



## **Instituto Universitário de Ciências da Saúde**

Mestrado em Psicologia de Saúde e Neuropsicologia

## **Relatório de Estágio Curricular**

Ana Maria Barbosa de Bessa

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

Gandra, outubro 2020

**Ana Maria Barbosa de Bessa**

Código de aluno: 23710

## **Relatório de Estágio**

Relatório de estágio curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

**Supervisora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Emília Areias

Gandra, outubro 2020

## **Declaração de Integridade**

Eu, Ana Maria Barbosa de Bessa, estudante do Mestrado em 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 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**

Quero agradecer, em primeiro lugar, aos meus pais e aos meus irmãos por todo o apoio incondicional, prestado durante todas as etapas da minha vida, assim como, toda a motivação com que pude contar ao longo deste trabalho. Pela compreensão da minha ausência em vários eventos de familiaridade e, principalmente, pela boa energia que sempre me transmitiram para a elaboração deste projeto.

Um agradecimento à Professora Doutora Maria Emília Areias por toda a confiança que depositou em mim.

Ao meu orientador de estágio pela sua disponibilidade e orientação e mais importante do que isso, acima de tudo pela partilha de conhecimentos e por toda a aprendizagem, que me ajudaram a crescer enquanto futura profissional e pessoa. Obrigada!

E por fim, a todos os participantes deste estudo, pela colaboração e ajuda prestadas. Sem eles, nada teria sido possível!

A todos, o meu muito Obrigada!

*“O futuro é construído pelas nossas decisões diárias,  
inconstantes e mutáveis, e cada evento influencia todos os outros.”*

Tofler, Alvin

## Lista de Abreviaturas e Siglas

---

**APA** – *American Psychological Association* (Associação Americana de Psicologia)

**CESPU** – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL

**CH** – Centro Hospitalar

**DSM-5** – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta Edição)

**EADS-C** – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças

**EPE** - Entidade Pública Empresarial

**Et. al.** – Entre outros

**ICV** – Índice de Compreensão Verbal

**IUCS** – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

**IVP** – Índice de Velocidade de Processamento

**No.** – Número

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

**QI** – Quociente de Inteligência

**QIV** - Quociente de Inteligência Verbal

**QIR** - Quociente de Inteligência de Realização

**QIEC** - Quociente de Inteligência Escala Completa

**SCICA** – Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes

**TCC** – Terapia Cognitiva Comportamental

**Vol.** – Volume

**WISC-III** – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

## Índice Geral

Introdução.....	1
CAPÍTULO I.....	3
I. Caracterização da Instituição/Serviço no Centro Hospitalar.....	3
Local de Estágio.....	3
Caracterização da Unidade de Psicologia Pediátrica.....	4
Papel do Psicólogo/a em Contexto Hospitalar.....	4
II. Descrição das atividades de Estágio.....	6
Observação de Consultas.....	6
Avaliação Psicológica.....	7
Consulta Psicológica Individual.....	11
Descrição de outras atividades no Contexto Hospitalar.....	13
Reuniões de Supervisão.....	14
CAPÍTULO II.....	15
Caso Clínico AV.....	15
Reflexão Final.....	31
Referências Bibliográficas.....	32
Anexos.....	36

### **Anexo A – Enquadramento do estágio e Documentação**

- Plano de Estágio Curricular

### **Anexo B - Cronograma das Atividades realizadas durante o Estágio Curricular**

### **Anexo C – Caso Clínico AV**

- Treino de Respiração Diafragmática

### **Anexo D – Caso Clínico AV**

- Treino de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

### **Anexo E – Caso Clínico AV**

- Registo diário de pensamentos disfuncionais



## **Índice de Tabelas**

---

Tabela 1 – Casos de Avaliação Psicológica.....	12
Tabela 2 – Estratégias e Técnicas que seriam propostas na intervenção psicoterapêutica.....	24

## **Índice de Figuras**

---

Figura 1 – Genograma familiar de AV.....	17
--	----



O presente relatório descreve de forma detalhada a experiência e as atividades ao longo do estágio curricular realizado no Centro Hospitalar (CH), no âmbito do segundo ano do plano curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Chegados a este ponto da nossa formação, o nível de expectativas é elevado, já que finalmente ocorre a imersão na realidade clínica. Ao exercer a nossa atividade com os doentes, ficamos perante os seus pedidos de ajuda, as suas fragilidades, os quais nos desafiam a nossa capacidade de *bem fazer*, com a integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, no respeito pela ética da profissão.

Naturalmente, o estágio, como fase crucial de toda a formação académica, desperta emoções intensas em nós: alguns exemplos são a angústia promotora de crescimento e pesquisa, as interrogações e as apreensões várias, para além de um sentimento crescente de que estamos a consolidar-nos como profissionais.

Na minha situação pessoal, todas essas emoções que vivenciava em pleno, bem como os desafios que começava a vencer e o meu esforço “em movimento”, foram abruptamente interrompidos pelo início da pandemia no país, que começou por afetar de forma mais intensa a zona Norte, com epicentro no centro hospitalar em que decorria o estágio.

Cedo chegaram as notícias de que tinham sido suspensas todas as atividades de estágio, e com elas a incerteza do futuro que tanto ambicionávamos ter.

As notícias trouxeram também um duro golpe nas nossas expectativas, necessitando de nos reposicionar e de nos reconstruir, procurando novas formas de resiliência, de adaptação e de informação relevante e atualizada, relativas aos contributos e auxílios para com os doentes.

Face a esta situação, desencadearam-se em mim sentimentos ambivalentes. Senti-me muito desorientada pela escassa informação que ainda tinha acerca dos doentes e de como iria trabalhar com essas limitações. Esta desorientação levou-me a um estado de angústia e preocupação tremenda.

Para além de aprendizes de psicólogos, somos sobretudo seres humanos e os medos e receios que a todos afetaram, as experiências de índole mais ou menos traumática familiares ou pessoais que vivemos, o esforço de nos adaptarmos a uma ameaça nova de grande dimensão,

constituíram apesar de tudo uma mais valia para a nossa capacidade de nos situarmos no mesmo mundo dos doentes que nos procuravam, de compreensão humana vasta e de empatia.

Deste modo, o objetivo primordial deste relatório consiste em apresentar as atividades realizadas ao longo do estágio, quer em observação, quer em prática com algum grau de autonomia, incluindo as atividades de avaliação, intervenção psicológica e de consulta com os doentes.

Procuro ainda contextualizar as atividades, começando por caracterizar a instituição e o serviço em que decorreram. Toda a experiência de estágio foi seguida de perto pelo orientador do CH e pela supervisora no IUCS, em reuniões clínicas que permitiram colmatar dúvidas e potenciar a minha aprendizagem ao longo deste período. Importa também realçar que o trabalho que desenvolvi não teria sido possível sem a gradual aquisição de competências que o anterior percurso académico me proporcionou.

No que concerne à estrutura do relatório, este está dividido em dois capítulos principais, seguidos de uma reflexão final. O primeiro capítulo visa o enquadramento histórico da instituição, a sua caracterização e uma breve abordagem sobre o(s) papel(eis) do Psicólogo/a em contexto hospitalar. O segundo capítulo abrange uma descrição das atividades realizadas durante o estágio, abarcando um caso clínico, seguido de uma reflexão integradora. O relatório termina com uma reflexão final, peça crítica que verte o meu processo interior de aprendizagem humana, profissional e geral.

### **I. Caracterização da Instituição/ Serviço no Centro Hospitalar**

#### **Local de Estágio**

O Centro Hospitalar (CH), local onde decorreu o meu estágio, teve a sua origem em 31 de julho de 1943, de acordo com o Decreto-Lei nº22917, contudo a sua inauguração foi feita a 24 de junho de 1959, pelo chefe de estado, Almirante Américo Tomás.

O CH é um dos mais conceituados hospitais do país, sendo até o maior hospital da zona Norte, acolhendo a população da cidade do Porto e outros conselhos circunvizinhos.

O CH tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde, integrado no Serviço Nacional de Saúde, tendo também por objetivo desenvolver atividades de formação, pré e pós-graduada e de investigação. Como também a responsabilidade no âmbito da promoção da saúde, na prevenção da doença e na literacia em saúde.

O funcionamento dos serviços de internamento e as consultas externas começaram no final do ano de 1961. Porém, a 31 de dezembro de 2005, o Centro Hospitalar passou a Entidade Pública Empresarial (E.P.E), o que lhe incutiu novas premissas, dando início a um processo de reorganização interna e de investimento nas condições hoteleiras para os seus pacientes.

A nível da sua organização física, encontra-se ligado à Faculdade de Medicina, desde a sua inauguração, o que o torna um hospital universitário.

Atualmente o Serviço de Urgência do CH abrange o Serviço de Urgência Pediátrico e o Serviço de Urgência de Adultos. O Serviço de Internamento é constituído pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a Unidade de Pediatria Cirúrgica e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Esta última destina-se ao internamento de crianças com idades inferiores aos 18 anos e encontra-se separado em dois setores. O setor A recebe crianças com idade superior a 24 meses até aos 18 anos e o setor B admite crianças com idade inferior a 24 meses.

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

As Consultas Externas de Pediatria decorrem no piso 1 do hospital, junto às restantes áreas de consultas externas, aglomerando as sub-áreas de Desenvolvimento, de Psicologia, de Nutrição, de Cardiologia Pediátrica, de Enfermagem, assim como, de Doenças Metabólicas, de Diabetologia, entre outras.

As Consultas de Psicologia Pediátrica tiveram início no CH em fevereiro de 1983. Anos mais tarde foi criada a Unidade de Desenvolvimento e Psicologia inserida na consulta externa de maneira a promover o acompanhamento de crianças e adolescentes desde a primeira infância até aos 18 anos de idade e o progresso adaptativo dos mesmos.

A ala pediátrica do CH abrange numerosas especialidades que se dedicam ao acompanhamento de crianças e adolescentes. A maioria dos pacientes são enviados por diferentes especialidades médicas, principalmente pela Consulta de Nutrição e pela Consulta de Desenvolvimento, sendo solicitada a realização de avaliação psicológica e acompanhamento dos pacientes.

## **O Papel do Psicólogo/a em Contexto Hospitalar**

O progresso da Psicologia como ciência aplicada originou a ramificação para diferentes subespecialidades, das quais destaco algumas que de forma relevante se desenvolvem no âmbito do estágio que realizei, a Psicologia da Saúde, a Psicologia Clínica e a Neuropsicologia Clínica.

A Psicologia da Saúde é uma das áreas de aplicação mais dinâmicas da Psicologia, quer do ponto de vista da intervenção clínica, quer do ponto de vista da investigação. Esta tem vindo a alcançar um papel um papel relevante no contexto hospitalar, visto que ao investigar e intervir sobre fatores psicológicos relacionados com a promoção e manutenção da saúde, procura colaborar para a humanização dos serviços e para a melhoria da qualidade dos cuidados (Teixeira, 2004).

A Psicologia Clínica é a especialidade responsável pela intervenção psicológica ao nível de cognições e ao nível comportamental de uma forma contínua para indivíduos. É uma especialidade dedicada à psicopatologia, inclusive a psicopatologia severa. É marcada pela integração de conhecimentos dentro e fora da psicologia propriamente dita (American Psychological Association, 2018). Nesta sequência, o conceito de Psicologia Clínica da Saúde

é explicado como a aplicação dos conhecimentos e métodos psicológicos na promoção e manutenção da saúde. quer física e mental do indivíduo e na prevenção, bem como, na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física (Leal, Pimenta, & Marques, 2012, pp.14).

A Neuropsicologia Clínica dedica-se ao aprofundamento das relações múltiplas entre o funcionamento cognitivo e fenómenos da vida mental, os correlatos neurobiológicos normais e anormais, e o comportamento do individuo isolado ou em interação, em diferentes contextos, recorrendo a uma variedade de métodos e técnicas, quer da Psicologia geral, quer nomeadamente da Neuropsicologia e de outras neurociências (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Malloy-Diniz, Fuentes, Mattos, Abreu & colaboradores (2010) mencionam que o neuropsicólogo tem por objetivo principal relacionar as alterações no comportamento do paciente com as prováveis áreas cerebrais envolvidas, realizando, fundamentalmente, um trabalho de investigação clínica que utiliza testes e exercícios neuropsicológicos.

A Psicologia Pediátrica é a designação aplicada para citar ao subdomínio da Psicologia da Saúde que se ocupa da psicologia infantil e adolescente, podendo dizer que a psicologia pediátrica é uma psicologia geral da saúde de um grupo etário (Viana & Almeida, 1998).

O que distingue o psicólogo pediátrico do psicólogo clinico são as caraterísticas da posição em que executa, o que determina diferenciados papéis (Viana & Almeida, 1998). Os mesmos autores realçam determinados fatores relevantes para a caracterização do psicólogo pediátrico, sendo eles os objetivos e o contexto. Os objetivos apresentam-se no domínio da prevenção, nomeadamente nos níveis primários e secundários. No que diz respeito ao contexto de intervenção, este é o serviço médico de saúde infantil com foco na criança e no ambiente sócio afetivo envolvente.

## **II. Descrição das Atividades de Estágio**

O início do estágio foi marcado por um período de observação de consultas e de treino na aplicação de instrumentos de avaliação. Para promover uma imersão na prática, foram abordados diversos casos clínicos, casos esses que foram estudados, analisados e discutidos com o orientador. Alguns desses casos já tinham um histórico iniciado pelo orientador, outros foram iniciados aquando da minha observação.

Neste capítulo irei pormenorizar as diferentes atividades do estágio curricular, começando pela observação de consultas, avaliação psicológica, consultas individuais e descrição de outras atividades no contexto de estágio e reuniões de supervisão.

### **Observação de Consultas**

A fase inicial do meu estágio consistiu em observar as consultas do meu orientador. Considero que foi um momento crucial no processo de formação, uma vez que permitiu desenvolver e aprofundar competências, conhecimentos e aptidões de avaliação e intervenção clínica.

No contexto clínico, deparei-me com um leque de problemáticas que são encaminhadas para o Serviço de Psicologia Pediátrica. Os pedidos de encaminhamento dos pacientes para a Consulta de Psicologia são internos e na maioria advêm das consultas de Nutrição e de Desenvolvimento, sendo as problemáticas mais regulares associadas a dificuldades de aprendizagem, défices de atenção, problemas comportamentais, perturbações de ansiedade e transtornos alimentares, perturbação do espectro do autismo e síndrome de asperger. Em conformidade com cada problemática nomeiam-se técnicas específicas de avaliação e intervenção como a observação (clínica), a entrevista e a administração de provas de avaliação psicológica.

Habitualmente na primeira consulta é clarificado o motivo/pedido da consulta, havendo lugar à recolha de dados anamnésicos, através do próprio paciente ou até mesmo pelos familiares que acompanham a criança, que geralmente são os pais da mesma. Os pais facilitam a elucidação da problemática executando desta forma um papel fundamental aquando da recolha de informação.



Esta fase do estágio permitiu um modelamento de várias atividades próprias da Psicologia e foi crucial para proporcionar a integração da teoria aprendida em anos de curso, ajudando a reduzir inseguranças e incertezas que poderiam afetar o desempenho futuro.

### **Avaliação Psicológica**

Após realizadas algumas observações, administração de instrumentos de avaliação psicológica e respetiva interpretação, uma das funções desempenhadas foi a de avaliação psicológica.

A avaliação psicológica abrange um processo de recolha de dados e de interpretação da informação por meio de teorias, métodos e instrumentos psicológicos. Esta avaliação tem como finalidade avaliar várias áreas do funcionamento intelectual, emocional e comportamental, bem como questões relacionadas com o desenvolvimento e a integração social.

O procedimento de avaliação psicológica dos utentes era efetuado a todos os que davam entrada no serviço de consulta externa pediátrica. A avaliação iniciava-se com a recolha da história pessoal e clínica constante no processo individual. De seguida, foram manuseados diferentes instrumentos de avaliação psicológica que me possibilitaram atuar de forma mais eficaz na problemática apresentada pelo paciente.

Para a avaliação do desenvolvimento intelectual recorreu-se à Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) e às Matrizes Progressivas de Raven (MPR).

A **WISC-III** é um teste de inteligência para crianças com idades compreendidas entre os 6 até aos 16 anos e 11 meses. É uma prova de aplicação individual, com duração de 60 a 90 minutos tendo como objetivo avaliar o desempenho cognitivo de crianças e adolescentes, de acordo com condições estandardizadas (Simões et al, 2003). É composta por duas escalas: uma verbal e outra de realização, num total de treze subtestes, sendo estes: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão, Memória de Dígitos, Complemento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, Pesquisa de Símbolos e Labirintos, podendo ser utilizada em diversos contextos, como: em avaliação psicopedagógica, em orientação escolar, nas necessidades educativas especiais (dificuldades de aprendizagem e atrasos de desenvolvimento), em avaliação clínica e neuropsicológica e em investigação. O desempenho das crianças poderá ser analisado através dos resultados expressos em três Quocientes de Inteligência (QI), sendo eles o Quociente de Inteligência Escala Verbal

(QIV) o Quociente de Inteligência de Realização (QIR) e o Quociente de Inteligência Escala Completa (QIEC). Os Índices de Compreensão Verbal (ICV) são obtidos através da soma dos resultados dos subtestes de Informação, Semelhanças, Vocabulário e Compreensão. O Índice de Organização Perceptiva (IOP) obtido através da soma dos resultados nos subtestes Complemento 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.

Para a correta avaliação da escala, o autor da mesma salvaguardou que é indispensável que seja conhecida a história de vida do indivíduo e o contexto social e cultural onde este se insere (Almeida, Gonçalves, Machado e Simões, 2004).

O **Teste das Matrizes Progressivas de Raven (MPR)** é uma prova de avaliação não-verbal, que avalia o raciocínio visual a indivíduos a partir dos 6 anos e meio. É uma prova de inteligência que existe disponível em três versões diferentes: Forma Geral, sendo constituída por 60 itens (12 em cada série – A, B, C, D e E); Forma Colorida ou Especial, com 36 itens (12 em cada série – A, Ab e B), e a Forma Avançada, composta por 48 itens (12 numa série – Set I e 36 noutra – Set II) (Almeida, 2009). Os itens são dispostos por ordem crescente de dificuldade em cada série, daí o tempo progressivo. No início de cada série são sempre colocados os itens mais fáceis de maneira a induzir o examinando num raciocínio diferente. Os itens consistem num desenho ou matriz com uma parte em falta, abaixo do qual são apresentadas alternativas, das quais uma delas completa a matriz. Por norma, a Forma Colorida ou Especial é indicada para as crianças, que apenas só precisa de indicar a figura que considera correta. Cada item é formado por uma matriz de figuras geométricas abstratas, sendo alguns deles coloridos e outros a preto e branco.

Para avaliação comportamental foram aplicados os questionários integrados no sistema **ASEBA**, o **Modelo Multiaxial de Achenbach**, que se assume como um modelo de avaliação dimensional de problemas, de competências emocionais e de comportamentos de crianças e adolescentes. É possível através deste reunir informações relativas aos diferentes contextos onde a/o criança/adolescente está inserido. Esta bateria é composta pelos questionários *Child Behavior Checklist* (CBCL), *Teacher's Report Form* (TRF) e a *Youth Self-Report* (YSR).

A CBCL é composta por 112 itens com questões estruturadas relativas a problemas, comportamentos e competências, em que os pais/educadores devem classificar as respostas, relativamente aos últimos seis meses. A TRF é constituída 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 conduzido aos professores/ auxiliares educativos pontuando os comportamentos apresentados pela criança, nos últimos 2 meses. A YSR é um questionário que se aplica a crianças e a adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos de idade, e é constituído também por 112 itens com questões sobre os seus comportamentos, problemas e competências (Achenbach, et al., 2014).

Para a avaliação do desenvolvimento da criança quando comparada ao que seria esperado para a sua idade foi usada a **Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths**. Escala essa que tem 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 anos) avalia de uma forma global as capacidades da criança segundo as subescalas ou áreas específicas do desenvolvimento, designadamente: A – Locomoção, B – Pessoal/Social, C - Audição/Linguagem, D - Coordenação Olho/Mão, E – Realização. Na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (2-8 anos) a única diferença comparativamente à primeira escala mencionada é a adição de uma sexta subescala: F – Raciocínio. A avaliação destes itens é através da observação direta ou através dos relatos dos pais. Nesta análise de diferentes áreas de desenvolvimento é possível alcançar dados que exprimem as áreas de desenvolvimento mais ou menos favorecidas e o modo como a criança se encontra em relação à média da faixa etária correspondente à sua idade (Borges, Costa, Ferreira, Gil, Carvalhão, Fernandes & Veríssimo, 2011). Logo, valores abaixo ou inferiores a 85 encontram-se abaixo do nível médio, já os valores entre o intervalo de 85 – 115 encontram-se dentro da média, e os valores acima dos 115 encontram-se acima do nível médio.

Para avaliar o funcionamento comportamental utilizou-se a **Escala de Conners** para os pais e professores. Esta escala avalia problemas comportamentais das crianças (6-11 anos), permitindo avaliar quatro áreas separadas: problemas de oposição, problemas de desatenção/cognitivos, problemas de excesso de atividade motora e o índice de PHDA (Blanco, 2012).

A **Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes (SCICA)** é uma entrevista semi-estruturada aplicável dos 6 aos 18 anos (cf. McConaughy & Achenbach, 1994 cit. in Gonçalves & Simões, 2001) com uma estrutura flexível, permitindo a compreensão dos elementos ideográficos específicos de cada caso, mas a sua natureza semi-estruturada

permite, também, a comparação nomotética para uma análise das características psicométricas do ponto de vista do desenvolvimento. Apesar de se tratar de uma entrevista, permite uma análise quantitativa dos dados. Cada comportamento observado ou relatado pode ser codificado da seguinte forma: 0 – se não há nenhuma ocorrência; 1 – se houver uma ocorrência pequena ou ambígua; 2- se houver uma ocorrência significativa, de mínima a moderada intensidade e de duração inferior a 3 minutos; 3 – se houver uma ocorrência definitiva de intensidade severa ou com 3 ou mais minutos de duração. Esta entrevista contém 3 componentes – o protocolo, os formulários de observação e de autorrelato e o perfil. A partir do perfil é possível obter totais parciais para a Internalização, Externalização, total de problemas sob a forma de problemas de autorrelato e sob a forma de observação.

A **Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EADS-C)** é constituída por 21 itens que se distribuem por três dimensões com sete itens cada: Depressão, Ansiedade e Stresse. A escala foi desenvolvida a partir da teoria e os itens incluídos em cada dimensão propõem-se avaliar aspetos teoricamente inclusivos da dimensão: nomeadamente, a Depressão engloba: Disforia (um item); Desânimo, (um item); Desvalorização da vida (um item); Auto depreciação (um item); Falta de interesse ou de envolvimento (um item); Anedonia (um item); Inércia (um item). A Ansiedade abrange: Excitação do Sistema Autónomo (três itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (um item); Ansiedade Situacional (um item); Experiências Subjetivas de Ansiedade (dois itens). O Stresse inclui: Dificuldade em Relaxar (dois itens); Excitação Nervosa (um item); Facilmente Agitado/Chateado (um item); Irritável/Reação Exagerada (dois itens); Impaciência (um item), (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004b).

O **D2** é um teste que pode ser administrado individualmente ou em grupo, sendo que o tempo de administração da prova varia entre os 8 a 10 minutos. A prova concebe uma medida precisa da velocidade do processamento e da atenção seletiva, bem como da concentração mental, mediante uma tarefa que consiste em procurar estímulos relevantes, ignorando os restantes existentes. Esta prova tem como principal objetivo encontrar figuras iguais ao modelo, apresentado, sendo que existem 14 linhas de figuras, e os sujeitos possuem um tempo máximo de 20 segundos, para cada linha de figuras, onde terão de encontrar o número máximo de figuras iguais ao modelo (Brickenkamp & Zillmer, 1998).

## **Consulta Psicológica Individual**

No desenrolar do estágio, após a avaliação inicial realizada, tive a oportunidade de acompanhar os pacientes de forma autónoma e intervir em vários casos, com inúmeras patologias, como perturbação de ansiedade, perturbações alimentares, tentativa e abuso sexual, dificuldades de aprendizagem e défices de atenção, problemas de integração social, em que sistematicamente o doente descobre uma série de dificuldades em que tem de se acomodar às limitações da mesma, o que interfere com a sua saúde mental.

Em conformidade com cada problemática caracterizada em cada sujeito executamos as intervenções necessárias, direcionadas para diversos domínios, como por exemplo a promoção da adaptação do paciente ao seu estado de saúde, apoio psicoemocional e a manutenção da sua motivação.

Na impossibilidade de aprofundamento de todos os casos de intervenção neste relatório, elaborei uma tabela síntese com um resumo de alguns casos (tabela 1) e destinei um capítulo à descrição pormenorizada de um caso identificado por siglas, de modo a preservar a confidencialidade.

<b>Identificação</b>	<b>Pedido de Consulta</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Instrumentos Utilizados</b>	<b>Intervenção Terapêutica</b>
LSR Feminino 6A	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento Pedido de avaliação intelectual	Dificuldades de aprendizagem, défices de atenção e de memória	WISC - III	Psicoeducação competências sociais Ensino de estratégias de estudo com elaboração de um plano de estudos
TA Masculino 8ª	Encaminhado pela Consulta de Nutrição	Obesidade	CEBQ	Abordagem cognitivo- comportamental com foco nos comportamentos alimentares
MJ Feminino 16A	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento	Crises de Ansiedade	-----	Treino de técnicas de Relaxamento
LR Masculino 7A	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento Pedido de avaliação intelectual	Hipótese de PHDA	WISC – III e Matrizes Progressivas de Raven	Apresentadas sugestões educativas aos pais, sobretudo reforços positivos e negativos, adequadas para crianças com PHDA
MA Masculino 11A	Encaminhado pela Consulta de Nutrição	Obesidade e baixa autoestima	CEBQ	Abordagem cognitivo- comportamental Promover uma autoestima positiva e, em simultâneo, a autoconfiança uma vez que demonstra insegurança em relação a si próprio
CS Feminino 10A	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento Pedido de avaliação	Dificuldades na leitura e défice no vocabulário	WISC - III	Sugestão de mais trabalho em leitura e considerar Terapia da Fala
HO Masculino 11A	Encaminhado pela Consulta de Nutrição	Restrição Alimentar	CEBQ	Abordagem cognitivo- comportamental com foco nos comportamentos alimentares
HD Masculino 16A	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento	Dificuldade no controlo de impulsos, de integração social e de integração no desenvolvimento Problemas no comportamento adaptativo	-----	Terapia Cognitiva Comportamental Psicoeducação Técnicas de relaxamento
LL Feminino 9A	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento	Crises de Ansiedade	-----	Registo de crenças pessimistas. Treino de técnicas de Relaxamento

**Tabela 1 – Casos de Avaliação Psicológica**

Dos casos clínicos acompanhados em consulta psicológica, foi escolhido um caso em particular para ser descrito detalhadamente como estudo de caso. Os motivos que me levaram a optar pela escolha deste caso devem-se ao facto de que entre todos os que acompanhei, ter sido o mais desafiante, pela sua história e pelos efeitos adversos que a psicopatologia teve na paciente.

### **Descrição de outras atividades no Contexto Hospitalar**

Para além da concretização das atividades determinadas pelo estágio surgiu também a possibilidade de participar noutros serviços institucionais que, por sua vez, proporcionaram um maior enriquecimento ao estágio.

O Acompanhamento às Crianças e Adolescentes era efetuado no Hospital de Dia e as visitas aconteciam geralmente às quartas-feiras e, por vezes, às sextas-feiras. O acompanhamento era efetuado a distintos grupos de doentes com diferentes doenças metabólicas, sendo uma destas o Síndrome de Maroteaux-Lamy ou também conhecida por Mucopolissacaridose VI. Trata-se de uma patologia rara, autossómica recessiva, que advém devido à deficiência da enzima n-acetilgalactosamina-4-sulfatase ou arilsulfatase B, responsável pela degradação dos glicosaminoglicanos sulfato de dermatina e sulfato de condroitina, o que origina o acúmulo dessas substâncias em órgãos e tecidos.

Os portadores desta doença podem apresentar características como: alterações da coluna, alterações cardiovasculares e oculares, bem como rigidez muscular ou dolicocefalia (Cardoso-Santos et al., 2008). É uma doença crónica e progressiva em que o tratamento é realizado através da reposição enzimática ou por transplante da medula óssea. Estes doentes semanalmente fazem o tratamento médico de reposição enzimática, que de facto, tem provado melhoras na evolução desta patologia e na qualidade de vida.

A finalidade das nossas visitas consistia em dar o apoio aos doentes, bem como aos seus familiares presentes, sobretudo questionar a evolução do estado clínico, e até mesmo sobre as suas atividades diárias, escolares e passatempos.

O Acompanhamento ao Internamento era feito de modo regular sempre com o intuito de acompanhar os doentes e os seus familiares. A minha participação nestas visitas/acompanhamento era apenas e somente observação. As intervenções mais eficazes neste serviço passavam principalmente pelo suporte emocional e psicoeducação, tanto ao nível do paciente

como da família, assim como, o encorajamento à adesão dos tratamentos prescritos pelos diferentes profissionais de saúde que acompanhavam o doente.

### **Reuniões de Supervisão de Estágio**

Para além das reuniões de orientação, semanalmente decorriam reuniões de supervisão sob a orientação Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Emília Areias, em que participavam um grupo de colegas com diferentes locais de estágio e onde se fazia a apresentação e discussão de casos clínicos.

O intuito destas reuniões passava pela partilha de experiências, discussão aprofundada de casos clínicos e do esclarecimento de dúvidas referentes ao processo de estágio, sobretudo sobre as avaliações psicológicas realizadas, acompanhamentos e problemáticas inerentes.



### **Estudo de Caso Clínico**

O presente capítulo descreve um caso clínico acompanhado por mim ao longo da experiência do estágio. A apresentação do caso clínico segue os seguintes sub-tópicos: Dados de Identificação, Motivo e Pedido de Consulta, Genograma, História de Vida, Processo de Avaliação Psicológica, Diagnóstico, Enquadramento/Análise Contextual do Caso, Processo de Intervenção e a Reflexão Pessoal sobre o caso. Estes pontos irão permitir uma melhor compreensão da problemática apresentada.

O caso será nomeado por iniciais de modo a salvaguardar o direito à confidencialidade da paciente.

### **Caso Clínico AV**

#### **Dados de Identificação**

AV é do género feminino e tem 15 anos de idade. É de nacionalidade portuguesa e de raça caucasiana. Reside na zona do grande Porto, coabitando com os pais, com a avó materna e com um tio-avó materno. De momento, está a frequentar o 9º ano de escolaridade.

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

As Consultas de Psicologia tinham-se iniciado em 2009.

AV foi encaminhada a pedido da Consulta de Pedopsiquiatria por apresentar queixas de ansiedade com crises em contextos fora do comum. O principal pedido da paciente é referente à sua dificuldade em lidar com a ansiedade. Relata que tem tido diversos sintomas relativos à ansiedade (batimento cardíaco acelerado, suores nas mãos, sensação de falta de ar e tensão muscular), derivado a problemas familiares e escolares.

## **Primeiro Contacto**

A primeira consulta surge como uns dos primeiros contactos que me foram atribuídos pelo meu orientador.

A paciente entrou na consulta com a mãe. Mostrou-se colaborante, vígil e orientada no tempo e no espaço, todavia com dificuldades em manter contacto ocular, no entanto, a sua atenção e concentração foram fáceis de captar e manter. A idade real coincidia com a aparente, porém apresentava-se com um aspeto geral pouco cuidado.

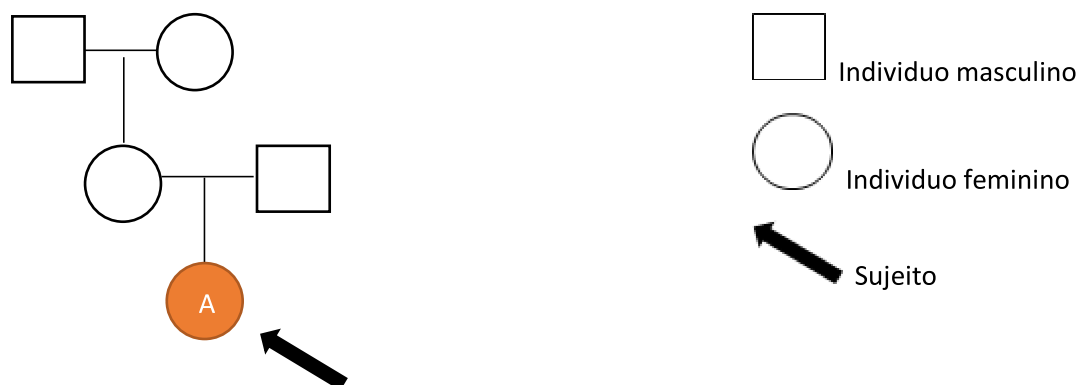
Ao contacto, apresentava-se calma e colaborante, com um discurso coerente, fluente, lógico e espontâneo, pautado por um tom baixo. Explicamos que as consultas seriam para ajudar e que tudo o que seria abordado dentro do gabinete seria confidencial.

Durante a primeira consulta, quando acompanhada pela mãe, apresentou-se pouco assertiva e apenas interventiva quando confrontada com as minhas questões, sendo a mãe mais interventiva tentando colmatar as ausências de resposta da filha. A idade real da mãe não correspondia com a aparente, apresentando um aspeto geral mais envelhecido.

A paciente referiu quando é que se tinham iniciado as consultas e o motivo pelo qual teve lugar a consulta. Conversou sobre a história de vida e do problema atual, a escola que frequenta, a turma em que está inserida e o curso. Ao longo da sessão descreve alguns episódios de *bullying* e conseqüentemente crises de ansiedade que tivera ao longo do seu percurso escolar.

Despedi-me marcando a próxima consulta. No final, a paciente referiu sorrindo de forma tímida “sinto-me mais à vontade para conversar com a doutora” (sic), sentindo a necessidade de me dar um grande abraço quando a acompanhava até à porta para me despedir, criando-se de imediato uma ligação terapêutica e uma relação de empatia.

## Genograma



*Figura 1 – Genograma familiar de AV*

## História de Vida

AV vive com a mãe, de 50 anos, doméstica, com o pai, de 40 anos, exercendo a profissão de eletricitista. AV é filha única do casal.

A gravidez decorreu normal e saudável, não havendo qualquer tipo de complicação, sucedendo a um parto eutócico. Relativamente ao desenvolvimento psicomotor (motricidade, linguagem e controle de esfíncteres), tudo decorreu dentro dos parâmetros normativos, não se tendo registado doenças relevantes ao longo do seu crescimento.

Esteve ao cuidado da mãe até aos 4 anos de idade, altura em que entrou no Jardim de Infância, tendo uma boa adaptação. Algumas semanas mais tarde começou a fazer birra e a dizer que queria ficar em casa, referindo que tinha “saudades da mãe”. Aparentemente coincidiu com alguma zanga com uma funcionaria mais ríspida. “quando ia chorava, mas depois ficava bem. A partir daí ia para o Jardim de Infância de modo irregular” (sic).

A paciente refere que tem uma boa relação com os pais.

Descreve a relação com a avó como sendo mais distante e por vezes conflituosa, uma vez que ela “... tenta mandar lá em casa, mas não consegue...”.

No que concerne à aprendizagem, AV refere que sempre adquiriu conhecimentos com facilidade, descrevendo a sua aprendizagem na escola como boa. Refere ainda que na escola

primária, no primeiro e terceiro ano de escolaridade sofreu de *bullying* por parte de duas raparigas da escola, na qual estas a insultavam e a chantageavam. Indica que na altura a mãe teve conhecimento destes episódios e que a própria expôs o caso à professora, que na altura não deu a devida importância nem tomou qualquer providência.

Ao entrar no ensino secundário, no quinto ano, conta que foi novamente vítima de *bullying*, por “uma colega problemática a nível de comportamentos dentro e fora da aula” (sic). Refere que “a partir daí, passei a ser uma pessoa mais fria para com os outros” (sic).

No que concerne à adolescência, por volta dos 12 anos refere que começa a ter as crises de ansiedade devido aos conflitos existentes com a avó e com o tio-avó por não ter o seu próprio quarto, o seu espaço e principalmente a sua privacidade, acabando até por se sentir a mais na família. Isto porque AV estava a dormir na sala enquanto o seu tio-avó estava a ocupar o seu quarto. É nesta fase que começa a mascarar as suas angústias aplicando, por diversas vezes, um sorriso no rosto verbalizando que estava tudo bem como se colocasse uma capa protetora de forma a ignorar os problemas que a rodeiam.

Foi precisamente nesta etapa de vida de AV que existiu um agravamento dos sintomas de ansiedade, referindo que começou a sentir o batimento cardíaco acelerado em situações de maior angústia, suores nas mãos, sensação de falta de ar e de ter um “nó” na garganta.

### **Descrição da Sintomatologia**

A paciente apresentava várias queixas significativas e relevantes que justificam intervenção psicológica como dificuldades no relacionamento interpessoal, baixa autoestima e ansiedade.

No que diz respeito às dificuldades no relacionamento interpessoal, estas começaram sobretudo no início do primeiro ciclo devido à questão do *bullying*. Com efeito de “bola de neve” a paciente interliga assim as dificuldades no relacionamento interpessoal à baixa autoestima e à ansiedade da paciente. AV na maioria das vezes sente-se sozinha e até mesmo excluída do grupo de amigas, daí ter preferência por se dar mais com os rapazes.

Sobre a autoestima, AV referiu que o *bullying* foi um acontecimento de vida que impactou negativamente na autoestima da paciente, mencionando também que tem perdido o interesse pelas atividades diárias principalmente na organização das atividades que antes

realizava. Na maioria das vezes sentia-se triste e com vontade de chorar “...às vezes chorava até me tentar acalmar” (sic).

Quanto à ansiedade, surge um agravamento dos sintomas quando ainda andava no 6º ano de escolaridade devido à falta de privacidade em casa, acabando até por se sentir a mais na família “...criei uma “capa” para demonstrar que aparentemente estava tudo bem de maneira a ignorar os problemas à minha volta” (sic).

### **Processo de Observação Clínica**

A paciente apresentava uma estrutura média, olhos castanhos, cabelo castanho escuro e sempre apanhado. O seu vestuário era descontraído: calças, camisolas ou camisas largas, porém apresentou-se em todas as consultas vestida com um estilo gótico, um vestuário marcado por tons escuros. Comparecia nas consultas sempre com uma imagem pouco cuidada, mas higiénica.

Ao longo das consultas manteve-se sempre atenta e orientada. Apresentava um discurso organizado na sua articulação e semântica, porém lentificado.

### **Processo de Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica estendeu-se por um período de quatro sessões. A doente revelou ser sempre assídua e pontual nas consultas, comparecendo atempadamente na companhia da mãe.

Inicialmente estabeleci uma relação terapêutica com AV, começando por esclarecer o pedido e motivo da consulta, fazendo a recolhas da anamnese e das queixas significativas apresentadas atualmente pela paciente. Emocionalmente manifestava consequentemente um humor de estado depressivo. É relevante salientar que na recolha da história de vida e em virtude de AV ser pouco expansiva apoiei-me na Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes – SCICA para a conhecer melhor.

Numa das sessões seguintes, aplicou-se a EADS – C, Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças, de forma a clarificar as crises de ansiedade de A. Da análise dos resultados verifica-se que sugerem ansiedade, isto porque nos itens 1 “Tive dificuldade em acalmar-me”, 4 “Senti dificuldade em respirar”, 6 “Tive tendência a reagir em demasia em

certas situações. Por ex.: Apeteceu-me bater num colega que não se calava”, 7 “Senti tremores. Por ex.: Nas mãos, nas pernas...”, 11 “Dei por mim a ficar agitado”, 12 “Senti dificuldade em relaxar. Por ex.: Não conseguia estar sentado, parado e quieto”, 15 “Senti-me quase a entrar em pânico, ou seja, tive medo e fiquei assustado” e 19 “Senti alterações no meu coração, sem fazer exercício físico. Por ex.: O coração de repente começou a bater muito depressa” AV assinalou a resposta “Aplicou-se a mim muitas vezes” ou então “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

### **Diagnóstico/ Proposta de Avaliação**

De acordo com a história de AV e após a análise dos dados obtidos dos diversos instrumentos verificou-se que AV reunia os critérios que compõe o diagnóstico de Perturbação Depressiva Persistente (Distímia).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014) AV preencheu praticamente todos os critérios de diagnóstico desde o critério A, ao critério G. No critério A, preenchia um humor deprimido na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos. No critério B, houve variações de apetite, quer diminuição ou excesso de alimentação; baixa autoestima; concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões e sentimento de desesperança. O critério C, A em todo o período de perturbação esteve sempre com os sintomas dos critérios A e B por mais de dois meses. No critério D os critérios mantiveram-se de forma contínua mais de dois anos. No critério E, jamais houve episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para perturbação ciclotímica. O critério F, a perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação persistente, delirante ou psicótico não especificado. Por último, no critério G os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

### **Enquadramento/ Análise Concetual do Caso**

AV é encaminhada para o serviço de Psicologia devido a um aparente quadro de Ansiedade. Segundo Pereira (2005), a ansiedade é uma emoção normal e importante para a sobrevivência do ser humano. Faz parte da experiência humana, funcionando como um sinal de alerta que faz com que o sujeito fique atento e preparado para lutar/fugir numa situação de

perigo. Contudo, quando a ansiedade ocorre de forma desproporcional, acarreta prejuízos na vida do ser humano.

Tendo em conta a problemática apresentada pela paciente, tanto a explicação deste caso como a intervenção do mesmo podem basear-se, sobretudo, nos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Segundo a formulação cognitiva do caso, podemos então assumir que os fatores predisponentes deste quadro situam-se no decorrer da adolescência de AV, marcada por uma perceção de si própria comprometida e desvalorizada.

A adolescência é um estágio de transição que acarreta diversas transformações tanto a nível físico, emocional, psicológico e social (Bowker, 2006; Faria & Azevedo, 2004). Todavia, esta é uma fase de redefinições que conduzem a alterações da perceção que o adolescente tem de si próprio e, naturalmente, da sua autoestima (Gullotta, 2000; Santos & Carvalho, 2006). A autoestima pode ser explicada como o resultado do valor que o individuo atribui aos elementos afetivos e sociais da representação de si mesmo (Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007), podendo também entender-se como a avaliação que cada um faz do seu valor enquanto pessoa, baseado nas suas auto perceções, sendo estas positivas ou negativas (Sigelman, 1999).

AV não preenche todos os critérios para o diagnóstico de Ansiedade Generalizada segundo o DSM-V (APA, 2014).

Através da recolha anamnésica surgiram duas hipóteses de diagnóstico: a Perturbação Depressiva Major ou a Perturbação Depressivo Persistente (Distímia).

No que diz respeito à Perturbação Depressiva Major, a paciente apenas preenche os critérios A, C, D e E. No critério A preenche o critério A.1. visto que a paciente tem humor depressivo quase todos os dias em grande parte do seu dia, no critério A.2. tem perdido o interesse nas atividades principalmente na organização das atividades dantes realizadas. Preenche critério C uma vez que o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, o critério D visto que a ocorrência do episódio depressivo major não pode ser justificado por uma perturbação esquizoafetiva, de esquizofrenia, delirante, por uma perturbação do espectro da esquizofrenia ou outra perturbação psicótica especificada ou não especificada. E por último preenche o critério E pois nunca teve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco (American Psychiatric Association, 2014).

## **Processo de Intervenção Psicológica**

A prática terapêutica tem como objetivo primordial o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos. É uma intervenção que enfoca a mudança, pelo que cada modelo tem uma teoria de base através da qual se percebe a formação da personalidade, a psicopatologia e a forma de intervir (Cordioli & Knapp, 2008).

O processo de intervenção desenrolou-se ao longo de quatro sessões, por ter, entretanto, ter sido interrompida pela suspensão das atividades presenciais de estágio devido à epidemia de COVID-19.

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

Assim sendo, a intervenção psicológica realizada com a paciente foi sobretudo guiada pelos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). A investigação tem demonstrado que esta terapia tem sido eficaz a curto e a longo prazo no alívio dos sintomas ansiosos, incluindo treino de relaxamento, treino de competências sociais, treino de auto-instrução e treino de resolução de problemas.

A TCC como principal objetivo reduzir a ansiedade ao desenvolver competências para identificar, avaliar, controlar e modificar pensamentos negativos relacionados com a mesma e comportamentos associados (Hawton, 1997). Tendo também o intuito de retificar distorções cognitivas, treinando a identificação de pensamentos automáticos e/ou imagens, testar a validade dos pressupostos no passado e presente, reconhecer os erros cognitivos e as imagens provocadoras de ansiedade e desenvolver formas para a resolução do problema. (Dugas & Ladouceur, 2007).

Na 1ª sessão os objetivos principais centraram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática, com a finalidade de envolver a paciente na terapia, facilitando um esforço comum para atingir objetivos específicos. Posteriormente, foi realizada a análise da história de vida da paciente, mais concretamente os seus antecedentes pessoais, familiares e psiquiátricos, explorando também a partir daí o desenvolvimento da personalidade de AV. Foi importante realçar a importância da participação ativa da mesma, bem como o à vontade e confiança para falar dos seus problemas, para então iniciar uma exploração mais



aprofundada da problemática de AV, tendo em conta os seus fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção.

Por fim, foi realizada uma psicoeducação de maneira a perceber as expectativas de AV perante a terapia e estabelecer com a paciente os objetivos gerais da mesma, que seriam à partida realizar uma melhor compreensão da problemática, identificar estratégias para resolução de problemas, estipular objetivos a curto e a longo prazo, e diminuir os níveis de ansiedade.

A 2ª e 3ª sessões com a paciente foram dedicadas principalmente ao processo de Avaliação Psicológica. Na 2ª sessão apoiei-me na Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes – SCICA de maneira a conhecer um pouco melhor. Já na 3ª sessão foi aplicada a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EADS – C) de forma a clarificar as crises de ansiedade de AV.

Na 4ª sessão, dada a agitação e ansiedade da paciente em torno de alguma conflitualidade gerada no ambiente escolar, pareceu-me importante fornecer um apoio de suporte emocional à paciente, para que esta se sentisse mais protegida, para além disso utilizei a técnica de reestruturação cognitiva desmistificando as ideias erróneas que teve em relação à situação com o amigo de escola.

Sugeri o uso da técnica de respiração diafragmática (Anexo C) como meio de autocontrole de ansiedade e da impulsividade, expliquei-lhe em que consistia a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Anexo D) como medida estratégica para lidar com esta problemática, ajudando-a a fazer o exercício de relaxamento certificando-me que a respiração estava correta, pedindo como trabalho de casa a repetição da mesma.

Não foi possível dar continuidade ao processo de intervenção devido ao novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que originou a doença designada COVID-19, contudo será elaborado uma proposta de intervenção simultaneamente com um plano de sessões, visto que não houve oportunidade de realizar uma intervenção psicológica mais estruturada.

## Proposta de Intervenção Psicológica

A intervenção teria como base técnicas e estratégias cognitivo-comportamentais, bem como motivacionais. Técnicas psicoeducativas com o intuito de uma maior tomada de consciência e desconstrução de algumas crenças disfuncionais, bem como à adoção de padrões cognitivos e comportamentais mais funcionais.

Sintomatologia Psicopatológica	Estratégias e Técnicas
Ansiedade	Psicoeducação; Autoconhecimento; Respiração diafragmática; Relaxamento muscular; Relaxamento imagético; Realização de atividades de lazer.
Desmotivação	Psicoeducação; Registo de pensamentos automáticos; Questionamento socrático; Reestruturação cognitiva, com substituição de distorções cognitivas por pensamentos realistas.
Competências de comunicação/relacionamento interpessoal	Treino de competências sociais; Técnicas de Relacionamento Interpessoal; Autoestima; Autoconhecimento; Uso de Role-play.

*Tabela 2 – Estratégias e Técnicas que seriam propostas na intervenção psicoterapêutica*

### **Objetivos gerais:**

- Reconhecer verbalmente a existência de sintomatologia depressiva e intervir nas suas causas, conduzindo a uma normalização do estado emocional;
- Elevar os níveis de humor, com evidência no nível usual de energia, atividades e socialização;
- Aumentar a interação social normal com a família e outros significativos;
- Lidar e trabalhar as questões que estejam a perturbar o estabelecimento de vínculos emocionais com os outros;
- Manifestar interesse, iniciativa e motivação consistente em relação à escola e melhorar o desempenho escolar de acordo com o esperado para o nível de funcionamento intelectual e académico;
- Demonstrar um interesse renovado pela área académica (rendimento), envolvimento social e normalização dos padrões de alimentação;
- Conseguir e manter um equilíbrio saudável entre atingir os objetivos académicos e as necessidades sociais, emocionais e de autoestima.

### **Objetivos específicos:**

- Comprometer-se, por parte dos pais, em melhorar a comunicação e afeto dentro da família e relação marital;
- Ajudar a paciente a identificar e reconhecer capacidades, talentos e características positivas em si;
- Estabelecer uma relação entre negativismo, isolamento e os sintomas depressivos;
- Reconhecer verbalmente e insatisfação/ infelicidade para com a vida;
- Clarificar com a adolescente os factos passados e presentes que estão a contribuir para o seu estado de tristeza;
- Descrever interesse e participação em atividades sociais e de lazer;
- Melhorar o desempenho escolar, evidenciado pela melhoria das notas.

### **Estratégias de intervenção:**

- Construir ativamente o nível de confiança com AV através do contacto ocular, escuta ativa, aceitação incondicional, de forma a ajuda-la a identificar e expressar os seus sentimentos negativos que lhe causam sofrimento significativo;
- Reforçar a exteriorização de sentimentos de mágoa, raiva e desilusão e ajudar a construir significados alternativos dos acontecimentos sem que se culpabilize;
- Identificação e satisfação de “necessidades emocionais insatisfeitas”;
- Promover role-play, de modo a facilitar a expressão dos sentimentos de AV face a si mesmo e aos outros;
- Perceber a forma como o seu relacionamento com os colegas está deteriorado e intervir aí (por exemplo combinar que uma colega vá até a casa de AV ou vice-versa);
- Desafiar e encorajar o esforço académico ajudando AV a reunir estratégias para ter um melhor método de estudo;
- Reforçar positivamente situações que promovam o aumento da autoconfiança e autoaceitação;
- Envolver a paciente em atividades sociais extracurriculares que favoreça a sua autoestima, aquisição de competências sociais e resolução de problemas.

### **Família:**

- Trabalhar com os pais a relação marital de forma a melhorar as capacidades de comunicação, de responsabilidade e resolução de conflitos;
- Explorar as expectativas dos pais em relação ao comportamento e ajustamento de AV. Confrontar os pais com expectativas irrealistas e trabalhá-las de acordo com o progresso da adolescente ao nível da vinculação e ajudar os pais a estabelecerem expectativas mais realistas de acordo com a história da paciente;
- Trabalhar com os pais práticas parentais e estratégias específicas para lidar com AV e fornecerem reforços verbais positivos e afeto;
- Trabalhar com os pais o envolvimento da família nas atividades sociais (ir à missa, praticar desportos juntos).

### **Escola:**

- Criar um ambiente estruturado onde haja regras e rotinas diárias;
- Proporcionar oportunidades para que a paciente consiga ter experiências de sucesso;
- Estar atenta aos seus estados emocionais e mostrar-se disponível para conversar e ajudar a AV no que for preciso;
- Dar-lhe tarefas em que se possa exprimir sem ser verbalmente (pintura, desenho);
- Promover a integração no seu grupo de pares de forma progressiva;
- Valorizar AV perante a turma e dar-lhe algumas tarefas que requerem responsabilidade e estatuto perante a turma (por exemplo ser ela a pagar o quadro; ser delegado de turma, etc.).

A 5ª sessão seria dedicada à aplicação da Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung e o Inventário de Depressão Infantil – *CDI* com a finalidade de avaliar a intensidade de sintomas depressivos, com o intuito de ser avaliado de forma qualitativamente e quantitativamente. Dando mais ênfase a forma qualitativa, com o objetivo de desenvolver os aspetos emocionais do paciente e concretizar uma avaliação da personalidade e da psicopatologia da paciente, e de averiguar as queixas diretamente ligadas à dificuldade em lidar com a ansiedade.

Após a aplicação realizaria a devolução dos resultados de forma prática e resumida, para que, a partir daí, fosse possível começar a elucidar a paciente sobre as suas problemáticas, e estabelecer algumas metas proximais.

As 6ª e 7ª sessões seriam de psicoeducação, sendo estas dedicadas a uma intervenção ao nível da sintomatologia ansiosa com vista à adoção de padrões cognitivos e comportamentais mais funcionais. Primeiramente, realizava uma breve elucidação teórica sobre a Ansiedade, especificando o que é, os seus sintomas, causas, e como lidar com a mesma. Com esta tarefa seria possível uma aplicação do racional teórico apresentado as situações do dia-a-dia de AV, com o objetivo de ajudar a paciente a compreender de forma mais aprofundada toda a sintomatologia identificada nas situações ansiosas do seu quotidiano, planificando estratégias de gestão de ansiedade.

Seguidamente, seria abordada a importância da mudança da sintomatologia física nas situações mais ansiosas, tendo em conta que esta apresentava diferentes sintomas ao nível

físico. “Às vezes quando estou nervosa suoo muito das mãos, sinto as minhas pernas a tremer e o meu coração começa a bater muito depressa.” (sic).

Neste sentido, no final da sessão optaria pelo treino de relaxamento imagético uma vez que é uma metodologia cognitivo-comportamental frequentemente utilizada como meio de controlo da ansiedade, podendo ser determinado como um estado de relativa liberdade de ansiedade e tensão muscular, que por sua vez promovia um estado de tranquilidade mental.

As 8º e 9º sessões basear-se-iam essencialmente na utilização da reestruturação cognitiva de determinadas crenças que AV apresentava sobre si própria, com vista à progressiva modificação de pensamentos com uma natureza potencialmente disfuncional, tentando substituí-los por abordagens alternativas, mais adaptativas, realistas e lógicas, que promovessem uma perceção de si mesma mais ajustada.

Nesta fase empregaria o chamado Método Socrático (Rangé, 2011), em que seriam colocadas questões à paciente, com vista a encontrar falhas lógicas na sua forma de pensar. Essas falhas poderiam estar diretamente ligadas ao sofrimento da paciente, assim, quando a utente se apercebesse que tinha vindo a encarar de forma disfuncional alguns acontecimentos, compreenderia que o pensamento está, por vezes, distorcido, e assim poderia passar a valorizar outras formas de pensar consideradas mais saudáveis.

Com este objetivo, seria realizada uma dinâmica de reflexão com a paciente: “O que mais gosto e o que menos gosto em mim”. Posteriormente, o objetivo principal seria então sensibilizar a paciente para a aceitação de si mesma, valorizando as suas competências e qualidades e assumindo as suas limitações (esclarecendo então que a autoestima não é apenas o reconhecimento das suas qualidades, mas uma atitude de aceitação perante si e os outros).

No fim da sessão seria efetuado o estabelecimento de objetivos a longo prazo, como por exemplo uma tentativa de aceitação relativa a algo que AV não possa mudar, juntamente com um conjunto de estratégias que simplifiquem a sua concretização, como a reflexão e o estabelecimento de ideias mais adaptativas acerca de si mesma.

Como trabalho de casa a paciente teria de fazer um registo diário de pensamentos disfuncionais (Anexo E) de maneira a perceber melhor quando é que as crises ocorriam, porque motivo e o que AV pensava aquando da crise.

Na 10º sessão iniciaria com AV um role-play com respetiva reestruturação cognitiva. Esta é uma técnica com origem no psicodrama, entretanto tem sido empregado por terapeutas

e pesquisadores à luz de outras abordagens teóricas para alcançar objetivos psicoeducativos e terapêuticos. É uma técnica informal que consiste na encenação de um problema ou situação hipotética de forma mais real possível facilitando a comunicação. Permite, assim, aos indivíduos representar, e expressar os seus problemas pessoais, aprendendo a enfrentá-los, permitindo despersonalizar o problema.

Na 11ª sessão daria início à Terapia Interpessoal visto que este tipo de psicoterapia foca-se na resolução de conflitos e na expansão da rede de apoio social. Aumentando a autoestima e reforça os relacionamentos interpessoais (Thase & Lang, 2005).

O objetivo desta terapia centrar-se-ia fundamentalmente nas conexões entre o início da sintomatologia depressiva e os problemas interpessoais da paciente, ou seja, iria tentar intervir mais nos relacionamentos interpessoais atuais do paciente aperfeiçoando a sua capacidade de comunicação e ajudando-o a usar o seu suporte social.

A 12ª sessão seria destinada à mãe da paciente. Desta forma, convocaria a mãe de AV para a consulta, com o objetivo de explorar acontecimentos passados que possam ter sido pertinentes para o caso em questão.

Deste modo, seriam abordadas questões acerca da história de vida de AV, como por exemplo a sua infância e a própria adolescência, bem como, o ambiente familiar.

A 13ª sessão, em termos de objetivos mais específicos, seria então efetuado um balanço do processo terapêutico, com o intuito de compreender qual a percepção da paciente perante a terapia.

## **Reflexão Pessoal sobre o Caso**

A paciente veio sempre acompanhada pela mãe.

Na primeira consulta a paciente emocionou-se com os olhos em lágrimas e de sorriso tímido quando lhe disse que a esperava na próxima consulta para a ajudar. No fim, a paciente sentiu necessidade de dar um grande abraço, quando a acompanhava até à porta para me despedir. Interpretei esse abraço como um gesto de carinho e de agradecimento, permanecendo nos meus braços uns longos segundos. O comportamento da paciente indicou logo uma ligação de empatia.

A intervenção psicológica teve como principais objetivos diminuir os sintomas psicológicos e emocionais e promover o seu bem-estar. Relativamente à intervenção considerava importante trabalhar a sintomatologia ansiosa tendo em conta que esta seria o principal motivo de prejuízo nas áreas de vida da paciente (social, escolar e familiar). Por outro lado, considerava igualmente relevante trabalhar a autoestima de AV, que se encontrava, inevitavelmente, relacionada com a ansiedade e seus sintomas associados.

As intervenções focar-se-iam no desenvolvimento de competências sociais de aptidões de autocontrole, fazendo recurso a técnicas de relaxamento para reduzir as crises de ansiedade. Utilizava ainda a terapia cognitivo comportamental com o objetivo de ajudar a paciente extinguir uma variedade de comportamentos desajustados por comportamentos adaptados que a permitissem atingir objetivos.

Ao longo das sessões senti que a adolescente pela confiança que depositou em mim, e pela empatia, facilitou de certa forma a intervenção inicial. A nível de progresso, esta demonstrou uma evolução bastante positiva em que na fase inicial apresentava uma postura mais inibida e no decorrer das consultas apresentou-se comunicativa e muito descontraída, o que ajudou a estabelecer uma relação empática colaborando, de certa forma, no meu percurso enquanto estagiária.



Neste último capítulo faço uma reflexão crítica e ponderada acerca de todo o meu percurso alusivo ao estágio curricular.

Realizar o estágio curricular no Centro Hospitalar foi, sem dúvida, uma oportunidade única, repleta de experiências e de momentos cruciais, tanto para o meu crescimento pessoal bem como profissional. Consistiu igualmente um segmento de formação essencial, uma vez que me proporcionou oportunidades diversas para desenvolver, integrar e aperfeiçoar saberes e competências obtidos ao longo desta fase teórica.

A finalidade deste estágio curricular era proporcionar o primeiro contacto direto com a prática clínica, bem como, dar aplicação a todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da minha formação, de forma a contribuir para uma nova obtenção de experiências e de competências profissionais, fundamentalmente através da análise minuciosa de cada caso clínico selecionado, relacionando-os com a anamnese e articulando com a revisão da literatura.

Com o desenvolvimento desta fase, foi-me possível prosperar na minha sabedoria, sobretudo a nível profissional e pessoal. Na área profissional, proporcionou-me um contacto direto com a prática clínica, e isso fez com que, por consequência, agregasse gradualmente mais conhecimento acerca de distintos problemas, avaliação e intervenção das mesmas. A nível pessoal, posso afirmar que a minha maneira de ver a vida e de encarar diferentes situações foi-se modificando à medida que ia conquistando novos conhecimentos sobre as pessoas e as suas histórias de vida.

Durante todo o meu percurso enquanto estagiária nem todas as situações estiveram simples e claras, no entanto, foram essas experiências menos boas, limitações, incertezas e receios que conquistei todo o meu crescimento enquanto futura psicóloga e como ser humano.

Todo este caminho só foi possível graças ao meu orientador, que desde o início incentivou a minha própria autonomia, ajudando-me em todas as minhas dúvidas, bem como nas minhas escolhas, transmitindo dessa forma a segurança que eu precisava.

Em suma, este ciclo foi nitidamente uma etapa muito essencial na minha formação académica e pessoal, um dos momentos mais marcantes na minha vida, na qual se revelou o vínculo entre o fim de um ciclo e o início de outro que ainda virá!

## 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.) Psiquilibrios Edições.

Almeida, F. (2009). Testes das matrizes progressivas de Raven (MPR). *Perita*

American Psychological Association. (2018). *Clinical Psychology*. Consultado em <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical.aspx>

Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C. dos. & Oliveira, R. V. V. (2007). Adaptação Transcultural de Escala de Auto-estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.

Azevedo, A.S & Faria, L. (2004). A Auto-estima no Ensino Secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Org). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 415-421). X Conferencia Internacional. Braga: Psiquilibrios Edições.

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

Borges, P; Costa, I; Ferreira, C; Gill, I; Carvalhão, I; Fernandes, S, & Veríssimo, M. (2011). *Escalas de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths – Adaptação para a população portuguesa*. Actas do 12º Coloquio de Psicologia e Educação.

Bowker, A. (2006). Relationship Between Sports Participation and Self-Esteem During Early Adolescence. *The Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(3), 214-229.

Brickenkamp, R., Zillmer, E. (1998). *The d2 test of attention*. Seattle, Washington: Hogrefe & Huber Publishers.

Cardoso-Santos, A., Azevedo, A. C. M., Fagundes, S., Burin, M. G., Giugliani, R. & Schwartz, I. V. D. (2008) Mucopolissacaridose tipo VI (Marateaux-Lamy syndrome): avaliação da mobilidade articular e das forças de garra e de pinça. *Jornal de Pediatria*, 84 (2), 130-135.

Cordioli, A., & Knapp, P. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30 (Supl II), 51-53.

Dugas, M. J. Ladouceur, R. (2007). Análise e Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007.

Gullotta, T.P. (2000). *Adolescent Experience*. San Diego: Academic.

Hawton, K. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.

Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE. Em I. Leal, F. Pimenta, & M. Marques, *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (pp. 11-16). Lisboa: Placebo.

Malloy-Diniz, L. F, Fuentes D, Mattos P, Abreu N & colaboradores (2010). Avaliação neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-2232-2.

Myiazaki, M.C.; Domingos, N.M. & Caballo, V.E. (2011). Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. Em B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, pp.463-47. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pais Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239.

Pereira, A. L. S. (2005). *Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ.

Sigelman, C.K. (1999). *Life Span Human Development*. (3rd Ed.). New York: Brooks/Cole Publishing.

Simões, M. R., Seabra Santos, M. J., Albuquerque, C. P., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Ferreira, C., Lopes, A, F, Gomes, A, A, Xavier, R, E., Rodrigues, F., Lança, C., Barros, J., San Juan, L. & Oliveira, E. (2003). Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – Terceira Edição (WISC – III). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. I., 221-252). Coimbra: Quarteto Editora.

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 22 (3), 441-448.

Thase, M. & Lang, S. (2005). Sair da depressão – novos métodos para superar a distímia e a depressão branda crônica. Rio de Janeiro: Imago.

Viana, V. & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil, *Análise Psicológica*, 1(15), 29-40.

## **Anexos**

## **Anexo A**

---

Enquadramento do Estágio e Documentação - Plano de Estágio Curricular

### Atividades Desenvolvidas

<b>Setembro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Apresentação do local de estágio e das respectivas áreas de atuação</li><li>✓ Início da observação de consultas externas realizadas pelo orientador de estágio</li><li>✓ Reuniões de supervisão de estágio</li></ul>
<b>Outubro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação de consultas externas realizadas pelo orientador de estágio</li><li>✓ Reuniões de supervisão de estágio</li><li>✓ Realização de avaliações psicológicas</li><li>✓ Início de primeiras consultas de forma autónoma</li></ul>
<b>Novembro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação de consultas externas realizadas pelo orientador de estágio</li><li>✓ Reuniões de supervisão de estágio</li><li>✓ Realização de avaliações psicológicas</li></ul>
<b>Dezembro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação de consultas externas realizadas pelo orientador de estágio</li><li>✓ Reuniões de supervisão de estágio</li><li>✓ Realização de avaliações psicológicas</li></ul>
<b>Janeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação de consultas externas realizadas pelo orientador de estágio</li><li>✓ Reuniões de supervisão de estágio</li><li>✓ Realização de avaliações psicológicas</li></ul>
<b>Fevereiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação de consultas externas realizadas pelo orientador de estágio</li><li>✓ Reuniões de supervisão de estágio</li><li>✓ Realização de avaliações psicológicas</li></ul>
<b>Março</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação de consultas externas realizadas pelo orientador de estágio</li><li>✓ Reuniões de supervisão de estágio</li><li>✓ Realização de avaliações psicológicas</li></ul>



## **Anexo B**

---

Cronograma das Atividades realizadas durante o Estágio Curricular

<b>Atividades</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>
Observação de consultas							
Reuniões de Supervisão							
Avaliação Psicológica							
Consultas de Psicologia Individuais							
Visitas aos Doentes no Hospital de Dia							
Visitas/ Acompanhamento no Internamento							
Acompanhamento do Caso AV							
Avaliação Psicológica do Caso AV							

## **Anexo C**



### Caso Clínico AV - Treino de Respiração Diafragmática

## **Respiração Diafragmática**

### **Instruções:**

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

## **Anexo D**

---

Caso Clínico AV - Treino de Relaxamento Muscular

Progressivo de Jacobson

## **Treino de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson**

### **Treino de Relaxamento para 16 grupos musculares**

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo, nem para o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi voltadas uma para a outra. Quando eu der as instruções de relaxamento, deve repeti-las mentalmente para si.”

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, fechando o punho.

AGORA...

Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.”

(manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento.

Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado...”

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

“Gostava que passasse para os bíceps dominantes. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra o braço da cadeira.

AGORA...

Sinta os músculos a puxar...

Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados.

(manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Foque toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento.

(manter durante 30-40 segundos)

(O mesmo que para o lado dominante)

“Vamos passar agora para os músculos da parte superior do seu rosto: a testa.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder.

AGORA...

Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio.

(manter durante 15 segundos).

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.”

(manter durante 30-40 segundos)

“Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto, e do nariz. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz.

AGORA...

Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão.

(manter durante 15 segundos).

RELAXE...

Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que fluem para essa área.

(manter durante 30-40 segundos).

“Agora vamos descer para os músculos da parte inferior do seu rosto: parte inferior das maçãs do rosto e queixo. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para cerrar os seus dentes e puxar os cantos da boca para trás.

AGORA...

Sinta a tensão através de toda a parte inferior do seu rosto, reparando no que sente à medida que esses músculos vão ficando tensos.

RELAXE...

Aprecie as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente...

(manter durante 30-40 segundos)

“Vamos agora focar a sua atenção nos músculos do pescoço e da garganta. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito, mas sem o deixar tocar no peito.

AGORA...

Aprecie a tensão nesses músculos.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados... Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos...

A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros e parte superior das costas. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem.

AGORA...



Sinta a tensão no peito, nos ombros e na parte das costas.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente.

(manter durante 30-40 segundos)

“Foque agora a sua atenção nos músculos do estômago. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para fazer o estômago duro, contraindo-o como se fosse dar uma pancada a si mesmo no estômago.

AGORA...

Sinta a tensão e o aperto no estômago e aprecie as sensações associadas com isso.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe a tensão sair...

Repare como esses músculos ficam completamente relaxados.

(manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... Tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que o ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controle da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

“Agora vamos passar para os músculos da parte superior da perna dominante: a coxa dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos da parte superior da

perna dominante, contrapondo o grande músculo da parte superior da perna, com os dois músculos pequenos da parte inferior.

AGORA...

Sinta a tensão e aprecie a parte de cima do músculo grande ficar dura...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

“Focalize a sua atenção nos músculos da parte inferior da perna dominante: a barriga da perna dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando os dedos dos pés para cima, em direção à sua cabeça.

AGORA...

Aprecie toda a tensão na área da barriga da perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados...

Aprecie as sensações nestes músculos à medida que eles se vão libertando.

(manter durante 30-40 segundos)

“Vamos passar para os músculos do pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para contrair esses músculos, esticando o pé e virando-o para dentro, ao mesmo tempo que encarcola os dedos.

AGORA...

Aprecie a sensação de tensão, a pressão no arco e no peito do pé...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles estão agora, comparando como anteriormente.

“Aprecie a diferença de sensações á medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.”

(manter durante 30-40 segundos)

### **Conclusão:**

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga-lhe: “Deixa-te descontrair.... Abandona-te”.

“Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente. Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído/a... Relaxado/a”.

Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia.

Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Imagine-se num dia bem frio de Inverno... Lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo,

a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontrair ainda mais”.

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: observe todos os pormenores... o que vê... o que ouve... o que sente... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

“OK. Agora já relaxamos os músculos dos braços e mãos. Deixe que eles continuem a relaxar....

Relaxamos os músculos da face e do pescoço.... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados...

Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen.... Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados...

Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as pernas e pés... Quando eu disser “3”, pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos

### **Treino de Relaxamento para 4 grupos musculares**

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo, nem para o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi voltadas uma para a outra. Quando eu der as instruções de relaxamento, deve repeti-las mentalmente para si.”

“Gostaria que focasse a sua atenção nos músculos de ambos os braços e mãos.” “Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando ambos os braços à sua frente, dobrando os cotovelos num ângulo de 45 graus e fechando o punho.”

AGORA...

Sinta a tensão nas mãos, braços e bíceps...

(Manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Repara na diferença entre tensão e relaxamento...

Focalize a sua atenção nas sensações destes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados...

(Manter durante 30-40 segundos)

“Vamos agora passar para todos os músculos da sua face e pescoço.”

“Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos... Levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes, puxando os cantos da boca para trás, enquanto que, ao mesmo tempo, puxa o seu queixo para baixo, em direção ao peito, mas sem tocar no peito.

AGORA...

“Sinta a tensão através de toda a área facial e do pescoço...”

(Manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como sente os músculos agora comparando com anteriormente.

(Manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Focalize-se agora nos músculos do peito., ombros, parte superior das costas e abdômen.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem no fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto que, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.”

AGORA...

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e estômago...

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora, comparando com anteriormente...

(Manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que a ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdômen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

Agora vamos para os músculos de ambas as coxas, barriga da perna e pés.

“Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos de ambas as pernas, levantando ligeiramente as pernas da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés para dentro.“

(Manter durante 5-7 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se... Deixe toda a tensão sair...

Repare como esses músculos estão agora, comparando com o que se passava anteriormente...

Repare como é a sensação, à medida que os músculos ficam cada vez mais e mais profundamente relaxados...

(Manter durante 30-40 segundos)

### **Conclusão:**

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga-lhe: “Deixa-te descontrair... Abandona-te”.

“Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente. Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído/a... Relaxado/a”.

“Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia.”

“Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Imagine-se num dia bem frio de Inverno... lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontrair ainda mais”.

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: observe todos

os pormenores... o que vê... o que ouve... o que sente... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

“OK. Agora já relaxamos os músculos dos braços e mãos. Deixe que eles continuem a relaxar...

Relaxamos os músculos da face e do pescoço... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados... Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen... Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados...

Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as pernas e pés... Quando eu disser “3”, pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos.



## **Anexo E**

---

Caso Clínico AV – Registo diário de pensamentos disfuncionais

<b>Dia Hora</b>	<b>Situação</b>	<b>Sentimento</b>	<b>Pensamento Automático</b>	<b>Reposta Racional</b>