

Relatório de Estágio

Paula Patrícia Dias de Brito

Relatório de Estágio Curricular Integrado no Mestrado em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Gandra, Novembro de 2021

Paula Patrícia Dias de Brito

Código de aluno: 24174

Relatório de Estágio

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

Supervisora: Profª. Dra. Maria Emília Areias

Declaração de Integridade

Eu, Paula Patrícia Dias de Brito, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

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

Declaro que em todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidas com novas palavras e/ou colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Ao finalizar mais uma etapa deste percurso tão importante na minha vida, quero agradecer a todos aqueles que me ajudaram a concretizar este trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador de estágio, por toda a sua disponibilidade e dedicação, todo o conhecimento transmitido e por toda a confiança depositada em mim.

À minha supervisora, Professora Doutora Maria Emília Areias, por toda a sua disponibilidade e orientação.

Um especial agradecimento aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio incondicional.

Ao Joaquim, por toda a compreensão, apoio e motivação.

Às minhas amigas, Filipa, Bárbara e Jéssica por toda a ajuda, carinho e amizade.

Gratidão!

Lista de Siglas

- APM – *Advanced Progressive Matrics*
- ASEBA – Avaliação Baseada em Evidência Empírica
- BANC – Bateria de Avaliação Cognitiva de Coimbra
- CBCL – Questionário do Comportamento da Criança
- CH – Centro Hospitalar
- CPM – *Coloured Progressive Matrices*
- CRIES-13 - *Children's Impact of Event Scale*
- D2 – Teste de Atenção
- DSM - 5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- EADS - C – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças
- ICV – Índice de Compreensão Verbal
- IOP – Índice de Organização Perceptiva
- IUCS – Instituto Universitário Ciências da Saúde
- IVP – Índice de Velocidade e Processamento
- MPCR – Matrizes Progressivas de Raven
- PHDA – Índice da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- QIC – Quociente de Inteligência Escala Completa
- QIR – Quociente de Inteligência de Realização
- QIV – Quociente de Inteligência de Verbal
- R.A.T.C. - 2 – *Roberts Apperception Test for Children 2*
- SCICA – Entrevista Estruturada para Crianças e Adolescentes
- SPM – *Standard Progressive Matrices*
- UAG – Unidades Autónomas de Gestão
- TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
- WISC - III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

Índice

Introdução	8
Capítulo I.....	9
1.Caracterização da Instituição	9
1.1.Caracterização do Local de Estágio.....	9
1.2.Caracterização da Unidade de Psicologia Pediátrica	10
1.3.Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria.....	11
1.4.Descrição das Atividades Realizadas em Estágio.....	13
1.5.Reuniões de Orientação e de Supervisão	13
1.6.Observação de Consultas	14
1.7.Avaliação Psicológica.....	14
1.8.Casos Clínicos Acompanhados de Forma Autónoma.....	20
1.9.Outra Atividade.....	22
Capítulo II.....	23
2.Apresentação do Caso Clínico R	23
Identificação	23
Motivo e Pedido da Consulta.....	23
Primeiro Contacto e Apreciação Geral da Paciente	24
História de Vida	25
Descrição da Sintomatologia	26
Processo de Observação Clínica	27
Processo de Avaliação Psicológica.....	27
Resultados de Avaliação Psicológica.....	28
Hipótese de Diagnóstico.....	29
Caracterização da Ansiedade em Crianças e Adolescentes	29
Terapia Adequada para a Perturbação	30
Processo de Intervenção	31
Reflexão Sobre o Caso Clínico.....	35
Reflexão Geral Sobre o Estágio	36
Bibliografia.....	37

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Casos Clínicos Acompanhados de Forma Autónoma	21
Tabela 2 – Resultados da Escala EADS - C.....	28

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma da Família de R	24
--	----

Índice de Anexos

Anexo A - <i>Power Point</i> de Apresentação do Caso ClínicO aos Alunos de Psicologia da IUCS	
Anexo B - Escala EADS - C – Caso R	
Anexo C - Exercícios de Treino de Respiração Diafragmática	
Anexo D - Escala CRIES - 13 – Caso R	
Anexo E - Registos Cognitivos	
Anexo F - Folha de Perfil Roberts-2 – Caso R	
Anexo G - Agenda Semanal de Atividades	
Anexo H - Exercício do “Espelho”	
Anexo I - Exercício de Treino Muscular Progressivo de Jacobson	
Anexo J - Certificado	

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito do Estágio Curricular do segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, lecionado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte (IUCS), no ano letivo 2020/2021.

O Estágio Curricular foi realizado nas consultas externas de Psicologia Pediátrica, no Centro Hospitalar (CH), teve início a Outubro de 2020 com término a Julho de 2021, contudo este tempo teve algumas interrupções, não sendo contínuo. Decorreu no Serviço de Psicologia Pediátrica do CH. A orientação foi realizada pelo Psicólogo local e a Supervisão teve a participação da Professora Doutora Maria Emília Areias.

Estágio é um período crucial na medida em que permite aplicar todos os conhecimentos adquiridos em anos anteriores, contribuindo de igual modo como dimensão para o desenvolvimento pessoal e profissional.

O Relatório constitui-se na etapa de uma caminhada de aprendizagem, constituída por cinco anos de curso tendo como objetivo apresentar a diversidade de atividades e as vivências ocorridas durante o estágio curricular.

Estruturalmente este documento é constituído por 2 capítulos, I) caracterização da instituição, atividades realizadas no decorrer do estágio como: as reuniões de orientação e supervisão, a observação em consulta, casos acompanhados de forma autónoma e por fim capítulo II) é referente à apresentação pormenorizada de um caso clínico por mim seguido no decorrer do estágio.

O presente trabalho terminará com uma reflexão geral sobre este período curricular.

Capítulo I

1. Caracterização da Instituição

1.1. Caracterização do Local de Estágio

O Centro Hospitalar, iniciado em 1939 a partir de um projeto do arquiteto alemão Hermann Distel, foi oficialmente inaugurado em Junho de 1959, pelo Chefe de Estado Almirante Américo Tomás.

Considerado como um dos maiores Hospitais Universitários do País, promove o desenvolvimento científico, tecnológico, a investigação e formação de pré e pós-graduado. É constituído pelo Polo do Porto e o de Valongo. Presta assistência direta à população da cidade do Porto e conselhos próximos como Maia e Valongo, sendo também uma instituição de referência para as Cidades de Braga e Viana do Castelo (Gomes, 2009).

No decorrer dos anos o CH passou por algumas alterações, sobretudo financeiras. A janeiro de 2006, a instituição passou a ser uma Entidade Pública Empresarial (E.P.E), o que levou a uma reorganização interna e de investimento de modo adquirir melhores condições para os doentes (Gomes, 2009). Tais alterações fizeram com que áreas de ação médica passassem a ser organizadas por 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG) e três principais organizações, 1) Organização das áreas de Produção Clínica, na qual inclui, a UAG de Cirurgia, a UAG de Medicina, a UAG de Emergência e Medicina Intensiva, UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, UAG dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico e a UAG de Mulher e Criança, 2) Organização das Áreas de Apoio à Produção Clínica inclui, o Centro de Epidemiologia Hospitalar, o Centro de Ambulatório e o Centro de Investigação e Ensaios Clínicos, por fim a 3) Organização das áreas de Suporte inclui, o Centro de Informação e o serviço de Humanização (Portal oficial do CH, 2019).

O Serviço de Urgência funciona 24h/dia e engloba a Urgência Pediátrica, Urgência Adultos, Ginecologia e Obstétrica. Num espaço externo à Urgência existem serviços como: Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Estomatologia. Os edifícios externos e circundantes à instituição.

A estrutura principal do edifício é constituída por 11 pisos, dois dos quais localizados no subsolo, tem uma lotação de 1.105 camas distribuídas por várias especialidades médicas e

cirúrgicas e berços. No que diz respeito aos edifícios envolventes ao CH, pode ser salientado o serviço de ambulatório, na qual integra a consulta externa, o hospital de dia, a unidade de cirurgia (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

1.2. Caracterização da Unidade de Psicologia Pediátrica

A Unidade de Psicologia Pediátrica do CH encontra-se inserida nas consultas externas de Pediatria no 1º piso do CH, é construída por 19 gabinetes dedicados a diversas especialidades no acompanhamento de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 0 meses e os 18 anos de idade; para além das consultas externas o serviço também inclui, urgência e internamento.

A Urgência Pediátrica foi criada com o propósito de tratar com qualidade e eficiência todas as crianças e adolescentes, com doença aguda que recorra ao Serviço de Urgência. A Junho de 2009 surge a nova Urgência Pediátrica, funciona sobre um sistema de triagem, equipado de novas tecnologias e com boas condições que permite um ambiente mais acolhedor para as crianças e os seus acompanhantes.

O Serviço de Pediatria Cirúrgica destina-se a prestar cuidados cirúrgicos que incluem também o acompanhamento pré e pós-hospitalar.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais atende bebês em risco de vida que necessitam de cuidados médicos permanentes, a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos presta serviço a crianças e adolescentes em estado grave que necessitam de internamento e vigilância médica com regularidade.

O Internamento é composto pela Pediatria A e B, A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade de Pediatria Cirúrgica. A Pediatria A acolhe crianças dos 2 aos 18 anos de idade e a Pediatria B acolhe Crianças dos 0 aos 14 meses. As duas Unidades integram o Serviço de Hemato-Oncologia no que se prestam cuidados às crianças e adolescentes que padecem de uma patologia oncológica do Sistema Linfático e do Sistema Nervoso Central, e portadoras de Doenças Metabólicas.

As Consultas Externas de Pediatria situam-se no 1º piso do CH e englobam áreas de especialidade como as dedicadas às Doenças Metabólicas, à Nutrição, ao Desenvolvimento, à Psicologia, à Enfermagem, à Cardiologia Pediátrica, entre outras. Os profissionais envolvidos trabalham em equipas multidisciplinares em benefício das crianças

Em Fevereiro de 1983, foi iniciada no SP a Consulta de Psicologia e em 1985, foi criada a Unidade de Desenvolvimento e Psicologia na consulta externa com propósito de promover o acompanhamento e o desenvolvimento dos doentes. Esta consulta recebe crianças desde a primeira infância até aos 18 anos e tem como objetivo a avaliação dos doentes para ela encaminhados ao nível emocional, comportamental e cognitivo, bem como o seu comportamento psicológico. As áreas em que o Psicólogo atua em contexto de saúde diversificadas e ultrapassam as atividades em ambulatório, englobando o acompanhamento no internamento, a intervenção com os doentes e as famílias, adaptada às diferentes problemáticas, e a promoção da adaptação à escola e a outros contextos sociais (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

1.3. Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria

A Psicologia da Saúde é uma das áreas da Psicologia, a qual aplica os conhecimentos científicos e os princípios psicológicos para a promoção e prevenção da saúde, bem como para o tratamento da doença, tendo por base o diagnóstico e a identificação etiológica da relação entre saúde e doença (Matarazzo, 1982) e ainda, tendo em conta os fatores sociais, culturais e ambientais, relacionados com a saúde e a doença, visto que os conceitos diferem de acordo com o estatuto sociodemográfico, o género e a diversidade cultural (Trindade e Teixeira, 2002).

A introdução de psicólogos em equipas multidisciplinares em contexto hospitalar ocorreu na sequência de uma necessidade gradualmente sentida de se estudar os diferentes parâmetros que ocorrem para a recuperação de pessoas que passaram por um processo de doença e de analisar as consequências da hospitalização, considerado um acontecimento complexo e existindo a necessidade da intervenção de vários profissionais de saúde e a formação de equipas multidisciplinares, existiu também a possibilidade da integração de psicólogos que auxiliam na comunicação entre os vários profissionais de saúde, doentes e seus familiares. (Azevedo & Crepaldi, 2016). O psicólogo pode também assumir outros papéis, como integrar-se na organização de um serviço (Ferraz, Guimarães & Afonso, 2009).

Segundo a APA (2003) o papel do psicólogo em contexto hospitalar tem como base a Psicologia da Saúde, com o objetivo de compreender como os fatores, comportamentais,

biológicos e até sociais, influenciam na saúde e na doença (APA, 2003 cit. in Castro & Bornhold, 2004).

Wright (1967) propôs o termo Psicologia Pediátrica para descrever os profissionais que trabalhavam com crianças e adolescentes em contexto médico não psiquiátrico, (Wright, 1967, p323 cit in Barros 2003), podendo dizer-se que a Psicologia Pediátrica é uma Psicologia geral da saúde, mas de um específico grupo etário (Viana e Almeida, 1998). Tem em consideração as características de cada período da infância da adolescência, em constante evolução, nunca separando a saúde física da saúde mental (Barros, 2003).

A prática dos psicólogos pediátricos distingue-se da dos psicólogos clínicos sobretudo pelas características das situações em que intervém, Viana e Almeida (1998) salientam algumas especificidades da Psicologia Pediátrica, como o contexto de intervenção, os serviços médicos de saúde infantil, com um foco na criança e no ambiente socio-efetivo envolvente; os objetivos das intervenções distribuem-se pelos níveis primários e secundários, sendo os primeiros direcionados para a educação e promoção da saúde e os segundos para a intervenção interdisciplinar e complementaridade clínica aos tratamentos médicos na área profissional da Psicologia.

No CH, a Psicologia Pediátrica está organizada como Serviço/ Unidade de Psicologia, com coordenação própria, traçando as suas próprias estratégias e objetivos. Existe disponibilidade dos psicólogos para prestarem cuidados diferenciados em consultas externa, hospital dia internamento e urgência (Viana & Almeida, 1998). No internamento estão incluídos: cuidados aos doentes crónicos agudos organizados por idade e patologia e os cuidados intensivos que implicam diferentes cuidados. Em casos de dificuldade de adaptação ao internamento e / ou doença, problemas de comportamento ou desenvolvimento, é chamado o psicólogo (Viana & Almeida, 1998).

Nas consultas externas, os pedidos de avaliação, intervenção e acompanhamento psicológico, são apenas realizados internamente (Viana & Almeida, 1998). As consultas de psicologia são realizadas em articulação com as consultas de Nutrição, recebe doentes com alterações de comportamento alimentar, com dificuldade em realizar os objetivos estabelecidos na consulta anteriormente referida, consulta de Medicina do Desenvolvimento, são recebidas crianças com diversos problemas de aprendizagem e atenção, Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), problemas de adaptação/ integração social, insucesso escolar, consulta em que efetuam diversas avaliações do desenvolvimento e com perturbações do Espetro do Autismo.

No serviço de pediatria do CH, os psicólogos desempenham diversas e diferentes papéis; desenvolvimento e implementação de programas de prevenção primária direcionados para educação e promoção da saúde, atuam num acompanhamento direto com crianças e seus familiares, também estão inseridos em equipas de pediatria e psiquiatria, reunindo-se semanalmente para discussão e colaboração de casos.

1.4. Descrição das Atividades Realizadas em Estágio

No presente capítulo, serão descritas as atividades realizadas no decorrer do estágio, como a observação em consulta, avaliações psicológicas e consultas individuais.

Semanalmente, existiam as reuniões de supervisão com a Professora Doutora Maria Emília Areias, estas por situações de pandemia eram realizadas via zoom.

1.5. Reuniões de Orientação e de Supervisão

As reuniões de supervisão foram realizadas semanalmente com a Professora Doutora Maria Emília Areias, tendo início em Outubro de 2020 e término em Julho de 2021. Tiveram como objetivo a apresentação regular dos casos clínicos de estágio, discussão da avaliação, do diagnóstico e planificação da intervenção, coordenadas pela supervisora, permitindo a partilha de experiência com os colegas de diferentes locais de estágio e o esclarecimento de dúvidas.

Na minha perspetiva, a experiência clínica vasta da supervisora foi um elemento-chave para otimizar a aprendizagem desta fase crucial, o sucesso no percurso.

As reuniões com o orientador decorriam semanalmente no CH, nas quais eram discutidas dúvidas, partilhadas sugestões e ainda, debatidas estratégias e técnicas a utilizar nas consultas, e todos estes momentos foram cruciais para a evolução do meu percurso académico e desenvolvimento profissional.

1.6. Observação de Consultas

A primeira fase do estágio consistiu na observação de consultas realizadas pelo orientador, existindo a possibilidade de colocar questões sobre as técnicas aplicadas e os instrumentos utilizados.

A maioria das crianças e jovens que ocorriam às consultas de Psicologia vinham encaminhadas pelas consultas de Nutrição e Medicina do Desenvolvimento, as problemáticas eram diversas abarcando os transtornos alimentares, as perturbações de ansiedade, os problemas comportamentais, tanto no meio familiar como no escolar, as dificuldades de aprendizagem e as perturbações do espectro do autismo, entre outras.

As consultas iniciavam-se pela análise do motivo ou pedido da consulta, seguido da anamnese do paciente (criança/adolescente), sempre que possível o relato era feito pelo próprio ou então pelos pais quando presentes no consultório. Após a recolha de dados, era realizada a avaliação psicológica.

No início de cada consulta, era pedido ao paciente a permissão para que o estagiário pudesse assistir. Inicialmente a postura perante a observação era mais passiva e atenta, com o decorrer do tempo, tornou-se mais ativa e participativa, podendo contar com a ajuda do orientador que deu essa possibilidade, assim realizava anamneses, avaliações, quando surgiam dúvidas estas eram discutidas com o orientador, para esclarecimento e aprendizagem.

O período de observação foi muito importante, deu-me a possibilidade de me ambientar com a administração de instrumentos de avaliação já abordados no ensino teórico-prático nos anos anteriores, as estratégias aplicar, as análises e interpretações dos resultados, os procedimentos das consultas, a importância do sigilo profissional, os comportamentos e as atitudes.

1.7. Avaliação Psicológica

A avaliação Psicológica consiste na elaboração de informação útil para que seja possível a tomada de decisões fundamentadas. De forma generalizada, a avaliação aplica-se a qualquer prática profissional e até mesmo a qualquer ciência (Ribeiro & Leal, 1997), mas

distingue-se pela utilização de técnicas e instrumentos que lhe são próprias, como por exemplo, questionários, escalas, testes, observação e entrevistas, em que os psicólogos são especializados, para recolher, integrar e avaliar, os dados referentes a um indivíduo (pais-Ribeiro, 2010).

Para favorecer a minha integração decorreu inicialmente uma fase de observação da aplicação e cotação de instrumentos, permitindo a familiarização com o seu uso, relembrando conteúdos já aprendidos. Ao longo do estágio, foi desenvolvido um maior grau de autonomia a cada paciente, nos domínios do desenvolvimento, do comportamento, da cognição e dos aspetos emocionais.

De seguida, reportamos os principais instrumentos de avaliação ao longo do estágio, explanando as variáveis, a sua estrutura fatorial e características psicométricas.

Para a Avaliação do desenvolvimento de bebés e crianças, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, esta escala avalia as competências de desenvolvimento ao longo da infância, pelo meio de observação direta do comportamento da criança, e/ou através da informação fornecida pelos pais. Este teste existe em duas escalas, cada uma de acordo com idades específicas da criança. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2), escala avalia os bebés dos 0 meses até aos 24 meses de idade, em 5 áreas: Escala A: Motricidade/Locomotor – Avalia o desenvolvimento motor, como controlo postural, o equilíbrio e o controlo dos movimentos, Escala B: Pessoal/Social – Avalia o desenvolvimento da socialização, avalia construtos relacionados com autonomia, autoconceito, interceção com os outros. Escala C: Audição/Linguagem – Avalia o desenvolvimento linguístico; Escala D: Coordenação Óculo-Manual – Avalia o desenvolvimento da motricidade fina, a destreza manual e as capacidades visuoperceptivas e por fim, a Escala E: Realização – Avalia o Desenvolvimento em termos de atuação em situações práticas. A Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (3-8anos), esta escala destina-se à avaliação das crianças dos 3 até aos 8 anos de idade, em 6 áreas, estas áreas são as que já foram referidas anteriormente, acrescentando a Escala F: Raciocínio prático e competências numéricas. Estas escalas possibilitam obter resultados relativos à idade mental (IM) da criança para cada área total, bem como o quociente de desenvolvimento (QD) para cada área ou total das áreas, de modo a obter um perfil que revela as áreas de desenvolvimento e o modo como as crianças se situam em relação à sua faixa etária (Borges et al., 2012).

Para a avaliação de áreas cognitivas foram utilizados instrumentos como: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III), Teste de Atenção D2, Matrizes Progressivas de Raven (MPCR) e a Bateria de Avaliação Cognitiva de Coimbra (BANC).

WISC- III é um teste de aplicação individual, destinado a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 6 anos e 16 anos e 11 meses, com a duração de 60 a 90 minutos (Simões et al., 2003). Constituído por duas escalas, a Escala Verbal e Escala de Realização, com o total de 13 subtestes, 10 dos quais obrigatórios. Os subtestes obrigatórios são: Informação, Semelhança, Aritmética, Vocabulário, Compreensão, Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos e Composição de Objetos, os 3 subtestes opcionais são: Pesquisa de Símbolos, Memória de Dígitos e Labirinto. Os resultados do desempenho são apresentados em três Quocientes: Quociente de Inteligência Verbal (QIV); Quociente de Inteligência de Realização (QIR) e o (QIEC) – Quociente de Inteligência Escala Completa, assim como o Índice de Compreensão Verbal (ICV), Índice de Velocidade e Processamento (IVP) e por fim, (IOP) – Índice de Organização Perceptiva (Wechsler, 2003).

Teste de Atenção - D2, é um instrumento de avaliação cognitiva orientado para a avaliação da atenção seletiva e a capacidade de concentração, mede a velocidade de processamento da informação, a precisão e aspetos qualitativos relacionados com o desempenho. Pode ser aplicado de forma coletiva ou individual, tem a duração entre 8 a 10 minutos, incluindo a leitura das instruções e realização da tarefa de treino. Para este teste o material necessário é a folha auto-corrigível para a execução da tarefa, também é necessário um cronómetro, lápis e não é autorizado a utilização de borracha. A folha da execução da tarefa é formada por duas folhas, uma delas é constituída por 14 linhas, com 47 caracteres (658 caracteres no total), a outra é constituída pelos dados de identificação, as instruções, um item de exemplo, um outro para treino e a folha de correção. Cada caractere corresponde a uma letra ('d' ou 'p') que contém de um até quatro traços em cima e ou em baixo. Após a realização da tarefa, as folhas devem ser separadas pelo picotado, de forma a calcular as pontuações diretas, nos respetivos parâmetros. O presente teste insere-se na categoria de testes de cancelamento, sendo pedido ao examinado que assinale com um traço (/) o estímulo específico/estímulo alvo, letras d com dois traços em cima, dois traços em baixo, ou um traço em cima e um traço em baixo, com a duração máxima de 20 segundos por linha, o examinado não poderá assinalar a letra p ou o d com mais ou menos de dois traços (Brickenkamp, 2007).

A **Matrizes Progressivas de Raven (MPCR)**, tem como objetivo avaliação não-verbal, avalia a capacidade de raciocínio visual e resolução de problemas de indivíduos a partir dos 6 anos e meio de idade. Existem 3 versões diferentes desta prova, a Forma Geral (*Standard Progressive Matrices* – SPM), constituída por 60 itens, (12 em cada série – A, B, C, D e E); a Forma Especial ou Colorida (*Coloured Progressive Matrices* – CPM), sendo esta a mais complicada, inclui 36 itens (12 em cada série – A, Ab e B), e a Forma Avançada (*Advanced Progressive Matrices* - APM), contém 48 itens divididos em 2 séries (12 na série - *Set I* e 36 na série *Set II*). Os itens estão dispostos por ordem crescente de dificuldade por série. Primeiramente são colocados itens mais fáceis, com o objetivo de introduzir o examinado num no tipo de raciocínio, na qual vai ser exigido nos seguintes itens. Os itens consistem numa matriz, ou desenho, na qual contém uma parte em falta, que deve ser preenchida por de 6 a 8 alternativas apresentadas abaixo da matriz, o indivíduo deve apenas indicar/apontar a figura que lhe parece mais indicada a preencher o espaço em branco. Habitualmente a Forma Colorida é indicada para crianças, os itens são constituídos por uma matriz de figuras geométricas abstratas, existindo maioritariamente itens coloridos e alguns a preto e branco (Almeida, 2009).

BANC - Bateria de Avaliação Cognitiva de Coimbra, pode ser utilizada em diversos contextos, como por exemplo: educacional, clínica, neuropsicologia e investigação. A sua aplicação é individual a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos de idade. Constituída por 16 testes, que abrangem as seguintes funções: memória verbal e visual, linguagem, atenção, funções executivas e motricidade.

As Provas que avaliam a memória verbal são: Lista de Palavras e Memória de Histórias. Provas que avaliam a memória visual são: a Figura Complexa de Rey e Reconhecimento de Faces. As Provas que avaliam a linguagem são: Compreensão de Instrução; Nomeação Rápida; Consciência Fonológica. Provas que avaliam a atenção e as funções executivas são: Teste da Barragem e *Trail Making Test* Parte A e B ou Trilhas. Por fim, as provas que avaliam a motricidade são: o Tabuleiro de Motricidade e Questionário de Lateralidade para a Mão (Correia, 2013).

Na folha de respostas os resultados são expostos em três Resultados Compósitos. O Resultado Compósito da Linguagem é obtido através dos testes de Nomeação Rápida, Compreensão de Instruções e Consciência Fonológica; O Resultado Compósito da Atenção/Funções Executivas, obtidos através dos testes de Fluência Verbal, Torre, Cancelamento de Sinais e Trilhas por último o Resultado Compósito e Memória é obtido

através dos testes de Memória de Histórias, Lista de Palavras, Reconhecimento de Face e Figura Complexa de Rey. (Correia, 2013).

No decorrer do estágio as provas mais utilizadas foram de Reconhecimento de Faces (Reconhecimento Diferido) e as de Nomeação Rápida (Cores, Formas/Cores e Dígitos).

A prova de reconhecimento de Face permite a que o examinador avalie a aptidão que o examinado tem para reconhecer faces, após a sua exposição de faces e seguido de um intervalo de tempo fixo. A prova é iniciada com um tempo para ensaio de aprendizagem, na qual é pedido ao examinado que se lembre de cada uma das 16 faces apresentadas, seguidamente deve escolher a face que viu no ensaio de aprendizagem num grupo de 3 faces (lembança imediata). Seguidamente é pedido ao examinado que se lembre do grupo de faces apresentadas inicialmente, porque mais tarde terá de as identificar novamente (lembança diferida) (Correia, 2013).

As provas de Nomeação Rápida, consistem num Teste de Nomeação Rápida de Cores, para crianças com 5 e 6 anos de idade, um Teste de Nomeação Rápida de Formas e Cores e um Teste de Nomeação Rápida de Dígitos para crianças dos 7 até aos 15 anos de idade. No teste de Nomeação Rápida das Cores a criança nomeia 5 cores e no Teste de Nomeação Rápida dos Dígitos, a criança nomeia 5 dígitos, nestes dois testes a criança deve nomear os estímulos 50 vezes. No teste De Nomeação Rápida de Formas e Cores a Criança nomeia 50 estímulos de 50 figuras e de 2 categorias semânticas, formas (círculo, quadrado, triângulo, retângulo) e as Cores (azul, amarelo, verde, vermelho ...) (Simões et. al. 20016).

Para uma avaliação comportamental, foram utilizados os seguintes testes:

Escala de Conners é um instrumento destinado aos pais e professores, tem como objetivo avaliar problemas do comportamento das crianças com idades compreendidas entre os 6 aos 11 anos, possibilitando através do questionário obter respostas dos pais e professores. As escalas são preenchidas de acordo com uma escala tipo Likert de 4 pontos, na qual os valores são: 0 = "Nunca"; 1 = "Um Pouco"; 2 = "Frequentemente"; 3 = "Muito Frequente". A escala tem 4 subescalas que medem os Problemas de Oposição (5 Itens para professores e 6 itens para pais), Problemas de Desatenção-Cognitivos (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 o Índice da PHDA (12 itens para professores e pais). Os itens são constituídos por frases positivas, quem preenche tem de referir a frequência do comportamento observado pela criança durante o último mês. No final os valores obtidos

por cada resposta dada pelos pais e professores são somados, sendo obtidos os resultados brutos (Monteiro, 2011).

A Entrevista Estruturada para Crianças e Adolescentes (SCICA) e o Questionário do Comportamento da Criança (CBCL) são pertencentes à bateria de ASEBA - Avaliação Baseada em Evidência Empírica, que permitem avaliar os problemas comportamentais, emocionais e sociais de crianças e adolescentes, assim como competências e funcionamento adaptativo.

Entrevista estruturada para Crianças e Adolescentes (SCICA) é aplicada a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e 18 anos. A sua estrutura flexível, engloba áreas gerais do funcionamento as relações escolares, familiares, de amizade, entre outras, de modo a facilitar a compreensão dos elementos específicos de cada caso, permitindo também uma análise das características psicométricas do ponto de vista do desenvolvimento (Achenbach, et al., 2014).

Questionário do Comportamento da Criança (CBCL), é destinado a pais ou cuidadores de crianças/adolescentes dos 6 anos aos 18 anos de idade. É constituído por duas partes, sendo a primeira composta por 20 questões relativas às competências da criança em diferentes áreas, a segunda parte é composta por 120 questões em formato tipo likert, relativas a diversos problemas comportamentais.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças (EADS-C), versão portuguesa do *Depression Anxiety Stress Scale*, de Lovidond e Lovidond (1995). Adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004a), com o objetivo de discriminar na totalidade dos sintomas de depressão e ansiedade, este último responde a itens de dificuldades em relaxar, irritabilidade, agitação e tensão nervosa. A EADS – C é destinada a crianças com idades dos 8 aos 15 anos, constituída por 3 dimensões: Depressão, Ansiedade e Stress com 7 itens em cada uma (total de 21 itens). A Depressão englobam: Disforia; Desânimo; Desvalorização da vida; Auto-depreciação; Falta de Interesse o envolvimento; Anedonia e Inércia, (1 item cada), a Ansiedade contém Excitação do Sistema Autónomo (3 itens); Efeito Músculo Esquelético (1 item); Ansiedade Situacional (1 Item); Experiencias Subjetivas de Ansiedade (2 itens), o Stress inclui: Dificuldade em relaxar (2 itens); Excitação Nervosa (1 item); Facilmente Agitado/Chateado (1 item); Irritável/Reação Exagerada (2 itens); Impaciência (1 item). A resposta é dada numa escala tipo Likert, em que a criança/adolescente avalia a intensidade cada sintoma experienciado durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência, variando entre 0 “não se aplica” e 4 “aplicou-se a mim a maior

parte das vezes". A cotação de cada subescala é indicada pela soma do dobro dos resultados das 7 afirmações, correspondendo a severidade da mesma. (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004b).

Roberts Apperception Test for Children 2, (R. A. T. C. 2) é um instrumento designado para crianças e jovens, com idades entre os 6 e os 15 anos de idade, é um teste projetivo que avalia a sua perceção do mundo interpessoal. É uma prova constituída por 16 placas a preto e branco (11 cartões para rapazes, 11 cartões para raparigas e 5 cartões comuns), onde são representados temas do quotidiano. A sua aplicação passa pelo examinador pedir criança/jovem para contar uma história que contenha princípio, meio e fim, de acordo com a imagem eu vê em cartão. A interpretação é baseada na hipótese projetiva, a prova pressupõe que quando apresentadas imagens ambíguas, elas projetem os seus pensamentos preocupantes, conflitos e estilos de confronto nas histórias que elas criam (Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).

CRIS-13 (Children's Impact of Event Scale), é um instrumento de autorresposta, que procura avaliar o sofrimento subjetivo que sucedem de uma experiência traumática. É uma escala composta por 3 subescalas: Intrusão, Evitamento, Hiperativação. Constituído por 13 itens de forma não linear de acordo com a frequência de ocorrência durante a última semana, na qual 0 corresponde a "Nunca"; 1 "Raramente"; 3 "Algumas vezes"; 5 "Muitas vezes", relativamente a um específico acontecimento traumático. A Pontuação são obtidas por quatro itens e intrusão (1,3,6,7), quatro de evitação (2,4,5,8) e cinco itens de excitação (9,10,11,12,13). As pontuações totais variam entre 0 e 65, as pontuações mais altas indicam mais sintomas de Perturbação de stress Pós-Traumático (Children and War Foundation, 1998, Rocha, Moreira e Silva 2012).

1.8. Casos Clínicos Acompanhados de Forma Autónoma

Um dos objetivos do estágio é o acompanhamento autónomo dos pacientes por parte dos estagiários. Assim foram realizadas a partir Dezembro consultas a diversos pacientes de forma autónoma, com o objetivo de avaliar a problemática e a possível existência de sintomatologia.

De forma sintetizada, apresento na tabela 1, casos na qual entrevi de forma autónoma.

Identificação	Pedido da Consulta	Problemática	Nº Sessões	Procedimentos Clínicos/ Conclusão
H 14 anos Masculino	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Possível atraso cognitivo.	2	Avaliação Psicológica com a WISC III, apresentou valores médios inferiores. Sugestões de Terapia Ocupacional.
D 7 anos Masculino	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Intelectual	Dificuldade de aprendizagem, possível défice de atenção	3	Avaliação com a WISC III obteve valores dentro da média. Na avaliação com o D2, demonstrou resultados não sugestivos a défice de atenção. Ensino de estratégias de estudo com elaboração de plano de estudos Técnica de Relaxamento e treino
V 4 anos e 8 meses Masculino	Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Possível atraso na linguagem	1	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, verificou-se um desempenho médio baixo de acordo com a idade. Sugestão de apoio em Terapia da Fala e Terapia Ocupacional.
L 11 anos Feminino	Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação.	Possível défice de atenção	1	Avaliação com D2, obtendo resultado sugestivos a défice de atenção / dificuldade de concentração. Psicoeducação da Ansiedade e Técnica de relaxamento e treino
F 9 anos Feminino	Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação intelectual	Dificuldade de aprendizagem e pouco foco nos estudos	2	Avaliação psicológico WISC III, apresentou valores a baixo da média. Ensino de estratégias de estudo com elaboração de um plano de estudo

R 6 anos Masculino	Consulta de Medicina Física e Reabilitação, pedido de avaliação.	Atraso na Linguagem		Avaliação com Escala de Desenvolvimento Griffiths, verificou-se um resultado médio, obtendo pior desempenho a nível da linguagem. Sugestões de Terapia da Fala
L 2 anos e 8 meses Feminino	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação.	Atraso na Linguagem		Avaliação com Escala de Desenvolvimento Griffiths, verificou-se um resultado médio baixo, obtendo pior desempenho a nível da linguagem. Sugestão de Apoio em Terapia da Fala
D 15 anos Masculino	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação	Possível Défice de atenção	1	Avaliação com D2, demonstrou valores sugestivos a défice de atenção. Técnicas de relaxamento, com objetivo de melhorar os níveis de atenção.
L 10 anos Feminino	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Possível atraso no Cognitivo	2	Avaliação psicológica, com a WISC III, demonstrou atraso ligeiro cognitivo, a destacar, leitura e vocabulário Sugestões de mais leitura, considerar Terapia da Fala.

Tabela 1- Casos clínicos acompanhados de forma autónoma

1.9. Outra Atividade

A convite da Professora Doutora Maria Emília Areias, participei numa aula de ministrada aos alunos do 3º ano de licenciatura em Psicologia do IUCS, apresentando um caso clínico que acompanhei em estágio e discutindo com colegas aspetos relativos ao diagnóstico, à avaliação e à intervenção. A minha apresentação foi realizada com recursos a *powerpoint* (anexo A), tendo a aula decorrido on-line.

2. Apresentação do Caso Clínico R

Neste capítulo, é apresentado de forma detalhada e completa um caso clínico acompanhado no decorrer do estágio curricular.

A escolha entre os casos que foram seguidos de forma autónoma teve como critério ter sido o primeiro, marcando de forma significativa e positiva a aprendizagem, com elevado impacto sobre a evolução a nível profissional, autonomia e autoconfiança, e permitindo o aprofundar do conhecimento.

Identificação

R é do sexo feminino, tem 13 anos de idade e frequenta o 8º ano de escolaridade, residente no Distrito do Porto, onde coabita com os pais e duas irmãs. A mãe tem 42 anos, completou o 6º ano de escolaridade e é proprietária de um pronto-a-vestir. O pai tem 46 anos, concluiu o 6º ano de escolaridade e é eletricista de profissão, a irmã mais velha tem 17 anos e frequenta o 12º ano de escolaridade, a irmã mais nova tem 2 anos de idade.

Motivo e Pedido da Consulta

R. foi encaminhada para a consulta de Psicologia pela médica de Nefrologia devido a sintomas de ansiedade.

Assim, iniciamos o acompanhamento no final de 2020. A paciente apresentava as seguintes queixas e sintomas: preocupação com a tenção arterial; suores frios, dificuldade de adormecer quando sabia que tinha consulta de Nefrologia e medo de ir ao hospital.

Primeiro Contacto e Apreciação Geral da Paciente

O primeiro contacto foi realizado no início do mês de Dezembro de 2020. R. apareceu na consulta acompanhada pelo pai, tendo-se apresentado um pouco tímida, cabisbaixa e com pouco contacto ocular.

A conversa iniciou-se com o pai pois R. estava pouco colaborante e tímida, mas referiu ter ido à consulta com o pai porque a mãe ficou a cuidar da irmã mais nova. O pai explicou o motivo da consulta e, após um abreve apresentação, foi-lhe pedido que se ausentasse da sala, tendo a paciente anuído com a sugestão, verbalizando num tom de voz baixo, um pouco tímida e cabisbaixa, que não se importava que o pai saísse. Foi-lhe explicado que as consultas a iriam ajudar a lidar com as suas dificuldades e que tudo que fosse falado dentro do consultório seria estritamente confidencial. Assim, gradualmente foi-se mostrando colaborante, com um discurso adequado e foi lentamente mantendo contacto ocular. Chegada a hora de terminar a consulta, mostrou-se entusiasmada com a perspectiva de marcação de uma próxima sessão.

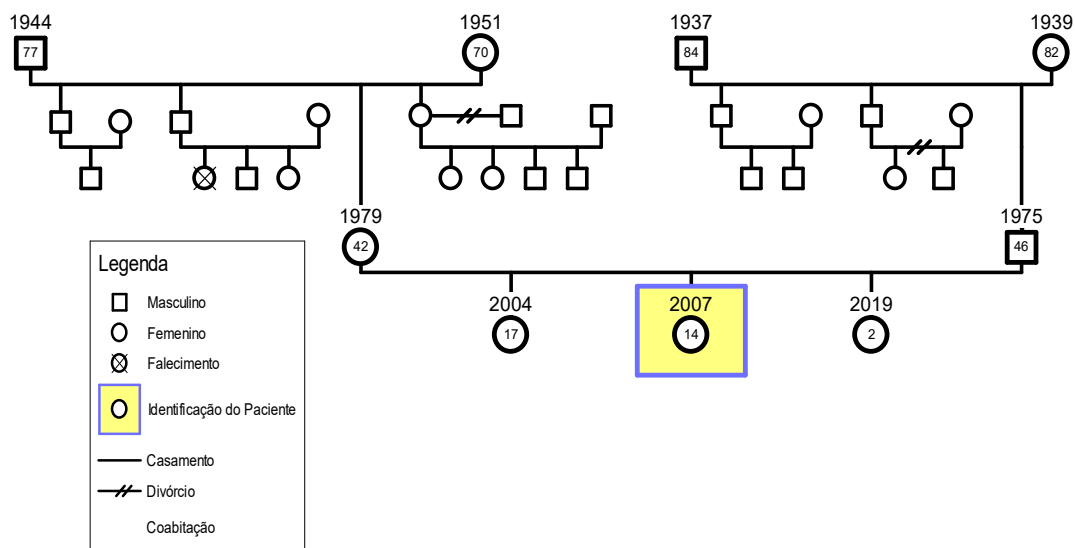


Figura 1 - Genograma da Família de R

História de Vida

R é a segunda filha do casal, numa fratria de três irmãs; nasceu de uma gravidez planeada e desejada, a gravidez correu dentro da normalidade e sem complicações. Nasceu às 39 semanas de um parto eutócico. Foi alimentada até aos 6 meses de idade com leite materno, depois a amamentação seguiu com suplemento e posteriormente inserido os alimentos de acordo com as indicações da pediatra, referindo ter uma alimentação equilibrada até ao presente.

O desenvolvimento psicomotor, ocorreu de acordo com a expectável dentro dos parâmetros normativos: começou a andar e falar por volta dos 12 meses, o controlo dos esfíncteres ocorreu dentro dos parâmetros normativos. No que diz respeito aos padrões de sono, sempre dormiu bem, apesar de atualmente ter dificuldade em adormecer dias antes de ter de se deslocar ao hospital (“eu sempre dormi bem, mas agora custa-me adormecer quando tenho de vir ao hospital” sic.).

Refere a primeira infância como “normal”, (“a minha mãe diz que eu era bem-comportada e gostava de brincar” sic.), aos 3 anos de idade entrou no infantário, tinha uma boa relação com funcionários, professora e colegas. Com 5 anos de idade transitou de escola e entrou no 1º ano de escolaridade, teve uma boa adaptação e também mantinha uma boa relação com os colegas (“eu gostava muito de andar na escola, tinha muitos amigos” sic.).

A entrada para o 5º ano foi mais uma altura de mudanças, nova escola, amigos, professores, mas mesmo assim teve uma boa integração, (“eu adoro andar na escola, conhecer novas pessoas, brincar com amigos e aprender” sic.). Considera-se uma boa aluna, e nunca reprovou.

De acordo como que narra, a vida familiar é estável, harmoniosa e de união, refere existir uma boa relação entre o casal, e também uma boa relação entre pais e filhas, a relação entre irmãs a paciente refere ser uma relação de boa amizade, união e companheirismo (“eu dou-me muito bem com as minhas irmãs, brincamos muito” sic), a paciente referiu ter uma relação mais próxima com a mãe (“sou mais próxima da minha mãe, ela leva-me e vai-me buscar todos os dias à escola ... brinca comigo quando pode ... e está comigo nos momentos difíceis”, sic). A paciente também referiu ter uma relação muito próxima com os avós maternos, principalmente com a avó (“adoro ir a casa da minha avó e passearmos junta”, sic).

Há cerca de dois anos nasceu a irmã mais nova, a paciente refere não ter sido uma gravidez planeada, mas receberam a notícia com entusiasmo (...“ os meus mais não queriam mais filhos, mas ficamos muito felizes quando soubemos que vinha uma bebé”, sic). No que diz respeito à sua saúde, não tem alergias, nem problemas de visão ou audição. Quando tinha 4 anos, teve uma infeção urinária, tendo de ser levada a consulta hospitalar, em que lhe foi diagnosticado um refluxo vesico ureteral. Nessa altura, iniciaram-se consultas e exames, durante 2 anos, aos 6 anos foi submetida a um reimplante ureteral e excisão uretrocele, refere que o pós-operatório, em consequência de uma hemorragia que teve de ser submetida a uma transfusão de sangue (“... correu um bocado mal, o médico diz que dei muito trabalho... eu não podia sair da cama, mas a minha mãe esteve sempre ao meu lado e correu tudo bem” sic). Desde então estar a ser medicada e tem de ter cuidados com a alimentação, as consultas de Nefrologia são em média 2 a 3 vezes por ano. Atualmente frequenta o 8º ano, diz estar bem integrada e tem boas notas, refere que o que sente mais falta é o convívio com os colegas, por causa da covid 19, isto quando as aulas são na plataforma digital, por motivos de confinamento.

Descrição da Sintomatologia

A paciente refere ter medo de ir ao hospital, principalmente quando sabe que tem consultas de Nefrologia, referindo sentir medo de ficar internada e ter de ficar sozinha (“a médica diz que está tudo bem, que é só consulta de rotina..., mas eu tenho medo de ficar outra vez internada e ter de ficar sozinha ... a minha mãe desta vez não pode ficar comigo, tem de cuidar da minha irmã”, sic.). referiu sentir dores de barriga, dores no peito, taquicardia, tremores no corpo, sudorese principalmente nas mãos, e sente dificuldade em adormecer principalmente nas vésperas da consulta.

Referiu também o medo de que aconteça alguma coisa de mal aos avós, principalmente que possam morrer, tendo a preocupação surgida após a covid-19.

Devido à situação pandémica e ao facto de ter de estar em confinamento em ficar em casa e não fazer atividade física, a paciente menciona ter engordado, sentindo baixa autoestima em relação ao seu corpo (“... não gosto do meu corpo, estou a ficar gorda ... chateia-me estar sempre em casa” sic): à sugestão de fazer caminhadas para restabelecer o exercício

físico e para se distrair, respondeu que apenas podia fazê-lo acompanhada pela família, por ter medo de ir sozinha. (“... eu só posso ir caminhar quando tenho companhia ... tenho medo de sair sozinha de casa.” sic).

Processo de Observação Clínica

Em todas as consultas, apresentou uma imagem cuidada, é de estatura média-baixa, olhos castanhos, cabelo comprido e ondulado. O vestuário era adequado à sua idade, num estilo desportivo e de cores neutras. No decorrer das consultas, mantinha contacto ocular, demonstrando-se atenta e orientada. Apresentava um discurso organizado, porém num tom baixo, tinha um bom vocabulário e boa orientação.

Processo de Avaliação Psicológica

Primeiramente foram abordados o siligo profissional e a importância da participação da paciente, seguidamente procedeu-se à recolha da anamnese através de uma entrevista semiestruturada e à observação psicológica não estruturada, com objetivo de conhecer da melhor forma possível a história de vida da paciente, bem como aspetos da relação familiar, desenvolvimento psicossocial a modo de manter uma boa relação terapêutica. No decorrer da recolha de história de vida e no seguimento das “queixas” apresentadas pela paciente, foi colocada a hipótese de perturbação de ansiedade, e para avaliar o grau de severidade da sintomatologia e os motivos ou causas estavam a despoletar os sintomas, foram administrados os seguintes testes: EADS-C (Anexo B), CRIES -13 (Anexo C) e Roberts-2 (Anexo D). Estes instrumentos auxiliam na realização de um diagnóstico diferencial, fornecendo informação quantitativa, considerando as idiosincrasias dos doentes. Depois da recolha da anamnese e da realização da avaliação, pudemos estabelecer e implementar um plano de intervenção de modo a ajudar a paciente.

Resultados de Avaliação Psicológica

Na escala EADS-C (Anexo B) a paciente obteve os seguintes valores:

	Depressão	Ansiedade	Stress
Pontuação	4	16	26

Tabela 2 - Resultados da Escada EADS-C

De acordo com os autores (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004b), os valores na tabela 2 mencionados representam valores moderados na subescala de Depressão, os valores apresentados na subescala de Ansiedade apresentam valores de severidade grave e por fim na subescala de Stress apresentam valores igualmente com uma severidade grave, sendo estes valores significativos e congruentes com informação clínica e com um diagnóstico que considera a sintomatologia ansiosa.

No Teste CRIES-13 (Anexo C) a soma do sub teste de Intrusão (7 pontos), com o sub teste de Evitamento (13 pontos) obtemos o valor total de 20 pontos, não sendo considerado um valor significativo, sendo considerado significativo valor > 30 (Silva, 2021)

Relativamente aos resultados da avaliação efetuada com o Roberts -2 (Anexo D), a paciente foi colaborante, cumpriu com as instruções, no entanto, narrou histórias simplistas e curtas (RES1 valor =4, nota t=66), fez um simples reconhecimento dos problemas do quotidiano, com resolução adequada do mesmo (PID1 valor =6; nota t =71). No que diz respeito às escalas que avaliam os recursos disponíveis a ajudar o indivíduo a lidar com o problema (SUPS-F valor = 5; nota t =72) esta escala identifica experiências positivas, divertir-se ou brincar, ser orgulhoso, fazer amigos. As narrativas das histórias foram centradas nas Escalas de Ansiedade, Agressão, Depressão e Rejeição.

A escala com maior destaque e a que se encontra no limiar da significância é a escala de Ansiedade (ANX valor = 11; nota t =66), nesta escala estão incluídos diversos tipos de conteúdos como os geralmente reconhecidos como medo, estados de ansiedade, conteúdos relacionados com acidentes ou doença, morte e até mesmo sentimentos de culpa. Em relação às escalas que avaliam as respostas incomuns ou atípicas, não se regista pontuação no limiar de significância, não houve recusa a nenhuma das placas.

De modo geral, foi percebida a importância da escola e da família na sua vida, demonstrando ter uma relação mais próxima com a mãe e com a avó materna, incluindo emoções e sentimentos positivos.

Hipótese de Diagnóstico

Após os relatos mencionados no decorrer das consultas e após analisados os dados obtidos pelos instrumentos aplicados, pode ser colocada a hipótese de Perturbação de Ansiedade de Separação; a paciente preenche três dos onze critérios. Critério A2, preocupação com o bem-estar ou morte de figuras de apego, como a avó, no critério A3 o medo de sair sozinha de casa, com medo de se perder ou que lhe façam mal. E o critério B tem a duração de mais de 4 semanas DSM-5 (APA,2014).

Caracterização da Ansiedade em Crianças e Adolescentes

Segundo Barlow (2002 cit. por Craske, Rauch & Ursano, 2011) a ansiedade é um estado de humor orientado para o futuro associado à preparação de um acontecimento negativo, na qual o medo é a resposta de alarme ao perigo eminente ao presente, real ou percebido. A ansiedade também pode ser compreendida como uma resposta adaptativa do organismo, reconhecida por diversas alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais que se traduzem num estado de alerta face a um sinal de ameaça ou perigo à integridade física e ou psicológica. A componente cognitiva contém a avaliação da situação e evento como risco antecipado, a componente fisiológica é a responsável pela preparação do corpo, para eventual ação, como: luta ou fuga (Stallard, 2010) e tem como principais sintomas: a taquicardia, dispneia, tensão muscular, tremores, tonturas, sudorese e paralisias. A componente comportamental ajuda a criança ou adolescente a prever e evitar um futuro perigo (Barlow 2002 cit. por Craske, Rauch & Ursano, 2011)

A ansiedade pode tornar-se patológica quando deixa de ser adaptativa, ou seja, quando o perigo a que pretende responder não é real. A componente cognitiva contém a avaliação da situação Barlow (2002 cit. por Craske, Rauch & Ursano, 2011).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5º edição (DSM-5), publicado pela *American Psychiatric Association* (APA, 2014) classificou a ansiedade infantil em cinco quadros (a) transtorno de ansiedade de separação; (b) transtorno de ansiedade generalizada e (c) transtorno de ansiedade social, (d) mutismo seletivo e (e) fobia específica. Realçando que ansiedade é diferente de transtorno de ansiedade. A ansiedade é uma manifestação humana natural, e geralmente o indivíduo consegue lidar com ela, contudo quando os sintomas causados pela ansiedade se intensificam e o indivíduo não consegue lidar sem que cause desvantagens na sua vida existe um transtorno de ansiedade. O transtorno de ansiedade envolve uma persistência por um a seis meses, de acordo com DSM-5 (APA, 2014)

Segundo Zuanetti et al. (2018) apresentam como principais consequências, a capacidade de memorização, compreensão de informação orais, atenção, na qual causam grande impacto nos processos de aprendizagem acadêmicos. Para Stallard (2010), a ansiedade para além de interferir nos aspetos do desenvolvimento académico, também altera a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento cognitivo, além do ambiente escolar, comprometendo o desenvolvimento de novas amizades e as relações familiares. Quando a ansiedade não é tratada, existe a possibilidade do desenvolvimento de crises depressivas ao longo dos anos, bem como o agravamento de condições mórbidas no decorrer da vida (Stallard, 2010; Heldt et al., 2013).

Terapia Adequada para a Perturbação

A TCC constitui uma integração de conceitos e de técnicas cognitivo-comportamentais, diferenciando-se de outras de acordo com o prisma predominante cognitivo ou comportamental (Souza & Candido, 2010). A pesquisa e a prática clínica mostram que a TCC é positiva na redução de sintomas e na melhoria de taxas de recorrência, numa grande variedade de sintomas psíquicos (Knapp & Beck, 2008).

Esta teoria consiste num sistema de psicoterapia baseada na forma como o indivíduo estrutura as suas experiências, determina o modo como se sente e como se comporta (Dattilio & Freeman, 1998).

A TCC é focada na densidade dos pensamentos autónomos por parte do paciente.

O tratamento inicia-se pela identificação e pelo questionamento (“socrático”) dos pensamentos automáticos, devendo ser feito com a orientação de um terapeuta (Knapp & Beck, 2008).

A ansiedade é um sentimento que acompanha o Ser Humano, na sua existência. A ansiedade, dita normal, reativa pode ser considerada um sinal de alerta que permite ao indivíduo permanecer atento, tendo por base uma ameaça ou perigo existente, decorrente da realidade externa. A ansiedade patológica é diferenciada desta pela intensidade, pelo caráter anacrônico, repetitivo e desproporcional ao ambiente, sendo caracterizada por um sintoma desagradável e de angústia em relação ao futuro (Pitta, 2011).

Vários estudos demonstram existir eficácia da TCC no tratamento do Transtorno de Ansiedade generalizada (Cuijpers et al., 2016).

Processo de Intervenção

Devido ao difícil agendamento no CH, as sessões foram agendadas com um intervalo de 2 ou 3 semanas e desenvolvendo-se no total de 9 sessões, com início no mês de Dezembro de 2020 e com término no mês de Julho 2021. Como anteriormente mencionado, o processo de intervenção foi centrado em criar uma relação terapêutica, empática e de confiança com a paciente, de modo a que sentisse confiança e aderisse aos objetivos terapêuticos determinados. Considerando as problemáticas referidas pela paciente baseamo-nos na TCC, com o objetivo de obter alterações a nível comportamental e cognitivo.

Iniciamos pela recolha da anamnese, realçando o motivo da consulta, a paciente demonstrava-se tímida, pouco cooperante e mantendo pouco contacto ocular e um pouco nervosa. Tentamos estabelecer uma relação empática para que R se sentisse mais confortável e à vontade, com o intuito de falar mais abertamente, visto que a paciente não dialogava livremente e apenas respondia às questões que lhe eram colocadas. De modo a obter mais informação sobre a problemática foi solicitado à paciente para responder ao questionário EADS-C (Anexo B), na qual respondeu sem qualquer hesitação.

Terminamos a técnica de relaxamento diafragmático (anexo C), de modo a que a paciente adquirisse um recurso de autocontrolo para lidar com a ansiedade. Nesta técnica a pessoa é convidada a deitar-se de barriga para cima, ou sentar-se confortavelmente, colocando a

mão na zona abdominal, de forma a identificar os movimentos de expiração e inspiração, assim é pedido à pessoa que respire pausada e lentamente, inspirando pelo nariz enquanto projeta o abdómen para fora contando mentalmente até 4 segundos. Depois a pessoa deve prender a respiração por 2 segundos, posteriormente solta a respiração durante 6 segundos (Oliveira & Duarte, 2004, cit. in Wilhelm, 2015; Neto, 1998, cit. in Wilhelm, 2015). Chegada ao fim da primeira consulta, a paciente surpreendeu-me quando se demonstrou, bastante disponível e entusiasmada para continuarmos as sessões.

Na consulta seguinte, a paciente apresentou-se um pouco nervosa, irrequieta, e quando questionada, referiu que esse estado estava relacionado com a ida ao hospital. De forma a auxiliar a paciente a lidar com a ansiedade ensinamos a técnica de respiração diafragmática (Anexo C). Estando a paciente mais relaxada demos seguimento à recolha da anamnese e ao preenchimento da escala CRIES 13 (Anexo D), de modo a perceber se existia alguma perturbação pós-traumática, visto que a paciente tinha mencionado já ter sido operada e consequentemente ter ficado internada, e referiu ter medo que novo episódio se repita "...tenho medo de voltar a ter de ficar outras vez internada ... e ter de ficar sozinha" sic) treinamos os registos cognitivos (Anexo E), situações de maior ansiedade, pensamentos e comportamentos, pedindo também à paciente como trabalho de casa preencher a tabela dos registos cognitivos.

Na terceira consulta, a paciente apresentou-se mais calma e tranquila. Sendo de poucas palavras com tendência de apenas responder as questões colocadas, decidimos aplicar o Roberts-2 (Anexo-F) de modo a termos uma melhor compreensão da sua perceção do mundo e das relações interpessoais.

Na quarta consulta, a paciente apresentou-se mais animada e participativa, trazendo os registos cognitivos, como tinha sido solicitado. Referiu sentir-se mais à vontade em relação às idas ao hospital ("hoje estou feliz... não tive tanto medo de vir ao hospital... eu gosto destas consultas"). Referiu ficar ansiosa quando tinha de ir as aulas de geografia, estado que agravava quando se aproximava do exame. Quando questionada sobre o motivo, referiu não ter uma boa relação coma a professora e as duas não se entenderem, o que deixava a paciente preocupada com a nota da disciplina. Assim, pareceu-me adequada a utilização da técnica de *role-play* com o objetivo de promover a aprendizagem prática de habilidades sociais, de reestruturação crenças, de desenvolver respostas adaptativas e de relacionamento e interação sociais, através do desempenho de papéis.

Na consulta seguinte, a paciente apresentou-se bem-disposta, referindo ter posto em prática diariamente o programa de relaxamento, mas ainda assim se ter sentido ansiosa sem saber o motivo; assim, evidenciou-se a pertinência de realizar psicoeducação à cerca da ansiedade. Terminamos a consulta com a execução do relaxamento diafragmático (Anexo E)

Na sexta consulta, a paciente falou sobre o impacto de estar em confinamento por causa da Covid 19, situação que a impede de ir presencialmente as aulas e a fazia sentir dificuldade em atingir os objetivos de aprendizagem no formato de interação digital. Comentou que considerava difícil não se poder relacionar presencialmente com os amigos, e que se sentia mais irritada e nervosa, e em cadeia, originava efeitos no mau ambiente familiar (“eu não gosto de estar em casa, fico “chatinha”, sinto falta dos meus amigos, não me consigo concentrar nas aulas” sic) foi sugerido atividades no exterior como por exemplo, caminhar, fazer atividades, sendo esta uma forma de sair de casa e se distrair. Demonstrando-se resistente em não querer sair de casa, mencionando não o querer fazer sozinha e não ter ninguém para sair com ela. Sugerimos chamar a mãe para que colaborasse na atividade, ao que a paciente não se opôs e foi proposto a ambas que criassem um plano de atividades nos tempos livres, de modo a que R. pudesse sair de casa se possível acompanhada pela mãe ou outro familiar.

Chegada à sétima consulta, R. veio acompanhada pela mãe, mostrando-se mais animada e bem-disposta. Apresentou o plano de atividades (Anexo G) dizendo ter cumprido com o plano e tendo a confirmação da mãe. Quando questionada à cerca das aulas e do ambiente escolar, referiu ter melhorado a relação com a professora de Geografia, e acompanhar melhor a matéria, com a motivação para subir a nota. Expressiu, por outro lado, as suas dificuldades em relação à sua imagem corporal, o que a deixa bastante desmotivada (“não gostar do seu corpo, sinto-me gorda, não gosto de mim” sic). Consideramos por isso, indicado desenvolver estratégias de ajuda nesse domínio. Aplicamos o exercício do espelho (Anexo H) em que é feita a afirmação “Eu amo-me”, de modo a estimular a valorização das características físicas e psicológicas, a e melhorar a aceitação da imagem corporal. Foi também solicitado à paciente que nomeasse qualidades suas, tendo indicado as características de que não gostava.

Na penúltima consulta, R apresentou-se contente consigo mesma, referindo conseguir melhorar o ambiente familiar e escolar, e ter diminuído o medo de ir ao hospital. Contudo, referiu que, em momentos de maior stress como, por exemplo, exames, nem sempre

conseguia controlar a ansiedade, sentia os seus músculos tensos e ficava bloqueada, no seguimento deste relato, achamos adequado ensinar-lhe o uso do Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Anexo I) (Azevedo, 2016), a ser realizado uma vez por dia.

A nona e última consulta realizou-se com a presença do orientador de estágio, analisando os progressos obtidos pela paciente no decorrer das consultas, e incentivando a transição.

A “alta” das consultas foi acompanhada de um diploma (Anexo J) como objetivo de premiar o seu empenho e de a motivar a utilizar o conhecimento adquirido.

Reflexão Sobre o Caso Clínico

Este foi o primeiro caso em que foi realizada avaliação e intervenção de forma autônoma, o que despertou em mim um grande interesse e entusiasmo.

Para estabelecer empatia e proximidade com a paciente, comecei por explicar que estas consultas seriam diferentes das consultas de Nefrologia, sendo o motivo da consulta, o medo de ir ao CH, principalmente à consulta da especialidade anteriormente referida. Expliquei que aquele seria um local em que a paciente poderia conversar sobre tudo o que quisesse, que permaneceria resguardado “entre as paredes” da consulta. Após a explicação, a paciente demonstrou-se mais tranquila. A paciente foi assídua e pontual, comparecendo às consultas, acompanhada pelo pai ou pela mãe.

No decorrer das sessões, fui-me apercebendo que, à medida que se ia criando a relação terapêutica, R. falava mais abertamente das situações que lhe causavam algum desconforto e ansiedade, e colocava dúvidas ou questões.

A paciente foi participativa e colaborante nas tarefas propostas. Mencionava que as tarefas a ajudavam e sentia-se muito melhor. Na realização das tarefas demonstrou-se empenhada e com vontade de aprender, mas demonstrou dificuldade na realização de alguns exercícios, como o preenchimento da tabela de registos cognitivos. No exercício do Espelho, R. demonstrou alguma dificuldade e hesitação, principalmente a nomear as suas qualidades, nomeando de imediato pontos que não gosta em si.

A intervenção psicológica foi realizada com o intuito de ajudar a paciente a lidar com a ansiedade e ajudar com que se dirigisse ao CH sem medo, no decorrer das consultas também trabalhamos para que a paciente adquirisse ferramentas que a ajudasse em outras situações da sua vida, de modo a promover o seu bem-estar.

Na última sessão, quando o certificado foi entregue à paciente, com os olhos cheios de água, agradeceu e referiu que não se iria esquecer do que aprendeu.

Para mim, foi muito gratificante ter a oportunidade de trabalhar com esta paciente.

Reflexão Geral Sobre o Estágio

O estágio curricular sempre despertou em mim entusiasmo e curiosidade, culminando com um sentimento de realização, pois significa o término de um ciclo, o momento de autonomia, o poder aplicar o ensinamento adquirido nos anos anteriores, e a primeira experiência do saber o que é "Ser Psicólogo". Mas, chegado o momento, fui invadida pela ansiedade, medo e nervosismo da responsabilidade que tinha "nas mãos" de cuidar da saúde do outro. Mas, a vontade de adquirir mais e melhor conhecimento foi maior.

Este ano foi de muito esforço, trabalho, dedicação e aprendizagem, o que contribuiu positivamente para o meu crescimento pessoal e profissionalmente.

A primeira fase referente à observação foi crucial para a melhor adaptação ao ambiente clínico, à familiarização com os instrumentos utilizados pelo serviço e pela interação com as crianças de diferentes idades e com os seus familiares.

Posteriormente, foi o acompanhamento individual; nesta fase, foi notório a importância de adaptação a cada paciente, para que fosse possível construir uma boa relação terapêutica. Com a situação clínica que me foi atribuído, fui me apercebendo da importância de planejar cada sessão, tendo em conta a sessão anterior, os objetivos propostos das particularidades da paciente, mas também a importância de estar preparada para possíveis imprevistos, pois nunca sabia que assuntos a paciente ia expor em consultas, nem o seu estado emocional. Neste percurso, deparei-me com obstáculos, dificuldades na tomada de decisões adequadas a situações e apercebi-me da necessidade e a importância de mantermos num estudo contínuo e permanente, e não estudarmos apenas a área da Psicologia como outras áreas e patologias. Tornando-me mais flexível, mas também mais exigente comigo mesma e assumindo uma maior responsabilidade com o meu trabalho.

Este estágio foi uma experiência extremamente positiva e enriquecedora, na qual saio com mais competências e mais preparada para a minha vida pessoal e profissional.

Bibliografia

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V.S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014) *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Escolar*. (A. Humphrey, Trad.) Psiquilibrios Edições.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- APA – American Psychiatric Association. (2014) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* []. Recurso eletrónico]. 85 ed.) Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, A. D., & Crepaldi, M. A. (2016). A psicologia no hospital geral: aspetos históricos conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, 33(4), pp. 573-585. Disponível em: doi:10.1590/1982-02752016000400002
- Azevedo, T. Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson passo a passo com imagens e vídeo. 2016. Disponível em: <https://psicoativo.com/2016/07/tecnica-de-relaxamento-progressivo-de-jacobson-passo-passo.html>
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspetiva Desenvolvimentista*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Blanco, N. C. (2012). Estudo Comparativo sobre a *Educação Especial em Portugal – Extremadura: Aplicação de um Programa de Intervenção* (Tese de mestrado não publicada) Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Educação.

- Borges, P., Costa, I. 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. *12º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática*, 922-932. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/1608>
- Brickenkamp, R. (2007). D2 Teste de Atenção (1ª Ed.). Lisboa: CEGOC-TEA Ferraz, A.R., Guimarães, H., & Afonso, C. (2009). *50 anos da Pediatria do Hospital ~~XXXX~~*. Porto, Portugal: ~~XXXX~~, E.P.E.
- Correia, S. S. (2013). Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (*BANC*). *Estudo de Avaliação em crianças e adolescentes institucionalizados vítimas de maus tratos*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e Ciências da Comunicação
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, 9(3), 369-388.
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Huibers, M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*. 15, 245-258.
Doi: [10.1002 / wps.20346](https://doi.org/10.1002/wps.20346)
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R.M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., Cristea, I.A. (2016). DisordersRelative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 43, 79–89.
Doi: [10.1016 / j. janxdis.2016.09.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003)
- Dias, J. M. M., Monteiro, M. J. P. & Rainho, M. C. (2015). Gestão de Stresse: Técnicas de Respiração e Relaxamento e Gestão do Tempo. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 6, 71 -81.

- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (1998). Introdução à terapia cognitiva. Em A. Freeman & F. M. Dattilio (Orgs.), compreendendo a terapia cognitiva (p. 19-28). Campinas: Editorial Psy.
- Ferraz, A. R., Guimarães, H., Afonso, C. (2009). *50 Anos da Pediatria Hospitalar* ~~XXXX~~
Porto, Portugal: ~~XXXXX~~, E.P.E.
- Heldt, E.; Isolan, L.; Mansur, M. A. & Jarros, R. B. (2013). *Ansiedade, medos e preocupações: transtornos de ansiedade na infância e na adolescência*. Dourados/MS: UFGD.
- Knapp, P., Beck, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa na terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30(2), 54-64.
- Lovelle, R. P. (2003). La psicología de la salud en Cuba. *Psicología científica.com*.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavior health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *Amer. Psychol*, 37, 1-14
- Pais-Ribeiro, J.L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*, Lisboa: Placebo
- Pais Ribeiro, JL, Honrado, A. & Leal, I. (2004b). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond, *Psicologia Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-39.
- Pires, A. A. P., & Pires, A. P. (1995). Psicologia pediátrica. *Análise psicológica*, 13, 123-130.
- Pitta, J.C.N. (2011). Como diagnosticar e tratar transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*. 68(12), 6-13.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde.

- Silva, V. R. F. (2020). *Avaliação de Stress Pós-traumático na Adolescência e Relação com Gestão de Conflitos no Contexto Escolar* (Dissertação de mestrado, *Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, Porto, Portugal*). <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3605>
- Simões, Mário, Gonçalves, Miguel & Leandro, Almeida (1999). *Testes de Provas Psicológicas em Portugal*. Braga APPORT/SHO.
- Simões, M. R., Santos, S. 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 (Eds.) *Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (vol. I., 221-252). Coimbra: Quarteto Editora.
- Stallard, P. (2010). *Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens*. Artmed Editora.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica*, 20, 1, 171-174.
- Viana, V. & Almeida, J.P. (1998). Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1(15), 29-40
- Wechsler, D. (2003). *Wisc-III: Escala de Inteligência de Weschler para crianças – III* (2ª Edição). Lisboa: CEGOC – TEA.
- Zuanetti, P. A., Lugli, M. B., Fernandes, Â. C. P., Soares, M. D. S. T., Silva, K. D., & Fukuda, M. T. H. (2018). Memory performance, oral comprehension and learning process between children with attention deficit hyperactivity disorder and children with anxiety disorder. *Revista CEFAC*, 20, 692-702. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820614218>



Paula Patrícia Dias de Brito

Código de aluno: 24174

Anexos do Relatório de Estágio

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

Supervisora: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

Índice de Anexos

Anexo A - *Power Point* de apresentação do caso clínico aos alunos de Psicologia da IUCS

Anexo B - Escala EADS - C – Caso R 1

Anexo C - Exercícios de Treino de Respiração Diafragmática

Anexo D - Escala CRIES - 13 – Caso R

Anexo E – Registos Cognitivos

Anexo F - Folha de Perfil Roberts-2 – Caso R

Anexo G - Agenda Semanal de Atividades

Anexo H- Exercício do “Espelho”

Anexo I - Exercício de Treino Muscular Progressivo de Jacobson

Anexo J - Certificado

Anexo A

Power Point de Apresentação do Caso Clínico aos Alunos do 3º ano de Psicologia da IUCS


CASO CLÍNICO R.

2º Ano Mestrado Psicologia da Saúde e Neuropsicologia
Orientadora: Prof. Maria Emília Aníeis
Docente: Paula Brito
Junho de 2021



Local de Estágio

- Estágio Académico
- Consultas Externas de Psicologia - Pediatria

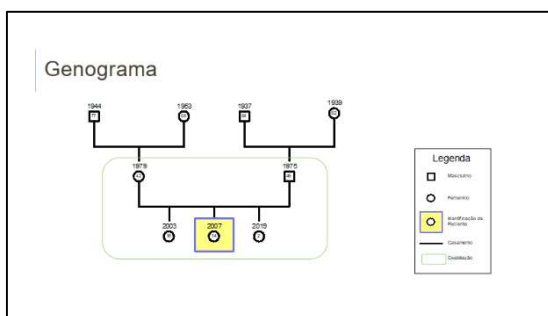


Índice

Identificação
Genograma
Motivo Consulta
Primeiro Contacto e Apreciação Geral
História de Vida
Problemáticas
Intervenção Psicológica
Objetivos
Plano de Intervenção
O que Faltou Abordar ...

Identificação

- Nome: R
- Idade: 14
- Sexo: Feminino
- Profissão: Estudante, 8º ano
- Agregado Familiar: Mãe, 42 anos proprietária pronto-a-vestir, Pai, 46 anos electricista, irmã 17 anos estudante 11º ano e uma irmã de 2 anos.



Motivo da Consulta

- A paciente foi encaminhada para a consulta de Psicologia Pediátrica a pedido da Consulta de Nefrologia devido a sintomas de ansiedade.
- Com pedido de apoio psicológico.

Primeiro Contacto e Apreciação Geral

- Dezembro de 2020
- Apresentou-se acompanhada pelo pai.
- Cabisbaixo, tímida e com pouco contacto ocular.
- Estabelecimento da relação terapêutica e empática.
- No decorrer das sessões foi mantendo um bom contacto ocular, mostrou-se colaborante e participativa nas tarefas propostas.
- Apresentou-se às consultas de modo adequado, imagem cuidado, vestuário de acordo com a idade.
- Demonstra um discurso coerente, lógico com bom vocabulário e articulação, porém num tom baixo.

Clique no ícone para adicionar uma imagem



História de Vida

Clique para adicionar texto


- R. uma jovem de 13 anos, 2 filha do casal de uma fratria de 3 filhas.
- Nasceu de uma gravidez desejada e planeada às 39 semanas num parto eutócico.
- Foi amamentada até aos 6 meses com leite materno.
- Começou andar e falar por volta dos 12 meses.
- O controlo dos esfínteres correram dentro dos parâmetro normativos.
- Sem alterações em relação aos padrões de sono. *"sempre foi uma menina que dormiu bem"*
- Aos 3 anos de idade entra para o infantário, teve uma boa integração.

- Aos 4 anos de idade teve uma infeção urinária na qual teve de se dirigir ao hospital, altura que foi diagnosticada com Refluxo Vesicoureteral.
- Com 6 anos de idade foi submetida a uma cirurgia renal, correu bem, o pós operatório foi um pouco mais complicado, com uma hemorragia da qual teve de ser submetida a uma transfusão de sangue.
- Após a cirurgia não teve mais infeções nem complicações.
- Na transição para a 1º Ano e para o 5º, apesar de mudar de escola teve uma boa integração. R. passou todos os anos letivos, boa aluna, bem integrada e uma boa relação com os colegas " ... *adoro andar na escola e estar com os meus amigos*" sic.

Problemáticas

- Há cerca de 2 anos começou a sentir-se ansiosa quando tinha ir ao hospital mas principalmente às C. de Nefrologia, com medo de ficar internada.
- R. também teve queixas de irritabilidade e baixa autoestima no período de confinamento. *"não gosto do meu corpo, estou a ficar mais gorda ... chateia-me estar sempre em casa" sic.*
- Medo que os avós morram com a covid.

Clique no ícone para adicionar uma imagem



Intervenção Psicológica

Clique para adicionar texto

Objetivos Gerais

Reduzir a frequência e intensidade das respostas de ansiedade disfuncionais.

Identificar e gerir de forma adaptativa situações/ questões que estão na origem e exacerbação da ansiedade.

Objetivos mais Específicos

Identificar e expressar sentimentos de ansiedade.

Identificar estímulos / situações / pensamentos que precipitem para níveis de ansiedade disfuncional.

Estabelecer relação entre conceitos teóricos de medo e ansiedade.

Desenvolver estratégias na monitorização da ansiedade.

Aumentar níveis de participação de atividades para reduzir a ansiedade e aumentar autoestima.

Desenvolver e implementar exercícios e atividades cognitivas (distração) e comportamentais (relaxamento) para diminuir ansiedade.

Plano de Intervenção

- ✓ Terapia Cognitivo Comportamental
- ✓ Aplicação do questionário EADS – C
- ✓ Aplicação do questionário CRIES -13
- ✓ Aplicação do teste do Roberts.
- ✓ Registo de Situações, Emoções e Pensamentos
- ✓ Psicoeducação
- ✓ Técnica de Role – Play
- ✓ Respiração Diafragmática
- ✓ Treino Progressivo de Jacobson
- ✓ Plano de Atividades
- ✓ Exercício do Espelho

Em Falta ...

- ✦ Aprofundar a recolha da anamnese
- ✦ Explorar as relações familiares e com os pares.
- ✦ Desenvolver estratégias de coping para ajudar a lidar com a ansiedade.

Clique no ícone para adicionar uma imagem



Obrigada pela Vossa Presença!

Clique para adicionar texto

Anexo B

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EADS-C) – Caso R

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS PARA CRIANÇAS (EADS- C)

Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti durante a semana passada.

Não existem respostas certas nem erradas.

Não leves muito tempo a indicar a resposta a cada afirmação.

		Não se aplicou a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1.	Tive dificuldade em acalmar-me				X
2.	Senti a boca seca		X		
3.	Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por Ex.: Não consegui parar de chorar		X		
4.	Senti dificuldade em respirar	X			
5.	Tive dificuldade em tomar a iniciativa para fazer coisas. Por Ex.: Não me apeteceu ver televisão, estudar nem jogar computador	X			
6.	Tive tendência a reagir em demasia em certas situações. Por ex.: Apeteceu-me bater num colega que não se calava na aula	X			
7.	Senti tremores. Por ex.: Nas mãos, nas pernas, ...				X
8.	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				X
9.	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por Ex.: Ter muito medo, ficar muito assustado e todos os meus amigos perceberem e gozarem comigo	Y			
10.	Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por Ex.: que nada do que eu sonho se podia tornar realidade.	X			

		Não se aplicou a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
11.	Dei por mim a ficar agitado				✓
12.	Senti dificuldade em relaxar. Por ex.: Não conseguia estar sentado, parado e quieto			✓	
13.	Senti-me desanimado/cansado e melancólico/tristonho		✓		
14.	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Como por ex.: falar a lição, não conseguir terminar o jogo de computador e ficar muito irritado e resmungão	✓			
15.	Senti-me quase a entrar em pânico, ou seja tive medo e fiquei muito assustado		✓	✓	
16.	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada Por Ex.: nem jogar computador ou ver televisão ou tinha vontade	✓			
17.	Senti que não tinha muito valor como pessoa, ou seja senti-me pouco importante	✓			
18.	Senti que, por vezes, estava sensível Por Ex.: Tive muita vontade de chorar, de repente			✓	
19.	Senti alterações no meu coração, sem fazer exercício físico. Por ex.: O coração de repente começou a bater muito depressa			✓	
20.	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. Por Ex.: fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada	✓	✓		
21.	Senti que a vida não tinha sentido. Por ex.: Parece que, de repente, as coisas deixaram de valer a pena	✓			

Anexo C

Exercício de Treino de Respiração Diafragmática

Técnica de Relaxamento

Deita-te ou senta-te num local confortável com pouco barulhos, tranquilo e pouca luz.

1. **INSPIRAR** - (enche o teu peito de ar e empurra o teu abdómen para fora, [vê a imagem 1]) conta mentalmente e devagarinho até 4.
2. **Prende a tua respiração** – conta mentalmente e devagarinho até 2.
3. **EXPIRAR** - (deitar o ar fora pela boca e encolhe a tua barriga, [vê imagem 2]) conta mentalmente e devagarinho até 6.
4. Quanto deitares todo o ar para fora conta novamente até 4 e inicias um novo ciclo.

É importante fazeres este exercício todos os dias para estares bem preparada e conseguires controlar a tua respiração.



time
to
Relax

Anexo D

Escala de Impacto de Eventos para Crianças (CRIES - 13) – Caso R

Escala de Impacto de Eventos para Crianças - Revista

Em baixo encontra-se uma lista de comentários feitos por pessoas depois de um evento atrepassante. Assinala cada item que mostra com que frequência estes comentários são verdade para ti durante os últimos sete dias. Se não ocorreram durante esse tempo, seleciona a opção 'nunca'.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Pensas sobre isso mesmo quando não o queres fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tentas remover isso da tua memória?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Tens dificuldade em prestar atenção ou na concentração?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tens ondas de sentimentos fortes sobre isso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Assustas-te mais facilmente ou sentes-te mais nervoso do que antes disso acontecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Afastas-te de recordações, lugares, ou situações que te fazem lembrar o que se passou?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tentas não falar sobre isso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tentas não pensar sobre isso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Ficas facilmente irritado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estás alerta e vigilante (mesmo quando não há necessidade óbvia de estares)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Tens problemas em dormir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Children and War Foundation, 1998; Rocha, Moreno e Silva, 2012

These instruments are provided free of costs thanks to the generosity of our donors. We are however, very happy to receive donations to continue to develop new methods. If you would like to [make a donation](http://www.childrenandwar.org) please go to www.childrenandwar.org.

Anexo E

Registos Cognitivos

O que aconteceu?	O que pensou?	O que sentiu?	O que fez?


Anexo F

Folha de Registo Roberts – 2 Caso R

CODING PROTOCOL

**Roberts-2
Record Form**

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



Client's Name is 3 Administration Date: _____

Age: 13 Gender: F Grade: 8^o Date of Birth: _____

Assessment Administrator: _____ School or Agency: _____

Reason for Assessment: _____

	CARD NUMBER																Total Count
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	
Theme Overview Scales																	
Popular Pull	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	11
Concrete Meaning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13
Available Resources Scales																	
Support Self—Feeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Support Self—Advocacy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Support Other—Feeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
Support Other—Help	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6
Reliance on Other	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
Limit Setting	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Problem Identification Scales																	
1—Recognition	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6
2—Description	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6
3—Clarification	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
4—Definition	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
5—Explanation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
Resolution Scales																	
1—Simple Closure or Easy Outcome	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
2—Easy and Realistically Positive Outcome	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
3—Constructive Resolution	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
4—Constructive Resolution of Feelings and Situations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
5—Elaborated Process With Possible Insights	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
Emotion Scales																	
Anxiety	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12
Aggression	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Depression	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Rejection	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Outcomes Scales																	
Unresolved Outcome	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Nonadaptive Outcome	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
Maladaptive Outcome	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
Unrealistic Outcome	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
Usual or Atypical Responses																	
Usual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
No Score	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Atypical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Usual (total count for all three categories)																	3
Atypical Categories (total count for each card)																	3

Additional copies of this form (02-3875) may be purchased from WPS. Please contact us at 800-546-0822 or wps@wps.com.
Copyright © 2009 by Western Psychological Services. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved. Printed in the U.S.A.

SCORING PROFILE

AGES 10 TO 13

WJ's Name or ID: 7

Age: 13

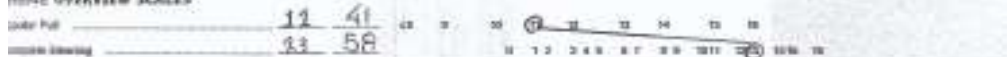
Gender: Female

Administration Code: _____

Revised WISC-IV Cognitive Scales

Total Score: 7 Items 6 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75

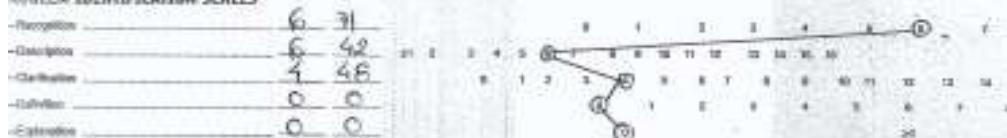
HOME OVERVIEW SCALES



AVAILABLE RESOURCES SCALES



ROLE IDENTIFICATION SCALES



RESOLUTION SCALES



Total Score: 7 Items 7 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75

0 circled area marks regions of potential relative strength or weakness.

Total Score: 7 Items 7 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75

NOTION SCALES



OUTCOME SCALES



USUAL OR ATYPICAL RESPONSES



Total Score: 7 Items 7 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75

0 circled area marks regions of potential clinical significance.

Anexo G

Agenda Semanal de Atividades

HORAS	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª feira	Sábado	Domingo
7:30							
8:00							
8:30							
9:00							
9:45							
10:30							
11:00							
12h30							
13:00							
14:30							
15:00							
15:30							
16:30							
17:30							
18:00							
19:00							
19:30							
20:15							
21:00							
21:45							
22:00							

NOME: _____ IDADE: ____ ANO: ____ DATA: __/__/__

Anexo H

Exercício do “Espelho”

Exercício do Espelho

- 1- Coloca-te em frente ao espelho e conversa contigo mesma sobre aquilo que mais te incomoda;
- 2- Conversa com confiança em ti mesma;
- 3- Reflete sobre reflete sobre os erros e as coisas certas à cerca do problema;
- 4- Apresenta soluções possíveis para o resolveres;
- 5- Começa por resolveres os problemas mais simples até aos mais complexos;
- 6- Utiliza o perdão, pede perdão a Ti mesma
- 7- Olha para o espelho e diz “EU AMO-ME”
- 8- Sê Feliz

Treino de Relaxamento Muscular

Treino de Relaxamento Muscular

É uma técnica de relaxamento que consiste na contração e descontração sequencial dos músculos do corpo. O objetivo é conseguires fazê-lo em qualquer local ou circunstância da tua vida, principalmente naqueles momentos que te sintas mais tensa e ansiosa, como por exemplo, antes de uma apresentação, antes de um exame...)

Este treino deve ser realizado diariamente, para que consigas relaxar cada vez melhor. Uma boa altura para praticares este exercício é a noite antes de ires dormir, com uma roupa confortável e descalça, num ambiente calmo, com pouca luz, sem seres interrompida e sem preocupação com realização de tarefas.

Mantem-te tão relaxada o quanto possível!

Começa por contrair os músculos por 10 segundos e relaxa durante 20.

- **Mão e antebraço direito:** Contraí os teus músculos, da mão e do braço, fecha em punho. Sente a tenção na mão, nos nós dos dedos, no punho e nos músculos do antebraço. (Mantém durante 10 seg.)

RELAXA (20 seg.)

Repara na diferença entre tenção e relaxamento.

- **Braço direito:** contraí os músculos, puxando o cotovelo para baixo e para dentro contra o teu corpo, ou contra o braço da cadeira, sente os músculos a puxar. (Mantém durante 10 seg.)

RELAXA (20 seg.)

Repara na diferença entre a tenção e o relaxamento e foca a tua atenção nas sensações associadas ao relaxamento.

- **Mão e antebraço esquerdo:** contrai e relaxa os músculos utilizando o procedimento da mão e antebraço do lado esquerdo. (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Repara na diferença entre tensão e relaxamento.
- **Braço esquerdo:** contrai e relaxa os músculos utilizando o procedimento do braço do lado esquerdo.
(Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Repara na diferença entre a tensão e o relaxamento e foca a tua atenção nas sensações associadas ao relaxamento.
- **Parte superior da face (testa):** contrai este músculo, levantando as sobrancelhas o máximo que conseguires (franzindo a testa). Sente a tensão a subir da testa até ao teu couro cabeludo. (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Deixa toda a tensão sair, repara como é a sensação dos músculos cada vez mais relaxados.
- **Parte média da cara (parte superior das bochechas e nariz):** contrai o nariz fechando os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sente a tensão no redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas. (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Aprecia as sensações agradáveis associadas ao relaxamento.
- **Parte inferior da cara (parte inferior das bochechas, boca e queixo)** – contrai estes músculos cerrando os dentes e empurra os cantos da boca para trás, como se quisesses sorrir exageradamente
Sente a tensão á volta do maxilar e do queixo. (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento

- **Pescoço e Garganta** – Foca a tua atenção nos músculos do pescoço e da garganta. Contraí esses músculos puxando o queixo para o queixo, mas sem tocar no queixo. Aprecia a tensão nesses músculos. (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Repara na sensação que é os músculos ficarem cada vez mais relaxados
- **Peito, ombros e parte superior das costas** – contraís estes músculos inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando ombros e omoplatas para trás (como se fosses tocar com um ombro no outro). Sente a tensão no peito, nos ombros e na parte das costas. (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Aprecia as sensações agradáveis associadas ao relaxamento.
- **Abdomén** – contraí os músculos do estômago (como se fosses evitar um soco). Sente o teu estômago tenso e apertado. (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Deixa a tensão sair e repara como esses músculos ficaram relaxados.
- **Coxa direita** – contraí os músculos encolhendo a nádega direita e contraindo os músculos da parte superior da perna.
Sente a tensão na nádega e na coxa (Mantém durante 10 seg.)
RELAXA (20 seg.)
Repara na diferença entre a tensão e o relaxamento e foca a tua atenção nas sensações associadas ao relaxamento.
- **Barriga da perna direita** - Foca a tua atenção nos músculos da barriga da perna, contraí os músculos empurrando fortemente os dedos do pé para cima em direção á cabeça.
Mantém a tensão durante 10 seg.
RELAXA (20 seg.)
Deixa a tensão sair e aprecia as sensações agradáveis associadas ao relaxamento.

- **Pé direito** – contraia os músculos, voltando os dedos para dentro e ao mesmo tempo dobra os dedos (sem fazer muita força).
Sente a tensão na palma do pé e mantém por 10 seg.
RELAXA (20 seg.)
Aprecia as sensações agradáveis associadas ao relaxamento.
- **Coxa esquerda** – contraia e liberta os músculos utilizando o processo da coxa direita.
- **Barriga da perna esquerda** - contraia e liberta os músculos utilizando o processo da barriga da perna direita.
- **Pé esquerdo** - contraia e liberta os músculos utilizando o processo do pé direito.

BOM TRABALHO!!

Certificado

