

# **Relatório de Estágio**

Instituto Universitário de Ciências da Saúde - IUCS

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Jacinta Marline Ribeiro Pinto

22534

Supervisão: Professora Doutora Maria Emília Areias

Gandra, 2019



### **Declaração de integridade**

Jacinta Marline Ribeiro Pinto, 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**

Gostaria de agradecer às pessoas que contribuíram para a realização do presente relatório de estágio.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador de estágio curricular, pela disponibilidade, orientação e confiança assim como todos os conselhos ao longo do estágio. Muito obrigada.

À minha supervisora de estágio, à Professora Doutora Maria Emília Areias, pela orientação, confiança, disponibilidade e conselhos durante toda esta etapa. Muito obrigada.

Aos diversos profissionais no Centro Hospitalar.

Um especial agradecimento aos meus pais, pois foram eles que tornaram o meu sonho... realidade, por estarem sempre presentes e me apoiarem. Muito Obrigada.

Aos meus amigos por estarem sempre presentes e por todo o apoio neste importante percurso da minha vida, particularmente à Ana, à Diana, à Luísa e ao Telmo pelos longos anos de amizade, pelo apoio, compreensão e encorajamento sempre que era necessário.

A todos vocês, quero deixar aqui o meu mais profundo e sincero agradecimento.



### **Lista de Abreviaturas e Siglas**

BANC - Bateria de Avaliação Neurocognitiva de Coimbra

BDI – Beck Depression Inventory

CDI – Children’s Depression Inventory

CH – Centro Hospitalar

EM – Entrevista Motivacional

ICV - Índice de Compreensão Verbal

IOP – Índice de Organização Percetiva

IUCS – Instituto Universitário Ciências da Saúde

IVP – Índice de Velocidade de Processamento

MPCR – Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

QI – Quociente de Inteligência

QIV – Quociente de Inteligência Verbal

QIR – Quociente de Inteligência de Realização

QIEC – Quociente de Inteligência Escala Completa

RATC – Roberts Apperception Test for Children

SPP – Serviço Psicologia-Pediatria

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UPP – Unidade de Psicologia Pediátrica

WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças



## Índice

Introdução .....	6
Capítulo I .....	7
1.1. Caracterização da Instituição CH.....	7
1.2. Caracterização da Unidade de Psicologia Pediátrica .....	8
1.3. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar.....	9
Capítulo II.....	11
2. Atividades Realizadas.....	11
2.1. Observação de Consultas .....	11
2.2. Avaliação Psicológica.....	12
2.3. Consultas Individuais.....	19
2.4. Outras Atividades .....	20
2.5. Reuniões de Supervisão .....	22
Capítulo III.....	23
3. Caso Clínico “M” .....	23
Identificação.....	23
Motivo e Pedido da Consulta .....	23
Primeiro Contacto .....	23
História de Vida .....	24
Descrição da Sintomatologia .....	26
Processo de Observação Clínica .....	28
Processo de Avaliação Psicológica .....	28
Resultados da Avaliação Psicológica .....	29
Síntese dos Dados de Avaliação e Diagnóstico .....	30
Conceptualização do Caso .....	31
Processo de Intervenção Psicológica.....	32
Reflexão Pessoal sobre o Caso Clínico.....	35
Reflexão Geral sobre o Estágio .....	37
Referências Bibliográficas .....	38
Anexos .....	43



## **Índice de Anexos**

Anexo A – Cronograma das Atividades Realizadas em Estágio Curricular

Anexo B – Children’s Depression Inventory (CDI) – Caso M

Anexo C – Folha de Perfil Roberts-2 – Caso M

Anexo D – Apresentação sobre Insónia

Anexo E – Apresentação sobre Fibromialgia

Anexo F – Apresentação sobre Ansiedade

Anexo G – Lista de Métodos para a Higiene do Sono – Caso M

Anexo H – Exercício de Treino de Respiração Diafragmática

Anexo I – Exercício de Treino de Relaxamento Muscular Progressivo

Anexo J – Listagem das atividades que mais gosta – Caso M

Anexo K – Registo de Pensamentos – Caso M

Anexo L – Agenda de Organização da Semana

Anexo M – Situação Positivas do Quotidiano

Anexo N – Exercício do “Espelho”

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Casos Clínicos acompanhados de forma autónoma ..... 19

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Genograma Familiar de M..... 24



## **Introdução**

O relatório de estágio está inserido no 2º ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUUCS), tendo como objetivo descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, efetuado no Centro Hospitalar (CH).

O estágio é um complemento fundamental no percurso de um estudante universitário, facultando oportunidades de aprofundar a aprendizagem e os conhecimentos adquiridos ao longo dos três anos de licenciatura em Psicologia, assim como, no primeiro ano de mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

O estágio decorreu no espaço temporal de outubro de 2018 a junho de 2019, sendo o total de 420h distribuídas em três dias por semana, na Unidade de Psicologia Pediátrica.

As consultas e as atividades que foram realizadas ao longo do estágio estiveram sob a orientação de um psicólogo clínico, e a supervisão de estágio esteve a cargo da Professora Doutora Maria Emília Areias.

O presente relatório de estágio divide-se em três capítulos, o primeiro capítulo é uma breve caracterização da instituição onde decorreu o estágio, a UPP, seguido da descrição do papel do psicólogo no contexto hospitalar particularmente a nível pediátrico. O segundo capítulo descreve as atividades realizadas durante o estágio, sendo estas, a observação de consultas, avaliação psicológica, consultas individuais, e outras atividades nas quais também aprendemos bastante, como o acompanhamento às crianças e adolescentes em diversos serviços. E o terceiro capítulo é a descrição de um caso clínico seguido durante o estágio curricular. O relatório termina com uma reflexão geral sobre o estágio.



## Capítulo I

### 1.1. Caracterização da Instituição CH

O Centro Hospitalar (CH) surgiu de um projeto efetuado pelo arquiteto alemão Hermann Distel em 1939, contudo o Hospital só foi inaugurado a 24 de junho de 1959 (de acordo com o portal oficial da internet do CH), pelo chefe de Estado Almirante Américo Tomás (FMUP, 2011). O professor Hernâni Monteiro também foi um dos fundadores do hospital desempenhando um papel preponderante.

O CH está associado à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e é um dos maiores hospitais do Norte, em que cerca de três milhões de pessoas têm esta unidade de saúde como referência, tendo uma área de abrangência que se estende desde o norte até ao centro de Portugal. O Centro Hospitalar tem um papel fundamental para o desenvolvimento do nosso país desde a sua inauguração, no século XX (de acordo com o portal oficial da internet do CH). É constituído por duas unidades hospitalares, o Pólo do Porto e o Pólo de Valongo, que é mais recente, auxiliando as populações das freguesias dos concelhos do Porto, Maia e Valongo (de acordo com o portal oficial da internet do CH).

O CH passou a ser uma Entidade Pública Empresarial (E.P.E) desde janeiro de 2006, esta modificação de estatuto jurídico, proporcionou uma maior autonomia a nível operacional e também possibilitou uma maior autonomia em termos da racionalidade económica sobre as decisões de investimento (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009). Estas alterações, fizeram com que as áreas de ação médica passassem a ser organizadas em 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG), de modo a que assegurassem a autonomia e a responsabilização na gestão dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos das diferentes áreas de organização do hospital. Contudo ocorreram novamente alterações quanto à atividade de gestão e atualmente estrutura-se em níveis intermédios de gestão, agrupando diferentes serviços (de acordo com o portal oficial da internet do CH). Constituindo-se assim em três organizações principais, a Organização das Áreas de Produção Clínica que engloba, a UAG de Cirurgia, a UAG de Medicina, a UAG da Urgência e Medicina Intensiva, Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, o Centro de Imagiologia, o Centro de Medicina Laboratorial e o Centro Materno Pediátrico. A Organização das Áreas de Apoio à Produção Clínica englobam, o Centro de Epidemiologia Hospitalar e o Centro de Ambulatório. E por fim a Organização das Áreas de Suporte abrangem o Centro de Gestão de Informação e o Serviço de Humanização (de acordo com o portal oficial da internet do CH).

Atualmente o CH é constituído por 11 pisos, abrangendo diversas especialidades médicas e cirúrgicas dispondo de uma lotação oficial de 1.105 camas e de 45 berços (de acordo com o portal oficial da internet do CH). A atividade assistencial do hospital desenvolve-se em 4 setores: o Internamento, as Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica, o Serviço de Urgência e o Ambulatório (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009). O Ambulatório abrange também o Hospital de Dia (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

O Serviço de Urgência do CH é distinto, pois abarca o Serviço de Urgência Pediátrico e o Serviço de Urgência de Adultos (de acordo com o portal oficial da internet do CH). E o Serviço de Internamento é composto pelo Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais, o Serviço de Pediatria Cirúrgica e o Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos. Este último, destina-se ao internamento de crianças com idade inferior aos 18 anos e encontra-se dividido em dois setores. O Setor A admite crianças com idade superior a 24 meses até aos 18 anos e o setor B admite crianças com idade inferior a 24 meses. Sendo permitido em ambos os setores a presença dos pais (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

## **1.2. Caracterização da Unidade de Psicologia Pediátrica**

É nas Consultas Externas que a Unidade de Psicologia está instalada, situando-se no piso 1 do Hospital. As Consultas Externas têm ao todo 19 gabinetes, nos quais ocorrem consultas de várias especialidades como a Consulta de Psicologia, de Desenvolvimento, de Nutrição, de Cardiologia, de Pedopsiquiatria, de Diabetologia, de Reumatologia, entre outras.

Em agosto de 1983, iniciaram-se as atividades da Unidade de Psicologia Pediátrica no Serviço de Pediatria Médica do Hospital, com dois psicólogos (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009). Em 1985, estes profissionais juntamente com pedopsiquiatras, assistentes sociais e pediatras desenvolveram a Unidade de Desenvolvimento e Psicologia, em que a atividade assistencial ocorria semanalmente (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

Atualmente a Unidade de Psicologia Pediátrica está integrada funcionalmente no Centro Materno Pediátrico, atendendo crianças e adolescentes desde a primeira infância até aos 18 anos. Avalia, acompanha e intervém nas diversas problemáticas, como problemas de aprendizagem, de comportamento e/ou de adaptação (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009). A maioria dos pacientes desta unidade são enviados por diversas especialidades médicas, maioritariamente pela Consulta de Desenvolvimento e pela Consulta de Nutrição sendo solicitada a realização de uma avaliação psicológica e acompanhamento dos pacientes.

No CH trabalham vários profissionais da área da Psicologia, existindo uma psicóloga coordenadora da recentemente criada Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Psicologia, resultado de uma recente negociação entre a administração do CH e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) para preparar essa criação, conforme vem noticiado na página da internet daquele órgão colegial.

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar para além de consultar e acompanhar de forma regular a criança e/ou adolescente também atua frequentemente nas famílias dos pacientes de acordo com as consequências que poderão advir da problemática existente (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

### **1.3. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar**

A primeira notícia que narra a presença de um psicólogo a desenvolver atividades em contexto hospitalar data de 1818 e refere-se ao Hospital McLean fundado em Massachussets (Machado, 2013). O exercício da Psicologia no contexto hospitalar consiste num conjunto de contribuições científicas, educacionais e profissionais (Machado, 2013).

A inserção dos psicólogos em contexto hospitalar iniciou-se com a necessidade de conseguir identificar as repercussões que decorriam dos processos de adoecimento e das consequentes hospitalizações associadas a esse adoecimento tratando-se de um fenómeno complexo, necessitando da intervenção de vários profissionais de saúde, formando as equipas multidisciplinares (Azevêdo & Crepaldi, 2016), possibilitando a integração de psicólogos que auxiliem também no desenvolvimento de pontes de comunicação entre os diversos profissionais de saúde, o paciente e os familiares.

No contexto hospitalar o psicólogo pode integrar-se de diversas formas e assumir diferentes papéis, desde a organização de um serviço até à integração em diversas equipas multidisciplinares (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

Os psicólogos consideram os aspetos psicológicos, fisiológicos e sociais assim como os fatores ambientais e os fatores relacionais durante o processo de tratamento e de recuperação da saúde do paciente porque este é um ser biopsicossocial tendo características idiossincráticas (Machado, 2013).

Atualmente o psicólogo deve adaptar a sua atuação em contexto hospitalar ao espaço e a outras condições hospitalares, sendo estas distintas das condições existentes na prática clínica em consultório (Ismael, 2005).

Atuando desde a preparação psicológica do paciente para uma cirurgia, a assistência à família do paciente que se encontra hospitalizado, ao acompanhamento psicológico ao paciente que foi diagnosticado com uma doença crônica, como por exemplo, diabetes ou procedimentos médicos difíceis (Azevêdo & Crepaldi, 2016), o psicólogo atua também em situações de crise e de emergência, pois a pessoa que está hospitalizada vivencia situações de adaptação e de mudanças no seu cotidiano (Mota, Martins & Vêras, 2006).

Para que o psicólogo possa prestar assistência ao paciente, é necessário que estude a doença, a evolução e o prognóstico da mesma, de modo a transmitir ao paciente uma maior segurança (Ismael, 2005), pois a doença muitas vezes provoca várias reações psicológicas como ansiedade, medo, insegurança, depressão, em que a contribuição da psicologia no contexto da saúde, particularmente no âmbito hospitalar, é muito importante (Mota, Martins & Vêras, 2006).

Segundo a APA (2003) o trabalho dos psicólogos em hospitais tem por base a psicologia da saúde (Castro & Bornhold, 2004), cujo objetivo é compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam tanto a saúde como a doença (APA, 2003 cit in Castro & Bornhold, 2004), tornando-se importante a fomentação da promoção da educação sobre saúde (Castro & Bornhold, 2004), desenvolvendo várias atividades como, a criação de grupos psicoterapêuticos, acompanhamento dos doentes e/ou avaliações psicológicas (Castro & Bornhold, 2004).

Quando se trata de crianças e adolescentes as experiências que englobam diagnósticos, procedimentos médicos, hospitalizações e/ou cirurgias, tornam-se muitas vezes experiências traumáticas originando frequentemente sentimentos de insegurança, medo, ansiedade e sentimentos de falta de apoio (Castro, 2007), podendo originar consequências imediatas, como comportamentos agressivos, pesadelos, mudanças na rotina diária, medo de se separar dos pais, etc.. É de extrema importância verificar se as alterações são primárias ou secundárias à doença (Castro, 2007). Trianes (2002) defende que a compreensão e a percepção que a criança ou o adolescente faz sobre a doença é fundamental para a verificação destas possíveis alterações comportamentais pois pode acreditar que a doença é uma mudança irreparável na sua vida, é um inimigo, uma oportunidade para não ir à escola ou uma estratégia para chamar a atenção, essa compreensão que a criança faz é um fator determinante para a sua adaptação, à situação que está a ser vivenciada (Castro, 2007).

A psicologia pediátrica surgiu em 1968 nos E.U.A., sendo definida como a aplicação dos conhecimentos da psicologia da saúde nas crianças e adolescentes e respectivas famílias (Castro, 2007), que se encontram nos serviços de saúde infantil, nos centros de saúde materno-infantil, nos serviços de pediatria, nos hospitais pediátricos, e nos centros de desenvolvimento (Viana & Almeida, 1998). A psicologia pediátrica tem como objetivo ajudar a melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do paciente e da sua família, tendo por base um conceito de saúde multidimensional (Castro, 2007).

Os psicólogos da UPP tanto atuam diretamente com crianças, adolescentes e os familiares diretos, como também participam em programas de prevenção primária, como por exemplo, na implementação de hábitos alimentares adequados, na prevenção da obesidade, a importância dos cuidados de higiene, incentivando a prática da realização de exercício físico. Semanalmente ocorre uma reunião com as equipas de pediatria e de psiquiatria para a discussão de diversos casos clínicos e para a posterior colaboração entre os profissionais de saúde.

## **Capítulo II**

### **2. Atividades Realizadas**

O estágio curricular iniciou-se em outubro de 2018, altura em que se definiu o local do estágio, quem seria o orientador e o respetivo horário.

Neste capítulo são descritas as atividades realizadas em estágio de uma forma mais pormenorizada, como a observação de consultas, as avaliações psicológicas, as consultas individuais, o acompanhamento a crianças e adolescentes no Hospital de Dia (HD), o acompanhamento no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP), no Serviço de Internamento e a observação das Reuniões de Serviço de Pediatria.

#### **2.1. Observação de Consultas**

Existe uma grande diversidade de problemáticas que fomentam o encaminhamento de pacientes para as consultas de psicologia. Os doentes que são encaminhados para esta unidade vêm maioritariamente das Consultas de Desenvolvimento e de Nutrição sendo diversas problemáticas que originam esse encaminhamento, como perturbações de ansiedade, problemas comportamentais tanto no seio familiar como no meio escolar,

transtornos alimentares como, por exemplo, a obesidade, perturbação do espectro do autismo, síndrome de asperger e problemas de aprendizagem.

Nos primeiros três meses de estágio, decorreu a fase de observação das consultas efetuadas pelo orientador, havendo lugar à formulação de questões sobre a escolha de instrumentos para a realização da avaliação psicológica para cada doente. A observação efetuada no início do estágio foi de uma grande aprendizagem para a fase seguinte que iria advir, pois possibilitou a capacidade de ganhar confiança enquanto psicóloga estagiária, e também possibilitou e facultou uma maior e aprofundada aprendizagem acerca de diversos instrumentos, procedimentos e intervenções a aplicar.

Na unidade iniciámos as consultas com a exploração do pedido de consulta ou motivo. Seguia-se a recolha da anamnese da criança ou adolescente, em que as informações eram obtidas através do relato do/a paciente, e pelo dos pais que quando era necessário também estavam presentes no consultório. O fornecimento de informações vindas a partir de mais do que uma fonte contrariava a tendência eventual para o enviesamento dos dados. Após a recolha de todas as informações necessárias procedíamos a uma avaliação psicológica.

No início de cada consulta foi solicitada a permissão ao paciente para a observação da mesma. A minha postura enquanto observadora das consultas foi-se modificando à medida que o estágio foi decorrendo: desde a passividade, para que não ocorresse nenhuma interferência no decorrer na consulta, para uma participação mais ativa, realizando diversas recolhas de anamneses de pacientes e também procedendo às avaliações psicológicas. Foram observadas primeiras consultas e as consultas de acompanhamento de diversos pacientes. Sempre que surgiam dúvidas colocava questões ao meu orientador para esclarecimento de como proceder futuramente.

## **2.2. Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica é a matriz base da identidade para os psicólogos (Pais-Ribeiro, 2010). Numa fase inicial da avaliação psicológica efetuamos uma entrevista, que Bleger (1964) defende que é um instrumento ou técnica fundamental do método clínico, correspondendo à necessidade de conhecer e compreender a natureza psicológica do indivíduo para poder fazer alguma recomendação necessária, um encaminhamento ou sugerir alguma intervenção (Tavares, 2000).

A avaliação psicológica é a produção de informação psicológica para poder tomar decisões auxiliando-se de diversas técnicas ou instrumentos para a realização da mesma, como por exemplo, os questionários, os testes, os inventários, as escalas, as entrevistas, a observação naturalista. Definindo-se assim como a atividade científica e também profissional que recolhe, integra e avalia os dados acerca de um indivíduo recorrendo a diferentes fontes (Pais-Ribeiro, 2010).

As avaliações psicológicas efetuadas ao longo do estágio foram-se realizando de forma cada vez mais autónoma: se inicialmente apenas realizava a cotação dos instrumentos de avaliação e respetiva interpretação, posteriormente realizava a aplicação de instrumentos de avaliação psicológica com respetiva cotação e interpretação fazendo a devolução ao paciente.

Os instrumentos que se aplicaram durante o estágio avaliavam áreas cognitivas, áreas comportamentais, do desenvolvimento e áreas emocionais.

Os instrumentos aplicados para a avaliação cognitiva foram a Escala de Wechsler (WISC-III) – Escala de Inteligência para crianças; Teste de Atenção - D2, Bateria de Avaliação Neurocognitiva de Coimbra (BANC) e Matrizes Progressivas de Raven (MPCR).

A WISC-III é um teste de inteligência para crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos. É um teste que é administrado em aproximadamente 90 minutos e individualmente, tendo no total treze subtestes divididos em duas escalas, a Escala de Realização e Verbal. A primeira escala é composta por sete subtestes: Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, Pesquisa de Símbolos e Labirintos. A Escala Verbal é composta por seis subtestes: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão, Memória de Dígitos (Moura, Costa, & Simões, 2019). Os resultados são expressos em 3 Quocientes de Inteligência (QI); Quociente de Inteligência Verbal (QIV) o Quociente de Inteligência de Realização (QIR) e Quociente de Inteligência Escala Completa (QIEC). Assim como Índices de Compreensão Verbal (ICV) obtido através da soma dos resultados dos subtestes de Informação, Semelhanças, Vocabulário e Compreensão. O Índice de Organização Percetiva (IOP) obtido através da soma dos resultados nos subtestes Completamento de Gravuras, Disposição de Gravuras, Cubos e Composição de Objetos e por fim o Índice de Velocidade de

Processamento (IVP) que se baseia nos resultados dos subtestes Código e Pesquisa de Símbolos (Matoso, 2014).

O D2 é um teste com tempo limite que pode ser administrado individualmente ou em grupo, avaliando a atenção seletiva e a capacidade de concentração do paciente. O tipo de tarefa realizada exige que se assinale um estímulo específico, ou seja, procurar em cada linha, da esquerda para a direita, as letras 'd' com dois traços (dois traços em cima, dois traços em baixo ou um traço em cima e um outro traço em baixo) assinalando na folha de resposta com um traço (/). O sujeito tem de ter em atenção que existem letras 'd' e 'p' com mais ou menos de dois traços, estas letras não devem ser assinaladas, dispondo de 20 segundos por cada linha (Brickenkamp, 1962). O tempo de administração da prova varia entre os 8 e 10 minutos (Brickenkamp, 1962).

A Bateria de Avaliação Neurocognitiva de Coimbra (BANC) é aplicada individualmente a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos. Esta bateria é composta por 16 instrumentos que abarcam as seguintes funções: atenção e funções executivas, memória visual, memória verbal, linguagem, motricidade (Correia, 2013).

As provas que avaliam a atenção e funções executivas são: Fluência Verbal Fonémica e Semântica; Teste da Barragem; Trail Making Test Parte A e Parte B ou Trilhas; Torre. As provas que avaliam a memória visual são: Reconhecimento de Faces; Figura Complexa de Rey. As provas que avaliam a memória verbal são: Lista de Palavras; Memória de Histórias. As provas que avaliam a linguagem são: Nomeação Rápida; Compreensão de Instruções; Consciência Fonológica. E por último as provas que avaliam a motricidade são: Questionário de Lateralidade para a Mão; Tabuleiro da Motricidade (Correia, 2013).

Os resultados são expressos na folha de respostas em três Resultados Compósitos. O Resultado Compósito de Memória obtido através dos testes de Reconhecimento de Faces, Memória de Histórias, Figura Complexa de Rey e Lista de Palavras; o Resultado Compósito de Linguagem obtido através dos testes de Nomeação Rápida, Compreensão de Instruções e Consciência Fonológica e o Resultado Compósito de Atenção/ Funções Executivas obtido através dos testes de Fluência Verbal, Torre, Cancelamento de Sinais e Trilhas. Posteriormente realiza-se o cálculo de três Índices Globais: Memória, Linguagem, Atenção/Funções Executivas (Correia, 2013).

A bateria permite uma avaliação completa das diferentes funções neurocognitivas. As provas mais aplicadas da BANC ao longo do estágio foram as provas de Nomeação Rápida (Cores, Formas/Cores e Dígitos). As provas de Reconhecimento de Faces (Reconhecimento Diferido), as provas de Fluência Verbal (Fonémica e Semântica) e a prova das Trilhas (Parte A e Parte B).

As provas de Nomeação Rápida, integram um teste de nomeação rápida de cores para crianças entre os 5 e 6 anos de idade; um teste de nomeação de formas e cores e um teste de nomeação de dígitos este pode ser administrado em crianças com idades entre os 7 e os 15 anos. Nos testes de Nomeação Rápida de Cores a criança nomeia 5 cores e no teste de Nomeação Rápida de Dígitos a criança nomeia 5 dígitos, em ambos os testes deverá nomear 50 vezes os estímulos. No teste de Nomeação Rápida de Cores e Formas a criança nomeia estímulos de duas categorias semânticas, a forma (círculo, quadrado, triângulo e retângulo) e a cor (amarelo, azul, verde, vermelho...) de 50 figuras (Simões, et al., 2016).

A prova de Reconhecimento de Faces permite avaliar a aptidão para o reconhecimento de faces, isto é, seguidamente à sua exposição e após um intervalo de tempo fixo. A prova inicia-se com um ensaio de aprendizagem em que é pedido ao indivíduo para se lembrar de cada uma das 16 faces apresentadas e posteriormente deve escolher num conjunto de três faces, aquela que viu no ensaio de aprendizagem (evocação imediata). Posteriormente é efetuada a instrução para que o indivíduo se recorde do grupo de faces apresentadas inicialmente, porque mais tarde será pedido para se recordar das faces e identificá-las novamente (evocação diferida) (Correia, 2013).

As provas de Fluência Verbal e Fonémica avaliam a aptidão do indivíduo para produzir palavras de acordo com categorias semânticas e fonémicas. O sujeito cria o máximo de “nomes de animais”, depois “nomes de meninos e meninas” e “nomes de coisas para comer” os ensaios têm a duração de 1 minuto para cada categoria. Na fluência fonémica, o sujeito nomeia o máximo de palavras começadas pelas letras P, M e R, também com a duração de 1 minuto por cada letra em cada ensaio (Correia, 2013).

As provas de Trail Making Test A e B ou Trilhas, é composto por duas partes a parte A e a parte B. Na Parte A, a criança deve traçar uma linha com um lápis, para unir de uma forma ordenada e crescente, os 25 círculos numerados, estando distribuídos de modo aleatório na folha de resposta. Na Parte B, deve também traçar uma linha com um lápis, de modo a unir

os 25 círculos numerados ou com letras, distribuídos também de modo aleatório na folha de respostas, por ordem alternada e crescente, isto é, une-se o 1 ao A e o A ao 2, etc. (Correia, 2013).

As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) é um teste individual, constituído por uma matriz de figuras geométricas abstratas, tendo itens coloridos e itens a preto e branco. No topo de cada página, tem uma matriz com uma lacuna que deve ser preenchida por uma das seis figuras que ficam por baixo dessa mesma matriz. Este teste pretende que a criança escolha dentro das seis alternativas apresentadas, a peça que falta de forma a completar o padrão da matriz apresentada, permitindo avaliar a capacidade de raciocínio e de resolução de problemas (Brites, 2009).

Para a avaliação comportamental aplicou-se a Escala de Connors que permite avaliar os problemas de comportamento de crianças com idades entre os 6 e os 11 anos, obtendo as respostas dos pais e dos professores através de um questionário. As escalas são preenchidas de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos, onde os valores são (0) = “Nunca”, (1) = “Um Pouco”, (2) = “Frequentemente” e (3) = “Muito Frequentemente”. A escala tem quatro subescalas que medem os Problemas de Oposição, Problemas de Desatenção/Cognitivos, Problemas de Excesso de Atividade Motora e o Índice da PHDA (Blanco, 2012). Os itens são constituídos por frases afirmativas, e quem preenche tem de referir a frequência do comportamento observado pela criança no último mês. No final somam-se os valores obtidos por cada resposta dada pelos pais ou professores obtendo-se os resultados brutos (Blanco, 2012).

Também se aplicou o Roberts-2, é administrado a crianças e adolescentes entre os 6 e os 18 anos de idade, com problemas de adaptação social ou emocional, em que o tempo de administração é de 30 a 40 minutos. A prova é constituída por um conjunto de 16 placas que representam situações sociais e situações do dia-a-dia de crianças e adolescentes (interações entre a criança e a mãe ou o pai, os pais a conversarem entre eles, interações entre grupos, etc.). Em cada placa a criança deve contar uma história, com um início, meio e fim, referindo também os sentimentos das personagens. O Roberts-2 aborda a compreensão social, capacidades de resolução de problemas, adaptabilidade, a rede de suporte e a adaptação emocional da criança/adolescente. Avaliando a função adaptativa do desenvolvimento e a função clínica, estas duas funções são avaliadas por diferentes conjuntos de escalas, “*Theme Overview Scales*”, “*Available Resources Scales*”, “*Problem Identification Scales*”,

*Resolution Scales*”, “*Emotion Scales*”, “*Outcome Scales*” e “*Unusual or Atypical Responses*” (Roberts & Gruber, 2005).

E aplicou-se igualmente os questionários que fazem parte da bateria ASEBA (Sistema de Avaliação Baseado em Evidência Empírica) os quais permitem avaliar os problemas comportamentais, emocionais e sociais de crianças e de adolescentes, assim como as competências e o funcionamento adaptativo (Achenbach, et al., 2014).

Os questionários que integram esta bateria são a *Child Behavior Checklist (CBCL)* a *Teacher’s Report Form (TRF)* e a *Youth Self-Report (YSR)* (Achenbach, et al., 2014).

A CBCL é constituída por 112 itens com questões estruturadas relativas a problemas, comportamentos e competências, em que os pais/cuidadores devem classificar as respostas, relativamente aos últimos seis meses, de acordo com uma escala de Likert de três pontos: 0 se a afirmação não for verdadeira, 1 se a afirmação for de alguma forma ou algumas vezes verdadeira e 2 se a afirmação for muito verdadeira ou frequentemente verdadeira. A YSR é um questionário que se aplica a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e 18 anos de idade, é constituída também por 112 itens com questões sobre os seus comportamentos, problemas e competências. Devem classificar os itens, pontuando-os também numa escala de três pontos: 0, 1 e 2 (Achenbach, et al., 2014). A TRF é constituído por 112 itens que descrevem problemas comportamentais, emocionais e sociais em crianças no período escolar dos 6 aos 18 anos de idade. O questionário é preenchido pelos professores/auxiliares educativos pontuando os comportamentos apresentados pela criança, nos últimos 2 meses, numa escala de três pontos: 0, 1 e 2. (Achenbach, et al., 2014)

Para a avaliação do desenvolvimento infantil é aplicada a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths. Existem duas versões: a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2 anos) e a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (2-8 anos).

A Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2) é a avaliação global das capacidades da criança segundo as subescalas ou áreas específicas do desenvolvimento, sendo estas: A- Locomoção, B- Pessoal/Social, C- Audição/Linguagem, D- Coordenação Olho/Mão, E- Realização. Em cada área ou subescala os itens estão organizados por sequências de comportamentos. Na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (2-8 anos) a diferença existente comparativamente à Escala mencionada primeiramente, é o acréscimo à estrutura

original de uma 6ª subescala: F- Raciocínio. O material para administração das Escalas é constituído por um conjunto de peças atrativas para crianças pequenas que foram cuidadosamente selecionadas, experimentadas e estandardizadas (Borges, et al., 2012).

O desenvolvimento mental da criança é obtido através da cotação das diversas áreas de desenvolvimento avaliadas na Escala, os resultados são cotados de modo a obter um perfil expressando as áreas mais e menos favorecidas e também onde se situa a criança em relação à média da sua faixa etária (Borges, et al., 2012). Os somatórios dos itens bem-sucedidos em cada uma das subescalas são convertidos num quociente de desenvolvimento padronizado (Pereira, et al.). Os valores inferiores a 85 qualitativamente encontram-se abaixo da média, os valores no intervalo de 85-115 qualitativamente encontram-se dentro da média, e por fim os valores acima de 115 qualitativamente encontram-se acima da média.

Quanto à avaliação emocional o instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory – CDI; Kovacs, 1992) – adaptado para a população portuguesa por Dias e Gonçalves (1999). O CDI foi desenvolvido tendo como base o Beck Depression Inventory – BDI desenvolvido por Kovacs e Beck, em 1977 (Helsel & Matson, 1984). O CDI é um inventário constituído por 27 itens, cada item consiste em três afirmações em que a criança é instruída a escolher a que melhor a descreve nas últimas duas semanas. Cada item avalia sintomas específicos de depressão (como por exemplo, o choro, a ideação suicida, a capacidade de concentração no trabalho escolar, etc.). Os itens são pontuados com 0, 1 ou 2, a pontuação 2 representa a escolha mais grave. A pontuação total varia entre 0 a 54 (Finch, Saylor, Edwards & McIntosh, 1987). Esta escala demora aproximadamente 10 a 20 minutos a administrar, deve ser efetuada uma explicação de modo a garantir a sinceridade e a atenção do indivíduo (Rio Novo, 2012).

### 2.3. Consultas Individuais

O estágio académico tem como principal objetivo o acompanhamento de modo autónomo de utentes, sempre preservando os princípios gerais segundo o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos: respeito pela dignidade e direitos da pessoa; competência; responsabilidade; integridade; beneficência e não-maleficência (Ordem dos Psicólogos, 2011). No decorrer do estágio foram realizadas diversas consultas de acompanhamento tendo como objetivo inicial a avaliação da problemática e se existia a ocorrência de sintomatologia.

A tabela 1 sintetiza os pacientes que foram acompanhados no decorrer do estágio de forma autónoma, todos os pacientes foram identificados por sigla para garantir a privacidade e confidencialidade.

**Tabela 2** - Casos Clínicos acompanhados de forma autónoma

Doente	Características	Referenciado por e Pedido	O que foi feito	Nº de sessões	Resultados da Avaliação	Intervenção
BA	Masculino 5A 11M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento. Pedido de Avaliação de Desenvolvimento	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento de Griffiths	1	QIG= 96 Demonstrou maiores dificuldades na linguagem, na construção de frases mais longas e articulação de algumas palavras. Sugestão de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional.	_____
GC	Masculino 11A Dificuldades de atenção, imaturidade psicossocial.	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento. Pedido de Avaliação Intelectual	Avaliação com WISC-III e D2	3	QI Global= 107 Resultados obtidos situam-se dentro da média.	Psicoeducação competências sociais. Ensino de estratégias de estudo com elaboração de um plano de estudos.
AS	Masculino 3A	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento. Pedido de Avaliação de Desenvolvimento	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento de Griffiths	1	QIG= 100 Dificuldades de dicção e de imitar alguns sons. Sugestão de Terapia da Fala.	_____

Doente	Características	Referenciado por e Pedido	O que foi feito	Nº de sessões	Resultados da Avaliação	Intervenção
FF	Feminino 8A	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento. Pedido de Avaliação Intelectual	Avaliação com WISC-III	2	QI Global= 85  Dificuldades principalmente na leitura e na escrita.	Sugestões de mais trabalho de leitura e de estratégias de estudo.
GC	Masculino 3A 10M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento. Pedido de Avaliação do Desenvolvimento	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento de Griffiths	1	QIG= 80  Resultados abaixo da média principalmente em linguagem  Sugestão de continuar com Terapia da Fala e Ocupacional.	
BS	Feminino 16A  Crises de Ansiedade e dificuldade de relação com os pares.	Encaminhada pela Consulta de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência. Pedido de Avaliação e acompanhamento	Avaliação com WISC-III	2	QI Global= 59  O resultado sugere um atraso cognitivo ligeiro o que também vai de encontro com o percurso escolar.	Psicoeducação sobre ansiedade. Técnicas de Relaxamento e treino.
BS	Feminino 17A  Crises de Ansiedade, dificuldades para adormecer, labilidade emocional.	Encaminhada pelo Hospital de Dia		3		Técnicas de Relaxamento e Higiene do Sono.
CF	Feminino 15A  Dificuldade de perda de peso, dores musculares e ansiedade.	Encaminhada pela Consulta de Nutrição		4		Técnicas de Relaxamento. Higiene do Sono. Objetivos a curto e médio prazo.

#### 2.4. Outras Atividades

No decorrer do estágio curricular, participamos também de outras atividades as quais proporcionam um maior conhecimento e enriquecimento a nível profissional e pessoal, pois facultou-nos uma visão alargada das diversas situações com as quais um psicólogo deve lidar e cuidar em diversos locais do Centro Hospitalar.

### **Acompanhamento às Crianças e Adolescentes**

O Acompanhamento às Crianças e Adolescentes era efetuado no Hospital de Dia (HD) as visitas aconteciam habitualmente às quartas-feiras, inicialmente com a presença do orientador e posteriormente autonomamente. O acompanhamento era efetuado a diferentes grupos de doentes com diferentes doenças metabólicas, a doença que se identificava rapidamente era o Síndrome de Maroteaux-Lamy ou conhecida também por Mucopolissacaridose VI (MPSVI). É uma doença genética de rara transmissão autossómica recessiva, que resulta da deficiência na enzima N-acetilgalactosamina-4-sulfatase, causando uma acumulação de glicosaminoglicano Dermatan sulfato nos tecidos, provocando alterações nos órgãos afetados como hidrocefalia comunicante, patologia ocular podendo afetar qualquer parte da vista, obstrução das vias respiratórias, restrição na amplitude da movimentação principalmente dos joelhos, da anca e dos cotovelos, têm braquidactilia, o pescoço curto, o nariz achatado com narinas largas, os lábios salientes, etc. (Santos, Neto, Silva & Souza, 2010). É uma doença crónica e progressiva em que o tratamento é feito através do transplante da medula óssea ou por reposição enzimática (Santos, Neto, Silva & Souza, 2010).

Os pacientes dirigiam-se semanalmente ao Hospital de Dia para realizarem a reposição enzimática para a melhoria da qualidade de vida. O objetivo das visitas era dar apoio aos doentes e aos familiares, questionando sobre a evolução do estado clínico, sobre as atividades do seu quotidiano, as atividades escolares, os passatempos, etc.

### **Acompanhamento de doentes no Internamento**

As visitas efetuadas no serviço de internamento foram realizadas de modo regular, com o principal objetivo de acompanhar os doentes e os seus familiares. Nos meses iniciais apenas observava o trabalho efetuado pelo orientador, que se constituía pela prestação de apoio e aconselhamento aos doentes e familiares de acordo com as diversas problemáticas existentes, posteriormente as visitas de acompanhamento aos utentes foram realizadas de modo autónomo. Algumas das intervenções realizadas passaram pelo incentivo à adesão dos tratamentos prescritos pelos diferentes profissionais de saúde que acompanhavam o paciente, assim como, em psicoeducação tanto ao paciente como à respetiva família.

### **Acompanhamento aos doentes e familiares no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP)**

As visitas ao SCIP realizaram-se sempre que solicitadas para o acompanhamento aos utentes e das famílias.

No SCIP surgiram diversos casos durante o estágio, que nos marcam a nível profissional, mas também a nível pessoal e um caso que nos marcou profundamente ocorreu nos meses iniciais do estágio, uma família de emigrantes sofreram um acidente de viação, os pais tiveram ferimentos ligeiros mas o filho um menino de quatro anos teve ferimentos graves dos quais resultaram no internamento nos cuidados intensivos pediátricos, em coma induzido. Após uns dias e realizados diversos exames ao menino foi verificada e afirmada a morte cerebral. O apoio emocional e a comunicação de más notícias foram muito importantes neste caso, o modo de comunicar estas notícias é uma das tarefas mais difíceis que os diversos profissionais de saúde podem ter.

### **Reuniões de Serviço**

As Reuniões de Serviço ocorriam à quinta-feira, eram realizadas pelos profissionais de saúde da pediatria B (crianças com idade inferior a 24 meses) estando igualmente presentes estagiários. As reuniões informam acerca do ponto da situação, se ocorreram melhorias ou não dos doentes internados, informando acerca do ponto da situação, os exames e o acompanhamento a efetuar a cada paciente.

### **2.5. Reuniões de Supervisão**

As reuniões de supervisão de estágio curricular decorreram no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), iniciando-se em novembro de 2018 e concluíram em junho de 2019, sob supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias.

As reuniões eram de carácter semanal e obrigatório, partilhávamos informações sobre as experiências vivenciadas nos diferentes locais de estágio. Também foram monitoradas as atividades que decorreram ao longo do estágio, assim como, o esclarecimento de dúvidas e discussão dos diversos casos clínicos apresentados. A professora também partilhava experiências profissionais de modo a nos auxiliar nas eventuais dificuldades que poderíamos sentir.

## **Capítulo III**

### **3. Caso Clínico “M”**

Este capítulo apresenta a descrição pormenorizada do caso clínico escolhido. Este caso despertou bastante curiosidade e interesse por abordar a dor crónica, a fibromialgia. A dor crónica é uma problemática que incapacita em Portugal cerca de 2 milhões de pessoas e os doentes tendem a apresentar mais comorbilidades (Dias, 2007).

#### **Identificação**

M é uma adolescente com 17 anos e está a frequentar o 11º ano de escolaridade no curso profissional de Técnica e Auxiliar de Saúde. É filha de pais divorciados, vive com o pai e o irmão mais velho. O pai tem 46 anos, o seu grau de instrução é o 6º ano de escolaridade e é empresário no ramo da construção civil. A mãe tem 47 anos, o seu grau de instrução é o 6º ano de escolaridade e é empregada doméstica. O irmão tem 24 anos, é licenciado em Bioquímica e trabalha da empresa pertencente ao pai.

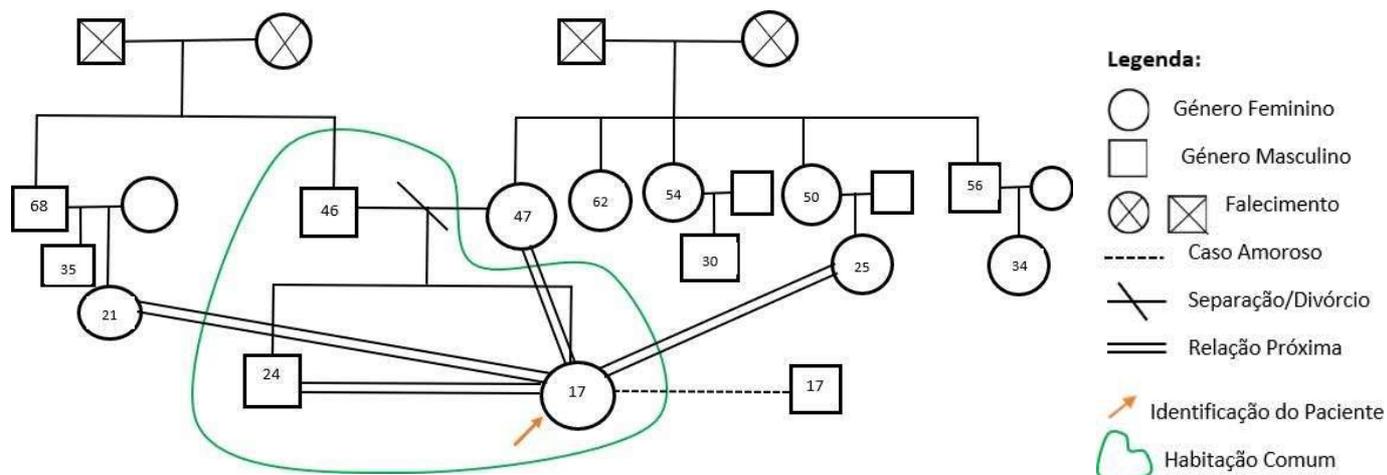
#### **Motivo e Pedido da Consulta**

M foi encaminhada para a Consulta de Psicologia a pedido da Consulta de Reumatologia devido a sintomas de ansiedade, depressão e lombalgias sem causa identificada. No início de 2019 começámos a realizar o acompanhamento à paciente, esta apresentava várias queixas como dificuldades em dormir, baixa autoestima, dificuldades no relacionamento interpessoal, ansiedade e depressão.

#### **Primeiro Contacto**

O primeiro contacto com M ocorreu no mês de fevereiro, compareceu à consulta sozinha. No início da consulta M parecia pouco à vontade. Tinha um discurso articulado num tom de voz baixo, com um contacto ocular adequado. Explicámos que as consultas seriam para a ajudar e que tudo o que seria falado/discutido dentro do gabinete seria confidencial e privado. Após a explicação, começou a falar de forma mais tranquila demonstrando bastante interesse na consulta. A paciente referiu quando é que se tinham iniciado as consultas e o motivo de ter sido encaminhada para a unidade. Conversou também sobre a escola que frequenta, a turma em que está inserida e sobre o curso que frequenta. No final da consulta referiu, sorrindo de forma tímida “sinto-me mais à vontade para conversar com a doutora, pode marcar a próxima consulta” (sic), a aliança terapêutica estaria a ser formada.

## História de Vida



**Figura 2:** Genograma Familiar de M

M é a segunda filha do casal, foi uma gravidez planeada e desejada, segundo a paciente foi uma gravidez sem complicações. Nasceu às 40 semanas de gravidez, em parto eutócico. O desenvolvimento psicomotor ocorreu dentro dos parâmetros considerados normativos, iniciou a marcha e começou a falar as primeiras palavras por volta dos 11/12 meses. Quanto à alimentação, M foi amamentada até aos 5 meses, depois começou a ser alimentada com leite em pó e suplemento, descrevendo que até à atualidade teve uma alimentação equilibrada. Quanto aos padrões de sono, enquanto criança, foram regulares contudo M refere que atualmente tem dificuldades a adormecer e a ter um sono tranquilo, acorda de manhã bastante cansada e com dores de cabeça “eu durmo mal, custa-me muito adormecer e quando adormeço acordo várias vezes durante a noite, acontece mais ou menos desde os meus 15 anos... desde que tenho dores musculares nas costas e no pescoço...” (sic). Frequentou a pré-escola dos 3 aos 5 anos em que teve uma boa adaptação e integração e ingressou na escola aos 6 anos de idade, contudo mudou de escola na transição do 1º ano para o 2º ano, devido a problemas de comunicação entre os pais e o professor. Na segunda escola, adaptou-se e integrou-se bem, porém “no primeiro ano na escola anterior eu tinha dificuldades a aprender as letras e no segundo ano de escolaridade na escola nova tinha dificuldades a ler...” (sic) os pais a levaram-na a fazer alguns exames, sendo diagnosticada como tendo Dislexia, teve acompanhamento até ao 9º ano de escolaridade. Até ao 4º ano de escolaridade tudo decorreu dentro da normalidade, transitou de ano com um desempenho escolar regular. No 5º ano de escolaridade não transitou pois “foi um ano difícil, foi uma

grande mudança eram mais disciplinas e mais professores do que no 4º ano, foi um grande impacto para mim, tive de aprender a organizar-me...” (sic). Durante o percurso escolar até ao 9º ano, estava integrada num grupo de amigos, contudo, quando transitou para o 10º ano iniciando o curso profissional de Técnica e Auxiliar de Saúde, de que diz “gostar bastante...” (sic), começou a isolar-se nos intervalos, referindo que esse isolamento aconteceu ao longo de todo o 10º ano o que fez com não se integrasse e adaptasse muito bem na nova turma “durante esse ano letivo comecei a faltar bastante às aulas, devido às dores que sentia e não tinha medicação era difícil ficar dentro da sala de aula sentada na minha carteira e a minha turma é uma turma muito, muito problemática...” (sic). Posteriormente questionada se apenas se sentia desconfortável na presença de colegas da turma referiu que também tinha algumas dificuldades a viajar de transportes públicos “...não gosto quando entro no autocarro e as pessoas olham para mim, sinto-me mal parece que estão a fazer juízos de valor eu entro e vou para os assentos onde não tenha ninguém para ficar sozinha com os fones a ouvir música” (sic).

Quanto à saúde, não tem alergias nem problemas de audição e de visão que não sejam corrigíveis com óculos (miopia). Segundo a paciente foi diagnosticada com fibromialgia aos 16 anos de idade. “quando fui diagnosticada com fibromialgia, fiquei mais descansada e tranquila pois já sabia o que tinha, mas é muito difícil porque são dores crónicas, dói-me o pescoço e a região a meio das costas e o médico receitou relaxantes musculares...” (sic). Perguntando a M a frequência e a duração dos episódios da doença “a frequência depende pode acontecer diversas vezes ao dia, mas também há dias que não me dói nada, e as dores quando acontecem por vezes duram poucos minutos e outras vezes algumas horas, depende...” (sic).

Quanto à vida familiar, era estável de acordo com o que narra a paciente “éramos uma família que falava do que acontecia no dia-a-dia ... A minha mãe cuidou mais de mim e do meu irmão, porque o meu pai passava e ainda passa bastante tempo no trabalho... eu e a minha mãe, quando vivíamos todos juntos fazíamos as duas as tarefas de casa eu ajudava-a, agora é tudo para mim, para eu fazer...” (sic). Em outubro de 2018, ocorreu uma situação que não quis especificar, que conduziu ao divórcio dos pais. M mencionou que quem lhe deu a notícia do divórcio foi a mãe “a minha mãe disse-me que ela e o meu pai se iam divorciar, contou num dia depois das aulas e eu fiquei em choque e depois muito triste e revoltada, porque foi por causa de uma coisa que ela fez!” (sic). M e o irmão, ficaram a viver com o pai na casa

de família, a mãe saiu de casa e foi residir em casa da madrinha. “O meu pai perdoou a minha mãe e voltámos a viver todos juntos, mas ela voltou a fazer a mesma asneira, e agora o meu pai não a perdoa” (sic). M ficou aturdida e muito triste com este acontecimento familiar, principalmente com a mãe “não acredito que ela tenha feito isto, agora deixou-nos a todos, já não vou poder falar mais com ela a qualquer hora, como antes, quando vivíamos todos juntos... sinto-me bastante sozinha, solitária e isolada de todos, não fazia falta se eu desaparecesse mas depois lembro-me dos meus pais e do meu irmão... não queria que eles sofressem então essa ideia passa...” (sic).

M tem um namorado com 17 anos que está a frequentar um curso profissional de informática e que conheceu por ter amigos comuns.

### **Descrição da Sintomatologia**

A paciente apresentava várias queixas como dificuldades a dormir, baixa autoestima, dificuldades no relacionamento interpessoal, ansiedade e depressão.

Acerca das dificuldades a dormir, a paciente narrou que a sintomatologia tinha-se iniciado por volta dos 15 anos referindo que pensava bastante em situações do dia-a-dia, tanto familiares como escolares antes de dormir e também sentia dores musculares principalmente na cervical e na zona lombar, as quais se iniciavam de modo aleatório, sem a realização de qualquer esforço físico, descrevendo-as como bastante incomodativas, originando posteriormente dores de cabeça, devido á tensão muscular muitas vezes exercida. Quanto à frequência, segundo o relato de M eram irregulares, ocorriam com maior intensidade e frequência de manhã ao acordar e à noite quando se ia deitar para dormir, porém a duração da dor segundo a paciente variava “tanto podia doer durante meia hora e passava, como podia doer mais uma hora...” (sic). As insónias aconteciam quase todas as noites, “...custava adormecer...” (sic) mas conseguia dormir razoavelmente até aproximadamente às 2h da manhã e depois tinha dificuldades para voltar a adormecer. De manhã ao ter de ir para a escola sentia-se muito cansada e com dores de cabeça por não ter tido um sono tranquilo, não se conseguindo concentrar durante as aulas, estando muito cansada e irritada com essa situação.

Sobre autoestima, M referiu que achava que não tinha muitas qualidades para que outras/os adolescentes da sua faixa etária gostarem dela “...verdadeiramente” (sic).

“...acho sempre que não vou conseguir fazer as coisas, principalmente na escola e também não tenho muitas qualidades” (sic). O divórcio dos pais foi um acontecimento de vida que mexeu com a autoestima da paciente, pois esta acreditava que nenhum dos pais gostava dela e que a estavam a abandonar e ao irmão também. Projetando igualmente as suas incertezas para o percurso escolar, apesar de este ser um percurso escolar razoável. M narra “os testes e o convívio com os meus colegas, vão acontecer da pior maneira possível” (sic). A paciente referia “sinto que não sou capaz, os meus colegas vão gozar comigo pela minha roupa ou provavelmente por alguma coisa que eu diga, também acho que não vou saber responder às perguntas dos professores ou vou interpretar as perguntas dos testes mal...” (sic).

As dificuldades no relacionamento interpessoal começaram principalmente no início do 10º ano de escolaridade por faltar frequentemente às aulas. Interligando as dificuldades no relacionamento interpessoal à baixa autoestima e à ansiedade da paciente, esta começou a ter bastantes dificuldades a iniciar uma conversa, com receio de que fossem gozar com ela. M frequentemente dava respostas um tanto rudes aos professores e colegas da turma, referindo frequentemente nas consultas “não sabia bem o que dizer quando estava nos intervalos aos meus colegas de turma, faltei muitas vezes e os grupos estavam todos feitos, eles olhavam para mim e eu achava que eles estavam a gozar comigo, com a minha roupa ou com alguma coisa que eu tivesse falado ou feito, então evitava estar com eles e ia para sítios onde ficava sozinha, sentia-me muito solitária e revoltada, não tinha ninguém para conversar... dentro da sala de aula muitas vezes só estava de corpo presente...” (sic).

Quanto à ansiedade, começou a sentir-se “mais nervosa quando ainda andava no 9º ano porque sentia muitas dores musculares, primeiro achamos que era da educação física, mas depois mesmo quando não fazia exercício doíam-me os músculos e comecei a ficar nervosa porque não sabia o que tinha, até ser diagnosticada” (sic). No 10º ano os colegas seguiram cursos diferentes, sentindo-se “desamparada” (sic) na nova turma porque não conhecia ninguém e devido às dores musculares que sentia de manhã ao acordar tinha de faltar às aulas, originando o isolamento por medo do que os colegas novos iam pensar dela, isolando-se nos locais mais remotos da escola evitando as pessoas. “...depois do diagnóstico fiquei mais aliviada porque já sabia o que tinha, mas comecei a ficar nervosa porque estava sempre atenta à espera que fosse doer alguma coisa, a qualquer hora do dia e podia acontecer numa aula começava a ficar aflita, também tinha medo, porque não queria sair das aulas a meio...” (sic). Um acontecimento que despoletou também sintomas de ansiedade foi a saída da mãe

da paciente de casa “quando a minha mãe saiu de casa eu tive de fazer as tarefas domésticas, então estava na escola começava a pensar em tudo o que tinha de fazer em casa e tinha de ser tudo eu, todos os dias da semana! Ficava muito aflita, antes éramos duas a fazer as coisas e agora não...” (sic).

A sintomatologia depressiva começou a manifestar-se após os pais anunciarem que se iam divorciar, inicialmente ficou aturdida com a situação, mas depois ficou muito triste. Nos meses iniciais após o divórcio dos pais, M fechou-se no quarto, não queria sair, nem ver ninguém, as atividades que anteriormente gostava de fazer como passear no parque, não lhe suscitavam interesse. “...quando isso aconteceu, meti-me na minha cama e não queria ver ninguém, chorei muito, na escola não tinha nenhuma amiga, já não tinha uma família como antes, estavam todos chateados, os meus pais não falavam, a minha mãe tinha saído de casa, eu senti-me muito sozinha, triste, chorei tanto, senti que a minha mãe tinha-me abandonado... não queria sair de casa, não conseguia fazer nada e na escola não estava atenta nas aulas... não conseguia, cheguei a pensar fazer uma asneira... mas depois pensava no meu irmão e nos meus pais e eles iam sofrer tanto, então a ideia passava, nunca tentei fazer nada, era só uma ideia na minha cabeça” (sic).

### **Processo de Observação Clínica**

A paciente apresentou-se em todas as consultas vestida de modo adequado, um vestuário desportivo maioritariamente de tons neutros. Com uma imagem cuidada, higiénica e correspondente à sua idade, de estatura média-baixa, de olhos castanhos com olheiras um pouco marcadas, cabelo castanho escuro, ondulado e preso. Ao longo das consultas, manteve-se atenta e orientada com um contacto ocular adequado. Apresentou um discurso organizado, porém lento, com uma boa articulação e vocabulário, num tom de voz baixo. M é uma jovem um pouco introvertida, tímida e retraída.

### **Processo de Avaliação Psicológica**

No início do processo terapêutico, foi dada prioridade ao estabelecimento da aliança terapêutica, posteriormente ao realizar a recolha da história de vida da paciente de forma detalhada foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica, o Children’s Depression Inventory (CDI) (Anexo B) e o Roberts-2 (Anexo C), estes instrumentos são ferramentas que auxiliam à realização de um diagnóstico diferencial, fornecendo informações quantitativas, tendo em conta que cada pessoa tem as suas idiosincrasias.

Aplicou-se o CDI (Anexo B) pelos seguintes motivos, a paciente no início do processo de acompanhamento apresentava um discurso lentificado, melancólico e referia que não tinha qualquer interesse por atividades que anteriormente gostava de praticar, tinha dificuldades para adormecer, ruminações e tendo em conta os acontecimentos de vida recentes, avaliámos a intensidade dos sintomas depressivos de M.

Administrámos o Roberts-2 (Anexo C), pois a paciente apresentava algumas dificuldades nos relacionamentos interpessoais, limitando a sua interação com jovens da sua idade.

Após a avaliação e recolha da história de vida de M tínhamos informação suficiente para poder intervir em cada problemática identificada elaborando várias estratégias de intervenção.

### **Resultados da Avaliação Psicológica**

A paciente nos resultados da avaliação psicológica obteve no CDI (Anexo B) o valor de 24 pontos que corresponde à nota T=66. As autoras Azevedo e Matos (2014) referem que não existe um consenso acerca do ponto de corte do CDI. Passos e Machado (cit in Azevedo & Matos, 2014) consideram o valor de 19 como ponto de corte, para adolescentes portugueses na faixa etária dos 14 aos 17 anos. O resultado obtido no CDI é significativo e congruente com a restante informação clínica e com um diagnóstico que considere a sintomatologia depressiva.

Acerca dos resultados da avaliação efetuada com o Roberts-2 (Anexo C), a paciente obedeceu às instruções, foi colaborante, porém narrou histórias simplistas e curtas (RES1 valor=7, nota t=80) com resoluções adequadas aos problemas do quotidiano, tendo como ponto forte o reconhecimento de problemas (PID1 valor=3, nota t=68). Sobre as Escalas que avaliam os Recursos que os indivíduos poderão usar para lidar com problemas, as que estão mais próximas do limiar de significância clínica são de Support-Self Feeling (SUPS-F valor=3, nota t=55) e Support Self-Advocacy (SUPS-A valor=3, nota t=53), que avaliam os recursos internos. A primeira escala identifica experiências positivas, estar alegre e orgulhosa. A segunda escala identifica a capacidade de M aprender com os erros e ser persistente para terminar uma tarefa, conseguir alcançar recursos que ajudem a terminar as tarefas ou a resolver o problema. Não surgiu nenhuma resposta atípica ou recusa em qualquer cartão que lhe foi apresentado. As temáticas das histórias centraram-se nas Escalas Clínicas da Ansiedade, Agressão, Depressão e Rejeição. Mas a Escala que se destacou foi a da

Rejeição que se encontra no limiar de significância clínica (REJ valor=3, nota t=58) esta escala inclui sentimentos como ciúmes, rejeição, separação e divórcio dos pais, fazer troça da pessoa. Em termos gerais compreende-se que a família e a escola têm um papel central na sua vida, porém parece existir um maior afastamento em relação ao pai; em relação à mãe parece existir uma relação mais próxima narrada com sentimentos e emoções positivas.

### **Síntese dos Dados de Avaliação e Diagnóstico**

Após a recolha da história de vida da paciente, assim como pela observação clínica efetuada ao longo das nove consultas realizadas e instrumentos de avaliação, podemos colocar três hipóteses de diagnóstico, a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação de Ansiedade Social e a Perturbação de Ansiedade Generalizada de acordo com o DSM-V (APA, 2013).

Acerca da Perturbação Depressiva Major a paciente preenche o critério A e B. No critério A estão presentes mais de 5 sintomas num período de duas semanas consecutivas, isto é, a paciente apresentava um humor deprimido durante a maior parte do dia, tinha uma diminuição clara do interesse ou prazer em quase todas as atividades; aumento de peso; tinha perda de energia ou fadiga; apresentava uma diminuição da capacidade de concentração quase todos os dias indicado por relato subjetivo; apresentava também ideação suicida sem plano específico. No critério B os sintomas causam défice social e ocupacional, indo de encontro com várias situações escolares vivenciadas pela paciente (APA, 2013). A avaliação realizada através do CDI também se apresenta congruente com a restante informação clínica, corroborando o diagnóstico.

Acerca da Perturbação de Ansiedade Social a paciente preenche os critérios A, B, D, F e G, isto é, M demonstrava ansiedade ou medo em situações sociais em que estava exposta ao possível escrutínio dos outros, incluindo interações sociais como uma conversa (Critério A), a paciente temia mostrar sintomas de ansiedade que podiam ser avaliados de forma negativa, que originariam rejeição ou embaraço (Critério B), as situações sociais eram evitadas (Critério D) deslocando-se para locais isolados na escola, o evitamento é persistente com uma duração de 6 meses (Critério F) e M apresenta também o Critério G pois ocorre um défice social, escolar e ocupacional (APA, 2013).

A aplicação do instrumento de avaliação psicológica Roberts-2, permitiu evidenciar a cotação numa das Escala Clínicas, a de Rejeição, complementando os elementos da entrevista já reportados.

Sobre a Perturbação de Ansiedade Generalizada M preenche os critérios A, B, C e D. Apresentando ansiedade e preocupação excessivas em mais de metade dos dias durante 6 meses, sobre várias atividades como o desempenho escolar (Critério A), a paciente tinha dificuldade em controlar a preocupação (Critério B), acerca do Critério C, M preenche os seguintes sintomas, estando presentes durante seis meses: agitação; nervosismo; fadiga fácil; dificuldade de concentração; irritabilidade e perturbações de sono. Estando igualmente presente o Critério D, a existência de défices no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (APA, 2013).

### **Conceptualização do Caso**

De acordo com a história de vida da adolescente, uma das problemáticas iniciou-se por volta dos 15 anos com dores musculares intensas, afetando vários aspetos da sua vida a nível social e escolar, sendo posteriormente diagnosticada com fibromialgia, originando alterações comportamentais e emocionais. Também é importante salientar outro acontecimento de vida recente, o divórcio dos pais e conflitos após o divórcio, que também provocou alterações e instabilidade na sua vida.

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crónica multifatorial complexa, com maior prevalência nas mulheres (Marques, Espirito Santo, Berssaneti, Matsutani & Yuan, 2017). Quando diagnosticado em meninas com idades compreendidas entre os nove e os quinze anos tem o nome de síndrome da fibromialgia juvenil (Goulart, Pessoa & Júnior, 2016). Existindo vários fatores associados a esta síndrome como a fadiga, as perturbações de sono, a rigidez matinal, a ansiedade e a depressão (Cavalcante, et al., 2006). Os autores Goulart, Pessoa, & Júnior (2015) referem que as alterações dos padrões de sono são um fator comum em pacientes diagnosticados com fibromialgia, estes têm dificuldades a iniciar o processo de adormecimento e também há uma redução no tempo total de horas de sono provocando um sono não restaurador pois ocorrem períodos de vigília durante a noite, provocando uma qualidade de vida limitada (Goulart, Pessoa & Júnior, 2016). Acerca de situações aversivas ou problemáticas que estes jovens podem vivenciar, estes tendem a utilizar estratégias de fuga e de evitamento dos problemas (Goulart, Pessoa & Júnior, 2016).

A adolescência é uma das etapas do desenvolvimento do indivíduo que marca a mudança entre o mundo infantil e o mundo adulto (Hack & Ramires, 2010). É uma das etapas cruciais do desenvolvimento, em que os adolescentes procuram um equilíbrio entre o que é real e o

que é o imaginário, sendo que a família desempenha um papel importante para incrementar um equilíbrio (Wagner, Falcke & Meza, 1997).

Quando ocorre uma separação ou divórcio, esse acontecimento provoca mudanças nas relações familiares (Ramires, 2004). Em Portugal o surto de divórcios iniciou-se nos anos 60 (Mota & Matos, 2009) sendo reconhecido como o grande corte do ciclo de vida familiar, afetando os diversos membros de uma família (Ramires, 2004). De acordo com Souza & Ramires (2006, cit in Hack & Ramires, 2010) após a separação, os filhos têm medo de perder o contacto com uma das figuras parentais e serem abandonados. Ocorrendo a saída de um dos pais da casa da família, pode suceder um declínio económico, mudança de residência e/ou de escola, menos contacto com uma das figuras parentais, instabilidade, sentimentos de raiva e de confusão originando problemas relacionais, uso de substâncias, diminuição do rendimento escolar, pode ocorrer conduta sexual inadequada, depressão, agressividade, comportamento delinvente também se podem sentir mais deprimidos e irritados, podem apresentar problemas de adaptação e problemas nas relações interpessoais, terem comportamentos antissociais, agressivos, de oposição, descrença, ansiedade assim como problemas de internalização e externalização (Hack & Ramires, 2010).

Focando-nos no caso de M, acerca da fibromialgia a paciente apresentava diversos sintomas que limitavam a sua qualidade de vida, as problemáticas que foram abordadas e exploradas como as alterações de sono, as dores musculares, a ansiedade, evitamento e fuga de situações sociais. Acerca do divórcio dos pais, esta começou a referir se sentir abandonada pela mãe, sentimentos de raiva, depressão, agressividade, problemas nas relações interpessoais. Baseamo-nos na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e na Entrevista Motivacional (EM), pois a TCC é uma das práticas com maior percentagem de sucesso (Goulart, Pessoa & Júnior, 2016). A EM foi desenvolvida por Miller e Rollnick com o objetivo de auxiliar o paciente nos processos de mudanças comportamentais, isto é, o processo de mudança do comportamento seria alcançado através do incentivo da resolução do problema (Bandinelli, Gonçalves & Fonseca, 2013), complementando com outras técnicas.

### **Processo de Intervenção Psicológica**

As consultas desenvolveram-se ao longo de 9 sessões, iniciando-se no início do mês de fevereiro até junho de 2019. As sessões foram agendadas num intervalo de duas ou três semanas, devido ao difícil agendamento de consultas no hospital. O processo de intervenção centrou-se em estabelecer uma relação empática, terapêutica e de confiança com M, para

que se sentisse segura aderindo aos objetivos terapêuticos estabelecidos. Baseando-nos na TCC e na EM de modo a alcançar alterações tanto a nível cognitivo como a nível comportamental.

Na primeira consulta iniciámos a recolha da história de vida da paciente enfatizando o motivo do pedido de apoio psicológico. Procurámos estabelecer uma relação empática para que a paciente se sentisse mais segura de modo a falar mais abertamente, visto que a paciente se mostrava tímida e retraída, falando pouco e sucintamente.

Na segunda consulta continuámos a explorar as informações acerca das problemáticas que foram referidas de modo muito sintético na primeira consulta. Iniciámos a psicoeducação sobre insónias (Anexo D) e a importância do sono e psicoeducação acerca da fibromialgia (Anexo E), pois a paciente referia ter dúvidas quanto às características da síndrome e comorbilidades existentes. Realizámos também psicoeducação relativamente à higiene do sono, elaborando uma lista de métodos para conseguir adormecer mais rapidamente (Anexo G).

Na terceira e quarta consultas, M referiu ter vivenciado uma situação difícil no seio familiar, o divórcio dos pais. A paciente falou bastante nestas duas consultas acerca dos seus sentimentos entre uma catarse emocional e silêncios prolongados e aos poucos ia descrevendo a sua nova situação familiar e as alterações que ocorreram após o divórcio, da falta que sentia de uma das figuras parentais. Provendo-se nestas consultas apoio emocional e aplicou-se o CDI (Anexo B). A paciente depois referiu que gostava de falar acerca do que acontecia nos intervalos das aulas, mencionando que ficava muito ansiosa quando tinha de falar com colegas, decidimos intervir inicialmente com a psicoeducação acerca da ansiedade (Anexo F) e ensinar a respiração diafragmática (Anexo H) sendo esta, uma forma de M controlar a ansiedade.

Na quinta consulta, prosseguimos com o apoio acerca do acontecimento de vida mais recente, em que a paciente referia que ficava cada vez mais ansiosa, pois tinha de realizar tarefas que anteriormente não tinha de se preocupar em fazer, algo que a colocava bastante pensativa e distraída durante as aulas. M colaborou ativamente nas tarefas propostas durante a consulta, com algum auxílio, realizou uma agenda semanal de forma a poder preencher as lacunas conforme o que seria necessário durante a semana (Anexo L). A paciente demonstrava bastante resistência para sair de casa, não conseguindo descrever muitas

atividades que gostasse de realizar, ficando como tarefa de casa pensar nas atividades que realizava antes do divórcio dos pais e de ter sido diagnosticada com fibromialgia.

Na sexta consulta M quando entrou no consultório mencionou que os objetivos para dormir estavam a resultar e estava contente por verificar melhorias. Nesta consulta, efetuou a lista de atividades gostava de voltar a realizar (Anexo J). Mesmo assim as dores musculares incomodavam-na, ensinámos o treino de Relaxamento Muscular Progressivo de S. Cormier & B. Cormier (Anexo I) para realizar 2 vezes por dia. Posteriormente a paciente narrou várias situações em que se sentia socialmente desconfortável e rejeitada, e efetuamos o preenchimento de uma tabela de registo de pensamentos (Anexo K).

Na sétima consulta M apareceu bem-disposta e contente pois verificou que os pais falavam sem discutir e conseguiam entrar em acordo. Nessa consulta a paciente referiu algumas situações escolares que decorreram, no intervalo entre as consultas, que originaram alguns conflitos, pelo que realizámos um *role play* com inversão de papéis, em que a paciente se colocou no lugar da pessoa com a qual estava a conversar no intervalo. Após a realização do exercício, M compreendeu que em certas situações era agressiva a responder às pessoas (tanto colegas como a alguns professores). Como apresentava algumas limitações a nível interpessoal, aplicamos o Roberts-2 (Anexo C), de modo a termos uma melhor compreensão da sua perceção do mundo.

Na oitava consulta M falou sobre a escola e sobre as notas que iria obter no final do ano letivo, contente por ter conseguido alcançar os seus objetivos e por transitar de ano. Continuámos com o Treino de Competências Sociais (assertividade, agressividade e passividade) também com auxílio de um vídeo e de modo gradual M foi aprendendo a responder de modo mais assertivo. Realizámos novamente o Relaxamento Muscular Progressivo (Anexo I). A paciente referiu que ia fazendo os exercícios de respiração diafragmática quando se sentia mais ansiosa na escola, e em casa realizava o treino de relaxamento muscular por vezes de manhã e à noite antes de dormir.

Na nona e última consulta, M entrou no consultório alegre pois conseguiu se integrar num grupo de meninas e começou a sair com elas. Mas referindo seguidamente que não conseguia perceber o porquê das meninas a terem aceitado no grupo pois não conseguia ver qualidades que originassem essa aceitação. Aplicámos o exercício do espelho (Anexo N) de modo a fomentar a sua autoestima, aceitação e autoimagem. E preencheu uma tabela sobre as

situações positivas do quotidiano e as respetivas consequências positivas (Anexo M) de modo a que a paciente verificasse que aconteciam situações positivas. Referindo algumas vezes nessa consulta sentir-se melhor fisicamente e que durante os intervalos escolares já conseguia estar com os colegas, adaptando-se melhor à turma.

Nesta última consulta, foi efetuada a análise do processo de modo a reconhecer os progressos graduais que M teve ao longo das sessões efetuadas. Sendo-lhe também explicado que as consultas futuras do processo de acompanhamento seriam efetuadas pelo orientador.

A paciente teve mais uma consulta na unidade, consulta realizada pelo orientador, em que o meu papel foi apenas de observação, na qual foram referenciados novamente os progressos alcançados pela paciente ao longo deste ano e verificando as melhorias de M, teve alta da unidade.

### **Reflexão Pessoal sobre o Caso Clínico**

Antes de iniciar o processo de acompanhamento de M, ainda não tinha tido contacto com pessoas diagnosticadas com dor crónica, uma problemática que afeta bastantes pessoas no nosso país.

O motivo do encaminhamento tinha-me cativado e queria ajudar a paciente a lidar da melhor forma possível com as dores que ela sentia frequentemente, provocando limitações em diversas áreas da sua vida. Na primeira consulta M falava pouco e baixinho, mostrava-se pouco á vontade no consultório, retraindo-se.

Para conseguir estabelecer empatia e uma ligação com a paciente, expliquei que aquele seria um espaço para ela e poderia conversar sobre o que quisesse. Após a explicação, a adolescente ficou mais à vontade. M foi assídua e pontual a todas as consultas, compareceu sozinha às consultas. Gradualmente verifiquei que consegui estabelecer uma relação terapêutica com M, ela falava cada vez mais abertamente sobre as situações que mais lhe provocavam angústia na escola e em outros contextos da sua vida.

Quando M recebeu a notícia do divórcio dos pais foi um acontecimento que causou muitas alterações da sua vida, nas consultas após esse acontecimento de vida, M referenciava várias situações que tinham sofrido alterações após o divórcio dos pais, mas simultaneamente ocorriam longos silêncios, e esses silêncios causavam-me alguma angústia e constrangimento pois não sabia o que fazer, exigindo uma grande dedicação nesses momentos.

Durante o processo de intervenção, a adolescente foi participando e colaborando maioritariamente em todas as tarefas propostas, referindo diversas vezes que a ajudavam bastante, porém existiram algumas tarefas efetuadas em consulta que a paciente inicialmente apresentou algumas dificuldades e hesitação em realizar, como o preenchimento da tabela sobre o registo de pensamentos, a paciente demonstrava resistência para efetuar o preenchimento por escrito, então auxiliei preenchendo a tabela com as informações que M narrava.

Outra tarefa que apresentou alguma dificuldade foi no exercício do espelho, tinha dificuldades em nomear qualidades ou características que mais gostava, referindo rapidamente os defeitos ou o que não gostava, que progressivamente com dedicação e persistência, M conseguiu verificar qualidades que gostava e apreciava em si.

Acerca das situações positivas no quotidiano, M tinha uma maior propensão a identificar rapidamente as situações negativas focando a sua atenção na maioria das vezes para o pior, então realizou-se uma tabela para o preenchimento de situações positivas. E gradualmente, a paciente foi conseguindo verificar a existência de situações e acontecimentos positivos no seu quotidiano.

Em relação a este caso clínico conseguimos alcançar progressos relativamente às problemáticas apresentadas pela paciente M. A adolescente conseguiu ter noites de sono mais tranquilas, aprendeu técnicas de relaxamento que colocava em prática a maior parte das vezes que sentia dores musculares ou ficava ansiosa, aprendeu a lidar melhor com as situações sociais na escola e a comunicar de modo mais assertivo, integrando-se também num grupo de amigas e retomando algumas das atividades que tinha parado de fazer. Foi um caso clínico gratificante.

### **Reflexão Geral sobre o Estágio**

Neste relatório foram descritas da forma mais detalhada possível, as experiências e atividades realizadas ao longo do estágio, sendo assim, é também necessário refletir acerca das aprendizagens adquiridas ao longo deste ano letivo.

O estágio é um dos alicerces para a nossa instrução enquanto futuros psicólogos, pois prepara-nos para a nossa futura prática profissional, sendo esta uma das etapas mais importantes e marcantes da minha vida enquanto estudante universitária. Foi um extenso percurso com o qual fomos aprendendo e adquirindo diversas ferramentas, as quais futuramente serão indispensáveis para exercer uma boa prática profissional.

A primeira fase do estágio foi um pouco caracterizada pela insegurança, pois não tendo experiência na prática clínica, sentimos alguma angústia e sem dúvida que a observação clínica ajudou bastante, pois fui gradualmente verificando os conhecimentos teóricos já adquiridos nos anos anteriores, ganhando confiança e fui ultrapassando os obstáculos.

A segunda fase do estágio, isto é, o acompanhamento psicológico a pacientes, foi muito enriquecedora, tendo possibilitado a aquisição de capacidades de adequar a abordagem e as consultas às diversas problemáticas que eram trazidas pelos pacientes. Foi um ano de grandes aprendizagens, aprendi a lidar com os imprevistos que podem surgir a qualquer instante durante a prática clínica e por ter tido também a oportunidade de poder interagir com diversas crianças e adolescentes de diversos grupos étnicos e culturais e com as respectivas famílias.

Foram várias etapas essenciais para o meu crescimento enquanto futura psicóloga, preparando-me para a prática clínica.

Serei eternamente grata ao meu orientador e à minha supervisora de estágio por me ajudarem a superar os desafios, pela confiança e conselhos transmitidos ao longo de todo o estágio.

Ao efetuar uma reflexão acerca do meu percurso ao longo do estágio curricular, consigo ter a percepção da minha evolução positiva que foi ocorrendo de modo gradual. Essa evolução ocorreu não só e apenas pela observação, mas também pela prática de diferentes métodos e procedimentos que foram sendo adquiridos.

Foi um ano muito enriquecedor, mas futuramente ainda há muito para aprender.



## Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Escolar*. (A. Humphrey, Trad.) Psiquilíbrios Edições.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico* (5ª ed.). (C. Agostinho, C. Oliveira, F. Gonçalves, F. Vicente, G. Jesus, J. Teixeira, . . . V. Viveiros, Trans.) Lisboa, Portugal: CLIMEPSI.
- Azevêdo, A. d., & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, 33(4), pp. 573-585. doi:10.1590/1982-02752016000400002
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação Suicida e Sintomatologia Depressiva em Adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(1), pp. 180-191. doi:10.15309/14psd150115
- Bandinelli, L. P., Gonçalves, H. A., & Fonseca, R. P. (2013). A entrevista motivacional e sua aplicabilidade em diferentes contextos: uma revisão sistemática. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 13(1), pp. 26-34.
- Blanco, N. C. (2012). *Estudo Comparativo Sobre a Educação Especial em Portugal-Extremadura: Aplicação De Um Programa De Intervenção*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.
- Bleger, J. (1964). *La Entrevista Psicológica*. Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Psicología.
- Borges, P., Pessoa e Costa, I., Ferreira, C. T., Gil, I., Carvalhão, I., Fernandes, S., & Veríssimo, M. (2012). Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths - Adaptação Para a População Portuguesa. *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação*, pp. 922-932.
- Brickenkamp, R. (1962). *d2, Teste de Atenção*. Göttingen, Alemanha.
- Brites, S. M. (2009). *Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Estudos psicométricos e normativos com crianças dos 4 aos 6 anos*. Tese de Mestrado,

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra,  
Coimbra.

- Castro, E. K. (2007). Psicologia Pediátrica: A Atenção à Criança e ao Adolescente com Problemas de Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), pp. 396-405.
- Castro, E. K., & Bornhold, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), pp. 48-57.
- Cavalcante, A. B., Sauer, J. F., Chalot, S. D., Assumpção, A., Lage, L. V., Matsutani, L. A., & Marques, A. P. (2006). A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), pp. 40-48.
- Correia, S. S. (2013). *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC): Estudo de validação em crianças e adolescentes institucionalizados vítimas de maus tratos*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Dias, A. R. (2007). Dor Crónica - Um Problema de Saúde Pública. *Portal dos Psicólogos*, pp. 1-8.
- Dias, C. (s.d.). *Aprender a Relaxar. Gapsi - Gabinete de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa*.  
[https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Aprender\\_a\\_relaxar.pdf](https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Aprender_a_relaxar.pdf)
- Ferraz, A. R., Guimarães, H., & Afonso, C. (2009). *50 Anos da Pediatria do Hospital XXXXXX*. Porto, Portugal: XXXXXX, E.P.E.
- Finch, J. A., Saylor, C. F., Edwards, G. L., & McIntosh, J. A. (1987). Children's Depression Inventory: Reliability Over Repeated Administrations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(4), pp. 339-341.
- FMUP. (2011). *"História da Universidade do Porto - Raízes e Memória da Instituição."*. Faculdade de Medicina Universidade do Porto:  
[https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web\\_base.gera\\_pagina?p\\_pagina=1183](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=1183)

- Goulart, R., Pessoa, C., & Júnior, I. L. (2016). Aspectos psicológicos da síndrome da fibromialgia juvenil: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56(1), pp. 69-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.07.008>
- Hack, S. P., & Ramires, V. R. (2010). Adolescência e divórcio parental: continuidades e rupturas dos relacionamentos. *Psicologia Clínica*, 22(1), pp. 85-97. <https://www.redalyc.org/pdf/2910/291022021006.pdf>
- Helsel, W. J., & Matson, J. L. (1984). The Assessment of Depression Internal Structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behaviour Research and Therapy*, 22(3), pp. 289-298.
- Ismael, S. C. (2005). A Inserção do Psicólogo no Contexto Hospitalar. *A prática psicológica e sua interface com as doenças*, pp. 18-35.
- Machado, A. P. (2013). *A Psicologia junto ao Hospital Universitário de Santa Maria: Um Estudo Histórico*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria.
- Marques, A. P., Espírito Santo, A. S., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. K. (2017). A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), pp. 356-363. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.10.004>
- Matoso, J. d. (2014). *O exame da inteligência numa amostra de adolescentes institucionalizados com comportamento anti-social: Estudos com duas versões das Escalas de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC e WISC-III)*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2009). Apego, Conflito e Auto-Estima em Adolescentes de Famílias Intactas e Divorciadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), pp. 344-352.
- Mota, R. A., Martins, C. G., & Vêras, R. M. (2006). Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), pp. 323-330.

- Moura, O., Costa, P., & Simões, M. R. (2019). WISC-III Cognitive Profiles in Children with ADHD: Specific Cognitive Impairments and Diagnostic Utility. *The Journal of General Psychology*.
- Ordem dos Psicólogos. (2011). *Código Deontológico*. Ordem dos Psicólogos: [https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod\\_deontologico](https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico)
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo.
- Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marques, S., & Baptista, J. (s.d.). Desenvolvimento, Psicopatologia e Apego: Estudo Exploratório com Crianças Institucionalizadas e suas Cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), pp. 222-231.
- Ramires, V. R. (2004). As Transições Familiares: A perspectiva de Crianças e Pré-Adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 9(2), pp. 183-193. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v9n2/v9n2a05.pdf>
- Rio Novo, R. M. (2012). *Padrões de sono e sintomatologia depressiva em crianças com obesidade*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Braga.
- Roberts, G. E., & Gruber, C. (2005). *Roberts-2*. Los Angeles, Califórnia: Western Psychological Services.
- Santos, A. S., Neto, F. S., Silva, D. A., & Souza, D. O. (2010). Mucopolissacaridose tipo VI (Síndrome de Maroteaux Lamy): relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 10(2), pp. 194-197.
- Simões, M. R., Albuquerque, C. P., Pinho, M. S., Vilar, M., Pereira, M., Lopes, A. F., . . . Moura, O. (2016). *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra*. Coimbra, Portugal: Cegoc.
- Sítio oficial do Centro Hospitalar ~~XXXXXXXXXXXX~~. <http://portal-chxx.minsaude.pt>
- Souza, M. O., Silva, E. M., Bezerra, D. G., & Teixeira, V. P. (2019). A Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento de Insónia em Adolescentes com Ansiedade. *GEPNEWS*, 2(2), pp. 169-175.
- Tavares, M. (2000). A Entrevista Clínica. *Psicodiagnóstico*, 45-56.

Viana, V., & Almeida, J. (1998). Psicologia Pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1(16), pp. 29-40.

Wagner, A., Falcke, D., & Meza, E. (1997). Crenças e valores dos adolescentes acerca de família, casamento, separação e projetos de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(1).



# **Anexos**



**Anexo A:** Cronograma das Atividades Realizadas em Estágio Curricular

Relatório de Estágio  
Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Mês									
Atividades	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Observação de Consultas									
Reuniões de Supervisão									
Avaliações Psicológicas									
Consultas Individuais de Psicologia									
Reuniões de Serviço									
Visitas às Crianças e Adolescentes no HD									
Acompanhamento de doentes no Internamento									
Acompanhamento aos doentes e familiares no SCIP									
Acompanhamento - Caso M									
Processo de Avaliação - Caso M									
Processo de Intervenção – Caso M									

**Anexo B:** Children's Depression Inventory (CDI) – Caso M



Nome: HP

Idade: 17 Sexo: F Escolaridade: 11<sup>o</sup>

Data: \_\_\_\_\_

## 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...

1.

Estou triste de vez em quando.

Estou triste muitas vezes.

Estou triste o tempo todo.

2.

Nunca nada me vai correr bem..

Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem.

As coisas vão-me correr bem.

3.

Faço quase tudo bem.

Faço muitas coisas mal.

Faço tudo mal.

4.

Divirto-mo com muitas coisas.

Divirto-me com algumas coisas.

Nada é divertido para mim.

5.

Sou sempre mau (má).

Sou mau (má) muitas vezes.

Sou mau (má) de vez em quando.

6.

De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer

Tenho receio que me aconteçam coisas más.

Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis.

7.

Eu detesto-me.

Eu não gosto de mim.

Gosto de mim.

8.

Sou culpado (a) de tudo o que acontece de mau

Muitas coisas más acontecem por minha causa

As coisas más não costumam ser culpa minha.

9.

Não penso em matar-me.

Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei

Quero matar-me.

10.

Tenho vontade de chorar todos os dias.

Tenho vontade de chorar muitas vezes.

De vez em quando tenho vontade de chorar

11.

Tudo me aborrece imenso.

Aborreço-me muitas vezes.

Aborreço-me de vez em quando.

12.

Gosto de estar com pessoas.

Não gosto muitas vezes de estar com pessoas

Nunca quero estar acompanhado por pessoas

13.

Nunca consigo tomar decisões.

Para mim é difícil tomar decisões.

Tomo decisões com facilidade.

14.

Gosto do meu aspecto.

Há algumas coisas do meu aspecto que não gosto muito.

Sou feio (a).

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.

Pedro Dias e Miguel Gonçalves (1999)  
Departamento de Psicologia-Universidade do Minho

**Folha de Cotação- Questionários de Auto-Relato para Perturbações de  
Depressão em Crianças e Adolescentes**

**Idades de aplicação: dos 8 aos 17 anos**

**CDI (Kovacs, 1992):**

**Questionário de avaliação da depressão- 27 itens**

**Classificação:**

Neste questionário, cerca de metade dos itens encontra-se formulado numa ordem crescente de gravidade dos sintomas, ao passo que os restantes está formulado na ordem inversa.

Assim, os itens 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26 e 27 recebem a seguinte cotação:

0

1

2

Os itens 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 recebem a seguinte cotação:

2

1

0

A nota total é obtida somando-se os resultados obtidos nos 27 itens. Na folha de perfil, encontram-se normas diferentes para dois grupos etários: 8 a 12 anos e 13 a 17 anos.

**Total do CDI:** 24

**Anexo C:** Folha de Perfil Roberts-2 – Caso M



**CODING PROTOCOL**

**Roberts-2  
Record Form**

Glen E. Roberts, Ph.D.,  
and Dorothea S. McArthur, Ph.D.



Child's Name or ID: H Administration Date: \_\_\_\_\_  
 Age: 17 Gender: Feminino Grade: 11º Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Assessment Administrator: \_\_\_\_\_ School or Agency: \_\_\_\_\_  
 Reason for Assessment: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	CARD NUMBER																Total Count
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
<b>Theme Overview Scales</b>																	
Popular Pull .....	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	—	—	✓	13
Complete Meaning .....	—	—	—	—	—	—	—	✓	—	—	—	—	✓	✓	—	—	3
<b>Available Resources Scales</b>																	
Support Self—Feeling .....	✓	—	—	—	✓	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Support Self—Advocacy .....	—	—	✓	—	—	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Support Other—Feeling .....	—	✓	—	—	✓	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Support Other—Help .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	✓	—	✓	—	—	2
Reliance on Other .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	✓	1
Limit Setting .....	—	—	—	—	—	—	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	1
<b>Problem Identification Scales</b>																	
1—Recognition .....	—	✓	—	—	—	—	—	✓	—	✓	—	—	—	—	—	—	3
2—Description .....	—	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	✓	—	—	✓	—	—	7
3—Clarification .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
4—Definition .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
5—Explanation .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
<b>Resolution Scales</b>																	
1—Simple Closure or Easy Outcome .....	✓	—	—	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
2—Easy and Realistically Positive Outcome .....	—	✓	✓	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
3—Constructive Resolution .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
4—Constructive Resolution of Feelings and Situation .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
5—Elaborated Process With Possible Insight .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
<b>Emotion Scales</b>																	
Anxiety .....	—	—	—	✓	—	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Aggression .....	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Depression .....	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Rejection .....	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
<b>Outcome Scales</b>																	
Unresolved Outcome .....	—	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Nonadaptive Outcome .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Maladaptive Outcome .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Unrealistic Outcome .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
<b>Unusual or Atypical Responses</b>																	
Refusal .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
No Score .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Antisocial .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Unusual (total count for all three categories)																	0
Atypical Categories (total count for each card)																	0

SCORING PROFILE		AGES 14 TO 18	
Child's Name or ID:	77		Age: 17 Gender: Feminino Administration Date:
Developmental/Adaptive Scales			
Total Count	T-Score	T 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80	
THEME OVERVIEW SCALES			
Popular Pull	13 49	8 9 10 11 12 13 14 15 16	
Complete Meaning	3 40	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
AVAILABLE RESOURCES SCALES			
Support Self—Feeling	3 55	0 1 2 3 4 5 6 ≥7	
Support Self—Advocacy	3 53	0 1 2 3 4 5 6 7 ≥8	
Support Other—Feeling	3 42	≤1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ≥11	
Support Other—Help	2 42	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ≥11	
Reliance on Other	1 42	0 1 2 3 4 5 6 ≥7	
Limit Setting	1 45	0 1 2 3 4 5 6 7 ≥8	
PROBLEM IDENTIFICATION SCALES			
1—Recognition	3 68	0 1 2 3 ≥4	
2—Description	7 45	≤1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
3—Clarification	0 36	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 ≥15	
4—Definition	0 43	0 1 2 3 4 5 6 7 ≥8	
5—Explanation	0 46	0 1 2 ≥3	
RESOLUTION SCALES			
1—Simple Closure or Easy Outcome	7 80	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 ≥19	
2—Easy and Realistically Positive Outcome	6 48	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
3—Constructive Resolution	0 43	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ≥10	
4—Constructive Resolution of Feelings and Situation	0 46	0 1 2 3 4 ≥5	
5—Elaborated Process With Possible Insight	0 48	0 1 ≥2	
Total Count	T-Score	T 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80	
Note: Shaded areas mark regions of potential adaptive strength or weakness.			
Clinical Scales			
Total Count	T-Score	T 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80	
EMOTION SCALES			
Anxiety	5 49	≤1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ≥11	
Aggression	4 42	≤2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 ≥12	
Depression	4 50	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ≥11	
Rejection	3 58	0 1 2 3 ≥4	
OUTCOME SCALES			
Unresolved Outcome	1 41	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
Nonadaptive Outcome	2 54	0 1 2 ≥3	
Maladaptive Outcome	0 47	0 1 ≥2	
Unrealistic Outcome	0 49	0 1 ≥2	
UNUSUAL OR ATYPICAL RESPONSES			
Unusual—Refusal, No Score, Antisocial	0 43	0 1 2 ≥3	
Atypical Categories	0 43	0 1 2 3 4 5 ≥6	
Total Count	T-Score	T 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80	
Note: Shaded area marks region of potential clinical significance.			

Additional copies of this form (W-383D) may be purchased from WPS. Please contact us at 800-648-8857 or wpspublish.com.

**Anexo D:** Apresentação - Insónia



### INSÔNIA

Unidade de Psicologia - 2019



### SONO

- Naturalmente um tempo para manter estável é previsto pelo corpo, que é impulsionado para a noite (regulação física e química).
- O período de sono é controlado de dentro para dentro e é regulado por um relógio interno, chamado ritmo circadiano.
- Os seres humanos têm esse relógio programado para acordar imediatamente durante o dia, quando estão funcionando e dormir de noite, quando a luminosidade está reduzida no ambiente.
- O cérebro tem um ciclo de sono a um nível de vigília (sem acordar).
- Durante a noite acontecem ações essenciais no nosso cérebro, como por exemplo a consolidação da memória, o aprendizado (quando dormimos) e nosso cérebro repassa as informações adquiridas durante o dia.

### SONO

Na maioria as perturbações de sono constituem um problema de saúde pública.

Em Portugal, de acordo com alguns estudos, 28,1% da população sofre de sintomas de insónia, pelo menos três vezes por semana.

- A insónia é a dificuldade de sono mais frequente.
- Quando se trata maior proporcionalmente em jovens do sexo feminino, ouvintes.

### INSÔNIA

A insónia é definida como uma experiência subjetiva de sono inadequado ou de qualidade limitada, apesar de existir uma oportunidade e condições adequadas para dormir, com prejuízo para o funcionamento social, ocupacional e de outras atividades diurnas.

<b>Insónia Intermitente</b>	<b>Insónia Intermitente</b>	<b>Insónia Terminal</b>
↓	↓	↓
Dificuldade em iniciar o sono	Dificuldade em manter o sono	Acordar cedo

### INSÔNIA

**Definição**

<b>Figura</b>	<b>Crítéria</b>
Duração inferior a quatro semanas	Duração superior a quatro semanas
Cada um dos sintomas a ocorrer pelo menos três vezes por semana	

1. Dificuldade em adormecer	4. Despertar frequente ou involuntário	5. Dificuldade de persistência do sono
2. Despertar de sono involuntário	3. Inabilidade de voltar ao sono sem ajuda	6. Sono de menor qualidade
3. Despertar muito cedo	7. Qualidade do sono	8. Sono de menor duração

### ALGUNS FATORES QUE INFLUENCIAM A INSÔNIA

- Ingestão de Cofeína
- Ingestão de Estimulantes
- Horário de Sono (durante o dia e ao fim do dia)
- Utilização de Tecnologia
- Utilização de Internet



### CONSEQUÊNCIAS

- Irritabilidade
- Fadiga
- Dificuldade de concentração
- Sintomas de ansiedade e depressão
- Menos mais baixas e níveis inferiores de atenção e concentração do que os colegas
- Comportamentos mais impulsivos
- Falta de resistência à frustração
- Aspectos sociais e do comportamento: níveis mais elevados de irritabilidade, agressividade e menor aptidão/projeção social

### HIGIENE DO SONO

O sono é essencial para a manutenção da saúde do indivíduo e para melhorar a qualidade do sono é essencial seguir 7 regras do sono.

É a prática de vários comportamentos que ajudam a promover um sono de qualidade e um bom funcionamento durante a vigília consciente.

Cumprimento das regras que tem por objetivo obter mais horas na hora de dormir.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, C. A., & Barro, A. A. (2013). História de Sono - A Insónia de Bruxelas. Nova História na Hora de Dormir. (Edição em 19 de Fevereiro de 2013, em 27 de Junho de 2019). [https://www.repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467\\_10467](https://www.repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467_10467)

Carvalho, C. A. (2019). Qualidade de Sono, Hábitos de Sono e Consumo de Cofeína em Adolescentes. Universidade de Lisboa, Lisboa. (Edição em 19 de Fevereiro de 2019, em 27 de Junho de 2019). [https://repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467\\_10467](https://repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467_10467)

Clifford, G. (2019). História de Sono em 19 de Fevereiro de 2019, em 27 de Junho de 2019. [https://www.repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467\\_10467](https://www.repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467_10467)

Silva, P. (2019). Sono. (Edição em 19 de Fevereiro de 2019, em 27 de Junho de 2019). [https://www.repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467\\_10467](https://www.repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467_10467)

Silva, C. F. (2014). Não se Desespere. Sobre Sono. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. (Edição em 19 de Fevereiro de 2019, em 27 de Junho de 2019). [https://repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467\\_10467](https://repositorio.ulb.pt/handle/10467/10467_10467)



**Anexo E:** Apresentação - Fibromialgia







**Anexo F: Apresentação - Ansiedade**



## Ansiedade

Unidade de Psicologia - 2019

### Ansiedade

O que é?



- É um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de uma antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.
- Em níveis normais e quando adequada às circunstâncias a ansiedade estimula de forma saudável o indivíduo para a ação, constituindo-se uma experiência familiar à maior parte dos humanos (Pinto, 1972; e Coelho, 2016).

Coelho, 2016  
Coelho, 2016; Pinto, 1972; e Coelho, 2016.

### Ansiedade

Sintoma Básico

- É uma resposta do corpo que atua independentemente do nosso pensamento racional, isto é, um reflexo.
- O corpo reage ao stress, dando uma resposta → prepara o corpo para "fugir ou lutar" em situações de perigo.

↓  
Libertação de adrenalina, provocando reações:

- Acelerar os batimentos cardíacos
- Contrair os vasos sanguíneos
- Dilatar as pupilas
- Dilatar os pulmões
- Aumentar a libertação de glicose no sangue

Coelho, 2016

### Ansiedade



- Quando a ansiedade é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico na base da resposta, é considerado **patológico**.

↓  
Afetando de forma negativa o funcionamento do indivíduo.

Ataque de Pânico

Ataque de Ansiedade

Coelho, 2016

### Ansiedade



**Sintomas**

• Agitação	• Sono perturbado
• Fadiga fácil	• Agitação dos braços e pernas
• Dificuldade de concentração	• Medo
• Irritabilidade	• Presença exagerada em comparação à realidade
• Tensão muscular	• Desconfiança dos pensamentos

Coelho, 2016

### Referências Bibliográficas

- Coelho, A. C., Secundo, R., Abade, E., & Vazão, C. (2016). Transtornos de Ansiedade. *Revista de Sociologia de Psicologia*, 22(2). doi:10.1590/S1516-4446200000030009
- Coelho, C. (2016). Ansiedade e Depressão na Enfermagem. *Psicologia: Portal dos Psicólogos*, pp. 3-16. Obtido em 26 de Fevereiro de 2018, de <http://www.psicologia.pt/artigos/ver/126560.pdf>



**Anexo G:** Lista de Métodos para a Higiene do Sono – Caso M



## **Higiene do Sono**

Acordar: 6:45H

Deitar: 22H/22:30H

- Diminuir a luminosidade do quarto
- Desligar a televisão às 22H
- Guardar o telemóvel
- Evitar refeições pesadas ao jantar
- Imaginar um sítio que goste (piscina)



**Anexo H:** Exercício de Treino de Respiração Diafragmática



## **Respiração Diafragmática**

### **Instruções:**

Deves realizar este treino duas a três vezes por dia, pode ser feito entre 5 a 10 minutos de cada vez, deves realizar este exercício num local livre de distrações e calmo. Ao praticares várias vezes a respiração diafragmática, vais acabar por incluí-la nos momentos em que te sentes mais ansiosa. Senta-te ou deita-te numa posição confortável. Coloca os pés e joelhos afastados e as mãos na tua barriga. Fecha os olhos, inspira pelo nariz e expira pela boca devagar, prestando atenção à tua respiração.

1º Coloca as mãos no teu abdómen e expira, sente que as tuas mãos se afundam na tua barriga.

2º Inspira e sente a tua barriga a vir para fora. Expira e a tua barriga volta para dentro. (sente o movimento da tua barriga).

3º Continuando a prestar atenção á tua respiração e ao movimento da tua barriga, faz a respiração diafragmática durante uns minutos.



**Anexo I:** Exercício de treino de Relaxamento Muscular Progressivo de S. Cormier & B.  
Cormier – Caso M



### **Relaxamento Muscular Progressivo**

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 objetivo final é o de o conseguir fazer em qualquer local/momento da tua vida quotidiana, particularmente naqueles em que te sentes tenso e ansioso (antes de um exame, numa fila de trânsito, etc.).

1) Senta-te numa cadeira, de preferência reclinável, e recosta-te o mais confortavelmente possível (um sofá ou uma cama são também opções aceitáveis). Fáz-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. Usa roupa confortável e tira os óculos / lentes de contacto se o considerares conveniente. Fecha os olhos e mantém-nos fechados durante o treino.

2) Começa a produzir 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, fechando fortemente o punho e mantendo 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 contraindo 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 direção à cabeça / na direção 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.



**Anexo J:** Listagem das atividades que mais gosta – Caso M



**Atividades que mais gosta:**

- Ir ao cinema
- Ir ao ginásio (exercícios de pilatos e yoga)
- Andar de bicicleta
- Passear no parque da cidade
- Pintar mandalas
- Ouvir música
- Ir ao shopping



**Anexo K:** Registo de Pensamentos – Caso M



Relatório de Estágio  
Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

O que aconteceu?	O que pensou?	O que fez?	O que sentiu?
A minha mãe saiu de casa.	Que tinha de ser eu a fazer tudo em casa, e não ia conseguir dar conta de tudo.	Tranquei-me no quarto a chorar.	Senti raiva e também frustrada.
Fiz um teste de biologia.	Pensei que não ia ser capaz de terminar o teste, nem de responder às perguntas.	Pedi ajuda à professora.	Irritada, ansiosa, nervosa e chateada.
Estava a fazer o teste de comunicação.	Que não ia conseguir tirar a nota que gostaria a este nível.	Tentei ler devagar e interpretar as perguntas do teste.	Com medo e ansiosa.
Estava a trabalhar no restaurante a servir bebidas e sobremesas e comecei a desanimar e as costas.	Pensei que não ia conseguir terminar o turno. Que não ia conseguir ter um trabalho.	Aguentei e pedi ajuda para terminar as tarefas que tinha para fazer.	chateada e irritada.
Estava a entrar no autocarro para ir para a escola.	Que eles todos estavam a olhar para mim, e me estavam a julgar.	Fui para a parte de trás do autocarro e ouvi música.	triste e nervosa.



**Anexo L:** Agenda de Organização da Semana



Relatório de Estágio  
Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Nome do aluno Il.

Idade 17

Ano 2019

Horas	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
7:00H	Acordar	Acordar	Acordar	Acordar	Acordar		
8:00H	Pequeno Almoço						
8:30H	Aulas	Aulas	Aulas	Aulas	Aulas		
10H	Lanchar	Lanchar	Lanchar	Lanchar	Lanchar	Acordar/Peq. A	
12:00H	Aulas	Aulas	Aulas	Aulas	Aulas	Arrumar a casa	
13:30	Saída da Escola	Almoço	Almoço				
14:00H	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Arrumar a casa	
15:00H	Aulas	Lavar a roupa	Aulas	Aulas	Aulas		
16:00H	Aulas	Passar a ferro	Aulas	Aulas	Aulas		
17:00H	Lanche	Lanchar	Aulas	Lanchar	Aulas	Lanche com amigas	
18:00H	Saída da Escola	Estudar	Aulas	Aulas	Saída da escola	Sair com a mãe	
19:00H	Ida para Casa	Ginásio	Ida para casa	Ida para casa	Ginásio		
19:30H	Fazer o Jantar	Fazer o jantar			Ida para casa		
20H	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar
21:00H							
22H	Deitar	Deitar	Deitar	Deitar	Deitar	Deitar	Deitar



**Anexo M:** Situação Positivas do Quotidiano



Situações Positivas do Quotidiano	Consequências
Tirar boa nota no Teste de Biologia.	senti que era capaz de superar as minhas dificuldades.
Dar-me melhor com as colegas da turma.	Andar feliz. <sup>As minhas</sup> colegas pedem para ir para o lado delas.
Relacionamento com a minha mãe.	Tenho estado mais vezes com ela. - Apaçada pelo minha <sup>mãe</sup> .



**Anexo N:** Exercício do “Espelho”



### **Exercício do “Espelho”**

Objetivo: estimular a valorização das características físicas individuais; melhorar a aceitação da imagem corporal; narrar a afirmação “gosto de mim”.

Pegas no espelho de bolso e durante aproximadamente 1 minuto olhas para a tua cara e no fim desse tempo deves apontar uma característica facial que gostes bastante justificando a tua escolha. Posteriormente dizes a frases “Gosto de mim!” e uma qualidade tua. (De modo a reforçar a tua autoimagem e autoestima).

Ao enfrentares momentos mais difíceis, pegas no teu espelho e estimula a tua autoconfiança, pensando no lado positivo.

Tempo de duração: 5 minutos