



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Ricardo Manuel Ribeiro da Silva

Gandra janeiro de 2020

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Ricardo Manuel Ribeiro da Silva

Supervisão: Professora Doutora Maria Emília Areias

Gandra janeiro 2020

Agradecimentos

À **Diretora da Instituição e Orientadora**, pelo acolhimento, confiança, disponibilidade, transmissão de conhecimentos e partilha de sabedoria.

Às **Doutoras** por todos os conselhos, pela disponibilidade e por todo o apoio.

A todos os **profissionais da Instituição**, pelas brincadeiras, pela companhia e pelo profissionalismo.

À **Professora Doutora Maria Emília Areias**, pelos conselhos, dedicação, apoio e incentivo durante esta jornada.

Ao **Álvaro Seixas**, pela companhia, amizade e partilha de gargalhadas.

Aos meus **amigos**, pelo companheirismo, brincadeiras, apoio, parvoíces e amizade. Em especial à **Ângela**, pela companhia durante a escrita, pelo interajuda e pela partilha de desespero.

À **Carina**, pelo carinho, apoio, amor e por aturar os meus dramas e angústias.

Aos meus **avós**, pela preocupação, carinho e apoio.

Aos meus **padrinhos** e ao **Samuel**, por ajudarem a tornar possível toda esta caminhada, pelo acolhimento, confiança, ajuda, cuidado e carinho.

À minha **irmã**, pelo esforço para não incomodar muito, pelo amor muitas vezes envergonhadamente camuflado, pelo carinho e amizade.

Aos meus **pais**, pelo esforço, pelo amor incondicional, pelo apoio nas horas difíceis, pela compreensão, ajuda, confiança e por tornarem possível toda esta caminhada.

Um Muito Obrigado.

Índice

Introdução	1
1. Caracterização do Local de Estágio	2
2. Papel do Psicólogo em Contexto Clínico.....	3
3. Descrição das Atividades de Estágio	3
3.1. Orientação e Reuniões Supervisão	3
3.2. Observação de Consultas de Psicologia.....	4
3.3. Treino intensivo	4
3.4. Cotação de Testes	5
3.5. Desenvolvimento de Material	5
3.5.1. Oceano das Emoções: (Anexos 2: Imagem 1).....	5
3.5.2. Minecraft Emotional World:	6
3.5.3. Roleta das Emoções:.....	6
3.5.4. Explorar Comportamentos - Batman:.....	6
3.5.5. YouTube das Emoções:	7
3.5.6. Descobrir as Emoções:	8
3.5.7. Rolos das Expressões Faciais:	8
3.5.8. Cubo:	8
3.5.9. Emoji das Expressões:.....	9
3.5.10. Tabuleiro das Cores:.....	9
3.5.11. Jogo da Memória com Emoções:.....	9
3.5.12. Dino e Dinolândia:	9
3.6. Consultas.....	10
4. Estudo De Caso	10
4.1. Identificação.....	10
4.2. Motivo e Pedido.....	11
4.3. História de Vida	11
4.4. Genograma.....	14
4.5. Processo de Avaliação Psicológica.....	15
4.6. Enquadramento conceptual.....	16
4.8. Reflexão sobre o Caso	22
Conclusão	23
Bibliografia.....	24

Introdução

Este relatório, diz respeito ao estágio curricular do Mestrado de Psicologia Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde – IUCS, CESPU. O objetivo deste relatório, é a apresentação/discriminação de todas as atividades realizadas neste âmbito. Abordando quer a assistência e realização de consultas, até outras atividades também realizadas durante o estágio curricular.

Antes de mais, é importante realçar a relevância do estágio curricular para o crescimento profissional de cada aluno, bem como para a estimulação das competências académicas e teóricas, obtidas ao longo de todo o percurso.

Deste modo, este estágio foi com a supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias. Tendo sido iniciado a 11 de outubro de 2018 e terminado a 1 de junho de 2019. É ainda de mencionar que as 420 horas propostas para a realização do estágio foram ultrapassadas, quer pela necessidade de continuidade com o trabalho que vinha a ser feito com os pacientes, quer pela boa vontade da Instituição em permitir que essas horas fossem alargadas.

Assim, este relatório é referente à apresentação de todas as atividades relacionadas com o estágio. Iniciando-se por uma descrição do local de estágio, pelo papel do psicólogo em contexto clínico. É também feita uma descrição de todas as atividades realizadas no local de estágio de onde parte a seleção de um estudo de caso, para uma descrição mais pormenorizada.

1. Caracterização do Local de Estágio

O estágio foi realizado numa instituição que apresenta um corpo clínico multidisciplinar com formação especializada na área do desenvolvimento e da saúde física e mental. Estando apta para o intervir em diversas problemáticas, em todas as etapas do desenvolvimento: crianças, adolescentes, adultos e seniores

Tendo como principais objetivos:

- Intervir desde a infância até à idade adulta.
- Avaliar e diagnosticar o mais cedo possível perturbações do desenvolvimento.
- Planear e executar intervenções adequadas a cada caso.
- Monitorizar constantemente a pertinência das intervenções.
- Atuar em contexto clínico, escolar, familiar e social.
- Redes de apoio formais a profissionais do ensino, família e pares

A clínica está aberta 6 dias por semana, funcionando das 9h da manhã até às 21h da noite. É composta por uma vasta equipa que abrange as áreas da saúde, educação e intervenção social. Tem umas instalações modernas e possui vários instrumentos e materiais próprios, tendo até alguns exclusivos da instituição, muitos deles desenvolvidos pelos colaboradores. Tem também salas equipadas para várias especialidades, como uma sala *snoezelen*, uma piscina, um ginásio, vários consultórios para Psicologia, Psiquiatria, Medicina, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, para explicações variadas, uma sala para massagens e outras terapias relacionadas com a área. Possui ainda uma sala de espera no primeiro piso, onde incluiu uma divisão para as crianças brincarem enquanto esperam e uma sala de espera no andar superior. É ainda de referir a existência de uma copa para que os colaboradores e as crianças que estão a ser acompanhadas na instituição, possam almoçar e lanchar.

A Instituição, tem ainda um treino exclusivo e inovador para o acompanhamento de crianças com alterações/perturbações do desenvolvimento, onde elas são acompanhadas durante toda a semana, das 9h até às 12h. Sendo que o Almoço faz parte do acompanhamento.

2. Papel do Psicólogo em Contexto Clínico

Em contexto clínico, o psicólogo lida com pacientes e familiares durante toda a vida, independentemente de origens étnicas, culturais, socioeconômicas, etc. Procurando atuar sobre problemas de saúde mental e comportamental dos indivíduos. Como, por exemplo: desajuste intelectual, emocional, psicológico, social e comportamental; incapacidades e desconforto; e pequenos problemas de ajuste, bem como psicopatologia grave. (APA, 2019).

Portanto, este contexto de trabalho envolve vários domínios: Avaliação, (entrevista diagnóstica, avaliação comportamental, utilização de testes psicológicos); Intervenção, (em indivíduos, famílias e grupos); Consultoria/Cooperação (da mesma ou de outras áreas); Pesquisa (envolvimento com pesquisas específicas e revisão crítica de ciências, conhecimentos e métodos relativos à psicologia clínica), (APA, 2019).

Deste modo, pode aplicar teorias, metodologias de avaliação/investigação, e modelos de intervenção da Psicologia, tendo sempre uma perspectiva globalizante do ser humano. Não perdendo de vista que o seu “objeto é a experiência psicológica e a relação que os sujeitos estabelecem com o seu estado de saúde ou de doença, ou, ainda, com acontecimentos ou especificidades biológicas que também suscitam movimentos de adaptação”. (Teixeira & Leal, 1990). Assim, é importantíssimo que o Psicólogo assuma um papel de auxiliador no processo de mudança do paciente, clarificando-o e até mesmo guiando-o.

3. Descrição das Atividades de Estágio

3.1. Orientação e Reuniões Supervisão

No local de estágio, eram solicitados relatórios de todas as consultas, sendo entregues a cada psicóloga responsável pelo caso e posteriormente realizadas correções e recomendações. Além disso, apesar de não haver uma periodicidade, eram frequentemente marcadas reuniões para esclarecimento de dúvidas, distribuição de tarefas ou até discussão de casos. Com todas as Psicólogas envolvidas na orientação de estágio.

Além disso, ocorram semanalmente reuniões de supervisão de estágio, com a Professora Doutora Maria Emília Areias, que tinham como objetivos o esclarecimento de dúvidas, a discussão de casos, o aconselhamento de estratégias a serem usadas com os pacientes e a partilhas de conhecimento sobre a prática clínica.

3.2. Observação de Consultas de Psicologia

Os primeiros meses do estágio, debruçaram-se principalmente sobre a observação de consultas, de avaliações e do treino exclusivo, já mencionado. (Especificado no ponto seguinte).

Deste modo, era possível assistir às consultas em que os pacientes fossem crianças ou adolescentes e houvesse a autorização do paciente e dos responsáveis legais pela sua educação para presença do estagiário na consulta. Esta observação era dividida pelas consultas de todas as psicólogas da clínica.

É irrefutável a importância desta fase de observação, para a preparação do contacto com a prática clínica, para a assimilação das técnicas/estratégias utilizadas e para uma solidificação dos conhecimentos teóricos e compreensão da sua inserção no trabalho do Psicólogo Clínico.

3.3. Treino intensivo para perturbações no desenvolvimento

É um treino intensivo para crianças com alterações de desenvolvimento, maioritariamente com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), com variância de idades entre os 2 e os 6 anos.

É de salientar que este treino é exclusivo desta instituição, o que impossibilita uma descrição mais detalhada de todo o processo, tendo sido assinada uma declaração de sigilo antes de se poder assistir. Contudo, é possível explicar que é feito um trabalho intensivo semanal, em quase todos os casos mais que um dia por semana, de modo a auxiliá-los na aquisição de competências básicas, ao nível social e cognitivo, e ajudando a reduzir os seus comportamentos estereotipados e disruptivos.

Este treino segue atividades e tarefas previamente estruturadas, incluindo ainda o lanche e o almoço. Deste modo, foi permitida a permanência e intervenção uma vez por semana, no acompanhamento destas crianças.

É de salientar que esta oportunidade de intervenção, foi marcadamente importante para a compreensão das diferentes valências de um psicólogo na prática clínica. Além disso, foi preponderante para a aquisição de competências na prática clínica.

3.4. Cotação de Testes

Outra das atividades desenvolvidas no local de estágio foi a cotação de testes psicológicos. Eram fornecidos testes previamente aplicados a pacientes onde era pedido que fosse feita a sua cotação e em alguns casos, interpretação. Esta atividade era supervisionada pela diretora clínica da instituição. Sendo que algumas das provas cotadas foram: Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) e *Teacher's Report Form* (TRF), Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R), *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC), Inventário da Depressão Infantil (CDI), Fear Survey Schedule for Children – Revised (FSSC-R), *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*, Teste de Cores e Palavras (STROOP), *Trail Making Test* (TMT), Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª edição (WISC-III), Figura Complexa de Rey.

Foram ainda analisados alguns testes projetivo: Desenho da Família, Fábulas de Duss, Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças.

3.5. Desenvolvimento de Material

Durante o estágio, foi criado material, de forma caseira, com o objetivo de proporcionar um trabalho mais variado e mais estimulante para os pacientes. Estes materiais eram feitos tendo em contas as necessidades dos pacientes, e também os seus gostos e interesses. Daí existirem materiais baseados em desenhos animados, em jogos, em youtubers ou outros temas que atraíam a atenção dos pacientes desta faixa etária. Sendo que na sua generalidade, o sucesso destes materiais foi evidente, aumentando o interesse e a motivação dos pacientes. Tendo havido a colaboração de uma psicóloga da instituição e do, à data colega de estágio. Assim foram criados:

3.5.1. Oceano das Emoções: (Anexos 2: Imagem 1)

Esta jogo, foi criado por para treino emocional, consiste em dois frascos, caracterizados com um oceano poluído e um repleto de vida, que representam as emoções

que o paciente considera negativas e positivas, respetivamente. Além dos frascos, contém imagens de peixes, a caracterizar várias expressões faciais emocionais, onde o objetivo é que o paciente os coloque num dos “oceanos” tendo em conta o que considera ser uma expressão facial emocional, negativa ou positiva.

O propósito deste jogo, é fazer com que o individuo trabalhe a identificação das expressões emocionais e, ao mesmo tempo, que consiga distinguir emoções que o fazem sentir bem ou mal.

3.5.2. Minecraft Emotional World: (Anexo 2: Imagem 2)

Este jogo, é composto por dois blocos, para emoções positivas e negativas, e cerca de 60 imagens do jogo “Minecraft”, representativas de situações que podem despoletar, diferentes reações emocionais. Sendo que o objetivo é o paciente dividir essas imagens pelos 2 blocos, consoante o que considera ser uma situação que desperta, emoções/sentimentos negativos ou positivos. Este jogo, tem como intenção entender a forma como o individuo encara certas situações do seu dia a dia, e também, ajuda-lo a perceber quais as emoções/ sentimentos associados a determinados acontecimentos, bem como a sua identificação.

3.5.3. Roleta das Emoções: (Anexos 2: Imagem 3 e 4)

Esta atividade, consiste numa roleta, na qual se roda e sai uma face representativa de uma expressão facial emocional, à qual o individuo tem que identificar e encontrar uma face que represente essa expressão, na folha de respostas (Anexos 2: imagem 4). É jogado com o psicólogo, sendo que isso traduz-se numa motivação e aumento do interesse, evidentes, por parte do paciente. Tendo ainda em conta, que no final, quem tiver mais faces marcadas na folha de respostas, vence o jogo. É ainda de referir, que este jogo tem várias versões de roletas (Anexos 2: Imagem 3) e de folhas de respostas (Anexos 2: Imagem 4), que são selecionadas pelo clínico, tendo em conta as características do paciente.

3.5.4. Explorar Comportamentos - Batman: (Anexos 2: Imagem 5)

Este jogo é jogado por dois jogadores (Paciente e Profissional de Saúde), tendo as características base de um jogo de tabuleiro, um início e um fim. É lançado um dado e vai-se a percorrer as casas, até se chegar ao final, o primeiro a terminar, vence o jogo. No entanto, este jogo foi criado para trabalhar várias áreas relacionadas com o dia a dia, problemas e comportamentos do paciente. Este jogo foi criado recorrendo às personagens do “Batman”, sendo que cada uma delas responsáveis por uma determinada área. São elas: Emoções/Sentimentos, Ambiente/Natureza, Pessoas/Sociedade, Família/Casa, Escola, Relações/Amizade, Autoestima e Clínica. Existindo ainda uma categoria aberta, para que o paciente ou o psicólogo façam questões à sua escolha e outra que permite que eles escolham qualquer umas das categorias já mencionadas. Sendo que para cada categoria são utilizados cartões com questões que são relevantes dentro de cada área. Além disso, o jogo permite ainda que o psicólogo jogue apenas com cartões de uma determinada categoria, caso pretenda trabalhar alguma das categorias em específico. É de notar que devido ao término do estágio, não foi possível terminar as cartas do jogo, contudo a ideia foi explicada para que se possa dar continuidade ao trabalho realizado.

3.5.5. YouTube das Emoções: (Anexos 2: Imagem 6)

Tal como anterior, este também tem em comum, as regras base de um jogo de tabuleiro. Todavia, dedica-se apenas ao treino emocional. O jogo é composto por face de youtubers, representativas das seis emoções básicas: Raiva, Nojo, Surpresa, Medo, Alegria, Tristeza. Quando o paciente ou o psicólogo, param numa casa que contém a face de um dos youtubers, o paciente é solicitado a identificar a emoção representada pelas expressões faciais emocionais do youtuber. Depois, se for o paciente a parar numa dessas casas, o psicólogo faz-lhe uma questão que esteja relacionada com aquela emoção, caso seja o psicólogo a parar numa dessas casas, faz o paciente a questão. Tratando-se de questões completamente abertas à imaginação e interesses de cada um, como, por exemplo: (“Diz-me três coisas que te façam sentir medo?”; “Diz-me a última vez que sentiste raiva?”, etc). Existem ainda casas que contêm uma imagem de um claquete, sendo que quem para nessa casa, tem que fazer as expressões faciais emocionais, de todas as seis emoções básicas. É de notar que se for o psicólogo a parar nessa casa, são muitas vezes feitas de forma incorreta, para fazer com que o paciente o corrija e trabalhe o reconhecimento das emoções. Assim, esta atividade tem como objetivo trabalhar a

identificação e representação das emoções, bem como a sua identificação e reconhecimento no dia a dia e nos seus comportamentos.

3.5.6. Descobrir as Emoções: (Anexos 2: Imagem 7)

Este jogo, é muito semelhante ao anterior, contudo é uma versão mais infantil, criado através das personagens do filme, "Inside Out" (Divertida-mente). Sendo que neste jogo, a emoção surpresa, é substituída por uma categoria “amigos”, uma vez que os grupos pares são muito importantes no desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Outra das diferenças relativamente ao jogo anterior, é que neste já existe uma tabela com as perguntas que o paciente e o psicólogo têm que fazer se calharem em determinadas casas. Contudo, muitas vezes o psicólogo utiliza o jogo sem essa tabela, ou altera a ordem das questões, para poder obter informações relevantes sobre os pacientes. As restantes regras e objetivos, são iguais ao jogo anterior.

3.5.7. Rolos das Expressões Faciais: (Anexos 2: Imagem 8)

Este jogo, não tem regras tão concretas, podendo ser utilizado consoante as necessidades do paciente. Consiste em seis rolos decorados com três rapazes e três raparigas, que podem ser selecionados tendo em conta os gostos e a identificação do paciente. O corpo é estático, mas a expressão facial emocional pode ser alterada, rodando o objeto, estando representadas todas as emoções básicas. Podendo ser utilizado para identificação de emoções, como ajuda para o paciente explicar como se sentiu ou com que expressão ficou numa determinada situação da sua vida, ou até como auxílio de outras atividades.

3.5.8. Cubo: (Anexos 2: Imagem 9)

O cubo, tem uma função semelhante ao jogo anterior, a diferença é que em vez de serem faces humanas, são emojis representativos de diferentes emoções, apresentam as mesmas funções mencionadas anteriormente.

3.5.9. Emoji das Expressões: (Anexos 2: Imagem 10)

Esta atividade, é constituída por um círculo que representa um emoji, contudo só tem nariz, passando-se por fornecer ao paciente um tabuleiro com diversos: olhos, bocas e sobrancelhas, bem como lágrimas e círculos representativos de uma face ruborizada. Estes elementos, ao serem colocadas no círculo, vão representar diversas expressões faciais emocionais. Este jogo pode ser utilizado para identificação de emoções, para discriminação das características particulares de cada parte da face quando o indivíduo está a experienciar uma emoção. Pode servir ainda para as funcionalidades já descritas nos dois últimos jogos.

3.5.10. Tabuleiro das Cores: (Anexos 2: Imagem 11)

Esta atividade é constituída por um tabuleiro onde estão fixos vários círculos coloridos e por um recipiente que contem vários homónimos a esses, soltos. Sendo que o objetivo da atividade é que a criança possa fazer corresponder os círculos através da sua cor. Podendo ser utilizado para treino cognitivo.

3.5.11. Jogo da Memória com Emoções: (Anexos 2: Imagem 12)

Este, é um jogo de memória comum, no entanto, é constituído por desenhos representativos de diferentes emoções/sentimentos. Sendo que o objetivo é encontrar os pares. Este jogo além de ser útil para o treino da memória e da concentração, é uma forma de fazer com que os pacientes estejam mais em contacto com diferentes emoções/sentimento acabando por ter que os memorizar de modo a encontrarem os pares corretos

3.5.12. Dino e Dinolândia: (Anexos 2: Imagem 13)

Consiste numa espécie de jogo onde os dinossauros dão as boas-vindas e convidam o paciente a responder às suas questões. Surge, assim, como uma tentativa de compreender melhor o(os) problema(as) do paciente, os sentimentos associados a ele e todas as suas preocupações. Tornando mais fácil o questionamento do psicólogo, porque

a criança não irá sentir tanto o seu peso, encarando mais as respostas como passos de um jogo.

3.5.13. Jogo dos Cálculos: (Anexo2: Imagem 14)

Esta atividade, é constituída por uma tabela de jogo, que contém uma zona para colocar as questões e outra para tampas de garrafa, com as respostas.

Existem vários graus de dificuldade, começado apenas por correspondência de cores, até cálculos matemáticos de diferentes complexidades. Este jogo foi criado para treino das capacidades cognitivas dos pacientes.

3.6. Consultas

Durante o estágio, as consultas consistiram maioritariamente em acompanhamento de crianças/adolescentes com problemas do desenvolvimento, sendo a PEA a condição mais representativa. Além disso, eram acompanhados pacientes com problemas relacionados com a autoestima, bullying e questões comportamentais.

As consultas contavam sempre com a presença de uma psicóloga orientadora, mesmo que muitas vezes não fizesse nenhuma intervenção na consulta. Assim, era dada liberdade para se trabalhar com os pacientes, mas iam sendo recebidos, durante e no final, conselhos relativos à prática clínica.

Deste modo, surgiu a seleção do caso clínico que mais à frente será abordado. Tendo sido escolhido por ter havido um acompanhamento mais longo, que permitiu um trabalho mais rigoroso e eficaz nas dificuldades do paciente.

4. Estudo De Caso

4.1. Identificação

GS nasceu a março de 2008, é do sexo masculino, tem 10 anos e vive com a mãe. Frequenta o 5 ano de escolaridade.

4.2. Motivo e Pedido

GS foi avaliado na consulta de Psicologia a pedido da mãe. Já estava diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo de grau 1 (Síndrome de Asperger) e uma mudança de país levou à necessidade de procurar um novo acompanhamento psicológico.

4.3. História de Vida

GS é filho único, nasceu em Portugal, onde morou com os pais até aos seus 3 anos. Nessa altura, mudou-se para França, retornando para Portugal, em julho de 2018.

As primeiras preocupações dos pais iniciaram-se por volta dos 18 meses. Pouco contacto ocular, sem reação quando chamavam pelo seu nome e atraso da fala. Foi inserido numa creche perto de onde a família morava para estimular o seu desenvolvimento. Por volta dos dois anos, é mencionado pelos pais, que não brincava com as outras crianças, isolava-se e ainda que os relacionamentos foram sempre “melhores” com os adultos. Segundo os pais, a primeira palavra de GS pareceu ser “mama”, no entanto, verificou-se uma paragem na progressão da linguagem. Costumava apontar para conseguir alguma coisa. Aos 4 anos e meio, já em França, é que a família consultou um Centro Médico-Psicopedagógico. Tendo sido diagnosticado com uma Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) de alto funcionamento, dando início a um acompanhamento nesse centro, nos serviços de Psicologia, Treino de Competências Sociais em grupo, Terapias da Fala e Ocupacional, e ainda consultas mensais de pedopsiquiatria. É de mencionar que GS apresentava um distúrbio significativo da linguagem, com fonte na disfasia associada ao diagnóstico de PEA. Ao fim de 2 anos de acompanhamento em terapia da fala (2x / semana), esse tratamento foi finalizado.

Antes disso, aos quatro anos os pais de GS passam por um divórcio. Sendo que tem pouco contacto com o pai e ele não se envolve nas questões de saúde do paciente. O pai casou novamente, mas ainda não teve filhos. Vive desde essa altura com a mãe. O pai passou a morar novamente em Portugal com a nova companheira, passando a ver o filho apenas durante as férias escolares, no entanto, uns tempos depois, voltou novamente para a França.

Foi inserido aos 3 anos no jardim de infância em França. Contudo, só entrou para o jardim de infância a meio do período, devido às grandes dificuldades de adaptação que

inicialmente apresentara. Dificuldades comportamentais acentuadas e falta de conhecimento prévio da língua francesa. No ano seguinte, pôde-se matricular em período integral e beneficiar do apoio de uma “*AVS - Auxiliaire de Vie Scolaire*”, que é um técnico responsável por apoiar as crianças com deficiência ao longo da sua vida escolar e extracurricular, durante o terceiro e último ano do jardim de infância.

Durante a sua infância, permanecia várias vezes centrado no objeto e o olhar muitas vezes era descoordenado. Era uma criança frequentemente sorridente, bastante expressiva e capaz de expressar um certo prazer em atividades de jogo. No entanto, as aberturas sociais eram limitadas a solicitações pessoais ou relacionadas a seus próprios interesses. Ter que partilhar jogos com os colegas, foi sempre uma complicação. Em momentos de prazer, a mãe descreve estereótipias manuais. Mostrava-se ainda bastante sensível aos ruídos circundantes. A mãe descreve dificuldades na mudança, tende a reproduzir sequências idênticas com a preocupação de voltar ao mesmo local como, por exemplo, o armazenamento de objetos. A mãe relata ainda a sua seletividade alimentar acentuada e as reações exacerbadas à frustração e mudança.

Ao entrar no seu primeiro ano de escolaridade, foi inserido numa turma “*ULIS — Troubles Envahissants du Développement*”, constituída por crianças com Perturbações do Desenvolvimento. No segundo ano de escolaridade, com vista a aumentar o seu progresso, conseguiu integrar uma classe “*ULIS*” com tempo de inclusão no ensino regular, durante a aula matemática.

Em 2016 foi inserido num “*SESSAD ou Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile*”, (Serviço de Educação Especializada e Assistência Domiciliar), mantendo-se lá enquanto vivia em França. Este acompanhamento revelou melhorias significativas nas competências sociais de GS, melhorando as suas relações.

Antes de regressar estava inserido num programa de educação inclusiva onde era integrado no ensino regular, nas aulas de francês e de matemática, é referido que apresentava um bom aproveitamento e não existiam queixas.

Durante o ano anterior, os tempos de inclusão foram estendidos para preparar o retorno a Portugal, uma vez que iria passar a ser educado em sala de aula, assim, beneficiou do tempo de inclusão em matemática e em francês.

Durante este período desenvolveu um comportamento cada vez mais adaptado ao contexto da sala de aula, melhoria nas competências cognitivas e um bom aproveitamento, tendo em conta a sua condição clínica.

Atualmente, passa o período da manhã com turma regular e de tarde numa de crianças com necessidades educativas. Sendo de salientar que no ano letivo anterior, a sua turma era de educação especial indo para a uma regular nas aulas de matemática, estando inserido na Educação Inclusiva.

Apresentou uma boa adaptação à nova escola, “até já tenho alguns amigos” (sic). Inclusive refere que já tem um melhor amigo. No entanto, é de referir que inicialmente teve algum conflito na adaptação aos pares, mas foi resolvido na própria escola rapidamente. Tem se apresentado muito autónomo. A professora, apresenta poucas queixas relativamente ao seu comportamento, salientando, no entanto, a sua acentuada desatenção.

Em outubro de 2018, procedeu-se a uma reavaliação do paciente no que concerne à PEA. Tendo sido rediagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo Grau — 1. A observação clínica e os relatos dos pais e professor, levaram à necessidade de uma avaliação para Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), muitas vezes associadas à condição de PEA. Em janeiro de 2019, foi diagnosticado com PHDA. (os resultados das avaliações serão especificados no ponto seguinte).

Até esta altura, ainda não havia sido medicado com a finalidade de diminuir a sua hiperatividade e falta de atenção. Contudo, depois da constante desatenção e hiperatividade e também com o apoio o diagnóstico de PHDA, foi medicado com Metilfenidato Ritalina LA 30 mg, sendo referido pela médica a possível necessidade de aumento da dose.

Atualmente, continua a ser acompanhado em Psicologia e Terapia Ocupacional. Apresenta uma postura com estereotípias frequentes e interesse invasivo por Jogos e vídeos de terror e ainda uma grande fixação por tecnologias, como Nintendo, PSP, Tablet, cinema. É muito irrequieto, mexe em tudo. Tem dificuldade em provar alimentos novos, almoçava no Buffet dos professores, porque não conseguia comer a comida da cantina.

Diz que gosta de brincar sozinho e com o seu gato. Fica sozinho em casa enquanto a mãe não chega do trabalho. Refere que só abre a porta a quem conhece, contudo, não

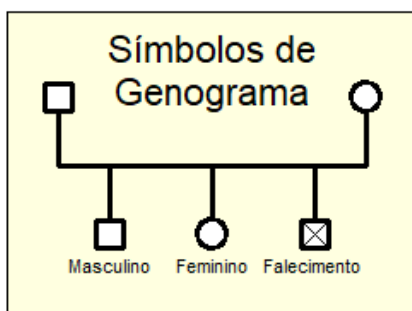
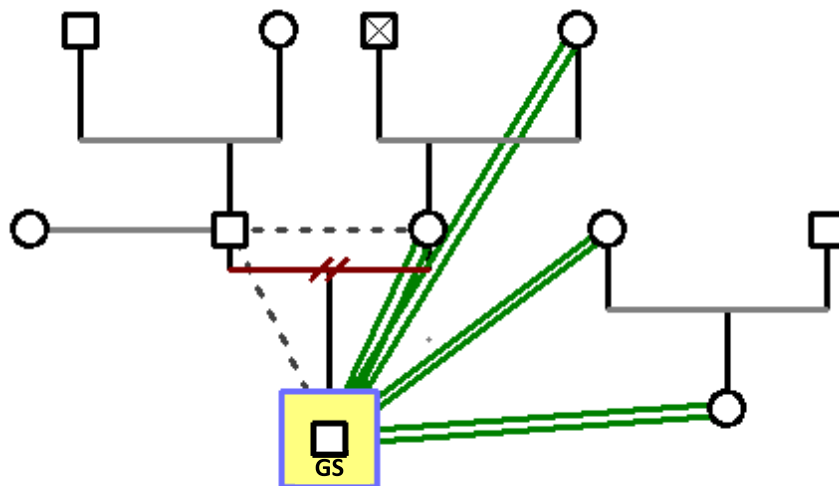
tem muita noção do que é uma pessoa de confiança. Ver uma vez uma pessoa, já é o suficiente para lhe abrir a porta. Refere ainda que os miúdos que jogam em jogos online com ele, são considerados amigos (mesmo não os conhecendo): “Se falares com eles no jogo, são teus amigos” (sic).

Quando está sozinho em casa gosta muito de filmes e de brincadeiras de terror, ao que ele chama de “evocações malvadas”(sic.).

A relação com o pai está cada vez mais distante, sendo que o paciente indica: “O meu pai não quer saber de mim”. Desde que veio para Portugal, nunca mais contactou com o pai. Diz que não pede à mãe para lhe ligar, porque ela também não quer saber do pai.

GS, tem uma relação muito próxima com a mãe. Tem também uma relação de grande proximidade com a avó, com a tia (irmã da mãe) e com a sua prima (filha desta tia), a quem denomina como “irmãzinha”(sic.).

4.4. Genograma



4.5. Processo de Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um processo interacional complexo, do decorrer do qual o psicólogo tenta obter o máximo de informação sobre o paciente e os seus problemas, recorrendo para isso à utilização de todos os meios disponíveis e válidos, para a recolha dessa informação, contextualizando-a num todo coerente, com intuito de intervir proceder eficazmente a uma avaliação, diagnóstico, prognóstico e respetiva proposta de intervenção. Para que assim possa auxiliar o paciente na melhoria da sua qualidade de vida.

Deste modo, os principais objetivos da avaliação passam por: (a) descrever o funcionamento atual, incluindo competência cognitivas, gravidade dos distúrbios e capacidade de vida independente; (b) confirmar, refutar ou modificar as impressões formadas pelos médicos devias às suas interações menos estruturadas com os pacientes; (c) identificar necessidades terapêuticas, destacar questões que possam surgir no tratamento, recomendar formas de intervenção e oferecer orientação sobre os resultados prováveis; (d) auxiliar no diagnóstico diferencial de distúrbios emocionais, comportamentais e cognitivo; (e) monitorizar o tratamento ao longo do tempo para avaliar o sucesso das intervenções ou identificar novos problemas que possam exigir atenção à medida que as preocupações originais forem resolvidas; (f) gerenciar riscos, incluindo a minimização de possíveis responsabilidades legais e a identificação de reações indesejáveis ao tratamento; (g) fornecer feedback de avaliação qualificado e empático como uma intervenção terapêutica em si (Meyer, et al., 2001)

Deste modo, GS foi avaliado em duas fases, tendo sido utilizados os seguintes métodos:

1º Fase:

Observação Clínica, Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª edição (WISC-III), ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*), ADI-R (*Autism Diagnostic Interview Revised*).

2ª Fase:

Observação Clínica, Figura complexa de Rey, D2 (Teste de Atenção), *Stroop*, *Trail Making Test*, Fluência Verbal, Torre de Hanói.

Esta avaliação permitiu que se concluísse que o paciente apresenta um nível cognitivo global considerado médio inferior para a sua idade cronológica. Sugere ainda um desempenho mais baixo em tarefas que exigem a aptidão verbal, compreensão de palavras, resolução de problemas verbais, pensamento lógico-abstrato, generalização e adaptação prática. Os dados obtidos revelaram-se compatíveis com um diagnóstico de uma Perturbação do Espectro do Autismo de grau 1 (Síndrome de Asperger).

Apresentou ainda dificuldades ao nível da memória viso espacial, da memória central executiva e da memória verbal. A Atenção revelou-se deficitária na atenção sustentada, seletiva e dividida. Foram ainda verificadas dificuldades no planeamento, na flexibilidade cognitiva, na inibição e na fluência verbal fonológica. Sendo possível diagnosticá-lo com uma Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção do tipo misto.

Nota: (Para informações mais específicas, os relatórios estarão anexados nos anexos 3)

4.6. Enquadramento conceptual

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma condição complexa do desenvolvimento que envolve desafios persistentes na interação social, fala e comunicação não verbal e comportamentos restritos / repetitivos. Os efeitos da PEA e a gravidade dos sintomas são diferentes em cada pessoa (Copeland, 2018).

Deste modo, o autismo é altamente caracterizado por dificuldades/défices emocionais, que se manifestam nas interações sociais, muitas vezes através da desadequação da sua interação com o outro, transmitindo um comportamento desajustado. A PEA é caracterizada por um comprometimento grave e crónico nas relações sociais. Afetando a competência social dos indivíduos (Baron-Cohen, 1988). Nas crianças com PEA, existem “disfunções em componentes-chave do sistema de processamento da face humana, essa disfunção pode contribuir para os défices no

processamento de expressões faciais emocionais” (Pelphrey, Morris, McCarthy & LaBar, 2007).

Assim, a dificuldade em identificar, reconhecer e expressar emoções, é muito característica nas crianças com PEA, sendo isso o principal causador de défices ao nível das competências sociais, uma vez que essa capacidade é um alto preditor para o sucesso das conexões interpessoais. O reconhecimento de emoções básicas é uma base extremamente importante da mais sofisticada compreensão emocional/social e estabelecer o grau do défice nas perturbações do Espetro do Autismo é imprescindível (Jones et al., 2011).

No entanto, (Uljarevic & Hamilton, 2013) , compararam os resultados de 16 estudos e descobriram que os indivíduos PEA tiveram dificuldades no reconhecimento de cinco emoções básicas, o mesmo não se verificou para a alegria. Encontraram ainda evidências preliminares de um pior reconhecimento do medo comparativamente com a alegria. O que mostra o reconhecimento da alegria é algo mais habitual nas pessoas com PEA. Isto, explica o porquê de a alegria ser a emoção que mais rapidamente é adquirida e entendida pelas crianças com PEA.

Assim, o Treino de Competências sociais é imprescindível no acompanhamento de crianças com PEA, uma vez que permite a melhoria das competências sociais, comportamentais e comunicacionais destes pacientes. No caso de GS, a intervenção teve por base o “Treino de habilidades sociais com crianças e jovens: teoria, evidências e práticas” de Susan Spence (2003). Este treino é indicado para pacientes dos 7 aos 18 anos. É explicitamente referido que não se deve ter alguma liberdade de avançar ou recuar fases dependendo do desenvolvimento da criança, e não o aplicar de forma rígida e exageradamente estruturada.

Este programa envolve 5 componentes:

- Treino de competências sociais comportamentais — instruções, discussão, modelagem, role-playing / ensaio comportamental, feedback e reforço para aumentar a capacidade de executar estratégias de resposta apropriadas;
- Treino de competências de perceção social — interpretação correta de pistas sociais de outros e contexto social;

- Técnicas autoinstrucionais / de autorregulação — autocontrole, autofala, autorreforço;
- Resolução de problemas sociais — identificação de problemas, geração de soluções alternativas, previsão de consequências, seleção e planeamento de respostas adequadas;
- Redução de respostas sociais concorrentes / inibidoras / inadequadas — gestão de contingência, treino dos pais, treino de relaxamento, reestruturação cognitiva.

No entanto, quando se transporta este treino para a prática clínica, muitas vezes são necessárias adaptações e até alterações na ordem, de modo a solucionar problemas do paciente e conseqüentemente da sua família. Já que, uma aplicação rígida deste treino, levaria a que todas as idiosincrasias do paciente, dos problemas e dos contextos, fossem completamente ignoradas. O que não seria, de todo benéfico para o paciente e para a sua família. Além disso, os problemas associados à condição do paciente não podem ser postos de parte, isso leva a que muitas vezes se tenham que alterar planos previamente estruturados, como é o caso deste treino de competências sociais.

Sendo ainda de salientar que os pacientes com PEA, são muito suscetíveis de frustração. Estes comportamentos ou até mesmo de raiva “são comuns, particularmente em reação às exigências impostas (ex-: cumprir uma tarefa), alterações na rotina ou eventos inesperados. A falta de compreensão ou a incapacidade de comunicar-se, ou a frustração total, podem, eventualmente, levar a explosões de agressividade” (Klin, 2006). Isto, reforça mais uma vez a necessidade de alterações na estruturação destes treinos e a quase obrigatoriedade de alterar os exercícios, muitas vezes até facilitado um pouco, de modo a captar a atenção e cativar o paciente a colaborar durante todo o treino.

Mais uma confirmação da importância da não generalização no paciente com PEA, no sentido de aplicação de formas pré-definidas, é que em muitos casos existem comorbidades associadas à PEA, como, por exemplo, a PHDA. Que também necessitam de ser trabalhadas, impedindo que se intervenha exclusivamente no aperfeiçoamento das competências sociais. Até porque muitas vezes verifica-se uma simbiose nas implicações de ambas as condições clínicas, na vida e no self do paciente.

Além disso, no caso de GS, verificou-se ao longo das consultas, uma necessidade bastante marcada de trabalhar a interpretação e compreensão, devido ao seu entendimento

muito literal, extremamente marcado, das expressões quotidianas, que assumia um papel impeditivo e prejudicial na sua interação diária, bem como no seu sucesso escolar. Sendo de notar que a literalidade é comumente associada à condição de PEA, pois muitos destes pacientes têm problemas em entender metáforas, às vezes interpretando-as literalmente (Ramachandran & Oberman, 2006).

Portanto, “as expressões idiomáticas estão muito presentes na comunicação diária, utilizadas e compreendidas por indivíduos de diferentes faixas etárias, contudo, as pessoas com PEA apresentam dificuldades na sua compreensão, atribuindo-lhe um sentido literal, mostrando-se incapazes de alcançar um significado idiomático (Marques, Azevedo, Galhanone & França, 2011). Isto pode tornar-se uma grande barreira na capacidade de comunicação destes indivíduos, o que transmite a importância de as trabalhar em consultório.

Antes de mais, é essencial relembrar a importância irrevogável do envolvimento dos pais e o facto de deles sentirem que estão a ajudar na resolução do problema ser extremamente importante em psicologia. “A motivação para o tratamento e para a mudança, em crianças, e o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico parecem guardar relação com a motivação dos pais e com a possibilidade deles de se perceberem como parte do processo.” (Oliveira, 2002).

Deste modo, a transmissão de informação aos pais e a sua integração em todo o processo, é completamente indispensável, uma vez que isso irá motivá-los para a aplicação/seguinte das indicações feitas pelo psicólogo, que são fulcrais para a mudança e evolução do paciente. Todavia, é fundamental ter em atenção que a informação passada aos pais não pode ser procedida de qualquer forma, sem que se tenha em conta os direitos e a privacidade da criança, de modo a não prejudicar a relação terapêutica e a estabilidade do trabalho clínico.

Além disso, “As pessoas com PEA, apresentam características como: discurso lento, cansativo, inadequação do discurso, incompreensão de expressões e metáforas, dificuldades com expressões idiomáticas, com mecanismos interpretativos para comunicação indireta e com interpretação de textos” (Mousinho, 2010). Daí a importância de reforçar este trabalho, se forma a aumentar o nível de compreensão dos pacientes com PEA.

Assim o acompanhamento com GS, deu-se apenas a partir da sua quinta sessão, uma vez que as quatro primeiras sessões realizaram-se no início do estágio. Altura em que só era permitido assistir às consultas, com o intuito de uma preparação mais eficaz para a prática clínica, permitindo uma observação e aprendizagem graduais, do modo como se deve proceder ao acompanhamento de pacientes com PEA.

No entanto, foi realizado um trabalho enquadrado nos processos anteriormente mencionados sobre treino de competências sociais. Nesta altura o diagnóstico de PHDA havia sido concluído, o que viria a provar as evidências já observadas nas consultas, pela psicóloga. O que revelou uma necessidade de começar paralelamente a trabalhar a atenção do paciente.

4.7. Início do Acompanhamento

Devido ao elevado número de sessões, surgiu a necessidade de resumir consideravelmente a sua descrição. Deste modo, estão inseridas em anexo, todas as atividades realizadas com o paciente (Anexo 1 – Tabela 1). Nessa tabela poderão ser consultadas. Todas as dificuldades que o paciente foi demonstrando ao longo das consultas e também poderão ser observados exemplos de atividades efetuadas com GS (Anexo 4)

O acompanhamento com GS, baseou-se em três tipos de treino, Treino Emocional (Ponto base do treino das habilidades sociais), Treino da Atenção/Concentração e Treino da Interpretação. Todavia, nem sempre era possível trabalhar estas áreas durante as consultas, quer por falta de tempo ou motivação do paciente, quer para não tornar as consultas exageradamente monótonas. Contudo, o treino emocional esteve presente em quase todas as sessões, uma vez que as competências emocionais foram consideradas primordiais no trabalho com o paciente.

Assim, o trabalho com o paciente iniciou-se diretamente com atividades para treino de competências, uma vez que já havia sido estabelecida uma relação terapêutica nas sessões de observação, onde era permitida a interação com ele.

A primeira sessão, foi exclusivamente dedicada ao treino das competências emocionais, uma vez que por ser a primeira uma parte da consulta correspondeu a um diálogo de modo a recolher mais alguma informação e aumentar a consolidação da relação terapêutica.

Nas Segunda e terceira sessões, trabalhou-se a interpretação, a atenção e a componente emocional. Isto foi possível devido ao tipo de exercidos e tempo despendido na sua realização.

Da quarta à décima sessão, foi sempre inserido o treino emocional, sempre acompanhado de mais um dos outros treinos já mencionados. No caso das quarta e sexta sessões esse treino foi de interpretação e no caso das 5^a e 7^a sessões foi de atenção. Esta decisão, teve com objetivo variar o género de atividades ao longo destas quatro sessões, de modo a não saturar o paciente aumentando-lhe assim, a motivação para a realização do trabalho proposto.

Na oitava sessão foram novamente inseridas as três áreas de trabalho que estavam a ser procedidas com o paciente. Uma vez que ele havia faltado durante duas semanas, sentiu-se a necessidade de voltar a efetuar um trabalho mais completo.

As sessões nove e dez foram apenas representadas por um tipo de treino, interpretação e emocional, respetivamente. Sendo que na nona sessão a extensividade da atividade levou a que não houvesse tempo suficiente para se trabalhar outras competências. Isso, proporcionou que se decidisse trabalhar apenas a componente emocional na décima sessão, visto que não havia sido trabalhada e era a competente principal no acompanhamento de GS.

Assim, na sessão onze optou-se por iniciar os trabalhos pela interpretação e atenção, pois não haviam sido trabalhadas na sessão anterior. Acabando por não sobrar tempo para trabalhar a componente emocional.

Nas últimas cinco sessões foram trabalhadas as componentes da atenção e emocional. A decisão de trabalhar apenas estas duas componentes, deveu-se à concordância com as queixas regulares do paciente relativamente aos treinos da interpretação, uma vez que os exercícios eram mais trabalhosos para as suas capacidades, levando-o a uma maior desmotivação para trabalhar, correndo o risco de frustração.

É importante acrescentar, que a penúltima sessão, o paciente começou a ser preparado para a despedida dos trabalhos e retoma com a psicóloga que anteriormente estava a acompanhar exclusivamente o caso. Assim, na última sessão foi dada alguma liberdade ao paciente, permitindo-o escolher os exercícios que queria fazer, dentro da linha dos efetuados ao longo das consultas. Sendo precedidos de uma despedida,

explicação do termino do trabalho e esclarecimento de dúvidas/questões do paciente.

4.8. Reflexão sobre o Caso

O acompanhamento de GS, começou quase no início do estágio, sendo que num total de vinte sessões, apenas quatro foram de observação. Isto, fez deste caso uma excelente escolha, para ser partilhado no relatório de estágio. Além disso, como o paciente era regular e assíduo, foi possível realizar-se um acompanhamento a vários níveis, o que ainda aumenta o interesse deste caso.

Assim, como já evidenciado, foram definidas três grandes áreas onde a intervenção se mostrou indispensável, competências emocionais, atenção e interpretação. Contudo, apesar de já haver um trabalho a nível emocional previamente iniciado (em França), as suas dificuldades emocionais evidenciavam-se acentuadas.

Uma vez que a identificação, o reconhecimento e a expressão de emoções estão na base do desenvolvimento das competências sociais, percebeu-se a urgente necessidade de colocar o treino emocional como principal fator a ser trabalhado em contexto de consultas. Portanto, todo o trabalho desenvolvido para melhoria das competências emocionais do paciente, começou a mostrar resultados graduais e muitas vezes discretos. O paciente começou a conseguir identificar mais e melhor as diferentes emoções. Conseguia mais facilmente relacionar as emoções com as situações que ocorriam diariamente, apesar de ainda apresentar diversas dificuldades, como é de esperar devido à PEA. Sendo que muitas destas melhorias não eram só detetadas nos exercícios que fazia, mas sim, nos relatos sobre o seu dia a dia, feitos durante as sessões.

Paralelamente, evidenciaram-se dificuldades elevadas na interpretação, que eram apoiadas pelos relatos dos pais e da professora. Assim, a urgente necessidade de intervir sobre capacidade interpretativa de GS tornou-se essencial. Portanto, como já mencionado, recorreu-se às expressões idiomáticas para trabalhar a interpretação do paciente. Inicialmente apresentava uma enorme dificuldade em reconhecer e interpretar estas expressões, mas como tempo, tornou-se capaz de reconhecer e adicionar ao seu vocabulário, algumas delas.

Porém, é essencial continuar a trabalhar a interpretação do paciente, visto ainda apresentar dificuldades significativamente elevadas. Poderá futuramente ser útil, uma

mescla de técnicas e exercícios para trabalhar a interpretação, de modo a ajudar o paciente a desenvolver a sua capacidade interpretativa, a diferentes níveis.

É ainda de salientar, que a atenção/concentração foi outro dos pontos trabalhados ao longo das consultas. É possível dizer que esta, foi área que sofreu alterações menos significativas, no entanto, foi notório que o paciente já controlava mais os seus impulsos e mantinha-se mais tempo concentrado nos exercícios. Isto, revela a importância de continuar com este trabalho, de modo que estas melhorias sejam cada vez mais significativa e mais concretamente visualizadas no seu quotidiano.

Assim, apesar da Perturbação do Espectro do Autismo — Grau I e das restantes dificuldades de GS, um trabalho regular, global e que incida diretamente nas competências que precisa de melhor. Poderá ser essencial para uma melhoria da sua qualidade de vida e para uma integração muito mais adequada à sociedade e à interação com o outro.

Conclusão

Ao longo de todo o percurso académico são transmitidos conhecimentos e informações quer teóricos, quer técnicos sobre toda a atividade clínica e psicologia em geral. Esses conhecimentos, por mais completos que sejam, por si só nunca conseguem concluir a preparação de um profissional para a prática clínica na totalidade.

Deste modo, o estágio traduz-se de forma inegável numa etapa importante para o desenvolvimento eficaz e completo do psicólogo enquanto profissional de saúde. Ajudando a conhecer de mais rigorosamente todos os processos envolvidos na prática clínica e a desenvolver as suas capacidades através da solidificação das aquisições teóricas anteriormente adquiridas.

Além disso, a fase de observação tem um cariz adaptativo e de ligação entre a aprendizagem académica e a prática clínica, o que é um enorme auxílio na adaptação do estudante/estagiário ao meio onde é profissionalmente inserido. Pelo que, a adaptação gradual e tranquila que foi opcionalmente procedida no local de estágio em causa, revelou-se extremamente importante para a passagem bem sucedida à prática de consulta propriamente dita.

Contudo, resumir esta experiência às consultas de psicologia, seria restritivo, do que foi o estágio curricular. Toda a prática de cotação de testes psicológicos, de acompanhamento das crianças inseridas no TID, a elaboração/criação de material e todas as aprendizagens que a experiência clínica transmite são aspetos importantíssimos no desenvolvimento clínico e pessoal.

Todavia, seria redutor, não mencionar as experiências pessoais e sociais vivenciadas durante este período. Das relações estabelecidas, de todo o envolvimento num trabalho rigoroso, englobante e de partilha de conhecimentos de numerosas áreas, para uma melhoria da qualidade de vida dos paciente e dos que deles estão próximos.

Assim, é permitido concluir que está experiência foi importante para um desenvolvimento pessoal e profissional, que apenas se está a iniciar. Revelando uma necessidade clara de continuação neste desenvolvimento.

Bibliografia

APA. (2019). *American Psychological Association*. Obtido de <https://www.apa.org>

Baron-Cohen, S. (1988). Social and Pragmatic Deficits in Autism: Cognitive or Affective? . *Journal of Autism and Developmental Disorders, VoL 18, No. 3*, 379-402.

- Copeland, J. (Agosto de 2018). *American Psychiatric Association*. Obtido de <https://www.psychiatry.org>
- Jonwa, C., Pickles, A., Falcaro, M., Marsden, A., Happé, F., Scott, S. et al. (2011). A multimodal approach to emotion recognition ability in autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (3), 275 - 285.
- Klin, A. (2006). Autism and Asperger syndrome: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 3-11.
- Marques, F., Azevedo, L., Galhanone, P., & França, A. (2011). A neurofisiologia das expressões idiomáticas na síndrome de asperger. *Neurociência da Linguagem*, 66-87.
- Meyer, G., Finn, S., Eyde, L., Kay, G., Moreland, K., Dies, R., . . . Redd, G. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment. *American Psychologist*, 56, 128 –165.
- Mousinho, R. (2010). The innocent speaker: pragmatic language in high functioning autism. *Rev. psicopedag. vol.27*, 385-94.
- Oliveira, I. (2002). Criteria of indications for brief psychotherapy with children and parents . *Psicologia: Teoria e Prática* , 39- 48.
- Pelphrey, K., Morris, J., McCarthy, G., & LaBar, K. (2007). Perception of dynamic changes in facial affect and identity in autism. *SCAN*, 140–149.
- Ramachandran, V., & Oberman, L. (2006). Broken mirrors: A theory of autism. *Scientific American Magazine*.
- Spence, S. H. (2003). Social Skills Training with Children and Young People: Theory, Evidence and Practice. *Child and Adolescent Mental Health*, pp. pp. 84–96.
- Teixeira, J., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde Contexto e intervenção . *Análise Psicológica*, 453-458 .
- Uljarevic, M., & Hamilton, A. (2013). Recognition of Emotions in Autism: A Formal Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1517–1526.

ANEXOS

ANEXO 1 - Descrição das Consultas de GS

Tabela 1. Caracterização das consultas de GS.

Sessões	Treinos	Objetivos Exercício	Observação
1 ^a	Emocional;	Entender o conhecimento das emoções por parte do paciente; Relacionar as emoções com as situações diárias.	Apresentou bastantes dificuldades na compreensão do exercício, na seleção de sentimentos/emoções e na escolha de situações diárias onde eles estivessem representados.
2 ^a	Interpretação; Emocional Atenção	Interpretação de expressões idiomáticas portuguesas; “Jogo da memória com Emoções” *	Muita dificuldade de interpretação do significado das expressões (literalidade acentuada); Reconheceu poucas emoções. Estavas muitas vezes desatento, mas era notório o esforço para se concentrar para ganhar o jogo.
3 ^a	Emocional; Interpretação; Atenção.	Identificação e representação das expressões faciais emocionais; Interpretação de uma história com expressões idiomáticas; Treino da atenção através da reprodução de figuras.	Consegui efetuar a atividade com relativa facilidade. Tendo estado mais concentrado que o habitual na realização da atividade; Extrema dificuldade em entender a história; Mostrou um bom empenho, uma vez que não se deixou vencer pela frustração originada pelas tentativas falhadas.
4 ^a	Interpretação; Emocional;	Idêntico ao da última sessão; “Descobrir as Emoções”, *	Grande dificuldade em interpretar o texto e a decifrar o significado das expressões idiomáticas. Consegui identificar as emoções, mas extrema dificuldade em relaciona-las com o quotidiano.
5 ^a	Emocional; Atenção	Identificação e reconhecimentos de emoções/sentimento, e sua valência positiva ou negativa. Identificação das emoções que prefere mais e menos. Jogo “Tangram”	Maior dificuldade em identificar possíveis sentimentos/emoções positivas do que negativas; Dificuldades em selecionar os gostava mais e menos Alguma demora em conseguir entender o jogo, que levou a alguma desconcentração.
6 ^a	Emocional;	Exercício mais simples, para aumentar a motivação. 1º para relacionar 3 emoções com situações da sua vida. 2º Ligar	2º realizado com relativa facilidade. 1º dificuldade em escolher as situações, mas acabou por concluí-lo corretamente;

	Interpretação	situações a representações emocionais. Interpretação de expressões idiomáticas e criação de uma história com essas expressões	só consegui interpretar uma delas. consegui escrever o texto com surpreendente sucesso. Uma história básica, mas as expressões estavam bem colocadas.
7 ^a	Atenção; Emocional;	Reprodução de figuras. Fazer grupos de imagens. “YouTube das Emoções” *	Consegui realizar ambos os exercícios com sucesso. Apesar das inúmeras investidas para parar de fazer e ficar a conversar. Dificuldades em responder às questões e em decidir quais colocar.
8 ^a	Emocional; Interpretação; Atenção.	Reconhecimento e identificação das emoções; Interpretação de expressões idiomáticas; Jogo “4 em linha”.	Mostrou-se muito à vontade na realização do exercício. Verificou-se um esforço maior para tentar compreender o significado não literal das expressões. A vontade de querer ganhar fez com que fosse aumentando gradualmente a sua atenção.
9 ^a	Interpretação;	1º Enquadramento de expressões em frases. 2º Criação de frase a partir de expressões idiomáticas. (2º exercício não foi terminado)	1º- Consegui decifrar algumas das expressões idiomáticas (mas na mesma com algumas dúvidas); 2º- Interpretou corretamente algumas expressões. consegui enquadrar as expressões nas frases;
10 ^a	Emocional;	Identificação de situações representativas de determinadas situações emocionais.	Consegui encontrar situações adequadas para cada emoção/sentimento.
11 ^a	Interpretação Atenção.	Continuação do exercício da 9 ^a sessão; Jogo “Tangram”	Apresentou um pouco mais de dificuldade do que na 9 ^a sessão; Consegui concentrar-se no jogo, apesar falar em alguns períodos.
12 ^a	Emocional; Atenção;	Identificação de expressões emocionais com o intuito de lembrar o paciente. 2 exercício de seleção e identificação de imagens correspondentes.	Dificuldades no reconhecimento de quatro expressões. Apresentou alguma demora devido à dificuldade dos exercícios, mas conseguiu realizá-los com sucesso.
13 ^a	Atenção;	Exercício dentro dos critérios dos anteriores.	Realizado com sucesso, apesar de o paciente tentar constantemente parar de o fazer e conversar.

	Emocional.	“Minecraft Emotional World” *	Conseguiu relacionar muitas das emoções com as situações representadas.
14 ^a	Emocional; Atenção.	Identificação de emoções em situações e aplicação no seu dia a dia. Jogo “4 em Linha”	Algumas dificuldades, mas conseguiu fazer várias corretamente; Vontade de ganhar levou-o a focar focado e concentrado no jogo.
15 ^a	Emocional; Atenção.	Continuação do exercício da última sessão. Jogo “Tangram”.	Menos dificuldades que na 14 ^a sessão. Inicialmente estava desatento, mas começou a focar-se gradualmente.
16 ^a	Emocional; Atenção.	“Roleta das Emoções” * “Jogo da Memória com Emoções”	Conseguiu identificar muitas emoções. Manteve-se bastante atento porque queria ganhar o jogo.

Nota: * Jogos já descritos em 3.5. Desenvolvimento de Material;

Anexo 2 – Materiais desenvolvidos

Imagem 1- *Oceano das Emoções*



Imagem 2- *Minecraft Emotional World*



Imagem 3 - *Roleta das Emoções*



Imagem 4 - Roleta das Emoções (Folhas de Resposta)



Imagem 5 - Explorar Comportamentos - Batman

Explorar Comportamentos

Legenda:

- Avança 2 casas;
- Uma vez sem jogar;
- Perde o jogo;
- Retira 2 casas.

Questões do Jogo

Batman Estratégias/ Sentimentos	Robin Ivy Ambiente/ Natureza	Batman-Troia Pessoas/ Sociedade	Alfred Família/Casa	Robin Escola
Catwoman Relações/ Amizade	Pequeno Autoestima	Dr. Strange Cinema	Batman Diversão	Joker Tudo as Categorias

Imagem 6 - YouTube das Emoções:

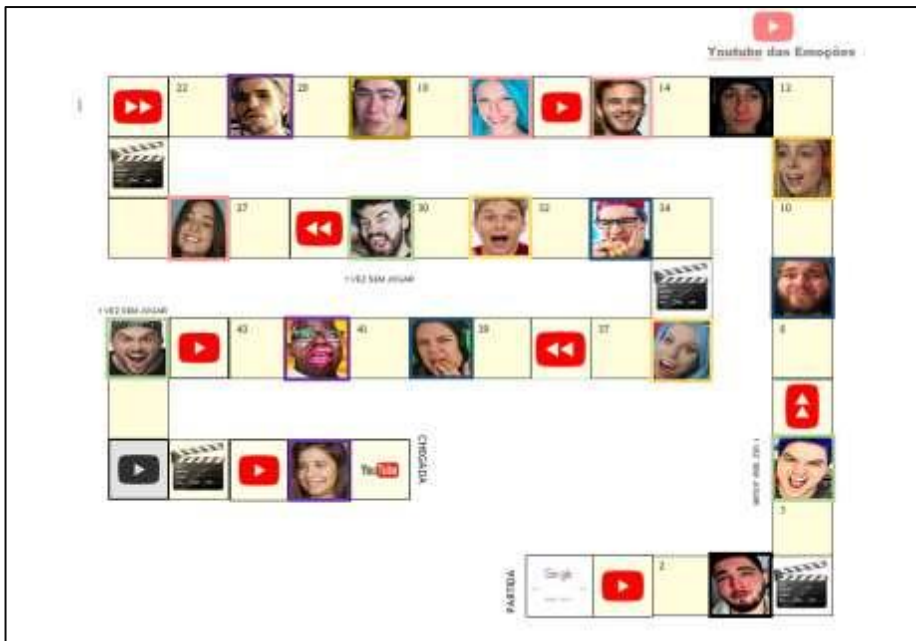


Imagem 7 - Descobrir as Emoções:

Questões do jogo







 RAIVA	 ALEGRIA	 TRISTEZA	 NOJO	 MEDO	 AMIGOS
<p>Dis a última vez que te sentiste assim?</p> <p>Por uma expressão do rosto.</p> <p>Dis o corpo que te fazem sentir assim?</p> <p>Senteste assim com alguém.</p> <p>Contas de como se sentiu o corpo?</p>	<p>Dis 3 coisas que te deixam feliz?</p> <p>Dis uma coisa que te deixa feliz na escola?</p> <p>Dis uma coisa que te fazes, que deixa os teus pais felizes?</p> <p>Por uma expressão do amigo.</p> <p>Senteste assim com alguém.</p>	<p>Dis 2 coisas que te deixam triste?</p> <p>Contas um a ver que fazes triste na escola?</p> <p>Por uma cara triste.</p> <p>Senteste assim com alguém?</p> <p>Dis uma coisa que te fazes triste, em casa?</p>	<p>Por uma expressão do rosto.</p> <p>Dis 3 coisas que te fazem sentir assim?</p> <p>Senteste assim com alguém.</p> <p>Dis a última vez que sentiste assim?</p> <p>Contas de como se sentiu o corpo?</p>	<p>Dis como te sentes de acordado.</p> <p>Dis 3 coisas assustadoras?</p> <p>Por uma cara de assustado e diz o que a faz parecer.</p> <p>Dis um animal que te faça sentir medo?</p> <p>Dis o teu maior medo?</p>	<p>Dis o nome de 3 amigos?</p> <p>Dis 3 características de um amigo?</p> <p>Dis um detalhe do teu melhor amigo?</p> <p>Dis o que dizem que os seus amigos mais gostam de fazer?</p> <p>Dis o teu amigo? Porquê?</p>

Imagem 8 - *Rolos das Expressões Faciais*



Imagem 9 - *Cubo*



Imagem 10 - *Emoji das Expressões*



Imagem 11 - *Tabuleiro das Cores*



Imagem 12 - *Jogo da Memória com Emoções*

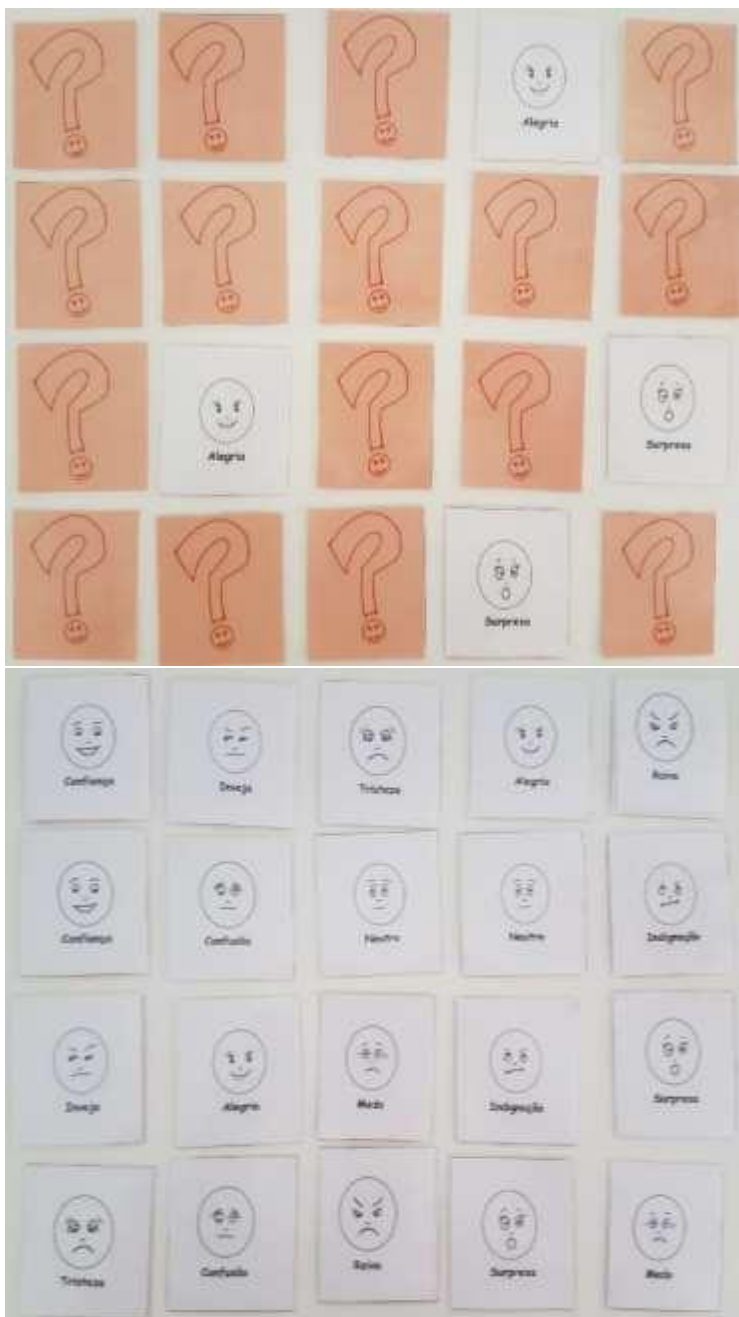


Imagem 13- *Dino e Dinolândia*

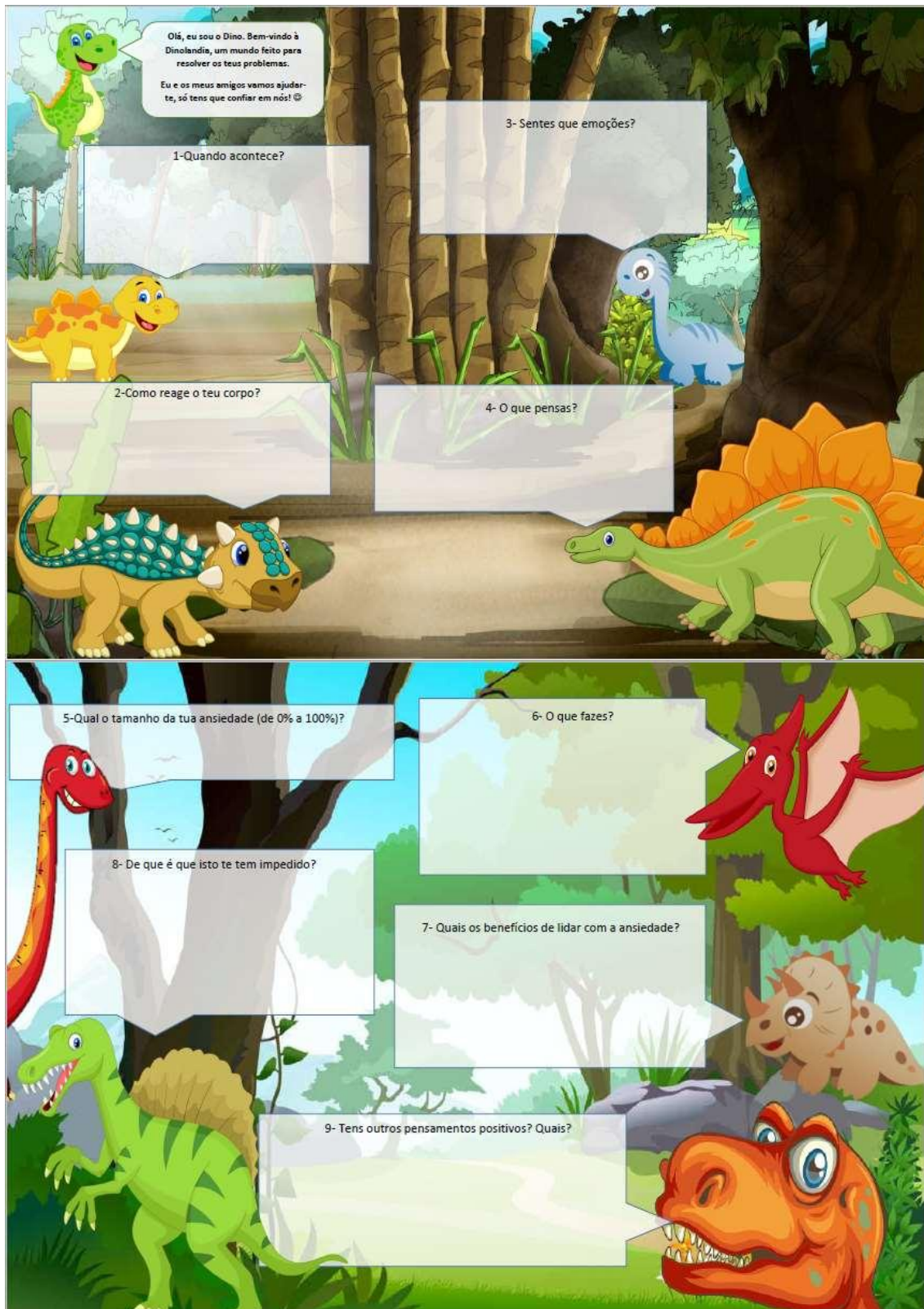
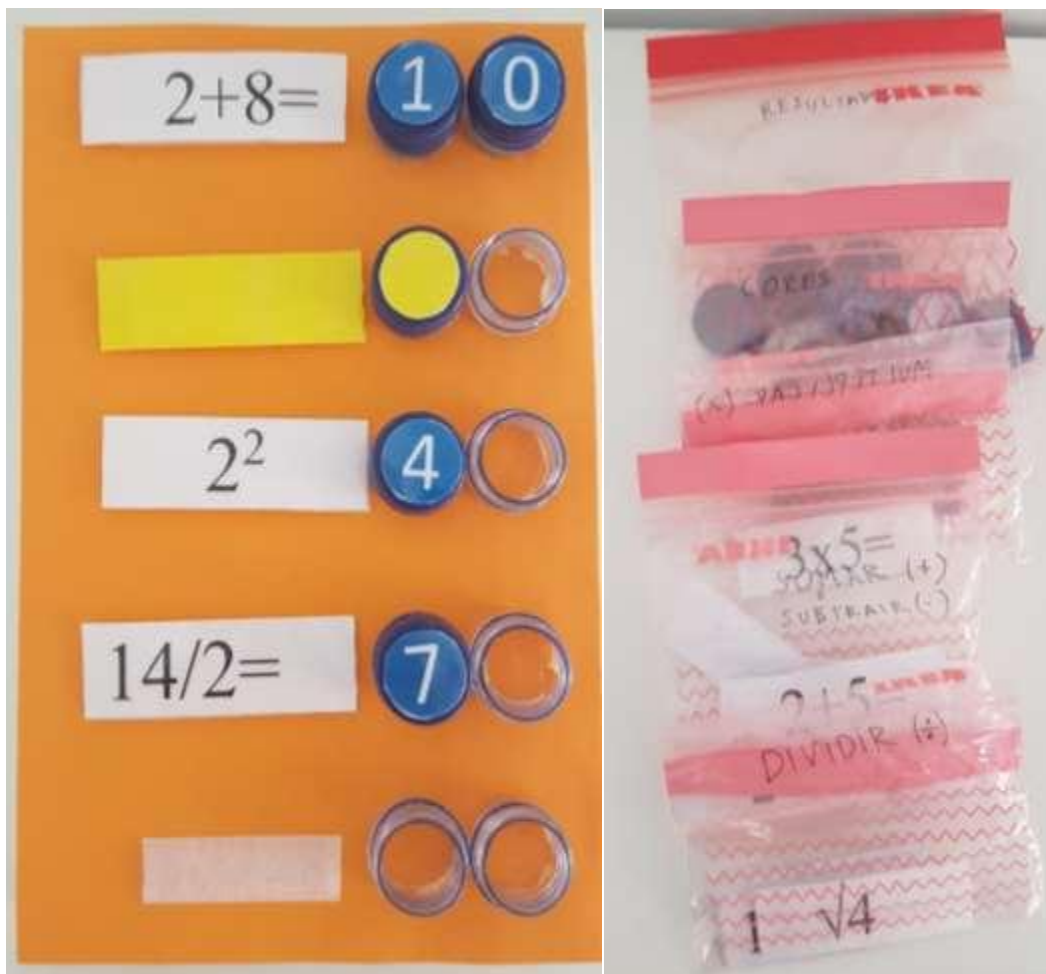


Imagem 14 – Jogo dos Cálculos



Anexo 3 – Relatórios de GS

1ª Fase

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

MOTIVO DA AVALIAÇÃO

O GS foi avaliado na consulta de Psicologia a pedido da mãe.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação psicológica associado, ainda, à avaliação da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), consiste na aplicação de diversos instrumentos de avaliação e numa observação direta que avalia comportamentos característicos (em relação com o outro e perante provas e tarefas estruturadas). Assim, de acordo com os objetivos da avaliação, utilizaram-se os seguintes instrumentos:

Avaliação Cognitiva

- **Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª edição (WISC-III)** – esta prova permite avaliar o funcionamento cognitivo. Esta escala é composta por vários subtestes, sendo que cada um avalia um aspeto diferente da inteligência. No final, é possível obter um Quociente de Inteligência Global (*QIEC*), um Quociente Intelectual Verbal (*QIV*) e um Quociente Intelectual de Realização (*QIR*). Esta escala permite, ainda, obter resultados referentes a três Índices Fatoriais: Compreensão Verbal (*ICV*), Organização Perceptiva (*IOP*) e Velocidade de Processamento (*IVP*);

Avaliação da Perturbação do Espectro do Autismo

- **ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)** - É um instrumento de avaliação semiestruturado, baseado na observação da comunicação, interação social e de comportamentos atípicos, através de variadas tarefas standardizadas, e que é utilizado quando há uma suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo;
- **ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised)** - Dirige-se a pais de crianças ou jovens com suspeita de uma Perturbação do Espectro do Autismo e consiste numa entrevista semiestruturada, dividida em áreas como a Comunicação, o Desenvolvimento Social, o Jogo e os Interesses e Comportamentos atípicos;
- **Observação clínica**

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Domínio cognitivo

O GS nos resultados obtidos apresenta um valor de **Q.I Global** classificado como **médio inferior (85)**, alcançando uma classificação de **médio inferior (80)** no **Q.I Verbal** e de **médio** no **Q.I de Realização (98)**. Relativamente aos índices fatoriais, o GS obteve um valor de 80 no Índice de Compreensão Verbal (ICV), 103 no Índice de Organização Perceptiva (IOP) e 89 no Índice Velocidade de Processamento (IVP). Os resultados estão na tabela 1 e no gráfico 1.

	QI/ Índice	Interpretação Qualitativa (nível de funcionamento)
Escala Completa (QIEC)	85	Médio Inferior
Verbal (QIV)	80	Médio Inferior
Realização (QIR)	98	Médio
Índice de Compreensão Verbal (ICV)	80	Médio Inferior
Índice Organização Perceptiva (IOP)	103	Médio
Índice Velocidade de Processamento (IVP)	89	Médio Inferior
Índice de Resistência à frustração	77	Inferior

Tabela 1. Resultados WISC-III

Como podemos verificar o GS revelou um nível **cognitivo global (QI EC) médio**, tendo em conta os parâmetros esperados para a sua idade cronológica, com um resultado que se insere, em termos qualitativos, na categoria médio inferior (categorias existentes: muito inferior; inferior; médio inferior; médio; médio superior; superior; muito superior).

A discrepância entre QIs Verbal e de Realização aponta para uma diferença clinicamente significativa entre as competências verbais e não-verbais (18 pontos). Desta forma, o GS obteve resultados mais elevados nas provas manipulativas o que sugere um melhor desempenho em tarefas que exigem a manipulação de materiais concretos, rapidez psicomotora, percepção fina e atenção ao detalhe e alcançando um desempenho mais baixo em tarefas que exigem a aptidão verbal, compreensão de palavras, resolução de problemas verbais, pensamento lógico-abstrato, generalização e adaptação prática.

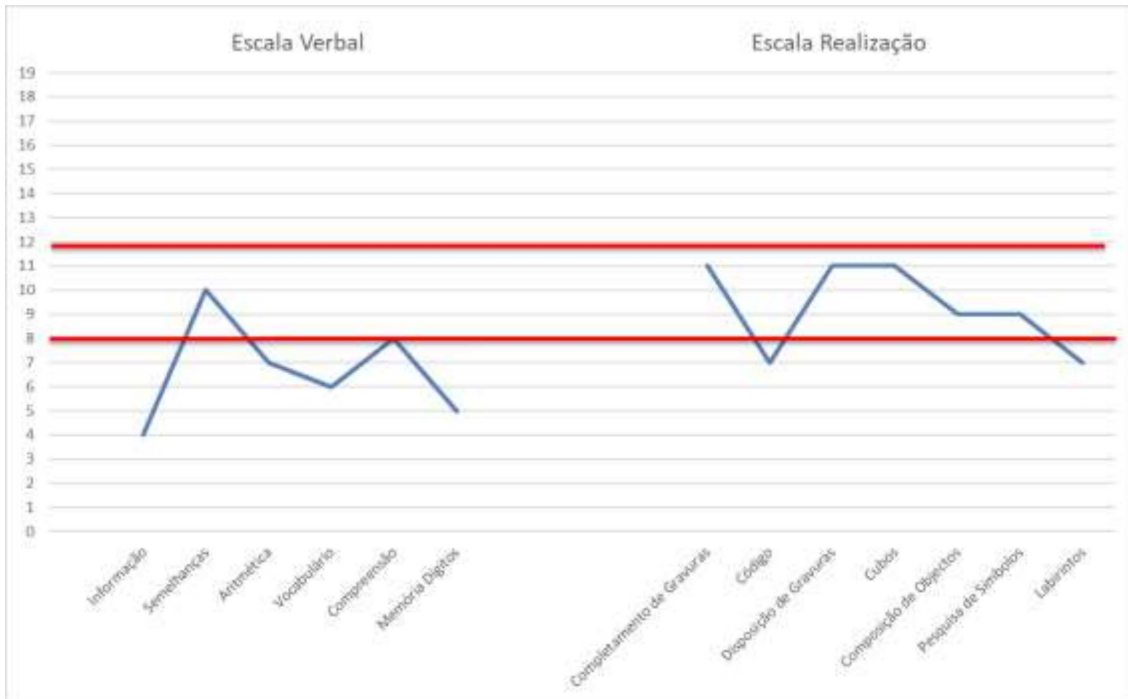


Gráfico 1. Perfil da WISC-III

Ao nível da Escala Verbal foram identificadas áreas fortes e áreas a desenvolver, como se pode ver na tabela 2.

Áreas a Desenvolver	Áreas Fortes
Informação: Conhecimentos gerais, assimilação de experiências, memória a longo prazo.	Semelhanças: capacidade de conceptualização e de compreensão de relações conceptuais; pensamento abstrato e associativo. Compreensão: Juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, comportamento social aceitável e eficaz.
Aritmética: capacidade de concentração raciocínio e cálculo numérico; utilização automático de símbolos.	
Vocabulário: Riqueza de vocabulário, capacidade de aquisição de conhecimentos, compreensão e fluidez verbal.	
Memória de Dígitos: Atenção/concentração, memória auditiva imediata, atenção e a concentração.	

Tabela 2. Descrição de Resultados na Escala Verbal

No que se refere à escala não-verbal (de realização) foram identificadas as seguintes áreas fortes e áreas a desenvolver.

Áreas a desenvolver	Áreas Fortes
Código: Memória visual imediata, previsão associativa; rapidez psicomotora, concentração, coordenação grafo-percetiva e grafo-motora.	Completamento de Gravuras: Memória, capacidade de percepção fina, discriminação visual, atenção ao detalhe e ao meio circundante.
	Pesquisa de Símbolos: avaliação figurativa e simbólica, memória visual a curto prazo e conteúdo simbólico.
Labirintos: avalia o planeamento.	Cubos: Percepção visual; organização perceptiva relações espaciais; coordenação visuomotora.
	Composição de objetos: Memórias de formas, orientação espaço-temporal e estruturação espaciais.

Tabela 3. Descrição de Resultados na Escala de Realização

O GS apresenta o perfil de resultados ACID, muito comum em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, o que significa resultados inferiores nos subtestes: Aritmética, Informação, Código e Memória de Dígitos.

Avaliação da Perturbação do Espectro do Autismo

O Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) é um instrumento de avaliação baseado na observação de situações de comunicação e interação social. Durante um conjunto de atividades lúdicas, a criança tem a oportunidade de estabelecer contacto visual, pedir mais, envolver o adulto na brincadeira e demonstrar prazer em partilhar atividades do seu interesse.

A avaliação realizada ao GS foi o Módulo 3 do ADOS-2, para adolescentes com um discurso fluente, através de um conjunto de tarefas, tais como: tarefa de construção; jogo conjunto interativo; tarefa de demonstração; descrição de imagem; contar uma história de um livro; vinhetas; conversa: emoções; escola; dificuldades sociais e aborrecimentos; vida diária; amigos e relações; planos e projetos; intervalo; criar uma história.

Dentro do domínio da comunicação e da interação social, o GS apresentou dificuldades na descrição de eventos, em manter uma conversa e no uso adequado de gestos convencionais, instrumentais e informativos. Demonstrou também dificuldades na coordenação da linguagem verbal com a linguagem não-verbal. De um modo geral o seu nível global de iniciativas sociais foi limitado, oscilando entre momentos de maior recetividade para as tarefas propostas e outros momentos de menor recetividade. Durante a avaliação foram ainda notórias as dificuldades na criatividade e no jogo simbólico. Ao longo da avaliação foram verificaram-se ainda maneirismos, interesses sensoriais, comportamentos repetitivos e ainda o uso de linguagem idiossincrática.

A tabela 4 apresenta o resumo dos resultados quantitativos da aplicação da ADOS-2.

Áreas	Resultado	Total	
Comportamentos estereotipados e interesses restringidos	7	20	
Relacionamento Social	Comunicação (C)		6
	Interação Social Recíproca (ISR)		7
	C+ ISR		13

Tabela 4. Resultados da ADOS-2

Os resultados da ADOS-2 traduzem valores enquadrados num valor de corte correspondente a uma **preocupação ligeira/moderada** para uma Perturbação do Espectro do Autismo, evidenciando lacunas a nível da comunicação, interação social e comportamento.

A tabela 5 apresenta o resumo dos resultados quantitativos da aplicação da ADI-R realizada com a mãe.

	Valor de Corte	Resultado
Interação Social	10	14
Comunicação	8	10
Comportamentos e Interesses	3	2
Alterações do Desenvolvimento	1	3

Tabela 5. Resultados da ADI-R

CONCLUSÃO

A integração dos resultados recolhidos na presente avaliação permitiu retirar várias conclusões relativamente ao funcionamento cognitivo e comportamental do GS.

Relativamente às competências cognitivas, o GS revela um nível cognitivo global considerado médio inferior para a sua idade cronológica. A discrepância entre QIs Verbal e de Realização aponta para uma diferença clinicamente significativa entre as competências verbais e não-verbais (19 pontos). O GS obteve resultados mais elevados nas provas manipulativas o que sugere um melhor desempenho em tarefas que exigem a manipulação de materiais concretos, rapidez psicomotora, perceção fina e atenção ao detalhe e alcançando um desempenho mais baixo em tarefas que exigem a aptidão verbal, compreensão de palavras, resolução de problemas verbais, pensamento lógico-abstrato, generalização e adaptação prática.

Para a avaliação da Perturbação do Espectro do Autismo fez-se uma avaliação do comportamento, da interação social e comunicação, e para isso foram aplicados vários instrumentos específicos. Os dados obtidos através da ADOS-2 e da ADI-R são compatíveis com um diagnóstico de uma **Perturbação do Espectro do Autismo de grau 1 (Síndrome de Asperger)**.

2ª Fase

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

MOTIVO DA AVALIAÇÃO

O processo de avaliação psicológica associado consiste na aplicação de diversos instrumentos de avaliação à família e à escola (estes instrumentos permitem-nos obter o máximo de informação possível acerca do comportamento nos vários contextos), bem como ao GS e numa observação direta que avalia comportamentos característicos (em relação com o outro e perante provas e tarefas estruturadas). Assim, de acordo com os objetivos da avaliação, utilizaram-se os seguintes instrumentos:

Avaliação Cognitiva

- **Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª edição (WISC-III)** – esta prova permite avaliar o funcionamento cognitivo. Esta escala é composta por vários subtestes, sendo que cada um avalia um aspeto diferente da inteligência. No final, é possível obter um Quociente de Inteligência Global (*QIEC*), um Quociente Intelectual Verbal (*QIV*) e um Quociente Intelectual de Realização (*QIR*). Esta escala permite, ainda, obter resultados referentes a três Índices Fatoriais: Compreensão Verbal (*ICV*), Organização Percetiva (*IOP*) e Velocidade de Processamento (*IVP*);

Avaliação Neuropsicológica:

- **Figura complexa de Rey** – permite avaliar a capacidade preceptiva e a memória visuoespacial;
- **D2 – Teste de Atenção** – este teste avalia a capacidade de concentração (atenção mantida);
- **Stroop** – mede a capacidade de inibição e a atenção concentrada;
- **Trail Making Test** - avalia a flexibilidade e a atenção dividida;
- **Fluência Verbal** – número de palavras ditas por minuto;
- **Torre de Hanoi** – avalia o planeamento.

Observação clínica

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Domínio cognitivo

O GS nos resultados obtidos apresenta um valor de **Q.I Global** classificado como **médio inferior (85)**, alcançando uma classificação de **médio inferior (80)** no **Q.I Verbal** e de **médio** no **Q.I de Realização (98)**. Relativamente aos índices fatoriais, o GS obteve um valor de 80 no Índice

de Compreensão Verbal (ICV), 103 no Índice de Organização Perceptiva (IOP) e 89 no Índice Velocidade de Processamento (IVP). Os resultados estão na tabela 1 e no gráfico 1.

	QI/ Índice	Interpretação Qualitativa (nível de funcionamento)
Escala Completa (QIEC)	85	Médio Inferior
Verbal (QIV)	80	Médio Inferior
Realização (QIR)	98	Médio
Índice de Compreensão Verbal (ICV)	80	Médio Inferior
Índice Organização Perceptiva (IOP)	103	Médio
Índice Velocidade de Processamento (IVP)	89	Médio Inferior
Índice de Resistência à frustração	77	Inferior

Tabela 1. Resultados WISC-III

Como podemos verificar o GS revelou um nível **cognitivo global (QI EC) médio**, tendo em conta os parâmetros esperados para a sua idade cronológica, com um resultado que se insere, em termos qualitativos, na categoria *médio inferior* (categorias existentes: muito inferior; inferior; médio inferior; médio; médio superior; superior; muito superior).

A discrepância entre QIs Verbal e de Realização aponta para uma diferença clinicamente significativa entre as competências verbais e não-verbais (18 pontos). Desta forma, o GS obteve resultados mais elevados nas provas manipulativas o que sugere um melhor desempenho em tarefas que exigem a manipulação de materiais concretos, rapidez psicomotora, percepção fina e atenção ao detalhe e alcançando um desempenho mais baixo em tarefas que exigem a aptidão verbal, compreensão de palavras, resolução de problemas verbais, pensamento lógico-abstrato, generalização e adaptação prática.

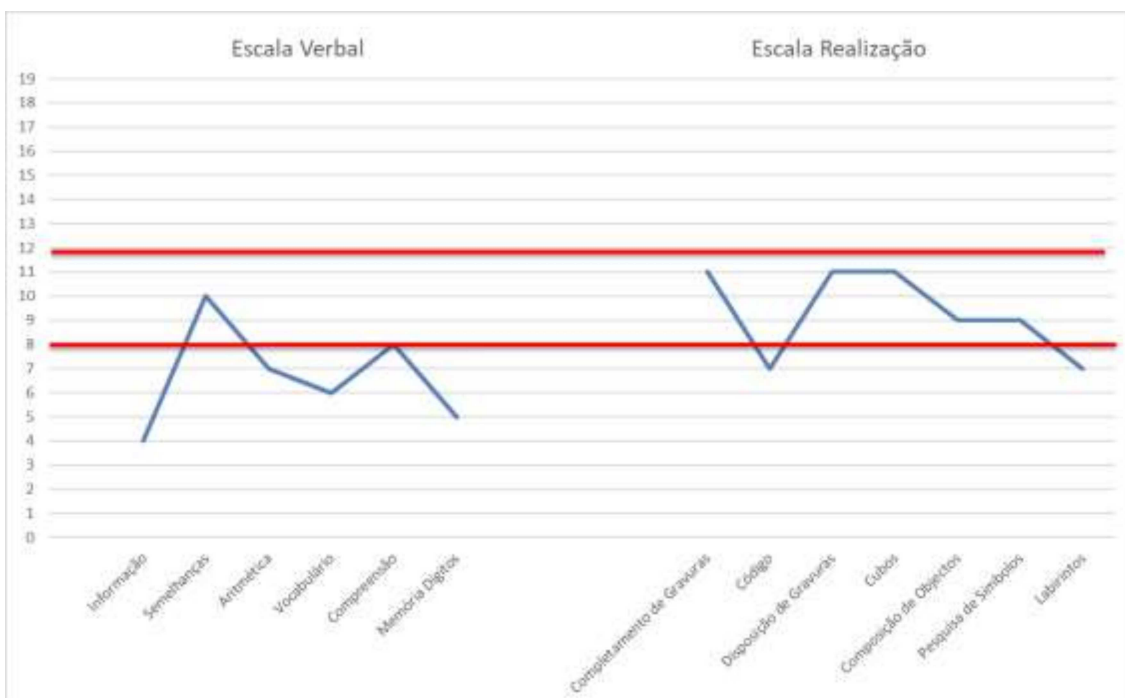


Gráfico 1. Perfil da WISC-III

Ao nível da Escala Verbal foram identificadas áreas fortes e áreas a desenvolver, como se pode ver na tabela 2.

Áreas a Desenvolver	Áreas Fortes
Informação: Conhecimentos gerais, assimilação de experiências, memória a longo prazo.	Semelhanças: capacidade de conceptualização e de compreensão de relações conceptuais; pensamento abstrato e associativo. Compreensão: Juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, comportamento social aceitável e eficaz.
Aritmética: capacidade de concentração raciocínio e cálculo numérico; utilização automático de símbolos.	
Vocabulário: Riqueza de vocabulário, capacidade de aquisição de conhecimentos, compreensão e fluidez verbal.	
Memória de Dígitos: Atenção/concentração, memória auditiva imediata, atenção e a concentração.	

Tabela 2. Descrição de Resultados na Escala Verbal

No que se refere à escala não-verbal (de realização) foram identificadas as seguintes áreas fortes e áreas a desenvolver.

Áreas a desenvolver	Áreas Fortes
Código: Memória visual imediata, previsão associativa; rapidez psicomotora, concentração, coordenação grafo-percetiva e grafo-motora.	Completamento de Gravuras: Memória, capacidade de percepção fina, discriminação visual, atenção ao detalhe e ao meio circundante. Pesquisa de Símbolos: avaliação figurativa e simbólica, memória visual a curto prazo e conteúdo simbólico.
Labirintos: avalia o planeamento.	Cubos: Percepção visual; organização perceptiva relações espaciais; coordenação visuomotora. Composição de objetos: Memórias de formas, orientação espaço-temporal e estruturação espaciais.

Tabela 3. Descrição de Resultados na Escala de Realização

O GS apresenta o perfil de resultados ACID, muito comum em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, o que significa resultados inferiores nos subtestes: Aritmética, Informação, Código e Memória de Dígitos.

Domínio Neuropsicológico

A avaliação deste domínio é importante para o despiste da PHDA, pois estão envolvidas competências que neste quadro, frequentemente, estão afetadas, nomeadamente: a memória de trabalho, a atenção e as funções executivas.

➤ **Memória de Trabalho:**

- **Memória Visuoespacial:** Os resultados da prova revelam dificuldades ao nível da memória visuoespacial.

- **Memória Central Executiva:** este aspeto foi avaliado pelos subtestes Memória de Dígitos Inversa e Aritmética da WISC-III. Os resultados da memória de dígitos inversa e da aritmética encontram-se abaixo da média, revelando dificuldades na memória central executiva.
- **Memória Verbal ou Fonológica:** esta área foi analisada, usando o resultado do subteste da WISC-III, Memória de Dígitos Direto, e nesta prova o desempenho do GS encontra-se abaixo da média esperada para a sua faixa etária.

➤ **Atenção:**

- **Atenção Seletiva:** os resultados da prova revelaram um resultado abaixo do esperado para a sua faixa etária.
- **Atenção Sustentada** os resultados revelaram um resultado abaixo do esperado para a sua faixa etária.
- **Atenção Dividida:** os resultados da prova revelam que o GS apresenta ligeiras dificuldades na atenção dividida.

➤ **Funções Executivas:**

- **Flexibilidade:** a flexibilidade foi avaliada através do Trail Making Test e o desempenho do GS nesta prova revelou dificuldades na flexibilidade mental.
- **Inibição:** o desempenho do GS para a inibição, com recurso ao Teste de STROOP, encontra-se abaixo do esperado para a sua faixa etária.
- **Fluência Verbal:** a fluência verbal semântica revelou um resultado dentro do esperado para a sua faixa etária, enquanto que a fluência verbal fonológica encontra-se ligeiramente abaixo do esperado para a sua idade.
- **Planeamento:** o resultado na Torre de Hanói e da prova de labirintos da WISC-III revelou que a capacidade de planeamento do GS encontra-se ligeiramente **abaixo da média**.

CONCLUSÃO

A integração dos resultados recolhidos na presente avaliação permitiu retirar várias conclusões relativamente ao funcionamento cognitivo, neuropsicológico, comportamental e emocional do GS.

Relativamente às competências cognitivas, o GS revela um nível cognitivo global considerado médio inferior para a sua idade cronológica. A discrepância entre QIs Verbal e de Realização aponta para uma diferença clinicamente significativa entre as competências verbais e não-verbais (19 pontos). O GS obteve resultados mais elevados nas provas manipulativas o que sugere um melhor desempenho em tarefas que exigem a manipulação de materiais concretos, rapidez psicomotora, perceção fina e atenção ao detalhe e alcançando um desempenho mais baixo em tarefas que exigem a aptidão verbal, compreensão de palavras, resolução de problemas verbais, pensamento lógico-abstrato, generalização e adaptação prática.

Para despiste da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) fez-se uma avaliação das funções neuropsicológicas (memória, atenção e funções executivas) e uma

avaliação comportamental. Relativamente às funções neuropsicológicas, ao nível da **Memória**, o GS revelou dificuldades acentuadas ao nível da memória visuoespacial, da memória central executiva e da memória verbal. A **Atenção** revelou-se deficitária na atenção sustentada, seletiva e dividida. Por sua vez, nas **Funções Executivas**, o GS manifestou dificuldades no planeamento, na flexibilidade cognitiva, na inibição e na fluência verbal fonológica.

Assim e de acordo com os critérios do DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), a integração dos dados da avaliação parece cumprir os critérios para que seja considerado **o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção do tipo misto**. De uma forma global, os dados recolhidos (de modo formal e informal) sugerem que o GS apresenta um perfil neuropsicológico particular com resultados inferiores ao esperado ao nível do funcionamento executivo. As especificidades evidenciadas poderão ter um impacto significativo ao nível da aprendizagem escolar.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

- Recomenda-se o acompanhamento psicológico com objetivo de intervir ao nível da promoção da maturidade socio-emocional, no treino de competências sociais e na estimulação das competências cognitivas onde evidenciou dificuldades.
- Sugere-se a consulta de pedopsiquiatria ou neuropediatria para análise de possível intervenção farmacológica.

Sem mais de momento, encontro-me totalmente disponível para informações adicionais sobre o caso.

Anexo 4 – Materiais Diversos

Imagem 1 – Treino Emocional



Imagem 2 - Treino da Interpretação

1. "Dar o braço a torcer"
Vila ferece pro braço a torcer
2. "À grande e à francesa"
e os romanos grande
3. "Nariz empinado!"
a nariz empinado
4. "É uma agulha num palheiro"
quebra a agulha num palheiro
5. "Bater as botas"
uma pessoa bater as botas

Imagem 3- Treino da Interpretação

Para Bom Entendedor, Meia Palavra Basta
Tem que a toda a coisa

O João estava a sair de casa para ir para a escola e a mãe começa a mandar vir,
deu a mãe a vir

-Não vás para a escola falar pelos cotovelos. Não faças orelhas moucas ao que o professor diz!
fala por os cotovelos Não ouvir

Chegando à escola, o João chateado com a mãe, sem perceber o que ela dizia, conta tudo ao professor e pergunta-lhe o que ela queria dizer com aquilo.

-Então, eu faço das tripas coração para aprenderem o português e vocês não sabem nada? Será que eu estou para aqui a pregar aos peixes?
para não saber do que eu falo no aula

-Aqui há gato! Professor, está igualzinho à minha mãe.

deu a mãe a vir
-Esta conversa vai ficar em águas de bacalhau, pois eu estou para aqui a perder tempo; venho eu de cascos de rolha todos os dias para vos dar as aulas, tenho que apertar tanto o eixo e vocês só fazem orelhas moucas e misturam alhos com bugalhos! Vni para o teu lugar, põe-te a estudar e não te quero ver a passar pelas brasas.
deu a mãe a vir

ficar a a para mal

Imagem 4- *Treino da Interpretação*

DE CABEÇA PERDIDA

Ontem, quase perdi a cabeça com minha irmã, que é um zero à esquerda: esqueceu de me dar um recado importante sobre um colega de trabalho que bateu as botas. Fiquei de trombas, conversar com ela não adianta, é osso duro de roer.

Na verdade, vivemos em pé de guerra, já na infância todas as vezes que eu fazia alguma asneira ela dava com a língua nos dentes e fazia-me ficar com os cabelos em pé. Acho que herdou isso do meu pai, afinal, filho de peixe sabe nadar, e realmente eles são farinha do mesmo saco.

Um dia ainda perdoo essa dor de cotovelo que minha irmã tem de mim.

Imagem 5 - *Treino Emocional*

EMOÇÕES POSITIVAS:	<table border="1"><tr><td>1 – Admiração</td><td>11 – Vergonha</td><td>21 – Aflição</td></tr><tr><td>2 – Adoração</td><td>12 – Surpresa</td><td>22 – Raiva</td></tr><tr><td>3 – Alívio</td><td>13 – Gratidão</td><td>23 – Paixão</td></tr><tr><td>4 – Preocupação</td><td>14 – Prazer</td><td>24 – Satisfação</td></tr><tr><td>5 – Ansiedade</td><td>15 – Medo</td><td>25 – Egoísmo</td></tr><tr><td>6 – Deceção</td><td>16 – Inveja</td><td>26 – Tédio</td></tr><tr><td>7 – Culpa</td><td>17 – Interesse</td><td>27 – Tristeza</td></tr><tr><td>8 – Calma</td><td>18 – Alegria</td><td>28 – Desprezo</td></tr><tr><td>9 – Confusão</td><td>19 – Ciúme</td><td>29 – Mágoa</td></tr><tr><td>10 – Solidão</td><td>20 – Nojo</td><td>30 – Frustração</td></tr></table>	1 – Admiração	11 – Vergonha	21 – Aflição	2 – Adoração	12 – Surpresa	22 – Raiva	3 – Alívio	13 – Gratidão	23 – Paixão	4 – Preocupação	14 – Prazer	24 – Satisfação	5 – Ansiedade	15 – Medo	25 – Egoísmo	6 – Deceção	16 – Inveja	26 – Tédio	7 – Culpa	17 – Interesse	27 – Tristeza	8 – Calma	18 – Alegria	28 – Desprezo	9 – Confusão	19 – Ciúme	29 – Mágoa	10 – Solidão	20 – Nojo	30 – Frustração	EMOÇÕES NEGATIVAS:
1 – Admiração	11 – Vergonha	21 – Aflição																														
2 – Adoração	12 – Surpresa	22 – Raiva																														
3 – Alívio	13 – Gratidão	23 – Paixão																														
4 – Preocupação	14 – Prazer	24 – Satisfação																														
5 – Ansiedade	15 – Medo	25 – Egoísmo																														
6 – Deceção	16 – Inveja	26 – Tédio																														
7 – Culpa	17 – Interesse	27 – Tristeza																														
8 – Calma	18 – Alegria	28 – Desprezo																														
9 – Confusão	19 – Ciúme	29 – Mágoa																														
10 – Solidão	20 – Nojo	30 – Frustração																														
EMOÇÕES QUE GOSTO MAIS:	EMOÇÕES QUE GOSTO MENOS:																															

Imagem 6- Treino da Interpretação

Pensar na morte da bezerra *mostrar interpretação X*
está morto / não está

Meter a pata na poça *saltar na poça X*
falar de uma situação

X O gato comeu-te a língua *tu ficas sem palavras ✓*

Ferver em pouca água *a água é muito quente X*
ficar enfiado

Dar o braço a torcer *uma pessoa torceu o braço X*
dar apoio a alguém


É como encontrar uma agulha num palheiro *não encontrar o que quer*
onde está ✓

Y A grande e a francesa *que a francesa quer X*
fazer o que ela quiser


Imagem 7- Treino Emocional

emoções


--	--	--




alegria




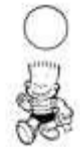
medo





tristeza














Imagem 8 – Treino Atenção/Concentração

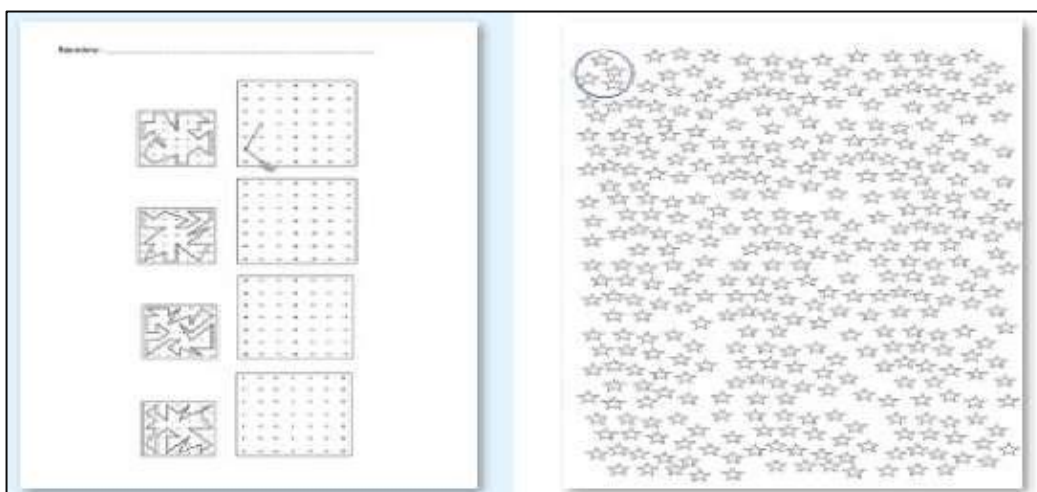


Imagem 9- Treino Emocional



Imagem 10- Treino da Interpretação

"Ferver em pouca água": Ferver a água
Ficar zangado por uma coisa sem importância

"Ver tudo cor-de-rosa": A ver um arcobalã
Está tudo bom sem problemas

"Muitos anos a virar frango": Há muitos tempos que não sinto
Uma amiga meu
Muitos anos a fazer a mesma coisa

"Perdido por cem, perdido por mil": Perdeu muito tempo perdido
Quando algo está mal, é não importa que
pior

"Fazer um negócio da China": Negócio com a China
fazer um bom negócio

"Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura": A água transformando
é gelo e bati com uma pedra e poderei
Quando se é muito persistente mesmo
se consiga fazer logo alguma coisa
acabamos por conseguir

Imagem 11- Treino da Interpretação

Completa as frases com a expressão correspondente:

A) Bateu as botas. morreu

B) Fiquei de Trombas. esta era no dia

C) Dá com a língua nos dentes. fazer queixa de alguém

D) Perder a cabeça. blair meninos e fangado

E) Filho de peixe sabe nadar. ter uma característica igual a
alguém da família

- A minha prima não pára de me chatear, qualquer dia vou Bater a cabeça com ela.
- O gato da minha vizinha morreu. Ela veio ter comigo e disse: "O meu gato Bateu as botas".
- Hoje a minha mãe zangou-se comigo e chamou-me à atenção, eu não gostei e Fiquei de Trombas.
- Hoje esqueci-me de levar o lápis para as aulas e o meu colega de mesa foi logo dizer à professora, sempre que me esqueço de alguma coisa, ele Dá com a língua nos dentes.
- O meu pai e o meu avô são iguais, bem diz a minha mãe, que Filho de peixe sabe nadar.

Imagem 12- - *Treino Emocional*



Imagem 13- *Treino Emocional*

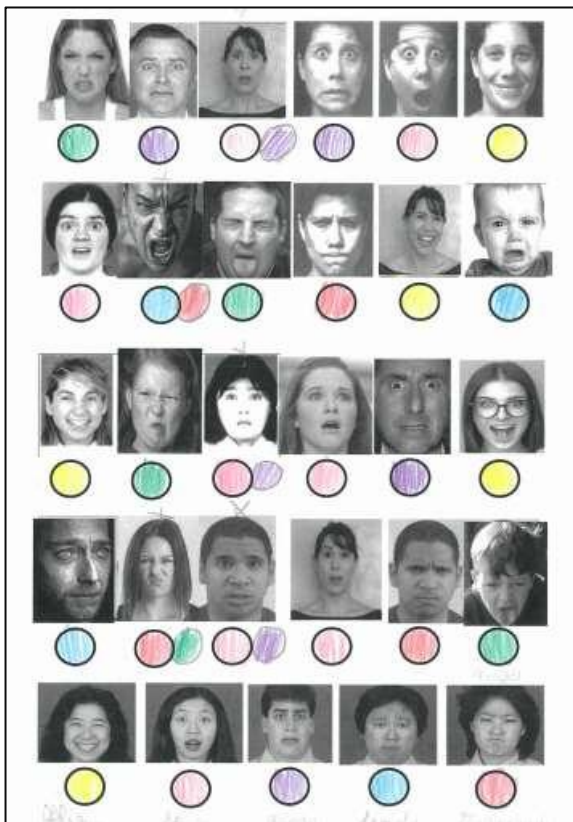


Imagem 14– Treino Atenção/Concentração

Correlaciona los símbolos que hay en la tabla

SIMBOLOS

A	M	P	L
U	S	B	D

Imagem 15 – Treino Atenção/Concentração

Imagem 16- *Treino Emocional*

