fim das 9 consultas a mãe decidiu institucionalizar o filho com o consentimento do pai, (não se sentia capaz de suportar o comportamento do filho). A mãe estaria com uma depressão. A mãe diz que já tinha sido alertada pela CPSJ que o mais provável seria institucionalizar F, com o objetivo de intervir (mais intensiva).

Em suma, o caso de F foi um marco importante no desafio do meu auto controle; postura correta de profissional; com erros nos inícios das consultas mas que fazem parte da aprendizagem.

## **Reflexão das atividades desenvolvidas**

Neste relatório de estágio procurei sintetizar e descrever as minhas experiências de prática profissional e aprendizagens como estagiária hospitalar.

Foi um longo percurso, aproveitei todas as horas, todas as oportunidades que poderia participar como estagiária. Foi um percurso rico na diversidade e no conhecimento aprofundado das teorias em prática e na aquisição de ferramentas imprescindíveis para uma correta prática profissional como tanto desejava.

Serei eternamente agradecida pela orientação do orientador que desde cedo incentivou a minha autonomia e oportunidade de desenvolver diversos procedimentos, ajudando-me a superar desafios, demonstrando confiança e acreditando nas minhas capacidades. Ainda de ter permitido a minha participação após o meu pedido de pertencer a consulta de grupo, devido a sua autorização e a motivação e incentivo, hoje ainda continuo na consulta de grupo, onde surgiram outros a convites do serviço de Pediatria.

Se consegui um destaque no serviço e continuo a fazer parte, agradeço ao serviço de me convidarem para continuar.

Embora de forma voluntária, permite com que continue a praticar todas as ferramentas adquiridas e de obter ainda mais conhecimento. Não se deve também somente as características da minha personalidade de lutar pelo sonho de um dia ser uma excelente profissional, mas deve-se sim além do orientador, a minha supervisora o apoio incondicional prestado e a todo o serviço hospitalar desde Assistentes Sociais, Pediatras, Pedopsiquiatras, Nutricionistas.

Esta etapa foi uma das mais marcantes da minha vida, com alegria de ter a certeza que o terminei de forma positiva, e que me abriu outras oportunidades como futura profissional.

Através das reflexões realizadas em todo o percurso consigo ter a perceção da minha evolução de forma positiva, devido aos métodos que fui observando e dos erros que fui cometendo, e foram cruciais compreender a importância do ato de planificar.

Por tudo isto foi um período enriquecedor, que contribuiu para um amadurecimento enquanto pessoa e futura psicóloga.

Termino com sentimento de dever cumprido da ultima etapa do segundo ano de Mestrado, com plena consciência que terei ainda muito para aprender

## Referências bibliográficas

Almeida, N. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia*, vol. 5, n.1, p. 34-39.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36 (10 Suppl):122S-39.

American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª Edição)*. Lisboa: Climepsi.

Asperger: [www.apsa.org.pt](http://www.apsa.org.pt) – consultado a 15 de Agosto de 2017.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bergeret, J. *A Personalidade Normal e Patológica-3*. Artmed Editora. 2015.

Blanco, N.C. (2012). *Estudo Comparativo sobre a Educação Especial em Portugal-Extremadura: Aplicação de um Programa de Intervenção*. (Tese de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Educação.

Borges, P.; Costa, I.; Ferreira, C.; Gil, I.; Carvalhão, I.; Fernandes, S. & Veríssimo, M. (2012). Escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths – Adaptação para a população portuguesa. *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação*.

Bramlett, M. D., & Mosher, W. D. (2002). *Cohabitation, marriage, divorce, and remarriage in the United States*. National Center of Health Statistics. *Vital Health Statistics*, 23(22).

- Cardoso- Santos, A., Azevedo, A. C. M., Fagondes, S., Burin, M. G., Giugliani, R. & Schwartz, I. V. D. (2008) Mucopolissacaridose tipo VI (Marateaux- Lamy syndrome): avaliação da mobilidade articular e das forças de garra e de pinça. *Jornal de Pediatria*, 84 (2), 130-135.
- Del Prette, A. & Del Prette Z.A.P. (1999/2001). *Psicologia das Habilidades Sociais – Terapia e Educação*. Petrópolis. Vozes Editora.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2), CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa, In Soares, A. P., Araújo, S & Caires, S. (Org.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 553-564. Braga: associação de Psicólogos Portugueses.
- Eymann A., Busaniche, J., Llera, J., De Cunto, C. & Wahren, C. (2009). Impact of divorce on the quality of life in school-age children. *Jornal de Pediatria*, 85 (6): 547-552.
- Fombonne E, Tidmarsh L. Epidemiologic data on Asperger disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2003;12(1):15-21, v-vi.
- Holley, P., Yabiku, S. & Benin, M. (2006). The Relationship Between Intelligence and Divorce. *Journal of Family Issues*, 27 (12): 1723-1748.
- Houseknecht, S. K. & Hango, D. W. (2006). The Impact of Marital Conflict and Disruption on Children's Health. *Youth Society*, 38 (1): 58-89.
- Klin, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 1, p. 3-11, 2006.
- Klin A, Jones W, Schultz RT, Volkmar F. The enactive mind, from actions to cognition: lessons from autism. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2003;358(1430):345-60.

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clin Psychol Rev* 1990;10:1-41.
- Lourenço, A. A. & Paiva, M. O. A. (2010). A motivação escolar e o processo de aprendizagem. *Ciências e Cognição*, 15 (2), 132-141.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice* (pp. 3-24). London: Sage Publications.
- Menezes, M.; Moré C. O. & Barros, L. (2008). Psicologia Pediátrica e seus desafios atuais na formação, pesquisa e intervenção. *Análise Psicológica*, 2 (24), 227-238.
- Meque, M.L.R. (2011). *Agressão entre pares (bullying) e vitimação em contexto escolar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. (tese de mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Psicologia. Lisboa.
- Offord DR, Boyle MH, Racine YA, Fleming JE, Cadman DT, Blum HM, et al. Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31 (5):916-23
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.
- Otero, V.R.L. (2004). Ensaio Comportamental. Em: Abreu, C.N.; Guilhardi, H.J.(orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas*, pp. 205- 214. São Paulo: Roca.
- Pennington BF, Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996;37(1):51-87.

Roberts, M. C. & Steele, R. G. (2009). *Handbook of Pediatric Psychology* (3ª Ed.). New York: The Guilford Press.

Robins LN. Conduct disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;32:193-212.

Schultz RT. Developmental deficits in social perception in autism: the role of the amygdale and fusiform face area. *Int J Devl Neuroscience*. 2005;23(2-3):125-41.

S. Cormier & B. Cormier – *Meditation and Muscle Relaxation*; Goldfried & Davidson – *Relaxation Training*; Bernstein & Borkovec – *Instruções do Treino de Relaxamento Progressivo* traduzido e adaptado por Catarina Dias, Psicóloga do Gapsi. <http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Relaxamento.pdf>. V isualizado em: 25/10/2016.

Simon, M. A. (Ed.) (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Sendín C. (2000). *Diagnóstico Psicológico: Bases conceptuales en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática

Simões, Mário, Gonçalves, Miguel & Leandro, Almeida (1999). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT/SHO.

Simões, M. R., Seabra Santos, M. J., Albuquerque, C. P., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Ferreira, C., Lopes, A. F., Gomes, A. A., Xavier, R. E., Rodrigues, F., Lança, C., Barros, J., San Juan, L. & Oliveira, E. (2003).

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. I., 221-252). Coimbra: Quarteto Editora.

Sousa, D. (2014) *Análise da Saúde Mental de um Pré-adolescente: Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado, submetida à Universidade Fernando Pessoa.

- Strauss, E., Sherman, E. M. S. & Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary*. (3<sup>a</sup> Ed.). New York: Oxford University Press.
- Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane database Syst Rev*. 2003;(3):1–57.
- Tamanaha, A. C; Perissinoto, J.; Chiari, B. M. Evolução da criança autista a partir da resposta materna ao autism behavior checklist. *Pró-Fono*, v. 20, n. 3, p. 165-170, 2008.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 22 (3). 441-448
- Valente, A. S. & Seabra-Santos, M. J. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (1), 1-7.
- Viana, V. & Almeida, J.P. (1998). Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1 (15), 29-40.
- Pais-Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 14 (4), 589-599.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. (2013). Medida na Avaliação Psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 245-263.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-III: Escala de Inteligência de Weschler para crianças – III* (2<sup>a</sup> Edição). Lisboa: CEGOC-TEA
- Willy, HL. *Pretending To Be Normal: Living With Asperger's Syndrome (Autism Spectrum Disorder) Expanded Edition*, p. 164, 1994.

# Anexos



## **Anexo A: Cronograma da Atividades Realizadas no Estacio Curricular**

Mês									
Atividade	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Observação participativa de Consultas									
Reuniões de Supervisão									
Avaliação Psicológica									
Consultas de Psicologia Individuais									
Observação Terapia de Grupo									
Participação na Terapia de Grupo									
Acompanhamento no Hospital de Dia									
Acompanhamento no Internamento									
Acompanhamento na UCIP									
Acompanhamento do caso R									
Processo de Avaliação Psicológica do caso R									
Acompanhamento do caso P									
Avaliação Psicológica do caso P									
Processo de Intervenção Psicológica do caso P									
Acompanhamento do caso F									
Avaliação Psicológica do caso F									
Processo de Intervenção Psicológica do caso F									

## **Anexo B: Treino de Respiração Diafragmática – Caso R e Caso P**

## **Respiração diafragmática**

### **Instruções:**

1. Este treino deve ser feito pelo menos 2 vezes por dia, 5 ou 6 minutos de cada vez, em alturas nas quais te encontres livre de distrações e interrupções. A prática vai acabar por te permitir incorporar a respiração diafragmática na tua vida quotidiana e, eventualmente, nos momentos em que te sentes mais ansioso. Senta-te numa posição confortável. Mantém as pernas afastadas com os pés relaxados e virados para fora. Respira pelo nariz e presta atenção à tua respiração.
2. Dobra os braços e coloca os polegares sob o sítio onde acaba a tua caixa torácica, com o resto das mãos perpendicular ao teu corpo e viradas uma para a outra.
3. Sente o movimento da tua barriga: - Quando inspiras, a barriga vai para fora - Quando expiras, a barriga vai para dentro.
4. Simula o movimento do diafragma com as mãos. Quando inspiras, põe os dedos para baixo, direitos. Quando expiras, põe os dedos para cima, em forma de cone.
5. Sincroniza os movimentos e faz a respiração diafragmática durante uns minutos.

**Anexo C: Relaxamento muscular progressivo de S. Cormier & B.  
Cormier – Caso R e Caso P**

## Relaxamento Muscular Progressivo

### Instruções:

Este treino deve ser realizado 2 vezes por dia, 15 a 20 minutos de cada vez. Ainda que, inicialmente, este te possa parecer algo complexo e demorado, vais verificar que, com a automatização resultante da prática e com a progressiva redução dos grupos musculares, a capacidade de produzir relaxamento de forma voluntária se vai tornar progressivamente mais simples.

O objectivo final é o de o conseguir fazer em qualquer local/momento da tua vida quotidiana, particularmente naqueles em que te sentes tenso e ansioso.

Senta-te numa cadeira, de preferência reclinável, e recosta-te o mais confortavelmente possível (um sofá ou uma cama são também opções aceitáveis). Fá-lo num local em que a intensidade da luz e do ruído sejam reduzidos e num período de tempo em que te encontres livre de interrupções e distrações. Fecha os olhos e mantém-nos fechados durante o treino.

Começa por utilizar os músculos referidos para a 1ª Fase: para cada um dos 16 grupos musculares, produz tensão durante 10 segundos e depois relaxa durante 40 segundos. Interioriza e utiliza as seguintes formas de produção de tensão e relaxamento:

- **Mão e antebraço direito:** Contrair os músculos, fecha fortemente o punho e mantém o braço direito. Sente a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Braço direito:** Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sente a tensão no braço (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Mão e antebraço esquerdo:** Contrair e descontraír os músculos utilizando o procedimento descrito para os do lado direito.
- **Braço esquerdo:** Contrair e descontraír os músculos utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.
- **Parte superior da face (testa):** Contrair os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sente a tensão na testa e no

centro do couro cabeludo (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz):** Contrair os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sente a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo):** Contrair os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (10 seg). Sente a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Pescoço:** Contrair os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sente a tensão no pescoço (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Peito, ombros e parte superior das costas:** Contrair os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sente a tensão no peito, ombros e costas (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Abdómen:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sente o estômago tenso e apertado (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Coxa direita:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (como que para «fugir com o rabo à seringa») e contraíndo os músculos da parte superior da perna. Sente a tensão na nádega e na coxa (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Parte inferior da perna direita:** Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direcção à cabeça / na direcção oposta à cabeça.

Sente a tensão na barriga da perna (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Pé direito:** Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sente a tensão na palma do pé (10 seg). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Coxa esquerda:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.
- **Parte inferior da perna esquerda:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.
- **Pé esquerdo:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.

#### **Alguns aspetos a considerar:**

- A tensão produzida não é necessário nem aconselhável produzir toda a tensão possível;
- É fundamental libertar a tensão imediatamente após a auto-instrução para o fazer, de modo a fazê-lo de forma rápida e total (em vez de deixar a tensão libertar-se gradualmente);
- É importante certificares-te de que cada grupo muscular fica tão descontraído como os restantes;
- Convém que, depois de teres relaxado um grupo muscular, não voltes a produzir tensão nesse grupo, pelo que, durante o treino, te debes mover apenas o estritamente necessário;
- Procura não pensar em nada, exceto nas sensações produzidas e, essencialmente, desfrutar das sensações agradáveis que acompanham o relaxamento.



## **Anexo D: Receituário de autoafirmação . Caso R**

### **Receituário de autoafirmação**

- Não sou deficiente. Sou diferente.
- Não vou sacrificar a minha dignidade pela aceitação dos meus pares.
- Sou uma pessoa boa e interessante.
- Vou orgulhar-me de mim mesmo.
- Sou capaz de me dar com a sociedade.
- Pedirei ajuda quando precisar.
- Sou uma pessoa merecedora do respeito e da aceitação dos outros.
- Encontrarei uma carreira interessante, bem adequada às minhas capacidades e interesses.
- Serei paciente com aqueles que precisam de tempo para me compreender.
- Nunca desistirei de mim próprio.
- Fundamentalmente, “Aceitar-me-ei como sou”

(Willey (1994):164)

**Anexo E: Lista dos hábitos alterar e estratégias para aquisição – Caso  
R**

### **Lista dos hábitos e estratégias:**

#### **Sono**

- Dormir 8 horas;
- Ver televisão até as 23h;
- O máximo dormir a 00.00.

#### **Alimentação**

- Na hora da refeição permanecer na mesa (max 30 minutos);
- Comer o que tiver no prato (quando não gostar da comida, comer metade) + sopa;
- Ver receitas e fazer o jantar (fotografar e registar os pratos confeccionados).

#### **Higiene**

- Lavar bem o corpo (meia hora no máximo);
- Secar bem o cabelo com o secador (no fim do banho não sair da casa de banho sem secar).

## **Anexo F: Folha de Perfil WISC-III – Caso P**

# WISC-III™

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

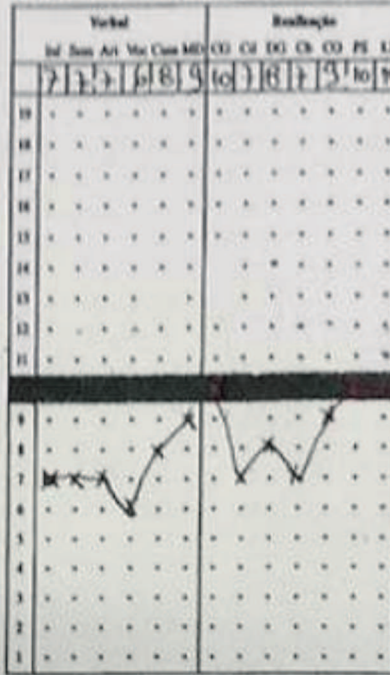
Nome: Caso P  
 Sexo: Masculino  
 Escola: \_\_\_\_\_  
 Ano de Escolaridade: 8.º ano  
 Local de Avaliação: \_\_\_\_\_  
 Examinador: Sara Soares

	ANO	MÊS	DEA
Data de avaliação	2016	11	17
Data de nascimento	2000	05	20
IDADE	16A	5M	9D

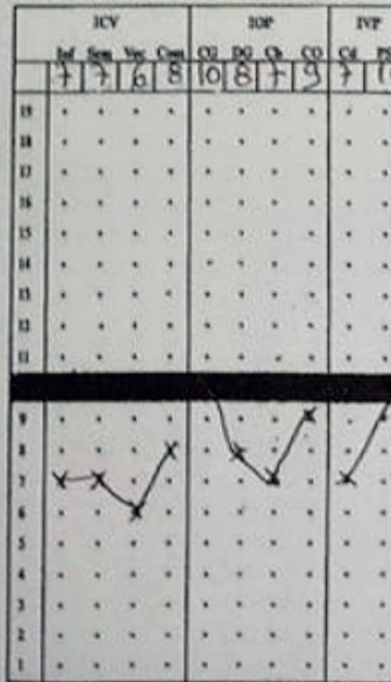
Subteste	Resultado bruto	Resultados Padronizados				
		Verbal	Real	CV	OP	VP
Compreensão de Gesturas	24		10		10	
Informação	19	7		7		
Objetos	58		7			7
Semelhanças	18	7		7		
Diagrama de Gesturas	24		8		8	
Atividade	19	7				
Cubos	45		7			7
Visualização	51	6		6		
Compreensão de Objetos	32		9		9	
Compreensão	21	8		8		
Preços de Etiquetas	32		10			10
Montagem de Letras	15	9				
Letras	24		10			
Soma dos Resultados Padronizados		35	41	38	34	17
		Índice de Escala Completa				
		76				

	Resultado	QP Índice	Percentil	95% Intervalo de confiança
Verbal	35	78	7	73-87
Realização	41	86	18	73-97
Escala Completa	76	78	7	72-89
CV	28	80	9	74-90
OP	34	89	23	81-100
VP	17	92	30	83-100

## WISC-III Perfil de Resultados Padronizados



## WISC-III Perfil de Índices Factoriais (opcionais)



Copyright © 2002 by The Psychological Corporation. Todos os direitos reservados.

**Anexo G: Questionário CDI ( Children's Depression Inventory) – Caso  
P**

Nome: P  
Idade: 16 Sexo: M Escolaridade: 8º ano  
Data: 8-12-2016

## CDI

Copyright: Maria Kovacs, Ph.D.

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros.

Tens aqui uma lista de sentimentos e ideias por grupos. Para cada grupo de três frases escolhe a que melhor te descreve nas últimas duas semanas. Depois de escolheres uma frase de um grupo passa para o seguinte.

Não há respostas certas ou erradas. Escolhe só a frase a maneira como te tens sentido recentemente. Põe uma cruz  na tua resposta.

Tens em baixo um exemplo para aprenderes a responder a estas frases. Põe uma cruz junto à frase que **melhor** te descreve.

Exemplo:

- Leio livros muitas vezes
- Leio livros de vez em quando
- Nunca leio livros

Vamos agora ver os outros grupos de frases.

**Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve melhor nas últimas duas semanas.**



**Lembra-te, descreve como te tens sentido nas últimas duas semanas...**

<p>1.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Estou triste de vez em quando.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou triste muitas vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou triste o tempo todo.</p>	<p>8.</p> <p><input type="checkbox"/> Sou culpado (a) de tudo o que acontece de mau</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Muitas coisas más acontecem por minha causa</p> <p><input type="checkbox"/> As coisas más não costumam ser culpa minha.</p>
<p>2.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nunca nada me vai correr bem..</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem.</p> <p><input type="checkbox"/> As coisas vão-me correr bem.</p>	<p>9.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não penso em matar-me.</p> <p><input type="checkbox"/> Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei</p> <p><input type="checkbox"/> Quero matar-me.</p>
<p>3.</p> <p><input type="checkbox"/> Faço quase tudo bem.</p> <p><input type="checkbox"/> Faço muitas coisas mal.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faço tudo mal.</p>	<p>10.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho vontade de chorar todos os dias.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho vontade de chorar muitas vezes.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> De vez em quando tenho vontade de chorar</p>
<p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> Divirto-mo com muitas coisas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Divirto-me com algumas coisas.</p> <p><input type="checkbox"/> Nada é divertido para mim.</p>	<p>11.</p> <p><input type="checkbox"/> Tudo me aborrece imenso.</p> <p><input type="checkbox"/> Aborreço-me muitas vezes.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aborreço-me de vez em quando.</p>
<p>5.</p> <p><input type="checkbox"/> Sou sempre mau (má).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sou mau (má) muitas vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Sou mau (má) de vez em quando.</p>	<p>12.</p> <p><input type="checkbox"/> Gosto de estar com pessoas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não gosto muitas vezes de estar com pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca quero estar acompanhado por pessoas</p>
<p>6.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho receio que me aconteçam coisas más.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis.</p>	<p>13.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca consigo tomar decisões.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Para mim é difícil tomar decisões.</p> <p><input type="checkbox"/> Tomo decisões com facilidade.</p>
<p>7.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu detesto-me.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Eu não gosto de mim.</p> <p><input type="checkbox"/> Gosto de mim.</p>	<p>14.</p> <p><input type="checkbox"/> Gosto do meu aspecto.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Há algumas coisas do meu aspecto que não gosto muito.</p> <p><input type="checkbox"/> Sou feio (a).</p>

**Lembra-te, descreve como te tens sentido nas últimas duas semanas...**

15.  Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os meus trabalhos da escola.  
 Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os trabalhos da escola.  
 Não é difícil fazer o trabalho da escola.

16.  Durmo mal todas as noites.  
 Muitas noites durmo mal.  
 Durmo sempre muito bem.

17.  Sinto-me cansado (a) de vez em quando.  
 Sinto-me cansado (a) muitas vezes.  
 Sinto-me sempre cansado (a).

18.  A maioria dos dias não me apetece comer.  
 Há muitos dias em que não me apetece comer.  
 Como sempre bem.

19.  Não me preocupo com a minha saúde.  
 Preocupo-me muito com a minha saúde.  
 Ando sempre preocupado com a minha saúde.

20.  Não me sinto só.  
 Sinto-me só muitas vezes.  
 Sinto-me só sempre.

21.  Nunca me divirto na escola.  
 Divirto-me na escola de vez em quando.  
 Divirto-me muitas vezes na escola.

22.  Tenho muitos amigos (as).  
 Tenho muitos amigos (as) mas gostava de ter mais.  
 Não tenho amigos (as).

23.  Os meus resultados escolares são bons.  
 Os meus resultados escolares já foram melhores.  
 Estou muito mau em disciplinas em que dantes era bom (boa).

24.  Nunca vou conseguir ser tão bom (boa) como os (as) outros (as).  
 Se eu quiser poderei ser tão bom (boa) como os (as) outros (as).  
 Consigo ser tão bom (boa) como os outros(as).

25.  Ninguém gosta mesmo de mim.  
 Não tenho a certeza se há alguém que goste de mim.  
 Tenho a certeza de que alguém gosta de mim.

26.  Costumo fazer o que me mandam.  
 Muitas vezes não faço o que me mandam.  
 Nunca faço o que me mandam.

27.  Dou-me bem com os (as) outros (as).  
 Ando muitas vezes em brigas.  
 Ando sempre metido (a) em brigas.

## **Anexo H: Esclarecimento das afirmações escolhidas no CDI- Caso P**

Dos 27 itens do instrumento, P escolheu 5 afirmações com pontuações elevadas de 2 pontos e 3 afirmações com pontuação de 1 ponto. Iniciei o questionamento pelas afirmações mais significativas.

**Na afirmação 2** “Nunca nada me vai correr bem”; P explicou que sempre pensou assim, embora atualmente já não tenha esse pensamento recorrentemente “sempre pensei assim, ultimamente é que começo a pensar de forma diferente!”. Demonstrou uma atitude reflexiva e consciente “reprovar três vezes seguidas é natural que pense que nunca nada me vai correr bem, mas eu sei que é por minha causa, por isso enquanto não mudar de vez, nada me vai correr bem”.

**Na afirmação 3** “faço tudo mal”, P explica que tem consciência do seu comportamento inadequado principalmente na escola e por esse comportamento ter sido retido três vezes no 8º ano “sempre fiz tudo mal, era um irresponsável, faltei as aulas e não me alimentava. Sei também que fui muito mal-educado para a minha família, embora o meu comportamento na escola melhorou, na minha família é mais difícil me controlar e não me exaltar e sei que faço mal”.

**Na afirmação 15** “tenho sempre de me esforçar para fazer os trabalhos de casa” refere que se sente desmotivado por estar novamente no 8º ano “já estou farta de dar o mesmo, parece que fico mais burro a cada ano que repito”, afirma com humor e a sorrir.

**Na afirmação 17** “sinto-me sempre cansado” principalmente quando acorda, diz que não dorme bem “acordo cansado, mas ao longo do dia desperto”.

**Na afirmação 24** “nunca vou conseguir ser tão bom como os outros” afirma que já pensou com mais frequência, atualmente sabe que não tem tantas capacidades como algumas pessoas, refere o seu irmão “nunca vou conseguir entrar na faculdade porque não tenho capacidade como o meu irmão”.

Já as afirmações com a pontuação de 1 ponto, embora não sendo tão significativas como as anteriores, não deixem de ser igualmente importantes (sendo que a pontuação mais baixa é 0 pontos) continua-mos a exploração em conjunto.

**Na afirmação 7** “eu não gosto de mim”, refere-se a nível físico e “gostava de ter mais músculos como agora está na moda, mas sou muito magro e seria difícil”. Questionei P se sentia bem com o corpo de forma a explorar a autoestima “sinto-me bem, apenas gostava de ser mais musculado, mas antes magro como estou do que obeso como já fui”, Demonstrou aceitar o corpo e apenas ser um desejo mas não e forma destrutiva da sua autoestima.

**Na afirmação 8** “muitas coisas más acontecem por minha causa”, escolheu essa afirmação por sentimento de culpa em anteriores discussões na família “sentia mais quando faltava as aulas, os meus pais sempre discutiram bastante e discutiam mais e com zangas feias por minha causa, havendo também discussão dos meus avós paternos com o meu pai por causa da minha educação. Tenho consciência que muitas discussões e mau estar eu fui o culpado”.

**Na afirmação 25** “não tenho a certeza se alguém gosta de mim”, P refere-se aos avós maternos principalmente ao avô “ele não gosta de mim mas de ninguém, só gosta dele próprio”, expliquei que a afirmação refere de uma forma geral e não específica, P afirma que optou por essa afirmação somente pelo avô “sei que os meus pais gostam de mim, o meu irmão e os meus avós paternos e tenho amigos, por poucos que sejam é porque gostam de mim”.

A análise de forma qualitativa ajudou a esclarecer a incongruência do resultado a nível quantitativo com o comportamento mais adequado e a mudança que P demonstrava, No entanto realço a importância desta avaliação para a decisão em conjunto com a Pedopsiquiatra de reduzir a serralina com o objetivo de P deixar a medicação. Uma vez que P após tantos anos de acompanhamento estar colaborante e progredir em todos os aspetos problemáticos sinalizados.

**Anexo I: Folha de Perfil WISC-III – Caso F**

# WISC-III™

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

Nome: Casa F  
 Sexo: Masculino  
 Escola: \_\_\_\_\_  
 Ano de Escolaridade: 5.º ano  
 Local de Avaliação: \_\_\_\_\_  
 Examinador: Sara Soares

	ANO	MÊS	DIÁ
Data de avaliação	2016	11	10
Data de nascimento	2005	11	18
IDADE	11A	04	8D

Subteste	Resultado bruto	Resultados Padronizados				
		Verb	Real	CV	OP	VP
Compreensão de Germanos	26		77		47	
Informação	27	15		25		
Código	61		45			15
Semelhanças	18	74		74		
Diagrama de Germanos	42		15		15	
Arbitrário	76	47				
Matriz	63		77		47	
Verbalidade	32	15		15		
Composição de Objectos	38		16		16	
Compreensão	21	74		74		
(Preços de Etiquetas)	12		3			3
(Mistura de Dígitos)	12	9				
Matricias	33		42			
Soma dos Resultados Padronizados		71	80	58	65	18
Resultado de Escala Completa		151				

Resultado	QI Índice	Percentil	25.º Intervalo de confiança	
				Verbal
Realização	80	142	93,7	128-146
Escala Completa	151	142	93,7	125-140
CV	58	126	96	116-138
OP	65	142	93,7	127-146
VP	18	95	37	85-107

### WISC-III Perfil de Resultados Padronizados

	Verbal					Realização						
	Inf	Sem	Ver	Com	MD	CG	Cl	DG	Ch	CO	PS	Lb
	15	14	13	15	14	77	15	15	77	46	3	12
19	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
17	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

### WISC-III Perfil de Índices Factoriais (opcionais)

	ICV				IOP				IVP			
	Inf	Sem	Ver	Com	CG	DG	Ch	CO	Cl	PS	Cl	PS
	15	14	15	14	77	15	77	46	45	3		
19	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
17	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Copyright © 2002 by The Psychological Corporation, a wholly owned subsidiary of Pearson Education, Inc. All rights reserved.

## **Anexo J: Escala de Conners para pais – Caso F**



## ESCALA DE CONNERS PARA PAIS

(VERSÃO REVISTA - FORMA REDUZIDA)

(Keith Connors, Ph.D., 1997; Tradução e adaptação A.R.Rodrigues)

Nome da Criança: F. Idade: 11

Data de Nascimento: 18/11/2005 Género: F    M X Familiar: NAO

Data preenchimento: 21/12/2016

INSTRUÇÕES: Abaixo estão discriminados os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas dessas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da frequência, intensidade e duração.

Por favor responda avaliando o comportamento do seu filho durante o último mês.

Para cada item pergunte-se "Com que frequência isto aconteceu no último mês?" e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência pode marcar 0; Se ocorre muitas vezes e frequentemente pode marcar 3; pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA	UM POUCO	FREQUENTE	MUITO FREQUENTE
0	1	2	3

1- Desatento, distrai-se facilmente	0	1	X	3	
2- Furioso (zanga-se com facilidade) e ressentido	0	X	2	3	
3- Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa	0	1	X	3	
4- Está sempre a movimentar-se ou age como "tendo as pilhas carregadas" ou como se estivesse "ligado a um motor"	0	1	2	3	
5- Atento por curtos períodos de tempo	0	1	X	3	
6- Discute / argumenta com os adultos	0	1	2	X	
7- Mexe muito os pés e as mãos, mexe-se ainda que sentado no lugar	0	1	2	X	
8- Não consegue completar o que começa	0	1	2	X	
9- Dificil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos	0	1	X	3	
10- Desarrumado ou desorganizado em casa ou na escola	0	X	2	3	
11- Perde o controlo	0	1	X	2	3
12- Precisa de acompanhamento para executar as tarefas	0	X	2	3	
13- Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa	0	1	2	X	3
14- Corre e trepa em situações inapropriadas	0	X	2	3	
15- Distraído e com tempo de atenção curto	0	1	X	2	3
16- Irritável	0	1	X	2	3
17- Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal com trabalhos na escola ou de casa)	0	1	2	X	3
18- Irrequieto, "tem bichos carpinteiros"	0	X	2	3	
19- Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa	0	1	X	2	3
20- Provocador ou recusa em satisfazer os pedidos de um adulto	0	1	2	X	3
21- Tem problemas em concentrar-se nas aulas	0	1	2	X	3
22- Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo	0	X	2	3	
23- Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado	0	1	2	X	3
24- Deliberadamente faz coisas para irritar os outros	0	1	2	X	3
25- Não segue instruções e não acaba os trabalhos no lugar (Não é dificuldade em entender as instruções ou recusa)	0	1	2	X	3
26- Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente	0	1	X	2	3
27- Fica frustrado quando não consegue fazer qualquer coisa	0	1	2	X	3

## ESCALA DE CONNERS PARA PAIS VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA) FOLHA DE COTAÇÃO (versão portuguesa preliminar)

(Keith Conners, Ph.D. - 1997)

Tradução e Adaptação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana - parte integrante da dissertação de doutoramento.

Nome da Criança: <u>F. ...</u>				Sexo: <u>M</u>	<u>X</u>
Data de Nascimento: <u>18 11 2007</u>		Idade: <u>11</u>	Ano Escolaridade: <u>5<sup>o</sup></u>		
Nome do familiar: <u>Mãe</u>			Data de preenchimento: <u>01 12 2016</u>		
Observações:			Código:		

Para cada item, transfira o número rodeado com um círculo ou assinalado com uma cruz, para cada uma das caixas brancas presente em cada linha. Se existir mais do que uma caixa branca, transfira o número para todas elas. Some cada coluna e escreva os totais nas caixas designadas para o efeito que se encontram no final da página.

	A. ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE OPOSIÇÃO	B. ESCALA DE PROBLEMAS COGNITIVOS/ DESATENÇÃO	C. ESCALA DE EXCESSO DE ACTIVIDADE MOTORA	D. ÍNDICE DE DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE				
1				2	0	1	2	3
2	1				0	1	2	3
3		2			0	1	2	3
4			2		0	1	2	3
5				2	0	1	2	3
6					0	1	2	3
7				3	0	1	2	3
8		3			0	1	2	3
9			2		0	1	2	3
10				1	0	1	2	3
11	2				0	1	2	3
12		1			0	1	2	3
13				3	0	1	2	3
14			1		0	1	2	3
15				2	0	1	2	3
16	2				0	1	2	3
17		2		3	0	1	2	3
18			1		0	1	2	3
19				2	0	1	2	3
20	3				0	1	2	3
21		3		3	0	1	2	3
22			1		0	1	2	3
23				3	0	1	2	3
24	3				0	1	2	3
25				2	0	1	2	3
26			2		0	1	2	3
27				3	0	1	2	3
	11	12	11	29				

**ESCALA DE CONNERS PARA PAIS – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)  
PERFIL (SEXO MASCULINO)  
6-10 anos**

(Keith Conners, PhD. - 1997)

Score padrão	B. Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção	PT	C. Escala de Excesso de Actividade Motora	PT	D. Índice de Défice de Atenção e Hiperactividade	PT
92						
91						
90						
89						
88						
87						
86						
85						
84						
83						
82						
81						
80						
79	15					
78	15					
77	15	90				
76	14	88				30
75	14					
74	14					
73	13					
72	13	87				
71	13					
70	12					
69	11					
68	11	85-86				36-37
67	11	83-84				35
66	10					
65	10					
64	10	80-82				32-33
63	9					
62	9	84-85				31
61	8					
60	8					
59	8	79-83				84-87
58	8					
57	7					
56	7	74-78				83
55	6					
54	6					
53	6	66-73				79-82
52	5					
51	5					
50	5	55-65				74-77
49	4					
48	4	46-54				71-73
47	4					
46	3					
45	3	33-45				67-70
44	3					
43	2					
42	2	22-32				61-66
41	1					
40	1					
39	1	0-21				53-60
38						
37						
36						
35						
34						
33						
32						
31						
30						
29						
28						
27						
26						
25						
24						
23						
22						
21						
20						
19						
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						
0						

Normas Portuguesas - por Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação - parte integrante da dissertação de Doutoramento