



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Filipa Manuela Ribeiro Nunes

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

Gandra, setembro de 2020



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Filipa Manuela Ribeiro Nunes

Código de aluno: 24022

Relatório de Estágio

Supervisora: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

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

Gandra, setembro de 2020

Declaração de Integridade

Filipa Manuela Ribeiro Nunes, 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

Ao longo de todo o percurso acadêmico que fazemos enquanto estudantes, assim como na vida, vamos nos cruzando com pessoas que, de variadíssimas formas contribuem para o nosso crescimento.

Assim queria agradecer ao meu orientado de estágio, pela partilha de conhecimento e ensinamentos e pela confiança.

À minha supervisora por todos os conselhos, ajuda e apoio neste percurso.

À minha família pelo que sou e pela possibilidade de me proporcionarem esta vida que escolhi. Serei eternamente grata pelo apoio incondicional durante todos estes anos. Se consegui chegar aqui devo tudo isto a vocês.

Ao Pedro, pela paciência em todas as horas e por todos os conselhos que me ajudaram a crescer enquanto pessoa e futura profissional. És o meu pilar.

As minhas amigas e companheiras nesta viagem que sempre estiveram presentes para tudo. Agradeço-vos de coração toda a partilha.

A todos estou grata!

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar
uma alma humana seja apenas outra alma humana”*

Carl G.Jung

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo I	2
1. Caracterização da Instituição.....	2
1.1 Caracterização do local de estágio/serviço	2
1.2 Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria.....	4
2. Descrição das atividades de estágio	6
2.1 Reuniões de supervisão e orientação	7
2.2 Período de observação	7
2.3 Atividades de avaliação psicológica	8
2.4 Consultas psicológicas individuais	13
2.5 Descrição de outras atividades no contexto de estágio	14
Capítulo II	17
1. Caso T.....	17
Identificação	17
Motivo e pedido da consulta	18
Primeiro Contacto e Apreciação geral da Paciente.....	18
História Pessoal	19
Dinâmica familiar.....	20
História escolar e contextos sociais	21
Problemáticas passadas e atuais	21
Processo de avaliação psicológica	22
Hipóteses de diagnóstico	24
Caracterização da ansiedade na adolescência.....	25
Terapia adequada para a perturbação.....	26
Processo de Intervenção	27
Proposta de Intervenção	29
Aspetos que ficaram por abordar	31
Planeamento de sessões.....	31
Reflexão pessoal do caso	33
Reflexão Final	35
Bibliografia	37

Índice de Anexos

Anexo A – Atividade desenvolvida - *Power point* “Saúde Psicológica em tempo de covid-19”

Anexo A1 – Técnicas de relaxamento

Anexo B – *Power point* de apresentação do caso clínico aos alunos da licenciatura de Psicologia da CESPU

Anexo C - Folha de registo WISC-III Caso T

Anexo D – Tabela de registo de cognições e pensamentos

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Casos clínicos acompanhados de forma autónoma.....13

Tabela 2 - Resultados padronizados dos sub-testes da WISC-III.....23

Tabela 3 - Pontuações totais e Q.I.’s correspondentes.....23

Tabela 4 - Plano de sessões.....33

Índice de Figuras

Figura 1- Genograma familiar de T.....18

Siglas

APM- *Advanced Progressive Matrices*

ASEBA- *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

CBCL- Questionário de Comportamentos da Criança

CEBQ- Questionário do Comportamento Alimentar da Criança

CH- Centro Hospitalar

CPM- *Coloured Progressive Matrices*

D2- Teste de atenção

DD- Desejo de beber

EADS-C- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para crianças

EF- Prazer em comer

EOE- Sobre ingestão emocional

EUE- Sub ingestão emocional

FF- Seletividade

FR- Resposta à comida

ICV- Índice de Compreensão Verbal

ID- Idade Mental

IOP- Índice de Organização Percetiva

IUCS- Instituto Universitário de Ciências da Saúde

IVP- Índice de Velocidade de Processamento

PEA- Perturbação do Espectro Autista

PHDA- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

QD- Quociente de desenvolvimento

QI- Quociente de Inteligência

QIEC- Quociente de Inteligência da Escala Completa

QIG- Quociente de Inteligência Geral

QIR- Quociente de Inteligência de Realização

QIV- Quociente de Inteligência Verbal

SCICA- Entrevista Semiestruturada para crianças e adolescentes

SE- Ingestão lenta

SPM- *Standard Progressive Matrices*

SR- Resposta à saciedade

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para crianças

Introdução

Designa-se por estágio curricular o exercício de práticas corretamente qualificadas no âmbito da atividade profissional e tem como função a confrontação do estagiário com situações reais de trabalho, incitando a componente prática da aprendizagem do aluno. Assim, em contato com esta prática clínica, o estagiário aprimora e integra os conhecimentos anteriormente obtidos ao longo do curso, desenvolve a capacidade de enfrentar problemas reais, aumentando a sua aptidão enquanto futuro profissional de saúde.

O presente documento enquadra-se no âmbito do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), no ano letivo 2019/2020 e tem como objetivo descrever o percurso realizado pela estagiária na instituição que lhe foi destinada.

O estágio teve lugar num Centro Hospitalar, nas consultas externas de Psicologia Pediátrica, foi iniciado no dia 26 de setembro de 2019, tendo vindo a terminar, por consequência da pandemia covid-19, no dia 6 de março de 2020, sob a orientação do Psicólogo do local e supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias. As atividades da estagiária ocuparam um a dois dias por semana, sendo a quinta-feira dia fixo e a sexta-feira alternado de semana a semana.

Este relatório é composto por dois capítulos, sendo o primeiro destinado à caracterização da instituição onde decorreu o estágio, incluindo também a clarificação do papel do psicólogo em contextos de saúde, e um segundo capítulo referente à avaliação, intervenção e acompanhamento de um caso, seguindo-se uma reflexão pessoal que incide na experiência e na aprendizagem.

A relevância deste trabalho reflete-se a dois níveis: o pessoal e o profissional. Toda a aprendizagem veio complementar a bagagem de conhecimentos já adquiridos teoricamente, através da sua exposição com a prática relacionada com o desempenho de funções na área da psicologia, preparando assim a vida profissional que se avizinha, contribuindo também para o crescimento pessoal.

Capítulo I

1. Caracterização da Instituição

1.1 Caracterização do local de estágio/serviço

O Centro Hospitalar (CH), inaugurado oficialmente a junho de 1959, é dos mais conceituados hospitais universitários em Portugal, tendo por missão conferir cuidados de saúde diferenciados e primários, em articulação com outros hospitais pertencentes à rede do Serviço Nacional de Saúde. O hospital universitário tem a missão de promover a investigação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a formação pré e pós-graduada.

Após a sua abertura, os serviços de Internamento do Centro Hospitalar entraram em funcionamento pela seguinte ordem: Propedêutica Médica, Neurologia, Ortopedia, Propedêutica Cirúrgica, Patologia Cirúrgica, Patologia Médica, Terapêutica Médica, Ginecologia, Medicina Operatória, Dermatologia, Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria, Urologia e Oftalmologia. As consultas externas começaram a funcionar juntamente com os Serviços de Internamento correspondentes.

O CH encontra-se estruturado em níveis intermédios de gestão. As suas estruturas intermédias de gestão agrupam serviços e unidades orgânicas, tais como: Cirurgia, Medicina, Urgência e Medicina Intensiva, Psiquiatria e Saúde Mental, Meios complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Mulher e Criança, Centro de Epidemiologia Hospitalar, Centro de Ambulatório, Centro de Investigação e Ensaios Clínicos, Centro de Gestão de Informação e Serviço de Humanização.

O serviço de urgência deste hospital está dividido em três vertentes, pediátrico, de adultos, e Ginecologia e Obstetrícia, mas existem serviços como Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, que são comuns e efetuados num espaço exterior à Urgência.

O edifício do CH é constituído por 11 pisos, 2 deles localizados no subsolo; dispõe de 1.105 camas repartidas pelas várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços. Dos edifícios externos do hospital, podemos destacar

o centro ambulatorio, que engloba a consulta externa, o hospital de dia, a unidade de cirurgia e ambulatorio (de acordo com o portal oficial da internet do CH).

No centro hospitalar, existem as consultas externas não médicas realizadas por profissionais da Psicologia, Nutrição e Dietética, Podologia, Pneumologia e Enfermagem. Estes serviços trabalham com as diversas patologias existentes, nomeadamente, doenças crónicas, como é o caso das doenças oncológicas, a obesidade, as doenças hereditárias do metabolismo e as doenças mentais.

As consultas externas de Pediatria, situadas no piso 1 (local onde se situam todas as consultas externas de CH), englobam várias consultas de especialidade, tais como, Consulta de Desenvolvimento, Consulta de Psicologia, Consulta de Enfermagem, Consulta de Nutrição, Consulta de Doenças Metabólicas, entre outras. Cada uma destas especialidades conta com profissionais que trabalham em equipa em prol da criança.

- **Psicologia Pediátrica no CH**

O Serviço de Pediatria inclui internamento, urgência e consulta externa. Os psicólogos exercem funções nas diferentes valências, tanto autónomas como em equipas interdisciplinares. A existência de um Departamento de Psicologia possibilita a sua inserção nas diversas Unidades de Psiquiatria e Saúde Mental do CH, e a sua colaboração com todas as especialidades do hospital. Assim, a prestação de serviços por parte destes profissionais passa por diferentes populações clínicas, desde doentes da Neonatologia até aos cuidados paliativos, em contexto de Ambulatório, Hospital de Dia e de internamento.

Atualmente, a Consulta de Psicologia, inserida na consulta externa, é orientada por dois psicólogos que criaram a unidade de Desenvolvimento e Psicologia em 1985. Esta unidade promove o acompanhamento de diversos utentes assim como o seu desenvolvimento enquanto crianças em constante evolução, desde a primeira infância até aos 18 anos.

Este serviço, pelo que me foi possível observar durante o estágio, recebe maioritariamente crianças e adolescentes seguidas pela consulta de Desenvolvimento, que necessitam de avaliações psicológicas para

complementar o diagnóstico, existindo outras especialidades como Nutrição e Psiquiatria que requerem a colaboração destes profissionais. Este reencaminhamento para as consultas de Psicologia tem vários objetivos como, avaliação, acompanhamento e intervenção nas diversas problemáticas a nível comportamental, emocional e cognitivo. Os problemas mais frequentes são défices de atenção, problemas de aprendizagem, Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), problemas de adaptação/interação social, insucesso escolar, Perturbação do Espectro Autista (PEA) e alterações do comportamento alimentar.

Tendo em conta que a Psicologia avalia e intervém em indivíduo inseridos nos seus contextos naturais, a intervenção é também dirigida aos familiares das crianças.

1.2 Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria

A Psicologia da Saúde é definida como um conjunto de contributos educativos, científicos e profissionais da Psicologia que visa a promoção e manutenção da saúde e a prevenção e tratamento da doença, tendo em conta a identificação etiológica e diagnóstica das correlações existentes entre saúde e doença (Matarazzo, 1980). A Psicologia da Saúde está referenciada em vários campos: estudo dos comportamentos de risco para a saúde e dos comportamentos para a sua manutenção; as cognições sobre a saúde e a doença; os aspetos psicológicos que derivam da adesão ao tratamento e dos ambientes dos serviços de saúde e as estratégias de *coping* para lidar com a doença e a incapacidade (Weinmam, 1990). Na sua emancipação, a Psicologia utiliza contribuições teóricas e variados modelos de informação e intervenção para desenvolver atividades de prevenção, avaliação, apoio psicológico e de investigação ligadas aos cuidados de saúde (Teixeira & Leal, 1990).

A intervenção do psicólogo clínico em saúde tem como foco a experiência psicológica e a ligação estabelecida com o estado de saúde ou de doença, e a adaptação, que ocorrem por intermédio de especificidades biológicas (Teixeira & Leal, 1990), pois não só as disfunções biológicas produzem reações no

funcionamento psicológico, como as mudanças psicológicas e sociais, produzem alterações no funcionamento biológico (Roessler & Decker, 1986).

A Psicologia Pediátrica, subdomínio da Psicologia da Saúde, enquanto área de intervenção surge para dar resposta a um conjunto de necessidades reais de crianças com problemas que divergem dos encontrados nas consultas de Psiquiatria e Psicologia tradicionais (Mesibov, 1991). Esta tem em conta a compreensão das características de cada período da infância e da adolescência, vendo a criança como um indivíduo em constante evolução, com base numa perspetiva desenvolvimentista e holística, nunca separando a saúde física da saúde mental (Barros, 2003).

Em Psicologia Pediátrica, assim como em qualquer atividade de Psicologia, a utilização de metodologias de avaliação é essencial, não só para compreender as necessidades dos doentes, como também o eventual encaminhamento do indivíduo para outro serviço ou instituição (Mash & Hunsley, 2005). A avaliação psicológica em contexto de saúde infantil e juvenil, deve ser considerada uma atividade crucial, tendo como definição a atividade profissional e científica destinada à recolha, avaliação e integração de informação, com o objetivo de responder a uma questão clínica, por meio de modos adequados de recolha e processamento de informação relacionada com o caso (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Em comparação com a avaliação efetuada em adultos, a avaliação psicológica de crianças e jovens apresenta distinções no que diz respeito à consideração necessária das mudanças relacionadas com o desenvolvimento infantil nos domínios em avaliação, assim como a necessidade de uma maior variedade de metodologias. Para que seja possível a recolha de informação, é frequente a utilização de testemunhos de múltiplos informantes (por exemplo pais e professores) e a inclusão de dados recolhidos em diferentes contextos (casa e escola), através da aplicação de diversos métodos (entrevistas, observação direta, questionários, escalas, etc.), não se prendendo apenas à aplicação de um conjunto de métodos psicométricos (Mash & Hunsley, 2005) mas a um processo que engloba complexas tomadas de decisão por parte do psicólogo clínico (La Greca & Lemanek, 1996).

Concretamente no CH, a Psicologia Pediátrica é organizada através de um Serviço/Unidade de Psicologia, onde estão inseridos psicólogos disponíveis para darem resposta aos serviços solicitados em diferentes contextos: internamento,

urgência hospital de dia e consulta externa, que implicam diferentes cuidados. Estes psicólogos tem uma coordenação própria, definem as suas estratégias, metodologias, necessidades e objetivos de acordo com as definições da direção do departamento, estando paralelamente inseridos em diversas outras Unidades onde desenvolvem trabalho de acordo com os objetivos de cada setor (Viana & Almeida, 1998). Assim, os objetivos de toda a intervenção que realizam em diferentes serviços são: ajudar na prevenção de recaídas através de programas de educação para a saúde destinados à criança doente e aos pais; antever ou minimizar situações de rotura emocional (Roma, Torres, Almeida, et al., 1995 *cit in* Viana & Almeida, 1998) e consequentemente prevenir problemas relacionados com a adesão ao tratamento; auxiliar a integração social do doente assim como acompanhar as suas possíveis dificuldades de adaptação ao seu estado de saúde e prevenir problemas psicológicos e de desenvolvimento (Viana & Almeida, 1991).

Os psicólogos desta unidade, para além de todas as funções já referidas, em conjunto com outros profissionais de Pediatria, participam também no desenvolvimento e implementação de programas de prevenção primária direcionados para a educação e promoção da saúde (Viana & Almeida, 1998).

2. Descrição das atividades de estágio

No primeiro contacto com a instituição de estágio, em reunião com o orientador do local, foi estabelecido o horário semanal de acordo com as disponibilidades das estagiárias. Assim, ficou definido a quinta-feira, das 9h às 17h30, como o meu dia fixo de estágio, e a sexta feira das 9h às 12h30, dia este alternado de semana para semana com a minha colega de estágio. Seguiu-se o início do estágio curricular em setembro de 2019, com a observação de consultas e da dinâmica institucional, e estudo e treino de aplicação de instrumentos de avaliação utilizados na Unidade. Mais tarde, sem deixar a observação clínica, o meu orientador deu-me a possibilidade de ganhar autonomia com a aplicação de instrumentos de avaliação e cotação dos mesmos. A minha participação nas consultas passou a ser mais ativa e mais frequente, contribuindo assim para a construção de uma postura profissional enquanto futura Psicóloga, perante a

diversidade de casos que iam surgindo. Os desafios foram constantes e cada vez mais complexos, suscitaram dúvidas e incertezas decorrentes do confronto entre a teoria e a prática. Em novembro iniciei o acompanhamento de alguns casos clínicos de forma independente, os quais eram apresentados e discutidos com a professora doutora Maria Emília Areias, em cada reunião de supervisão no IUCS às segundas-feiras entre as 14h30 e as 17h, e orientados pelo psicólogo do serviço. Mais tarde em março, as atividades de estágios foram encerradas devido à pandemia e as reuniões passaram a ter uma periodicidade mais alargada.

2.1 Reuniões de supervisão e Orientação

A supervisão pode ser definida com um processo de ensino e de aprendizagem, que engloba o desenvolvimento de habilidades terapêuticas e mudanças no comportamento da postura do aluno, visando reforçar a teoria aprendida, fortalecer a conduta ética e desenvolver o raciocínio do processo clínico (Barreto & Barletta, 2010).

Tendo em conta que a supervisão é um elemento básico para uma boa prática clínica, entrelaçando a teoria com a prática, a participação nas reuniões semanais de supervisão sob orientação da Professora Doutora Maria Emília Areias foram uma mais valia para o seguimento dos casos. As reuniões em que pude participar, com mais algumas colegas estagiárias, tiveram lugar no IUCS, todas as segundas feiras, com objetivo de partilha de experiência nos diferentes locais de estágio. Cada uma de nós relatava o ponto de situação das atividades realizadas, expunha os casos clínicos e as possíveis dúvidas sobre modelos de intervenção, estratégias ou até mesmo de instrumentos de avaliação. A partilha mútua de vários casos e contextos institucionais diferentes, permitiu-nos alargar o conhecimento da prática clínica, criando um espaço de discussão e planeamento de atividades.

2.2 Período de observação

De tantas ferramentas que podem ser utilizadas para a realização da avaliação psicológica, a observação é uma delas. Essa foi das primeiras atividades realizadas no estágio nas consultas feitas pelo psicólogo orientador, sendo que estas decorreram durante todo o período de estágio. Este primeiro contacto com a prática clínica foi também um momento importante na inclusão da equipa de trabalho, que me possibilitou a integração e o envolvimento na dinâmica das consultas. A observação foi a ferramenta que permitiu a familiarização com diversos comportamentos, atitudes, estratégias de intervenção, instrumentos de avaliação e outros procedimentos presentes nas consultas de psicologia. A observação comportamental serve como um instrumento de trabalho para obtenção de dados que aumentam a compreensão a respeito do comportamento sob investigação (Fagundes, 1999). Assim, a análise feita através dela dá-nos informações sobre o indivíduo em diversas situações e contextos, tanto na entrevista clínica, como na realização de testes e/ou provas. Esta atividade também me permitiu verificar a importância do sigilo profissional devido à gravidade e privacidade dos casos que tive oportunidade de acompanhar, este torna-se o pilar central da relação estabelecida entre o psicólogo e o paciente.

2.3 Atividades de avaliação psicológica

A avaliação psicológica pode ser considerada uma ferramenta apropriada para a tomada de decisão, no que diz respeito a um diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico (Capitão et al., 2005). O processo de avaliação psicológica não tem obrigatoriamente de incluir testes padronizados como um dos recursos para atingir objetivos, pode incluir diferentes procedimentos de medida, identificar dimensões específicas do sujeito, do ambiente onde está inserido e da relação entre eles (Noronha et al., 2002).

A avaliação psicológica é um processo clínico que envolve um conjunto organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação, nomeadamente: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos clínicos, como jogos, desenhos, histórias, brinquedos, etc. A escolha das estratégias e dos instrumentos a serem aplicados

é feita de acordo com vários parâmetros que devem ser levados em conta: o objetivo (clínico, educacional, forense, etc.) e a finalidade (diagnóstico, indicação de tratamento e/ou prevenção) (Arzeno, 2003; Trina, 1984).

Numa fase inicial do estágio, o meu envolvimento para com as atividades de avaliação consistia na observação da aplicação e cotação de instrumentos e na familiarização com o seu uso, lembrando conteúdos aprendidos. Só numa fase mais autónoma do estágio é que me foi possível administrar os instrumentos de avaliação adequados ao paciente e a cada pedido que nos chegava, de forma a avaliar várias áreas do funcionamento intelectual, emocional e comportamental.

Os pedidos de avaliação eram frequentemente realizados pela consulta de desenvolvimento, com a finalidade de complementar diagnósticos, ou pela consulta de nutrição, com vista à avaliação da motivação para a mudança de comportamento.

Os instrumentos utilizados para a avaliação do desenvolvimento foram a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III), as Matrizes Progressivas de Raven e a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths.

- A **WISC-III** é uma prova de aplicação individual, com tempo de aplicação de 60 a 90 minutos e destinada a crianças e adolescentes dos 6 anos a 16 anos e 11 meses (Simões et al., 2003). Esta prova inclui 13 subtestes que se dividem em dois grupos: verbais e de realização. Os testes Verbais são: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos (opcional) e os testes de Realização são: Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, Pesquisa de Símbolos (subteste opcional) e Labirintos (subteste opcional). O desempenho das crianças e dos adolescentes pode ser analisado em termos de subtestes e de seis resultados compósitos: Quociente de Inteligência Verbal (QIV), Quociente de Inteligência de Realização (QIR), Quociente de Inteligência da Escala Completa QIEC), Índice Compreensão Verbal (ICV), Índice de Organização Perceptiva (IOP) e Índice de Velocidade de Processamento (IVP) (Wechsler, 2003).

- O teste das **Matrizes Progressivas de Raven** é uma prova de inteligência, não-verbal, que existe disponível em três versões diferentes. A forma Geral (*Standard Progressive Matrices* – SPM) é uma delas e é composta por 60 itens (12 em cada série – A, B, C, D e E), a forma Especial ou Colorida (*Coloured Progressive Matrices* – CPM) é a mais aplicada e contém 36 itens (12 em cada

série – A, Ab e B) e por fim, a forma Avançada (*Advanced Progressive Matrices* – APM) constituída por 48 itens divididos por duas séries (12 na série – *Set I* e 36 noutra – *Set II*). O grau de dificuldade dos itens vai aumentando ao longo do teste, assim como de série para série, derivando daí o termo progressivo (Simões, 2000). Essencialmente este teste tem como objetivo medir a aptidão do sujeito para aprender relações entre figuras, ou seja, destina-se a avaliar a capacidade de raciocínio e de resolução de problemas, sendo aplicado em crianças dos 5 aos 12 anos. Cada um dos itens é formado por uma matriz de figuras geométricas abstratas que contêm uma falha, e que deve ser preenchida por apenas uma das 6 a 8 figuras que constam por baixo da matriz. Na sua aplicação, a pessoa necessita apenas de indicar/apontar a figura que, de entre um conjunto de alternativa, lhe parece adequada ao preenchimento da parte que falta, completando assim o padrão ou o sistema de relações apresentado.

- A **Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths**, como o próprio nome indica, avalia as competências de desenvolvimento ao longo de toda a infância, através da observação direta do comportamento das crianças, e/ou através do relato dos pais. Existem duas versões desta escala que se aplicam conforme a idade da criança: Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (0-2 anos) e Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (3-8 anos). A Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (0-2 anos), avalia o desenvolvimento de bebés até aos 2 anos de idade em 5 áreas: Escala A: Motricidade/Locomotora – Avalia o desenvolvimento motor; Escala B: Pessoal/Social – Avalia o desenvolvimento da socialização; Escala C: Audição e Linguagem – Avalia o desenvolvimento linguístico; Escala D: Coordenação Óculo-Manual – Avalia o desenvolvimento da motricidade fina e a Escala E: Realização – Avalia o desenvolvimento em termos de atuação em situações práticas. A Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (3-8 anos), destina-se à avaliação do desenvolvimento das crianças dos 3 aos 8 anos de idade em 6 áreas, sendo elas as anteriormente referidas, acrescentando apenas uma, a Escala F que se refere ao raciocínio prático e que avalia o desenvolvimento das competências numéricas. Estas escalas permitem obter resultados relativos à idade mental da criança (IM) para cada área e total, assim como o quociente de desenvolvimento (QD) para cada área ou total, de forma a obter um perfil que

revela as áreas de desenvolvimento mais ou menos favorecidas e o modo como a criança se situa em relação à média da sua faixa etária (Borges et al., 2012).

Para a avaliação da atenção, foi utilizado o **Teste de Atenção – D2**. Este, permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração de crianças, adolescentes e adultos (a partir dos 8 anos). É um teste com tempo limite, variando entre os 8 e os 10 minutos, considerando o tempo necessário para a leitura das instruções e a realização do exemplo. A tarefa do sujeito consiste em procurar, nas 14 linhas cada uma com 47 caracteres, as letras ‘d’ com dois traços (dois traços em cima, dois traços em baixo ou um traço em cima e um em baixo) e assinalá-las com um traço, num tempo limite de 20 segundos por linha. No final do teste é possível medir a velocidade de processamento da informação, a precisão nesse processamento e aspetos qualitativos relacionados com o desempenho (BrickenKamp, 2007).

No que diz respeito à avaliação do comportamento, os questionários utilizados para esse fim foram: Escala de Connors para pais e professores, a Entrevista Semiestruturada para crianças e adolescentes (SCICA) e o Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL), integrados no sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para crianças (EADS-C) e o Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ).

- A **Escala de Connors** destinada para pais e professores, avalia problemas de comportamento em crianças dos 6 aos 11 anos, permitindo obter informação de quatro áreas distintas: Problemas de Oposição (5 itens para professores e 6 itens para pais), Problemas Cognitivos-Desatenção (5 itens para professores e 6 itens para pais), Problemas de Excesso de Atividade Motora (7 itens para professores e 6 itens para pais) e Índice de PHDA (12 itens para professores e pais). Com esta escala os adultos informam-se sobre o comportamento da criança, escolhendo das quatro opções de resposta (“nunca”, “um pouco”, “frequentemente” e “muito frequentemente”), a que melhor se adapta ao nível de gravidade dos problemas descritos (Monteiro, 2011). A Escala de Connors tem também contribuído para auxiliar no diagnóstico da PHDA, devido à inexistência de um exame rigoroso que o confirme.

- O modelo ASEBA é constituído por um conjunto de questionários para a avaliação da psicopatologia em crianças e adolescentes. Dele faz parte a

Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes (SCICA), aplicável dos 6 aos 18 anos de idade (McConaughy & Achenbach, 1994 cit in Gonçalves & Simões, 2001), que abrange áreas gerais do funcionamento, como as relações familiares, amigos, escola, entre outras. A sua estrutura flexível permite a compreensão de elementos específicos de cada caso e também uma análise das características psicométricas da perspetiva do desenvolvimento, possibilitando a análise quantitativa de cada caso. Esta entrevista contém 3 componentes: o protocolo, os formulários de observação e de autorrelato e o perfil.

- O **Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL)**, também pertencente ao modelo ASEBA e destinado à faixa etária de 6 a 18 anos, é composto por 138 itens, destinado aos pais/mães ou cuidadores, como o objetivo de recolher respostas acerca dos aspetos sociais e comportamentais dos seus filhos. Do número total de itens, 20 questões são relativas às competências sociais da criança, e 118 itens (formato tipo *likert*) destinados à avaliação de problemas de comportamento.

- A **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para crianças (EADS-C)**, é destinada a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos e tem o objetivo de discriminar três fatores: a ansiedade, a depressão e o *stress*. Esta é constituída por 21 itens distribuídos pelas três dimensões em questão (*ansiedade*, *depressão* e *stress*) com 7 itens cada. A depressão inclui 7 itens que englobam: 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) e Inércia (um item). A dimensão *ansiedade* contém: Excitação do Sistema Autónomo (três itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (um item); Ansiedade Situacional (um item) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (dois itens). Por fim, a dimensão *Stress* inclui: Dificuldade em Relaxar (dois itens); Excitação Nervosa (um item); Facilmente Agitado/Chateado (um item); Irritável/Reação Exagerada (dois itens) e Impaciência (um item), (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). A criança ou o adolescente avalia a intensidade de cada sintoma durante a última semana, numa escala tipo *likert* de quatro pontos, variando de “0=não se aplicou nada a mim” a “4=aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro & Maroco, 2009).

- O **Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ)** (Wardle et al., 2001) é um instrumento utilizado para inquirir pais ou cuidadores de crianças e jovens de modo a investigar o seu comportamento alimentar. Este inclui 35 itens cuja finalidade é avaliar as oito dimensões seguintes: Resposta à saciedade (SR), Ingestão lenta (SE), Seletividade (FF), Resposta à comida (FR), Prazer em comer (EF), Desejo de beber (DD), Sobre ingestão emocional (EOE), Sub ingestão emocional (EUE). As respostas são dadas de acordo com a frequência com que ocorre o comportamento numa escala de *likert* de 5 pontos (Viana & Sinde, 2008).

2.4 Consultas psicológicas individuais

De acordo com a 3ª fase do plano de estágio, que visa a progressão do estagiário no sentido de se tornar uma parte ativa no funcionamento institucional, foi-me possível o acompanhamento autónomo de vários pacientes. Na tabela abaixo (tabela 1) apresento uma síntese de alguns dos casos em que intervim de forma mais independente, estando incluído o caso escolhido que no próximo capítulo irei apresentar com mais detalhe.

Acompanhamento Psicológico Individual					
Identificação			Problemática	Nº sessões	Procedimentos clínicos implementados/ Conclusões
Nome	Idade	Sexo M/F			
G	12	M	Dificuldades em emagrecer mesmo cumprindo a dieta	2	Entrevista motivacional
R	16	M	Baixa motivação para aumentar de peso	2	Entrevista motivacional
B	5	M	Alterações articatórias ao nível da fala (eventual componente de apraxia)	1	Depois de aplicada a Griffiths verificou-se um desenvolvimento adequado à idade, mesmo em Linguagem (fluência e compreensão).
A	16	F	Falta de apetite Ansiedade	4	Estratégias para controlo de impulsos Técnicas de relaxamento
L	8	M	Possível atraso no desenvolvimento	1	Avaliação psicológica com WISC demonstrou atraso cognitivo ligeiro

J	20	M	Indecisão sobre o futuro	1	Orientação vocacional
M	14	F	Síndrome do intestino curto Ansiedade	3	Psicoeducação: auto-estima Sugestão de preenchimento de uma tabela de registos de acontecimentos, pensamentos e cognições Descartada a hipótese de ansiedade social
B	16	F	Evento de <i>bullying</i> Ataques de ansiedade	3	Estratégias de <i>coping</i> Técnicas de relaxamento
J	8	F	Possível défice de atenção	1	Resultados de D2 sugestivos de défice de atenção
F	7	F	Possível atraso no desenvolvimento	2	Avaliação psicológica com WISC revelou resultados dentro da média
A	13	F	Hidrosadenite Pais preocupados com A e a sua forma de lidar com a doença	2	Preencheu EADS-C Recomendação: desenhar e escrever Paciente não viu vantagem em continuar em consulta
M	8	M	Queixas de dificuldade em corrigir os erros de escrita	1	D2 demonstrou resultado não sugestivo de défice de atenção. Recomendação: leitura diária
P	16	F	Tentativa de suicídio (avaliação cognitiva e projetiva pedida)	1	Escuta ativa sobre o acontecimento (não foi possível o acompanhamento devido à interrupção do estágio)
S	17	F	Dores de cabeça constantes	1	Técnicas de relaxamento EADS-C revelou resultados mediantemente elevados nas 3 escalas (depressão, ansiedade e <i>stress</i>) (não foi possível o acompanhamento devido à interrupção do estágio)

Tabela 1- Casos clínicos – acompanhamento psicológico individual.

2.5 Descrição de outras atividades no contexto de estágio

Para além das principais tarefas de estágio que me foram exigidas, existiram outras atividades em que pude participar, que me proporcionaram um maior enriquecimento ao estágio e uma maior experiência enquanto futura profissional de saúde. As atividades foram as seguintes:

- **Visitas ao Hospital de Dia**

Apesar de as visitas não ocorrerem com periodicidade regular, tive a oportunidade de me deslocar ao Hospital de Dia várias vezes com o meu orientador para atendimento a um grupo de doentes com a doença metabólica chamada Mucopolissacaridose VI. Esta é uma doença rara, causada por deficiência de enzimas, mais especificamente a n-acetilgalactosamina-4-sulfatase, uma das onze enzimas lisossomais responsáveis pela degradação de glicosaminoglicanos, que ao se acumularem causam dano ao lisossoma, morte celular e disfunção orgânica (Pereira, Garbeli & Palazzo, 2011). De acordo com a enzima deficitária, existe a classificação das mucopolissacaridoses em onze tipos. Ao nascimento as crianças portadoras desta deficiência enzimática não possuem qualquer tipo de anormalidades anatômicas ou fisiológicas, no entanto, por volta dos seis ou oito anos, o seu crescimento estagna e existem uma série de manifestações clínicas notórias (Pereira, Garbeli & Palazzo, 2011).

As visitas tinham como objetivo prestar apoio aos doentes assim como aos seus familiares, tendo em conta a evolução do seu estado clínico e alguns aspetos da sua vida pessoal.

- **Acompanhamento no internamento**

O serviço de internamento era visitado sempre que havia um pedido de ajuda. Tive oportunidade de acompanhar o meu orientador em algumas dessas visitas, que tinham como objetivo o aconselhamento e o apoio aos pacientes e seus familiares/cuidadores. Nessas visitas, foi-me possível verificar que as circunstâncias que rodeiam o internamento podem causar várias mudanças comportamentais nos pacientes, a maioria crianças, mas também nos seus cuidadores. Assim sendo, a intervenção psicológica é crucial para a ajuda da adaptação a novas realidades, para a adesão a tratamentos e para a psicoeducação que por vezes estes necessitam.

- **Realização e participação em outras atividades**

Atividade desenvolvida – Covid-19: Na impossibilidade de acompanhamento presencial dos casos clínicos que me foram atribuídos, sob minha iniciativa, de forma autónoma, mas com conhecimento do meu orientador, elaborei uma pequena apresentação em *powerpoint* (anexo A) intitulada “Saúde Psicológica

em tempo de covid-19”, que enviei via email às pacientes que estava a acompanhar. A apresentação continha informação relativa a estratégias de como lidar com o isolamento e a ansiedade e ainda um documento com técnicas de relaxamento (anexo A1).

Apresentação de caso clínico aos alunos do 3ºano de Psicologia do IUCS: A convite da Professora Doutora Maria Emília Areias, participei numa aula destinada aos alunos do 3º ano da licenciatura em Psicologia no IUCS, com apresentação de um caso clínico, que foi discutido nos aspetos de avaliação/diagnóstico e estratégias de intervenção. Para essa aula, elaborei uma apresentação em *powerpoint* sobre um caso clínico acompanhado por mim, que incluo no anexo B. A atividade decorreu no dia 1 de junho de 2020 e foi realizada numa plataforma online.

Capítulo II

O capítulo apresentado de seguida diz respeito à apresentação de um caso clínico por mim acompanhado. Em função da pandemia, não me foi possível dar continuidade ao acompanhamento presencial, devido à suspensão das atividades de estágio. Assim sendo, o caso será apresentado até ao ponto em que o acompanhei e inclui uma proposta de intervenção, aspetos que ficaram por abordar com a paciente para um possível diagnóstico, e um planeamento de sessões por mim elaborado, direcionado especificamente para o caso em questão.

O caso que apresento foi o primeiro caso que acompanhei de forma autónoma e inevitavelmente foi o caso que marcou o início do meu crescimento enquanto futura profissional. De todos os casos que acompanhei este foi vivido por mim de uma forma especial porque, no primeiro contacto com a paciente, criou-se de imediato uma ligação e uma relação de empatia que favoreceu todo o processo de acompanhamento. Este caso foi o mais completo que acompanhei e aquele que teve um maior número de consultas, sendo estas também as razões que me fizeram incluí-lo neste relatório.

De modo a salvaguardar a identidade da paciente, esta será identificada por “T”.

1. Caso Clínico T

Identificação

A paciente T é uma jovem de 16 anos, nascida a 6 de setembro de 2003, a viver atualmente com a mãe. Frequenta o 10º ano de escolaridade de um curso profissional de fotografia.

T é filha de mãe solteira, atualmente com 51 anos. O seu pai, de 56 anos encontra-se emigrado no Brasil. Fruto de outras relações este teve mais três filhos, dois rapazes, um com 18 anos e outro com 25 e uma menina com 7 anos.

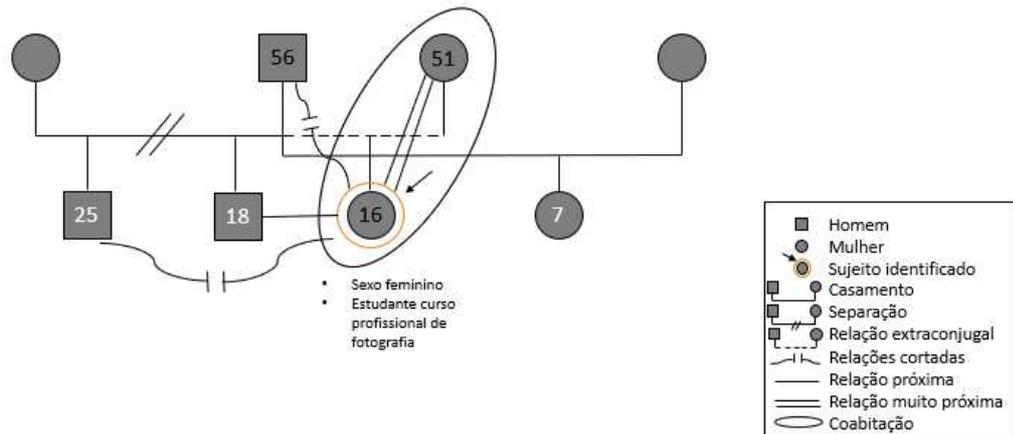


Figura 1- Genograma familiar de T

Motivo e pedido da consulta

A paciente foi encaminhada para a consulta de Psicologia Pediátrica pela consulta de Pedopsiquiatria, onde é seguida desde fevereiro de 2019, devido a dificuldades escolares e muita ansiedade. Foi pedido uma avaliação cognitiva (Q.I) e apoio psicológico para controle da ansiedade.

Primeiro Contacto e Apreciação geral da Paciente

O primeiro contacto com a paciente deu-se em novembro numa consulta de observação junto com o orientador. Nessa consulta T realizou algumas provas da WISC e apresentou-se um pouco reservada. Na tentativa de obter uma maior colaboração, fui deixada a sós com a paciente, pelo meu orientador, para terminar a consulta. No momento de agendamento de uma próxima consulta, ao lado da mãe, T revelou-se entusiasmada por saber que seria acompanhada por mim, acabando por verbalizar “se soubesse que seria consigo teria marcado mais cedo” (sic), o que deduzi que seria um bom começo de uma relação terapêutica. Notei também uma grande preocupação em articular o horário da consulta com o horário escolar.

T apresentou-se durante todo o processo com uma aparência cuidada correspondente à idade, vestindo roupas largas e sempre muito dependente do telemóvel, passando a maioria do tempo com ele. Ao longo do acompanhamento, foi também notório o aumento de peso.

No que se refere à comunicação verbal, T revelou uma boa fluência no seu discurso, mostrando-se sempre muito participativa e com vontade de falar, apresentando as suas ideias e os seus pensamentos de uma forma organizada, não se limitando apenas a responder ao que lhe perguntava. O seu discurso foi sempre acompanhado por um adequado contacto ocular e por diversas emoções no decorrer de cada consulta.

História Pessoal

T nasceu fruto de uma relação extraconjugal, quando a mãe tinha 35 anos e o pai 40. Quando T nasceu, o seu pai já tinha dois filhos rapazes, de 9 e 2 anos de idade a viver com ele e com a sua companheira. À medida que a paciente foi crescendo foi começando a conviver com o pai e com esta família aos fins de semana, enquanto durante a semana coabitava com a mãe. A sua infância foi marcada pelo abandono afetivo do pai, devido à sua progressiva ausência relacionada com as constantes discussões com a mãe, e pela morte da avó materna, quando esta tinha 9 anos (acontecimentos coincidentes, mas não relacionados). Concomitantemente na escola sofria com os episódios de *bullying* praticados pelos colegas. Foi nessa altura que começaram a surgir alguns sintomas depressivos como o isolamento e anedonia. Foi também nessa altura que começou consultas em Pedopsiquiatria, tendo-lhe sido feito o diagnóstico de depressão. Nessa altura desconhecia o que se passava, “não sabia o que aquilo era” (sic).

O início da sua adolescência foi acompanhado por mudanças comportamentais, afetando os vários contextos onde estava inserida e a automutilação começou a ganhar presença na sua vida.

Aos 13 anos, o seu comportamento escolar tornou-se desadequado e impulsivo, apresentava dificuldades escolares, não dava ouvidos a ninguém, e começou a praticar comportamento autolesivos. Esta fase originou uma reprovação no 8ºano e seguiu-se um episódio de ingestão de vários fármacos que, devido ao seu arrependimento e pedido de ajuda se resolveu com facilidade.

Aos 14 anos, houve um corte total da relação com o pai, em virtude da emigração deste para o Brasil, não existindo qualquer explicação para o sucedido perante T.

Quando tinha 15 anos começou um relacionamento com um rapaz, que acabou por terminar cerca de um ano depois, e essa foi mais uma fase difícil na sua vida que ainda tem alguma influência no presente. Nessa altura mencionou que a mãe a ajudou muito, mas que acabou por se sentir incompreendida. As dificuldades escolares deixaram de ser um problema quando esta ingressou no curso onde se encontra agora e o seu desempenho escolar tem sido notório. A pressão que sente para cumprir todos os objetivos a que se propôs reflete-se em falta de apetite, dores musculares e na ansiedade que por vezes sente com mais intensidade e frequência e que se tornaram o seu problema atualmente.

Dinâmica familiar

Como já foi referido, T viveu sempre sozinha com a mãe, indo passar os fins de semana com o pai e os irmãos. Referiu que confiava muito no pai e que tinha uma boa relação com ele, ao contrário da afinidade que sentia pela mãe, que considerava não ser uma relação muito forte. Ao refletir sobre o abandono afetivo do pai, referiu sentir-se engada, por sempre lhe ter dito que nunca a iria abandonar e acabar por fazê-lo. Desde então, não conseguiu confiar em mais ninguém, mas, por outro lado começou a aproximar-se muito mais da mãe. O contacto com o pai foi-se perdendo com as discussões que iam ocorrendo entre ele e a mãe, e acabou por se perder completamente quando ele emigrou para o Brasil sem lhe dar qualquer informação, pelos seus 14 anos. Mantinha uma boa relação com os dois irmãos, mas na altura em que o pai emigrou, o irmão mais velho, atualmente com 25 anos, numa discussão com a mãe de T insultou-a e então a partir desse momento a paciente cortou relações com ele.

Em fevereiro tentou entrar em contacto com o pai através de uma mensagem, mas não obteve resposta.

Atualmente só mantém contacto com o irmão de 18 anos e descobriu recentemente que tem uma irmã com 7 anos, fruto de uma nova relação do pai. Menciona que a relação que tem agora com a mãe é de grande proximidade e que a tenta proteger ao máximo de todas as coisas pois não a quer prejudicar

em nada (por isso apresenta bom comportamento na escola para não lhe trazer problemas). Mostra interesse em ficar do lado dela e ajudá-la no futuro.

História escolar e contextos sociais

No 1º ciclo T refere muita brincadeira, com constante negativa a matemática e retenção no 2º ano. Quando frequentava o 7º ano (13 anos) tinha comportamentos desajustados nas aulas, faltas disciplinares devido a insultos aos professores e, ela mesmo refere que “não ouvia os conselhos de ninguém”. Nessa altura deu-se o começo das automutilações. Reprovou no 8º ano, mencionando culpa de uma professora e pressão da mãe sobre as notas. Relativamente à culpa da professora descrita por T, contou que esta reparou nas marcas das suas mutilações e questionou-a sobre o que se passava. T contou-lhe e toda essa envolvimento da professora e os constantes assuntos sobre isso levaram-na a ingerir comprimidos para for fim á sua própria vida – contou T.

Quando questionada sobre amizades, T refere alguns conflitos com os colegas. Auto descreve-se como impulsiva e sem paciência e por isso as provocações incomodam-na. Diz também não conseguir confiar nas pessoas: “depois do que o meu pai me fez passei a não confiar em ninguém” (sic.) mas refere ter uma melhor amiga.

Problemáticas passadas e atuais

Diagnóstico de uma depressão aos 9 anos de idade aquando do falecimento da avó. Corte da relação com o pai na mesma idade, juntamente com episódios de *bullying*.

Episódios de mutilação que surgiram devido ao alívio e satisfação que isso lhe proporcionava, cortando-se nos pulsos e perto das virilhas, por ser um sítio com pouca visibilidade. Nessa altura acompanhavam-na pensamentos de acontecimentos passados que a magoavam (*bullying*, abandono do pai, morte da avó, discussões com a mãe).

Aos 15 anos, ingestão de comprimidos que surgiu após a envolvimento da professora no assunto das mutilações e um certo dia resolveu fazê-lo quando estava sozinha em casa. T contou que ingeriu 8 comprimidos (referiu que eram

para “abrandar o coração”) e sentou-se no sofá a ver uma série. Entretanto, no decorrer do episódio, houve uma imagem que lhe chamou à atenção, fazendo-a pensar no que tinha feito e resolveu ligar à mãe a pedir ajuda.

Nos últimos tempos tem se sentido ansiosa devido à pressão escolar. Acompanham-na sintomas que vão variando em intensidade e frequência e que, aparentemente não estão relacionados com um acontecimento específico. Sintomas esses como: falta de apetite, sudorese, falta de ar e dores musculares.

Processo de avaliação psicológica

O processo de avaliação e acompanhamento psicológico organizou-se em 4 entrevistas clínicas, entre 31 de novembro de 2019 e 6 de março de 2020, durante as quais T se mostrou sempre colaborante.

Nas primeiras duas consultas, e de modo a responder ao pedido da Pedopsiquiatra, dei continuidade à aplicação da WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para crianças, de forma a esclarecer as dificuldades escolares apresentadas por T. No decorrer dessas consultas, para além da avaliação cognitiva realizada, sempre se proporcionou espaço para o paciente ir falando de si e ir abordando espontaneamente as diferentes áreas da sua vida.

Com a referida aplicação obteve-se os seguintes resultados:

Provas Verbais	Resultados Padronizados
Informação	5
Compreensão	6
Aritmética	5
Semelhanças	12
Vocabulário	6
Pontuação Verbal	34
Provas de Realização	
Cubos	6
Pesquisa de Símbolos	7
Completamento de Gravuras	9
Composição de Objetos	5

Pontuação de Realização	27 (resultado proporcional para 5 subtestes = 34)
-------------------------	---

Tabela 2. Resultados padronizados dos sub-testes da WISC-III (média de 10, desvio padrão 3).

	Resultados Padronizados	Q.I.
Provas Verbais (QIV)	34	76
Provas de Realização (QIR)	34	76
Total Escala Completa (QIG)	68	72

Tabela 3. Pontuações totais e Q.I.'s correspondentes (média de 100; desvio padrão 15).

Depois da análise dos resultados obtidos (tabela 3 e anexo C), constatou-se que T apresenta um Quociente de Inteligência Global (QIG) = 72, estando assim situado a um nível inferior. Os mesmos resultados podem ser visíveis tanto nas provas verbais (QIV=76) como nas provas de realização (QIR=76), em que o Quociente de Inteligência de T se situa também a um nível inferior. Relativamente ao percentil, estes situam-se entre o percentil 3 e 6, o que significa que 6 em casa 100 jovens com a mesma idade apresentam valores iguais ou inferiores aos seus.

Numa análise mais detalhada (tabela 2 e anexo C), é possível verificar através dos resultados padronizados que estes se situam todos inferiores à média, à exceção do subteste verbal *Semelhanças* (12) (compreensão de relações conceptuais; facilidade de verbalização; discriminação dos detalhes essenciais dos não essenciais; raciocínio verbal abstrato; formação de categorias e conceitos verbais; pensamento abstrato e associativo) onde a paciente apresentou um valor médio alto, o que contrária os restantes resultados.

Pontuações altas neste subteste indicam preferências pelas abstrações que não correspondem às exigências escolares e boa competência cognitiva.

Os subtestes onde a paciente obteve uma pontuação mais baixa foram *Informação* (5) (conhecimentos gerais; assimilação de experiências; curiosidade intelectual; Recuperação; Atenção e memória auditiva, de trabalho, imediata e a longo prazo), *Aritmética* (5) (raciocínio e calculo numérico; manuseamento automático de símbolos; habilidades de sequenciação; contacto com a realidade e alerta mental; aprendizagem escolar e compreensão de enunciados verbais

complexos; atenção e concentração; memória auditiva, de trabalho, imediata e a longo prazo), e *Composição de objetos* (5) (memória de formas; organização visual-motora; processamento simultâneo de informação; capacidade de síntese; diferenciação de configurações familiares; velocidade perceptiva e manipulativa; análise visual; construção do todo, através das partes).

Pontuações baixas nestes subtestes podem indicar ambiente empobrecido aliado a desinvestimento emocional parental, ansiedade, impulsividade e perturbações emocionais relacionadas com preocupação de mutilação e integridade corporal, o que se vem a confirmar perante a sua história de vida.

No que diz respeito aos Índices de Compreensão Verbal (ICV), de Organização Perceptiva (IOP) e Velocidade de Processamento (IVP), só me foi possível concluir o índice de compreensão verbal pois, alguns subtestes já teriam sido aplicados à paciente noutra altura e devido à impossibilidade de os aplicar novamente, não foi possível retirar conclusões acerca dos restantes índices. Assim sendo, verifica-se que o índice de compreensão verbal está situado no percentil 12, o que indica que 12 em cada 100 jovens com a mesma idade, apresentam resultados iguais ou mais baixos em relação à paciente.

Face aos resultados apresentados é possível concluir que T apresenta um défice cognitivo ligeiro, passível de explicar as dificuldades escolares apresentadas.

Hipóteses de diagnóstico

Ao longo das sessões, T foi referindo dores no corpo sem razão aparente. Essas dores apareciam em qualquer altura do dia, sem qualquer esforço físico e passavam depois de algum tempo de repouso. Coloquei em questão a possibilidade de serem queixas psicossomáticas, que se confirmariam através da ausência de problemas físicos e de sintomatologia específica.

Após a recolha de alguns aspetos de vida de T coloquei a hipótese de a ansiedade ser uma característica pessoal da paciente como traço e não apenas a manifestação num período transitório. No entanto, dada a fase de desenvolvimento em que a doente se encontra, achei pertinente abordar as características da ansiedade vivida na adolescência nas linhas seguintes.

Dela, resultaram ilações para a estratégia clínica que decidi implementar.

Caracterização da ansiedade na adolescência

Os transtornos de ansiedade em crianças e jovens são habituais e dizem respeito ao maior grupo de problemas de saúde mental durante a infância. Estes podem ser prejudiciais no funcionamento diário, criar impacto na trajetória do desenvolvimento e interferir na capacidade de aprendizagem, no desenvolvimento de amizades e nas relações familiares. Muitos transtornos de ansiedade são persistentes e podem aumentar a probabilidade de problemas na idade adulta se não forem tratados (Stallard, 2010).

A complexidade da resposta de ansiedade envolve componentes cognitivos, fisiológicos e comportamentais (Weems & Costa, 2005). O componente cognitivo engloba a avaliação de situações e eventos como um risco antecipado, o componente fisiológico é responsável pela preparação do corpo para uma eventual ação (ex. fuga ou luta) enquanto que o componente comportamental ajuda a criança a prever e evitar um perigo futuro. A ansiedade é uma resposta normativa com o objetivo de facilitar a autoproteção, com foco particular no medo e nas preocupações, oscilando consoante o desenvolvimento da criança e de acordo com as suas experiências anteriores (Stallard, 2010).

À medida que a criança vai crescendo, as suas preocupações vão se alterando perante os desafios nos processos cognitivo, comportamental e social. Na adolescência, a natureza dos medos está mais baseada em comparações sociais, e a ansiedade é comum em relação a falhas, críticas e aparência física (Warren & Sroufe, 2004). Esta pode interferir com a aprendizagem e com a inserção escolar, comprometer a relação com o grupo de pares, acentuar os conflitos com a família e conduzir ao isolamento do adolescente. O adolescente pode estar propenso a ataques de pânico ou fobias (Brito, 2011).

Os sintomas físicos relacionados com a ansiedade são: dores abdominais, musculares, nos membros, nas costas, cefaleias, fadiga, podendo também apresentar sudação excessiva, tremores, sentir tonturas e desmaios (Brito, 2011). Esses sintomas e a ocorrência de alguns acontecimentos podem preencher alguns critérios que se associam a algumas perturbações, tais como: perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica,

perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, agorafobia e perturbação de ansiedade generalizada (APA, 2013).

Terapia adequada para a perturbação

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma forma estruturada de psicoterapia que evidencia o papel das cognições na determinação a respeito de como nos sentimos e o que fazemos. É uma abordagem prática que se focaliza nos eventos e dificuldades atuais. Esse foco no presente atrai as crianças, que geralmente estão mais interessadas em entender e lidar com os problemas que estão a vivenciar do que em tentar descobrir porque é que eles aconteceram (Stallard, 2010).

A terapia é de estilo colaborativo, sendo trabalhada em conjunto pelo terapeuta e pela criança, tendo as crianças um papel ativo nas sessões. As técnicas comportamentais desta intervenção, proporcionam às crianças formas objetivas de avaliar a validade das suas cognições e promovem a autodescoberta e a reestruturação cognitiva. A TCC é uma intervenção prática baseada nas habilidades, ajudando as crianças a conhecerem e a desenvolverem uma diversidade de habilidades e estratégias. As habilidades funcionais existentes são desenvolvidas promovendo a autoeficácia, enquanto novas habilidades são aprendidas, experimentadas e avaliadas. O facto de a TCC ser limitada no tempo, promove a independência estimulando a autoestima e a reflexão.

A TCC tem por base um conjunto de técnicas e estratégias que podem ser utilizadas sob várias combinações para abordar os fatores cognitivos, comportamentais e fisiológicos associados à ansiedade. Os componentes centrais dos programas que têm por base essa intervenção para transtornos de ansiedade incluem: psicoeducação, reconhecimento das emoções, identificação de cognições distorcidas e que aumentam a ansiedade, questionamento de pensamentos e desenvolvimento de cognições que reduzem a ansiedade, exposição e prática, automonitorização e reforço, e prevenção de recaídas (Stallard, 2010).

Segundo Stallard (2010), a estrutura de um programa para os transtornos de ansiedade tem em conta a singularidade da pessoa a que se destina. Esta

pode ser mais direcionada para os domínios cognitivos e comportamentais se a criança tiver mais consciência das suas emoções, ou podem se focar mais no desenvolvimento da compreensão do papel das cognições na gestão dos sentimentos ansiosos e na prática da confrontação de situações que causem ansiedade. O mesmo autor afirma que, algumas crianças podem já ter uma boa compreensão dos seus pensamentos e sentimentos, mas precisarem de mais exposição e prática para desenvolver e colocar em prática as habilidades para enfrentar a vida diária. Assim, o efetivo conteúdo da TCC irá variar, embora exista uma intervenção padrão que passa pela formulação do problema, definição de objetivos e psicoeducação, reconhecimento e controlo das emoções, aprimoramento cognitivo, solução de problemas, exposição e prática e prevenção de recaídas.

Processo de Intervenção

Devido ao difícil agendamento das consultas no hospital e à minha disponibilidade de consulta só à quinta ou sexta-feira, as sessões foram marcadas mensalmente, à exceção do mês de janeiro, em que não se realizou nenhuma. Assim sendo as consultas começaram em novembro e terminaram em março.

Tendo em conta a problemática apresentada pela adolescente, foi possível delinear uma linha de intervenção à luz da terapia cognitivo-comportamental, recorrendo a técnicas como a observação, a entrevista clínica, o questionamento socrático e técnicas de relaxamento.

De um modo geral, todo o processo de intervenção teve como objetivo estabelecer, desenvolver e manter uma relação terapêutica colaborativa e sólida, possibilitando segurança como uma condição necessária para uma terapia efetiva.

No primeiro contacto com T, em conjunto com o psicólogo do serviço, dei continuidade à avaliação com a WISC que já estava a ser realizada, de modo a dar resposta ao pedido feito pela pedopsiquiatra, abordando também o assunto do pedido do processo de apoio psicológico devido à ansiedade.

Ao abordar um pouco da sua história de vida, reparei que T internalizava vários dos seus sentimentos e pensamentos e aconselhei-a a escrever num

caderno “tipo diário”, para que isso pudesse, de uma certa forma, ajudá-la a exteriorizar. Embora não tivesse dificuldade em fazê-lo na consulta, seria benéfico fazê-lo em casa. As narrativas, têm a função de dirigir os processos cognitivos mais complexo (memória, expectativas, auto percepção), os processos emocionais (emoções mais relevantes, temas emocionais predominantes), as relações interpessoais e os planos para o futuro, estando o processo terapêutico na construção e desconstrução de histórias (Gonçalves & Henriques, 2002).

No final da consulta, na presença da mãe, explicamos os procedimentos de avaliação que haviam sido realizados, apresentando os resultados e sugestões, com enquadramento da situação escolar, reforçando a opção já tomada de frequentar um curso profissional. Aquando da despedida, T mostrou-se agradada por saber que iria ser seguida por mim, sendo notório a vontade em desabafar.

Na segunda sessão, continuei com a recolha anamnésica. Devido ao detalhe das singularidades e dos acontecimentos de vida da paciente, esta foi uma sessão em que utilizei o questionamento socrático de forma a explorar, com a sua colaboração, os episódios traumáticos da sua vida.

O questionamento socrático, utilizado na terapia cognitiva, é um procedimento que, através de questões simples com respostas abertas, auxilia o paciente a fazer descobertas sobre o seu pensamento e estimula a mudança de crenças sobre si mesmo (Knapp & Beck, 2008). Assim, possibilita uma melhor compreensão do seu problema, ajudando-o a explorar as possíveis soluções e a desenvolver alternativas para solucioná-los. A utilização desta técnica deve ser realizada segundo a identificação e registo dos pensamentos disfuncionais e do encorajamento do paciente a avaliá-los, através de perguntas que o levem a pensar e a tomar decisões racionais segundo as suas próprias conclusões (Cordioli, 2008). A aplicação do questionamento socrático leva o terapeuta a conseguir identificar padrões disfuncionais de pensamento e comportamento e assim corrigir as distorções cognitivas que geram sofrimento ao indivíduo ajudando-o a desenvolver meios eficazes para enfrentá-los (Bahls & Navolar, 2004).

Ainda nesta sessão, recolhi as queixas da sintomatologia ansiosa de T e expliquei-lhe que existam técnicas de relaxamento que a podiam ajudar em vários momentos. Ficou assim agendado que seria um assunto a abordar na

próxima sessão. Logo após este contacto com as queixas de T, na minha opinião ficou à partida evidente a possibilidade de as queixas apresentadas serem de origem psicossomática.

Com vista a elaboração de uma anamnese mais completa, a terceira sessão iniciou-se ainda com a recolha de dados e recolha da sintomatologia ansiosa. Foram abordadas técnicas simples de respiração diafragmática, com o objetivo de ajudar a paciente em momentos de mais tensão, uma vez que esta constitui uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade. Nessa técnica, é pedido ao indivíduo que se concentre na sua respiração e identifique os movimentos de inspirar e expirar colocando a mão sobre o abdômen e a região peitoral. Em seguida, é solicitado que respire lenta e pausadamente, inspirando durante três segundos, segurar a respiração por mais três e soltar a respiração pela boca durante 6 segundos. Essa respiração impede a hiperventilação diminuindo também os sintomas autonômicos e a tensão muscular (Oliveira & Duarte, 2004; Neto, 1998).

Na quarta sessão, T mostrou-se triste e desiludida. Ao explorar o motivo do desânimo, pude constatar que a paciente tinha interiorizado uma atitude de resolução de problemas e que se sentia desgostosa por não estar a conseguir levá-la para diante com eficácia. Foi notório que, ao referir-se ao contexto escolar, manifestou tristeza pela discussão que havia tido com uma amiga. T é uma adolescente muito impulsiva, e por isso, resolvi apresentar-lhe algumas estratégias para o controle dos impulsos de modo a aumentar a sua autoconsciência perante as situações.

Proposta de Intervenção

Tendo em conta as queixas da paciente e o pedido formulado, a presença de ansiedade é evidente. A infância de T foi acompanhada por vários acontecimentos marcantes como a morte da avó e a quebra de ligação com o pai, o que desencadeou comportamentos autolesivos. A adolescência por si só já é um período de grandes mudanças, vulnerável à instalação de sintomas depressivos e de ansiedade, e que na minha opinião veio acentuar a resposta

fisiológica, comportamental e cognitiva de T perante as situações, tendo em conta os fatores predisponentes da sua infância.

É sabido que a ansiedade pode ser conceituada de duas formas diferenciadas: ansiedade-traço e ansiedade-estado. A ansiedade-traço, diz respeito às diferenças individuais, relativamente estáveis, de propensão ou tendência do indivíduo para experienciar a ansiedade. A ansiedade-estado, como o próprio nome indica, diz respeito a uma condição transitória de tensão perante uma situação percebida como ameaçadora, sem a presença de um objeto de perigo, ou seja, simbólica, inespecífica e antecipada (Spielberg, Biaggio & Natalício, 1979). Desta forma, e para uma melhor intervenção, seria pertinente recorrer a instrumentos que confirmassem se a adolescente está a vivenciar um período de ansiedade ou se esta é uma das suas características pessoais. Para tal, o questionário de avaliação de ansiedade-traço, STAIC C-2 (*State-trait Anxiety Inventory for Children*) (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori & Pitzek, 1973) parece-me o indicado pois foi um instrumento desenvolvido para avaliar a ansiedade em duas dimensões diferentes: ansiedade-estado (STAIC C-1) e ansiedade-traço (STAIC C-2). A prova é composta por duas partes, onde o sujeito pode expressar como se sente num determinado momento (Ansiedade/Estado) e como se sente em geral (Ansiedade/Traço).

Independentemente do resultado dos instrumentos anteriormente referidos, era benéfico uma sessão dedicada ao treino de relaxamento muscular progressivo.

Considerando a impulsividade e a ansiedade de T, considero que a técnica de *role-play* era adequada nesta situação. Esta é uma técnica de dramatização, que contempla uma grande variedade de objetivos: aflorar pensamentos automáticos, desenvolver a aprendizagem e a prática de habilidades sociais, trabalhar respostas adaptativas e reestruturar crenças intermediárias e centrais (Beck, 2013). Esta técnica acontece com a simulação de vivências, inversão de papéis e outros modelos de interação, onde são exploradas e discutidas as experiências vivenciadas (Minuchin & Fishman, 2003). Posteriormente os indivíduos são orientados e estimulados a desenvolver o que foi construído nas práticas de *role-play* em situações reais do quotidiano (Knapp & Beck, 2008).

Aspetos que ficaram por abordar

Dada a impossibilidade de continuar o acompanhamento do caso T, de seguida apresento vários pontos essenciais para uma melhor compreensão da história de vida da paciente e um possível diagnóstico:

Caracterização da depressão diagnosticada aos 9 anos

- Quais os sinais e sintomas presentes; duração dos sintomas; acontecimento associado à perturbação e perceção da doença

Descrição dos episódios de *bullying*

- Começo; quem os praticava; que repercussões tinham; a que aspeto se referiam

Componente escolar (útil para interpretar os dados do WISC e para poder tirar ilações específicas e gerais)

- Contacto com a escolaridade; experiência pré-escolar, adaptação social, aprendizagem da leitura e da escrita/ cálculos e da matemática

Frequência das mutilações

- Início e fim

Caracterização do problema atual

- Frequência e Intensidade

Possibilidade de somatização

- O que acompanha as dores relatadas; como surgem; ao que são associadas; como passam; descarte de doença física; associação com o aumento de peso

Planeamento de sessões

O plano de sessões a seguir elaborado tem por base a terapia cognitivo comportamental; destina-se, neste caso, a uma doente adolescente (T) com sintomas de ansiedade e têm uma duração de aproximadamente 45 minutos.

Plano de sessão nº1

- Objetivos**
- Recolher informação em falta (anteriormente referida).

- Procedimento**
- Entrevista direcionada para pontos essenciais da história de vida da paciente.

Plano de sessão nº2

- Objetivos**
- Avaliar a ansiedade-traço.
- Procedimento**
- Aplicação do instrumento STAIC C-2.

Plano de sessão nº3

- Objetivos**
- Identificar as reações corporais da ansiedade
 - Psicoeducação
 - Introduzir o conceito de automonitorização
- Procedimento**
- Identificação do que gera ansiedade e de reações corporais de situações cotidianas, de modo a reconhecer que determinadas reações são esperadas e necessárias, ao contrário de outras que são excessivas.
 - Psicoeducação – Analisar o ciclo da ansiedade. Dar conhecimento das reações e sentimentos que a acompanham.
 - Enfatizar a importância da automonitorização, explicando como esta prática pode ajudar a controlar os sintomas.

Plano de sessão nº4

- Objetivos**
- Técnicas para enfrentar a ansiedade
 - Registrar pensamentos automáticos, cognições e crenças
- Procedimento**
- Redução da sensação de ansiedade através de técnicas:
 - Relaxamento muscular progressivo
 - Respiração diafragmática
- Trabalho para casa**
- Registo de pensamentos automáticos, cognições e crenças em situações do dia-a-dia.
- Material de auxílio**
- Tabela de registo de pensamentos, crenças e cognições (Anexo D)

Plano de sessão nº5

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar pensamentos automáticos, crenças e crenças e as suas consequências
Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Analise da tabela de registo. • Elaboração de um esquema com a relação entre situação, pensamento e consequências, mostrando que numa mesma situação é o pensamento que influencia diretamente a mudança das emoções e reações. • Utilização do questionamento socrático.
Plano de sessão nº6	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de <i>coping</i>
Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Nomear formas de lidar e combater a ansiedade. • Utilização de técnicas de <i>role-play</i>.

Tabela 4. Plano de sessões

Reflexão pessoal do caso

A empatia sentida no primeiro contacto com T tornou-se constante a cada consulta que passava. Enquanto estagiária, vendo-me perante o grande desafio de ajudar alguém, percebi de imediato que teria hipóteses de fazer uma intervenção com sucesso, através da atitude demonstrada pela adolescente em relação a mim. T chegava a cada consulta sempre disposta a falar e a colaborar comigo.

Ao longo das consultas foi notória a sua disponibilidade para a mudança, representando uma atitude de reflexão após cada sessão. Apesar de T me trazer para as consultas assuntos atuais da sua vida, era evidente que o assunto que ela queria começar por resolver estava relacionado com o pai. Por isso, a pouco e pouco eu fui direcionando a intervenção para esse assunto, mesmo quando o acompanhamento não era presencial.

Com a pandemia, as atividades de estágio foram suspensas, e foi-me dada a possibilidade de manter o contacto com a paciente via telemóvel e email. No início as conversas incidiam mais sobre a vivência da paciente em relação à covid-19 e por isso resolvi elaborar uma pequena apresentação em *Powerpoint*

com sugestões de como cuidar da saúde mental em isolamento, apresentando-lhe também técnicas de relaxamento para poder praticar. O contacto foi-se mantendo, tendo a paciente mostrado interesse e iniciativa em abordar alguns temas. Com o decorrer do tempo, o assunto ficou mais focalizado no pai e resolvi propor-lhe uma atividade que teve bastante sucesso. Sugeri que utilizasse a terapia da narrativa, escrevendo uma carta direcionada para o pai, de forma a organizar os seus pensamentos, colocando-os por palavras. Esta ideia não foi logo aceite pela paciente, no entanto, por sua iniciativa, mais tarde partilhou comigo que tinha seguido esse conselho e que tinha obtido melhoras em relação à forma como se sentia.

Reflexão Final

A altura de ingressar numa nova fase é sempre de grande expectativa e nervosismo e foi assim que iniciei o estágio. Levava comigo uma vontade enorme de aprender e poder experienciar a vivência real do nobre trabalho do psicólogo, com um sentido de responsabilidade em ajudar cada caso que me passaria pelas mãos.

Realço a utilidade da observação das consultas na primeira fase, o que me possibilitou a adaptação ao ambiente, a familiarização com os instrumentos de avaliação utilizados no serviço e a interação com crianças de diferentes idades e patologias e distintos contextos sociais e étnicos.

Este período crucial de ligação da teoria com prática veio acentuar a relevância da capacidade de empatia que devemos ter perante cada utente, tendo em conta a sua singularidade.

Assim que comecei a acompanhar individualmente os primeiros casos percebi que a adaptação a cada utente é crucial para o início de uma relação terapêutica, principalmente em crianças devido à imaturidade emocional e comportamental que os acompanha. Assim, pude experienciar que existem alturas certas para abordar temas ou realizar tarefas para que o sucesso terapêutico seja atingido. Ao acompanhar os diferentes casos que me foram atribuídos, foi-me possível constatar a importância do ato de planejar/planificar cada sessão, tendo em conta as idiosincrasias do paciente, a sessão anterior e os objetivos propostos. Esse foi um hábito que tive a experiência de criar e foi uma contribuição essencial para práticas futuras.

Os dias passados no serviço de Psicologia Pediátrica vieram mostrar-me que o estudo não deve ser apenas um hábito durante o período de formação, mas constante ao longo da nossa carreira profissional. Só assim seremos bons profissionais e só assim estaremos aptos para ajudar nas mais variadíssimas formas possíveis.

O enorme e complexo desafio que enfrentamos com a covid-19 veio impossibilitar-me de terminar o estágio e inevitavelmente, fui invadida por sentimentos de incerteza e insegurança em relação ao que me iria acontecer num ano tão importante quanto este. Quando tudo começou, passamos de seres livres a seres aprisionados pelo vírus e teve de existir obrigatoriamente uma

reestruturação do sistema social para que nos fosse possível ficar em segurança. Isso acarretou uma necessária reformulação da minha estrutura de trabalho que deixou de ser presencial, mas que nunca poderia deixar de ser de proximidade e de contacto com os outros. Por isso, adaptando-me à nova realidade, dei continuidade ao acompanhamento dos casos que estava a seguir via telemóvel e email, na tentativa de manter o contacto e de perceber como é que as utentes estavam a vivenciar a situação visto que havia a possibilidade de as suas patologias serem potenciadas com a conjuntura do país. Paralelamente a todas as incertezas que pairavam na minha mente, havia um lado onde residia a minha capacidade de resiliência e o meu esforço pessoal fez com que ela fosse notória perante este momento de adversidade.

Apesar das fatalidades a vários níveis humanos e sociais, e do impacto que isto trouxe à minha vida, houve boas descobertas que me ajudaram a crescer não só a nível profissional como pessoal. Aprendi a encontrar soluções nos momentos de adversidade, aprendi a potencializar um trabalho e aprendi que o maior desafio de um estudante é conseguir superar-se.

Assim, após esta experiência e depois de todas as reflexões realizadas em todo o percurso, estou pronta para continuar esta caminhada consciente, sabendo utilizar cada competência que adquiri ao longo deste ano. Perseverança, adaptabilidade e autocontrolo são as que mais destaco, e estas são a prova de que nem tudo foi cancelado e de que o conhecimento amplia a vida.

“O sucesso é atingido duas vezes: a primeira na mente e a segunda no mundo real” Azim Premji

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª Edição)*. Lisboa: Climepsi.
- Arzeno, M. E. G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 151 p.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia, Curitiba*, 4.
- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde (ISSN 1980-1769)*, 12(12-2010).
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi, 93-115.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Borges, P., Costa, I. A. D. M. P., Ferreira, C. T., Gil, I. M. C. L. C., Carvalhão, I., Fernandes, S., & Veríssimo, M. (2012). Escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths-Adaptação para a população portuguesa. *12.º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática*, 922-932.
<http://hdl.handle.net/10400.12/1608>
- Brickenkamp, R. (2007). *D2–Teste de Atenção*. Lisboa: CEGOC-TEA.

- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 208-214.
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a10.pdf>
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 4(1), 75-82.
- Cordioli, A. V. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista brasileira de psiquiatria= Brazilian journal of psychiatry*. Vol. 30, supl. 2 (out. 2008), p. S65-S72.
<http://hdl.handle.net/10183/20780>
- Fagundes, A. J. D. F. M. (1999). *Descrição, definição e registo de comportamento*. Edicon.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., ... & Zaccagnini, J. L. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 187.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.3.187>
- Gonçalves, M. & Simões, M. (2001). O modelo multiaxial (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 43-87). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, M. M., & Henriques, M. I. R. S. (2002). *Terapia narrativa da ansiedade: Manual terapêutico para crianças e adolescentes*.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s54-s64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>

- La Greca, A. M., & Lemanek, K. L. (1996). Assessment as a process in pediatric psychology. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.2.137>
- Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 277-284.
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (2005). Evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(3), 362-379.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_1
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35(9), 807.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Mesibov, G. B. (1991). What is special about pediatric psychology. *Journal of pediatric psychology*, 16(3), 267-271.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/16.3.267>
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. São Paulo: Artmed.
- Monteiro, A. S. N., (2011). *Hiperatividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de Estratégias de Intervenção por Docentes de 1ºCEB*. (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Portugal.
- Neto, F. (1998). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos ansiosos. *AV CORDIOLLI, Psicoterapias: abordagens atuais*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 270-278.

- Noronha, A. P. P., Ziviani, C., Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Custódio, E. M., Alves, I. C. B., ... & Domingues, S. (2002). Em defesa da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 1(2), 173-174.
- Oliveira, M. A., & Duarte, Â. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 183-199.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000200007&lng=pt&tlng=en.
- Pereira, J. O., Garbeli, M. G. D. A. M., & Palazzo, V. C. (2011). Mucopolissacaridose tipo VI. *Revista Neurociências*, 19(2), 329-338.
- Roessler, R. L., & Decker, N. (1986). *Emotional disorders in physically ill patients*. Human Sciences Pr.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. <http://hdl.handle.net/10316/946>
- 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.

Sítio oficial do xxxxxx. <https://portal-xxxx.min-saude.pt/>

Spielberger, C. D., Biaggio, A. M. B., & Natalício, L. (1979). Inventário de ansiedade traço estado: manual de psicologia aplicada.

Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1973). *State-trait Anxiety Inventory for Children: Sampler Set: Manual, Test Booklet and Scoring Key*. Mind Garden.

Stallard, P. (2010). *Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens*. Artmed Editora.

Teixeira, J. A. C., & Leal, I. P. (1990). Psicologia da saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 8, 453-458.

Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: W. Trinca *Diagnóstico psicológico. A prática clínica*. São Paulo: EUP, pp. 14-24.

Viana, V., & Almeida, J. P. (1991). Psicologia pediátrica no Hospital S. João: Análise retrospectiva. *A psicologia nos Serviços de Saúde*, 69-73.

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

Viana, V., & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 26(1), 111-120.

Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963-970.

Warren, S., & Sroufe, L. A. (2004). Developmental Issues. In *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. Editado por T. H. Ollendick e J. March Oxford e Nova Iorque: Oxford University Press. pp.92- 115.

Wechsler, D. (2003). *WISC-III: escala de Inteligência de Weschler para crianças – III (2ª Edição)*. Lisboa: CEGOC-TEA.

Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 656-663.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000162583.25829.4b>

Weinman, J. (1990). Health psychology in the 1990's. In *European Perspectives in Psychology* (Peter Drenth e col., Eds.), pp. 169-191, Vol. 2, Chichester: John Wiley.



Filipa Manuela Ribeiro Nunes

Código de aluno: 24022

Anexos ao Relatório de Estágio

Supervisora: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

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

Índice de Anexos

Anexo A – Atividade desenvolvida - *Power point* “Saúde Psicológica em tempo de covid-19”

Anexo A1 – Técnicas de relaxamento

Anexo B – *Power point* de apresentação do caso clínico aos alunos da licenciatura de Psicologia da CESPU

Anexo C - Folha de registo WISC-III Caso T

Anexo D – Tabela de registo de cognições e pensamentos

ANEXO A

Atividade desenvolvida – *Power point* “Saúde Psicológica em tempo de covid-19”



CUIDAR DA NOSSA SAÚDE PSICOLÓGICA

Em isolamento



A necessidade de isolamento pode afetar o humor e a forma como nos sentimos. É normal sentirmo-nos **aborrecidos e injustiçados**. É normal nos sentirmos **“em baixo”, sozinhos, preocupados** ou que tenhamos dificuldades em dormir, mas devemos...

ACEPTAR QUE ESTES SENTIMENTOS SÃO REAÇÕES NORMAIS À SITUAÇÃO NA QUAL NOS ENCONTRAMOS.

PODEMOS FAZER ATIVIDADES PARA NOS DISTRAIRMOS E NOS MANTERMOS OCUPADOS:



- **Manter o contacto com os nossos familiares e amigos.** Usar o telemóvel, a internet e as redes sociais. Falar com familiares e amigos através de meios digitais não é igual a estar com eles presencialmente, mas dá-nos a possibilidade de continuarmos a interagir e a estar em contacto com os outros.
- **Relaxar, fazer atividades prazerosas como ler um livro, ver filmes/series, escrever, desenhar, fazer um puzzle...** Podemos fazer isso sozinhos ou combinar com alguém para ver um filme à mesma hora e depois discutir o assunto através de um encontro virtual.
- **Organizar coisas em casa** (arrumar gavetas, organizar a estante, trocar a organização de um espaço...)
- **Praticar exercício físico e fazer uma alimentação equilibrada.** Temos mais tempo para nos dedicarmos a nós e aquilo que comemos, e até para influenciarmos as pessoas que estão connosco em casa a adotar hábitos de vida saudável diferentes.
- **Manter a rotina, ter horários para realizar as várias tarefas do nosso dia a dia.**





ANSIEDADE

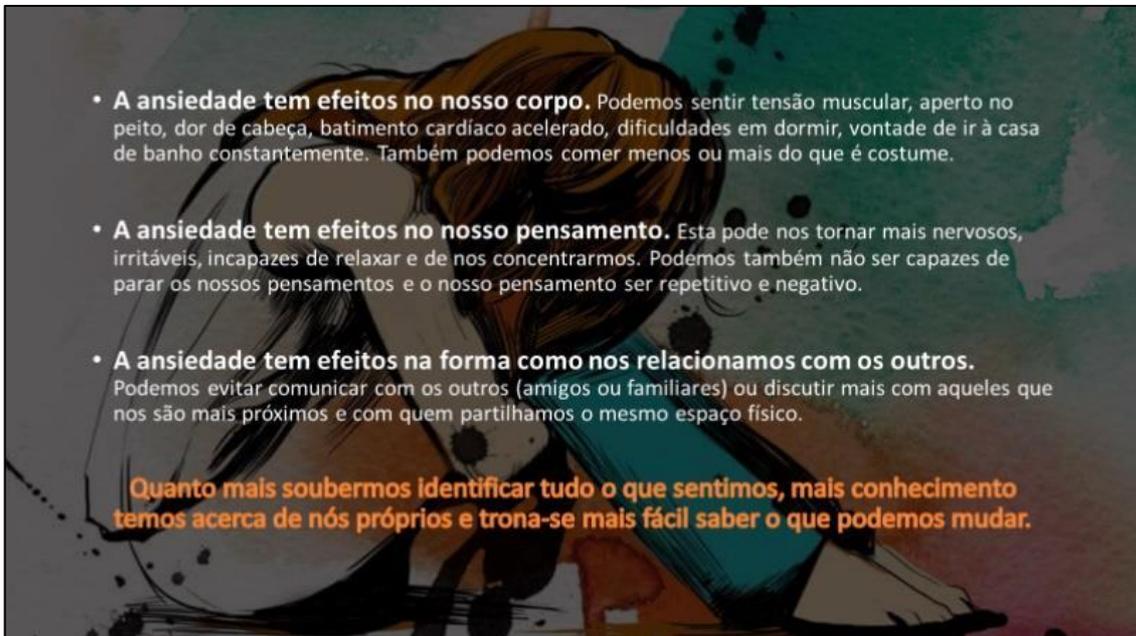
Com tudo isto é normal que fiquemos mais ANSIOSOS!

- Existe a necessidade de cumprir medidas que nos foram impostas, e temos de as respeitar. É expectável que nos sintamos **ansiosos**, com **medo**, **preocupados** e **tensos**. No entanto, **estes sentimentos desagradáveis não trazem apenas desconforto, têm uma função importante: PROTEGER-NOS**. Quando nos sentimos em estado de alerta ou ameaçados, ficamos também mais disponíveis para adotarmos comportamentos de proteção a adaptar-nos à situação para a nossa segurança.

VAMOS USAR A ANSIEDADE A NOSSO FAVOR E COMBATER OS SENTIMENTOS NEGATIVOS!

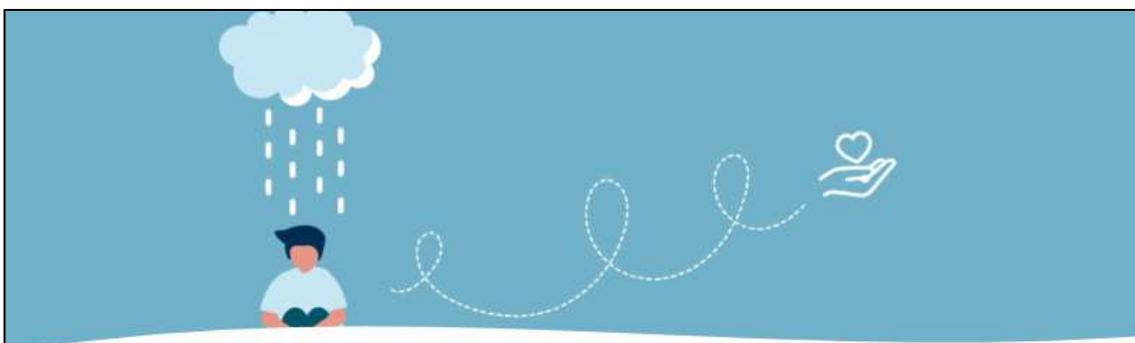
Sentir ansiedade não é ser fraco ou inferior aos outros!

Sentir ansiedade não é motivo de vergonha ou culpa!



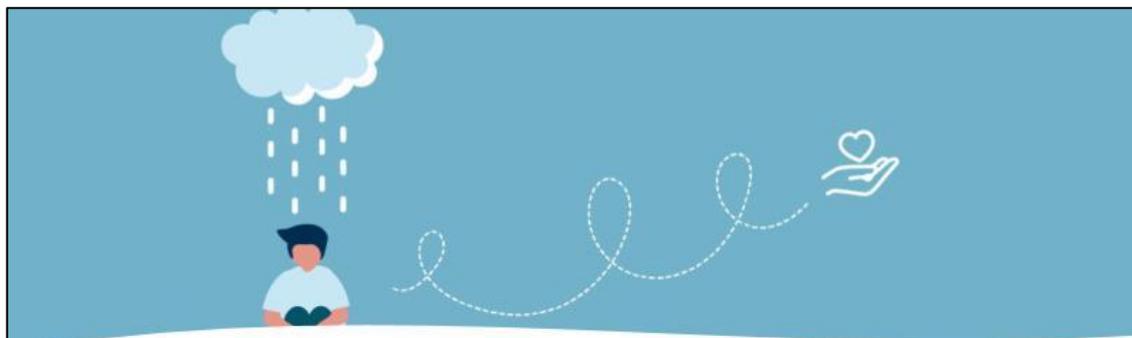
- **A ansiedade tem efeitos no nosso corpo.** Podemos sentir tensão muscular, aperto no peito, dor de cabeça, batimento cardíaco acelerado, dificuldades em dormir, vontade de ir à casa de banho constantemente. Também podemos comer menos ou mais do que é costume.
- **A ansiedade tem efeitos no nosso pensamento.** Esta pode nos tornar mais nervosos, irritáveis, incapazes de relaxar e de nos concentrarmos. Podemos também não ser capazes de parar os nossos pensamentos e o nosso pensamento ser repetitivo e negativo.
- **A ansiedade tem efeitos na forma como nos relacionamos com os outros.** Podemos evitar comunicar com os outros (amigos ou familiares) ou discutir mais com aqueles que nos são mais próximos e com quem partilhamos o mesmo espaço físico.

Quanto mais soubermos identificar tudo o que sentimos, mais conhecimento temos acerca de nós próprios e trona-se mais fácil saber o que podemos mudar.



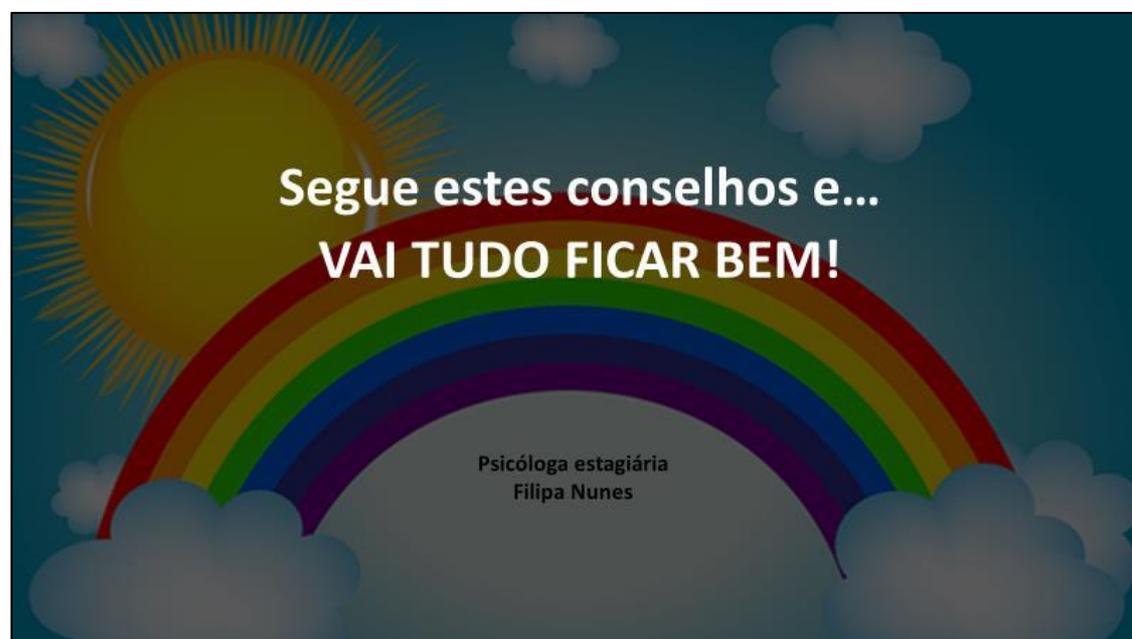
Enfrentar a nossa ansiedade...

- **Concentrarmo-nos no aqui e no agora**, nas atividades que estamos a fazer, seja ela qual for: preparar uma refeição, fazer exercício, jogar um jogo, ver um filme...
- **Tentar pensar de forma positiva**, ser realista e capaz de reconhecer que somos competentes para arranjar alternativas de contrariar os pensamentos.
- **Falar com alguém.** Partilhar com alguém aquilo que estamos a sentir é das estratégias mais eficazes para diminuir a ansiedade. Em alternativa podemos também escrever o que estamos a sentir.
- **Confiar nas nossas capacidades para lidar com situações difíceis.** Já conseguimos ultrapassar várias coisas ao longo da vida!



Enfrentar a nossa ansiedade...

- **Fazer o que mais gostamos e que nos dá prazer.** Podemos criar uma lista de atividades que gostaríamos de fazer e colocá-las num local visível em casa, para que nos seja possível lembrar de incluir algumas dessas atividades durante o dia. As atividades, por exemplo o exercício físico, podem ser criadas em ambientes diferentes, no interior ou no exterior da casa.
- **Criar um espaço e um momento diário de relaxamento.** Escolher um local da casa que nos transmita tranquilidade e onde nos sintamos à vontade. Uma vez por dia (ou sempre que quisermos) utilizamos esse espaço para relaxar (ouvir música de olhos fechados, desenhar, pintar, escrever...) e realizar algumas técnicas de relaxamento.
- **Pensar no futuro de forma positiva.** Toda esta experiência pela qual estamos a passar deve ser encarada como uma oportunidade de crescimento individual e enquanto família. Quando tudo isto terminar iremos retomar a nossa vida com outra força e cheios de competências desenvolvidas neste período.



**Segue estes conselhos e...
VAI TUDO FICAR BEM!**

Psicóloga estagiária
Filipa Nunes

ANEXO A1

Técnicas de Relaxamento

Técnicas de Relaxamento

Sequência de relaxamento

A primeira coisa a fazer é **encontrar uma posição confortável, tirar os sapatos e usar uma roupa confortável.**

Procura não pensar em nada enquanto realizas estes exercícios, exceto nas sensações produzidas. Disfruta das sensações agradáveis que acompanham o relaxamento.

Senta-te numa cadeira, estende os braços sobre os joelhos e começa esta sequência de relaxamento:

- **Mãos.** Fecha as mãos e contrai fortemente os músculos. Mantem esta posição durante 10 segundos, e pouco a pouco, solta os dedos um a um, sentindo o relaxamento. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Ombros.** Encolhe os ombros suavemente para cima, em direção às orelhas, enquanto inspiras fundo. Sente a tensão por alguns instantes, mantém esta posição durante 10 segundos e depois relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Pescoço.** A seguir, leva o queixo em direção ao peito por alguns segundos (10), depois relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Boca.** Fecha a boca, aperta fortemente os dentes e coloca a língua no céu da boca pressionando-a, enquanto empurras os cantos da boca para trás (10seg). Sente a tensão. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- **Respiração.** Inspira devagar durante 5 segundos, retém o ar durante 6 segundos, e solta-o devagar durante 7 segundos.
- **Costas.** Com os ombros apoiados no encosto da cadeira, inclina um pouco o corpo para a frente de modo que as costas fiquem curvadas; mantém esta posição durante 10 segundos e depois relaxa.

- **Pernas e Pés.** Estica os dedos como se quisesse ficar em “bicos de pés”. Sente a tensão durante 10 segundos para depois soltares e perceberes o relaxamento.

ANEXO B

Power point de apresentação do caso clínico aos alunos da licenciatura de Psicologia da CESPU

CASO T

UC: ESTÁGIO
ORIENTAÇÃO: MARIA EMÍLIA AREIAS
DISCENTE: FILIPA NUNES

1 de Junho de 2020



Local de Estágio

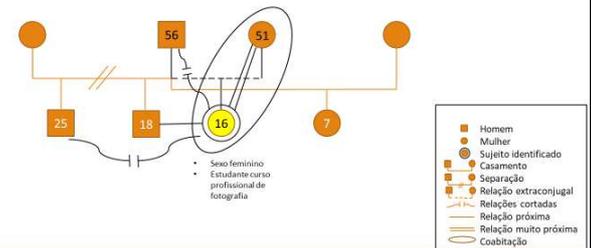
- Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia
- Estágio curricular
Consulta Externa de Psicologia
- Pediatria

Sumário

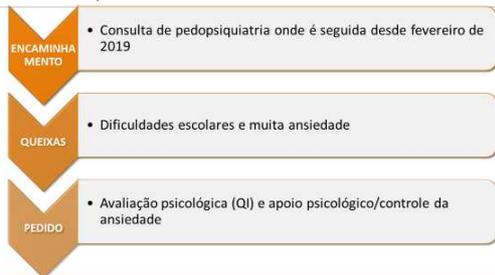
- Identificação
- Motivo e pedido da consulta
- Primeiro contacto e apreciação global
- História pessoal
- História das problemáticas passadas
- História da problemática atual
- Avaliação psicológica
- Processo de intervenção
- Proposta de intervenção
- O que faltou abordar?
- Atividade desenvolvida



Identificação



Motivo e pedido da consulta



Primeiro contacto e apreciação geral

- Novembro de 2019, numa consulta de observação juntamente com o orientador
- Realizou algumas provas WISC e apresentou-se reservada
- Na tentativa de obter uma maior colaboração, foi deixada a sós com a paciente, para terminar a consulta
- Revelou-se entusiasmada por saber que seria acompanhada por mim
- Apresentou-se durante todo o processo com uma aparência cuidada correspondente à idade, vestindo roupas largas e sempre muito dependente do telemóvel, passando a maioria do tempo com ele. Ao longo do acompanhamento, foi também notório o aumento de peso.
- Comunicação verbal: boa fluência no discurso, muito participativa e com vontade de falar, apresentando as suas ideias e os seus pensamentos de uma forma organizada, não se limitando apenas a responder ao que lhe perguntava. Discurso sempre acompanhado por um adequado contacto ocular e por diversas emoções no decorrer de cada consulta.

História pessoal

- Quando T nasceu, o seu pai já tinha dois filhos rapazes, de 9 e 2 anos de idade a viver com ele
- la passar os fins de semana com o pai, enquanto durante a semana coabitava com a mãe
- Reprovação no 2º ano
- Infância marcada pela **morte da avó** e pelo **corte da relação com o pai** devido à sua ausência total, este emigrou para o Brasil sem lhe dar qualquer tipo de explicação (acontecimentos coincidentes não relacionados)
- Episódios de bullying
- Corte de relação com o irmão mais velho
- Nessa altura, surgimento de alguns sintomas depressivos e, numa consulta de pedopsiquiatria recebeu o **diagnóstico de depressão**
- Aos 13 anos, o seu comportamento escolar tornou-se desadequado e impulsivo e apresentava dificuldades escolares e a **automutilação** começou a ganhar presença na sua vida.

História pessoal

- Reprovação no 8º ano
- Conflitos escolares e comportamentos impulsivos
- Aos 15 anos, **tentativa de suicídio com ingestão de fármacos**
- Ainda nessa idade, **termino de uma relação amorosa** (ainda presente na sua vida)
- Referente às amigas, auto descreve-se como impulsiva e sem paciência e por isso as provocações incomodam-na, reagindo sempre.
- As dificuldades escolares desapareceram quando ingressou no curso que frequenta.

História das problemáticas passadas



- 13 anos, a frequentar o 7º ano
- As pequenas coisas magoavam-na imenso
- Pensamentos recorrentes do passado quando estava sozinha (morte da avó, abandono do pai, bullying, discussões com a mãe)
- Surgiu a automutilação: alívio e satisfação; cortes nos pulsos e perto das virilhas (sítio com pouca visibilidade)
- Um amigo ajudou-a a terminar com o processo



- Professora questionava-a sobre as marcas
- Constantes perguntas sobre a mutilação que levavam a constantes recordações
- Após uma conversa com a professora chegou a casa e ingeriu 8 comprimidos
- Refere comportamento por impulso
- Pedido de ajuda à mãe



História da problemática atual

Nos últimos tempos tem se sentido ansiosa devido à pressão escolar. Acompanham-na sintomas que:

- vão variando em intensidade e frequência e que, aparentemente não estão relacionados com um acontecimento em específico,
- falta de apetite
- sudorese
- falta de ar
- dores musculares



Processo de avaliação psicológica

- Nas primeiras duas consultas, de continuidade à aplicação da WISC
- Funcionamento global situado significativamente abaixo da média – défice cognitivo.
- Acompanhamento total em 4 entrevistas clínicas, entre 31 de novembro de 2019 e 6 de março de 2020, durante as quais T se mostrou sempre colaborante.

Provas Verbiais	Resultados Padronizados	
Informação	5	
Compreensão	6	
Aritmética	5	
Semelhanças	12	
Vocabulário	6	
Pontuação Verbal	34	
Provas de Realização		
Cubos	6	
Pesquisa de Símbolos	7	
Completamento de Gravuras	9	
Composição de Objetos	5	
Pontuação de Realização	27 (resultado proporcional para 5 subtestes = 34)	
Resultados padronizados dos sub-testes de WISC-III. (média de 10, desvio padrão 3)		
	Resultados Padronizados	Q.I.
Provas Verbiais (QVI)	34	76
Provas de Realização (QRI)	34	76
Total Escala Completa (QSI)	68	72
Pontuações totais e Q.I.'s correspondentes. (média de 100, desvio padrão 15)		

Processo de intervenção

1ª consulta

- Continuidade da avaliação com a WISC que já estava a ser realizada
- Ao abordar um pouco da sua história de vida, reparei que T internalizava vários dos seus sentimentos e pensamentos e aconselhei-a a escrever num caderno "tipo diário", para que isso pudesse, de uma certa forma, ajudá-la a exteriorizar. Embora não tivesse dificuldade em fazê-lo na consulta, seria benéfico fazê-lo em casa.

As narrativas, têm a função de dirigir os processos cognitivos mais complexo (memória, expectativas, auto percepção), os processos emocionais (emoções mais relevantes, temas emocionais predominantes), as relações interpessoais e os planos para o futuro, estando o processo terapêutico na construção e desconstrução de histórias (Gonçalves & Henriques, 2002).

Processo de intervenção

2ª consulta

- Continuação da recolha anamnésica
- Foram abordadas técnicas simples de respiração diafragmática, com o objetivo de ajudar a paciente em momentos de mais tensão, uma vez que esta constitui uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade.

Nessa técnica, é pedido ao indivíduo que se concentre na sua respiração e identifique os movimentos de inspirar e expirar colocando a mão sobre o abdômen e a região peitoral. Em seguida, é solicitado que respire lenta e pausadamente, inspirando durante três segundos, segurar a respiração por mais três e soltar a respiração pela boca durante seis segundos. Essa respiração impede a hiperventilação diminuindo também os sintomas autonômicos e a tensão muscular (Oliveira e Duarte, 2004; Neto, 1998).

Processo de intervenção

3ª consulta

- Continuação da recolha anamnésica. Devido ao detalhe das singularidades e dos acontecimentos de vida da paciente, esta foi uma sessão em que utilizei o questionamento socrático de forma a explorar, com a sua colaboração, os episódios traumáticos da sua vida.

O questionamento socrático, utilizado na terapia cognitiva, é um procedimento que, através de questões simples com respostas abertas, auxilia o paciente a fazer descobertas sobre o seu pensamento e estimula a mudança de crenças sobre si mesmo (Knapp & Beck, 2008). Assim, possibilita uma melhor compreensão do seu problema, ajudando-o a explorar as possíveis soluções e a desenvolver alternativas para solucioná-los.

- Recolha das queixas da sintomatologia ansiosa de T. Na minha opinião ficou à partida evidente a possibilidade de algumas das queixas apresentadas serem de origem psicossomática.

Processo de intervenção

4ª consulta

- T mostrou-se triste e desiludida
- Ao explorar esses assuntos reparei que a paciente interiorizou uma atitude de resolução de problemas e sentia-se desgostosa por não estar a conseguir. Foi notório ao longo do seu discurso sobre o contexto escolar, onde estava inserido um motivo de tristeza (discussão com uma amiga), que T é uma adolescente muito impulsiva, e por isso resolvi apresentar-lhe algumas estratégias para o controle dos impulsos de modo a aumentar a sua autoconsciência perante as situações.
- T referiu que tentou entrar em contacto com o pai recentemente, depois de vários anos, mas não obteve resposta. Aconselhei-a a escrever-lhe uma carta com todas as perguntas e assuntos que queria ver resolvidos (terapia da narrativa).

Proposta de Intervenção

- Aplicação do questionário de avaliação de ansiedade-traço, STAIC C-2 (State-trait Anxiety Inventory for Children). Na prova o sujeito pode expressar como se sente num determinado momento (Ansiedade/Estado) e como se sente em geral (Ansiedade/Traço).
- Aplicação do Roberts (teste de personalidade que avalia a percepção que a criança tem do seu mundo interpessoal)
- Sessão dedicada ao treino de relaxamento muscular progressivo.
- Técnica de role-play.
- **Objetivos:** aflorar pensamentos automáticos, desenvolver a aprendizagem e a prática de habilidades sociais, trabalhar respostas adaptativas e reestruturar crenças intermediárias e centrais (Beck, 2013).
- **Acontece com a simulação de vivências, inversão de papéis e outros modelos de interação, onde são exploradas e discutidas as experiências vivenciadas (Minuchin & Fishman, 2003).**

Em falta!

- Caracterização da depressão diagnosticada aos 9 anos (sinais, sintomas, percepção da doença...)
- Descrição dos episódios de bullying
- Frequência das mutilações (início e fim)
- Caracterização do problema atual e sintomatologia (frequência, intensidade...)
- Somatização? (o que a acompanha, como surge, ao que associa, o que faz para passarem, existe algum problema físico, o aumento de peso está associado...)



Atividade desenvolvida

Atividade desenvolvida – Covid-19:

- apresentação em *powerpoint* “Saúde Psicológica em tempo de covid-19
- informação relativa a estratégias de como lidar com o isolamento e a ansiedade e ainda um documento com técnicas de relaxamento.
- Envio via email para os casos que estava a acompanhar

[Cuidar da Saúde Mental em Isolamento.pdf](#)



Referências bibliográficas

- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Gonçalves, M. M., & Henriques, M. I. R. S. (2002). *Terapia narrativa da ansiedade: Manual terapêutico para crianças e adolescentes*.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s54-s64.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. São Paulo: Artmed.
- Neto, F. (1998). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos ansiosos. *AV CORDIOLI, Psicoterapias: abordagens atuais*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 270-278.
- Oliveira, M. A., & Duarte, Â. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 183-199.

ANEXO C

Folha de Registo WISC-III Caso T

WISC-III™

Escala de Inteligência de Wechsler
para Crianças - Terceira Edição

Nome: CASOT

Sexo: _____

Escola: _____

Ano de Escolaridade: _____

Local da Avaliação: _____

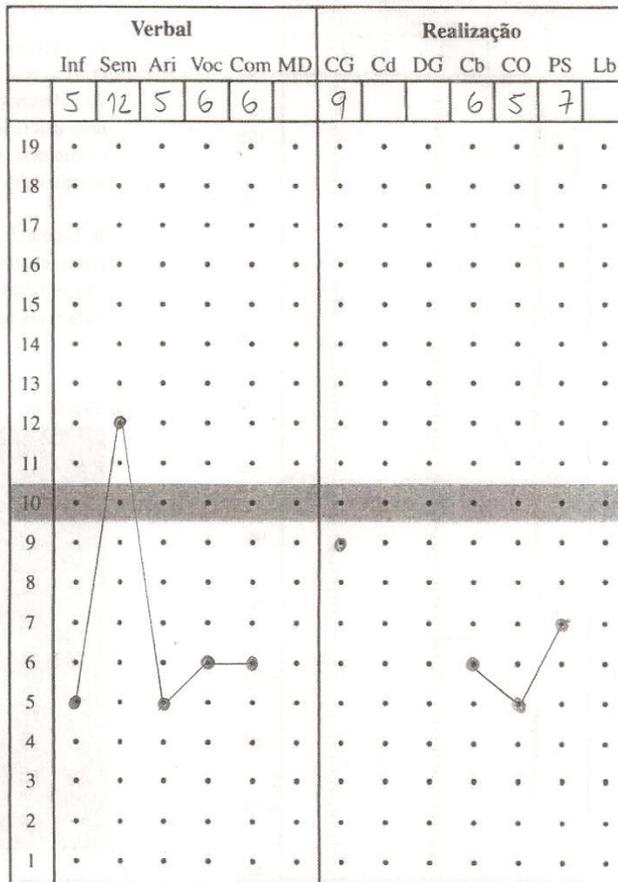
Examinador: _____

	ANO	MÊS	DIA
Data de avaliação	2019	11	37
Data de nascimento	2003	09	06
IDADE	16A	211	25D

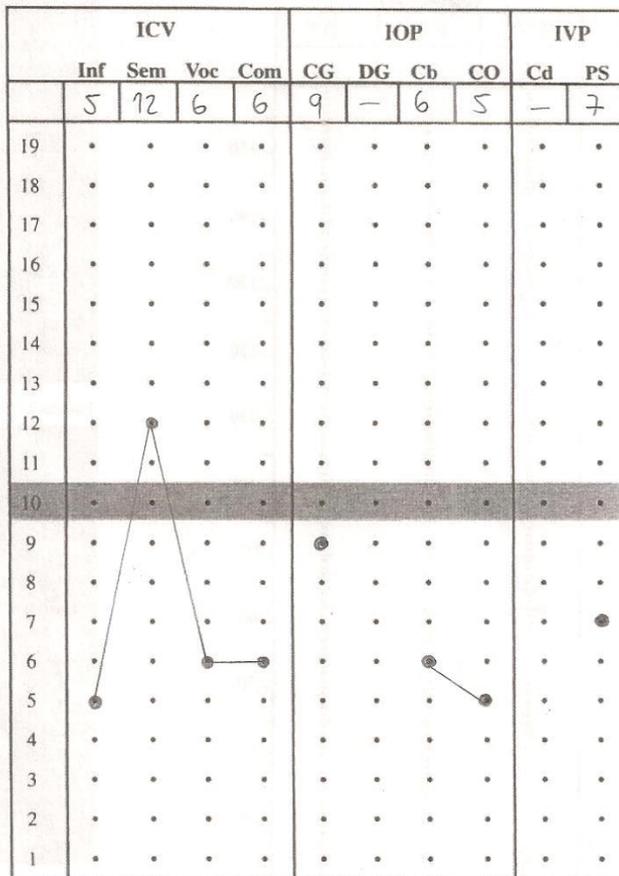
Subtestes	Resultados brutos	Resultados Padronizados				
		Verb.	Real.	CV	OP	VP
Completamento de Gravuras			9		9	
Informação		5		5		
Código						
Semelhanças		12		12		
Disposição de Gravuras						
Aritmética		5				
Cubos			6		6	
Vocabulário		6		6		
Composição de Objectos			5		5	
Compreensão		6		6		
(Pesquisa de Símbolos)			(7)			7
(Memória de Dígitos)		()				
(Labirintos)			()			
Soma dos Resultados Padronizados		34	34	29		
		Somatório da Escala Completa 68				

	Resultado	QI Índice	Percentil	95 % Intervalo de confiança
Verbal	34	76	6	70 - 75
Realização	34	76	6	70 - 88
Escala Completa	68	72	3	66 - 84
CV	29	82	12	76 - 92
OP	—	—	—	—
VP	—	—	—	—

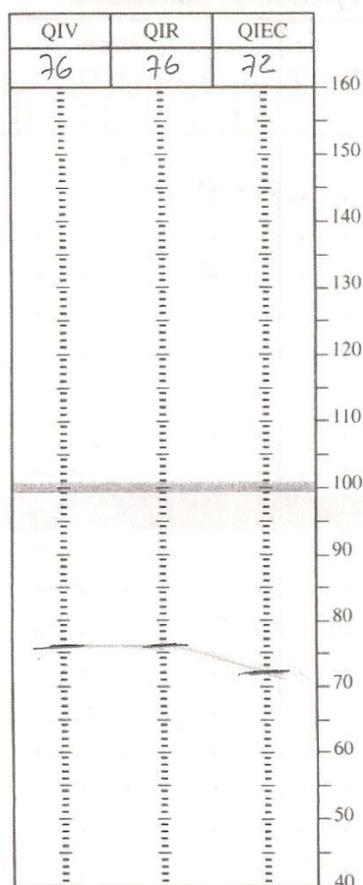
WISC-III Perfil de Resultados Padronizados



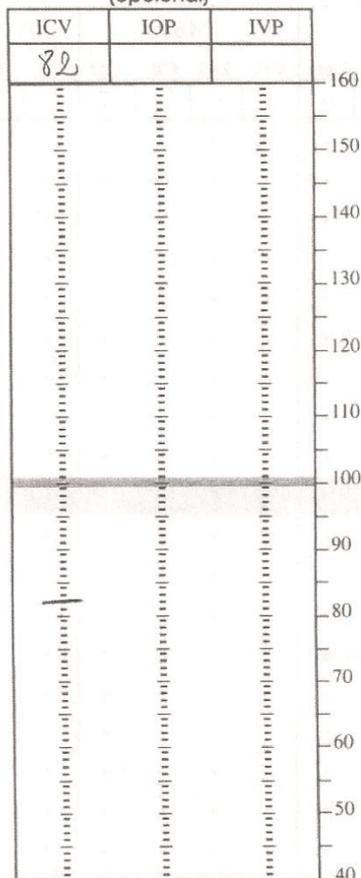
WISC-III Perfil de Índices Factoriais (opcional)



Resultados por QI



Resultados por Índice (opcional)



Análise da Pontuação Obtida nos Vários Subtestes

As Tabelas 1a e 1b apresentam as diferenças mínimas, estatisticamente significativas, entre o resultado padronizado de cada subteste e a média dos subtestes de cada escala. As diferenças foram calculadas para dois níveis de significância: .15 e .05. Por exemplo, uma diferença igual ou superior a 3.66 entre o resultado padronizado obtido no subteste Completamento de Gravuras e a média dos cinco subtestes de realização, é considerada estatisticamente significativa a um nível de confiança de .05.

A Tabela 2 fornece a mesma informação relativamente aos Índices Factoriais. Assim, é possível analisar as diferenças entre o resultado padronizado de cada subteste e a média dos subtestes que constituem os Índices Compreensão Verbal e Organização Perceptiva. Para mais informações consultar o capítulo 4 do Manual da WISC-III.

Tabela 1a

Nível de Significância	Média de 5 Subtestes		Média de 6 Subtestes		Média de 7 Subtestes	
	.15	.05	.15	.05	.15	.05
Informação	2.69	3.21	2.82	3.34		
Semelhanças	2.84	3.39	2.97	3.52		
Aritmética	2.45	2.93	2.55	3.02		
Vocabulário	2.62	3.14	2.73	3.23		
Compreensão	2.99	3.57	3.17	3.76		
Mem. Dígitos			2.58	3.05		
Comp. Gravuras	3.06	3.66	3.26	3.86	3.36	3.96
Código	3.08	3.68	3.27	3.88	3.37	3.98
Disp. Gravuras	3.21	3.83	3.42	4.05	3.53	4.17
Cubos	2.59	3.09	2.72	3.23	2.78	3.28
Comp. Objectos	3.37	4.03	3.60	4.26	3.72	4.40
Pesq. Símbolos			3.82	4.52	3.95	4.67
Labirintos					3.43	4.04

Tabela 1b

Nível de Significância	Média de 10 Subtestes		Média de 12 Subtestes		Média de 13 Subtestes	
	.15	.05	.15	.05	.15	.05
Informação	3.21	3.73	3.31	3.84	3.38	3.89
Semelhanças	3.41	3.96	3.53	4.08	3.60	4.14
Aritmética	2.87	3.33	2.95	3.42	3.01	3.46
Vocabulário	3.11	3.61	3.21	3.71	3.27	3.76
Compreensão	3.64	4.22	3.76	4.36	3.84	4.42
Mem. Dígitos			3.00	3.47	3.05	3.51
Comp. Gravuras	3.61	4.20	3.74	4.33	3.82	4.40
Código	3.64	4.22	3.76	4.36	3.84	4.42
Disp. Gravuras	3.82	4.44	3.96	4.58	4.04	4.65
Cubos	2.93	3.40	3.02	3.49	3.07	3.54
Comp. Objectos	4.05	4.70	4.19	4.86	4.28	4.93
Pesq. Símbolos			4.48	5.18	4.57	5.27
Labirintos					3.90	4.50

Tabela 2

Nível de Significância	Média dos 4 Subtestes de Compreensão Verbal		Média dos 4 Subtestes de Organização Perceptiva	
	.15	.05	.15	.05
Informação	2.51	3.04		
Semelhanças	2.64	3.19		
Aritmética				
Vocabulário	2.95	3.56		
Compreensão	2.78	3.36		
Mem. Dígitos				
Comp. Gravuras			2.84	3.44
Código				
Disp. Gravuras			2.97	3.59
Cubos			2.45	2.96
Comp. Objectos			3.09	3.74
Pesq. Símbolos				
Labirintos				

ANEXO D

Tabela de Registo de cognições e pensamentos

