

Relatório de Estágio

Adriana Helena Sousa Loureiro

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

—

Gandra, **setembro de 2023**

Adriana Helena Sousa Loureiro

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Relatório de Estágio

Trabalho realizado sob a Orientação de
Prof^ª. Doutora. Vera Almeida

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Adriana Helena Sousa Loureiro, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário e Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica

Agradecimentos

Ao fim de 9 meses de uma grande experiência, quero agradecer a Dra. S, pelo profissionalismo que demonstrou sempre ao longo do estágio, pela dedicação e auxílio, mostrando-se sempre disponível para tudo o que necessitasse. Por ter sido uma fonte de conhecimento e aprendizagem, por todas as oportunidades e por me ter incentivado a fazer sempre mais e melhor.

Um agradecimento a Dra. T, que sempre se mostrou disponível e com quem também aprendi muito.

Por fim, um agradecimento especial aos meus pais, que desempenham o papel mais importante, sendo sempre o meu maior apoio, e é graças a eles que consegui chegar a esta etapa da minha vida, por terem sempre esperança em mim e me motivarem a ser sempre melhor.

Índice

Introdução.....	9
Caracterização do local de estágio.....	10
O hospital	10
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	10
A Psicologia Clínica e da Saúde e o Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar	11
O hospital e o papel do psicólogo em contexto hospitalar	13
Descrição das atividades de estágio.....	14
Reuniões de supervisão.....	15
Observação Participante da Consulta de Psicologia no DPSM	15
Consultas Realizadas Durante o Estágio Curricular.....	16
Grupo de Intervenção	16
Trabalhos realizados	17
Estudos de caso.....	19
Estudo de caso: Paciente D.....	19
Estudo de caso: Paciente R.....	29
Reflexão final	39
Referências	41
Anexos.....	43

Índice de tabelas

<u>Tabela 1- Consultas de seguimento - Caso D.</u>	26
<u>Tabela 2- Consultas de seguimento - Caso R.</u>	35
<u>Tabela 3- Descrição dos Instrumentos de Avaliação</u>	50

Lista de anexos

<u>Anexo 1- Calendarização</u>	1
<u>Anexo 2 - Consultas realizadas durante o estágio</u>	5
<u>Anexo 3- Manual sobre a Perturbação obsessivo-compulsiva para Teens</u>	10
<u>Anexo 4- Guia para pais- Perturbação da eliminação de fezes- Encoprese</u>	19
<u>Anexo 5- Grupos de intervenção PHDA para crianças, adolescentes e pais</u>	29
<u>Anexo 6 - Dia Mundial da Criança</u>	45
<u>Anexo 7- Descrição dos Instrumento de Avaliação</u>	49

Lista de Abreviaturas

CBCL - Child Behaviour Checklist

CDI - Children` Depression Inventory

CMAS-R - Children`s Manifest Anxiety Scale- Revised

CP- Cuidados Paliativos

DPSM- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EPE- Entidade Publica Empresarial

IPPSSs- Instituições Particulares de Solidariedade Social

ONGs- Organizações não Governamentais

PAG- Perturbação da Ansiedade Generalizada

PHDA- Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

PMA- Procriação Médica assistida

TRF - TRF Teacher Report Form

WISC III - A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição

Introdução

O presente relatório foi desenvolvido durante o estágio curricular no Serviço de Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência e Psicologia da Infância e Adolescência no Centro Hospitalar do Norte. Insere-se no âmbito do 2º ciclo do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo decorrido sobre a orientação da Prof. Doutora V e orientação da Dr^a. S (Psicóloga Clínica e da Saúde do Hospital). Teve início em outubro de 2022 e prolongou-se durante 9 meses até julho de 2023.

Este estágio teve como objetivo principal a componente prática, que permite o contacto tanto com outros profissionais com diferentes abordagens clínicas, como também com casos clínicos reais.

O documento está dividido em três partes: na primeira parte, apresenta-se a caracterização do local de estágio e o papel do psicólogo em contexto hospitalar. Na segunda parte, serão descritas as atividades realizadas ao longo do ano e a importância das mesmas, desde a observação participante, os acompanhamentos realizados de forma individual, e os trabalhos realizados. Por fim, na terceira parte, serão apresentados dois estudos de caso, onde será feita a descrição, concetualização e conclusão. Para terminar uma reflexão sobre o estágio de uma forma geral.

Caracterização do local de estágio

O hospital

O estágio foi realizado no Hospital do Norte do país. Esta instituição foi fundada no final do século XVI. No ano de 2005, foi qualificado como Entidade Pública Empresarial (EPE).

A área de influência direta do Hospital engloba a assistência direta à população dos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Vizela. Atua ainda como referência para outros concelhos, nomeadamente Famalicão, Felgueiras, Mondim de Basto e Celorico de Basto. A instituição organiza-se em três edifícios, o edifício principal, do qual fazem parte a Consulta Externa I, o Internamento, o Serviço de Urgência, a Farmácia de Ambulatório e o Centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA); um outro edifício constituído pela Consulta Externa II, Fisiatria, Unidade de Dor, Cuidados Paliativos (CP) e a Psiquiatria e Saúde Mental; o último e mais recente edifício contém a Consulta Externa III e o Hospital de Dia.

Este Hospital tem como função realizar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos doentes, prestando-lhes sempre os melhores cuidados de saúde, com o máximo nível de competência, rigor e excelência, respeitando sempre o princípio da humanização. Desenvolvem-se ainda um conjunto de atividades de Ensino e Investigação neste Hospital, assim como a fomentação da formação pré e pós-graduada.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) deste Hospital, foi inaugurado em outubro de 2003, apesar de a prestação dos serviços já decorrer desde 2000, através da Consulta Externa. Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, composta por nove Psiquiatras e quatro internos de especialidade, sendo um deles Diretor do Serviço, cinco Pedopsiquiatras, cinco Psicólogos residentes, um deles coordenador da Unidade de Psicologia, e três do estágio da Ordem dos Psicólogos Portugueses, uma equipa de enfermagem constituída por 14 Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Administrativos e Assistentes do Serviço Social.

Com o objetivo de responder às solicitações dos utentes, este departamento dispõe de consultas de diferentes especialidades, sendo o serviço de Psiquiatria composto pelas valências: clínica de casal, intervenção em crise, intervenção neuropsicológica,

psicoterapia individual/familiar/grupo, terapêutica de reabilitação ou desintoxicação, terapia ocupacional, tratamento de perturbações cognitivas e visita domiciliária. O serviço de Psicologia Clínica engloba: Apoio na Procriação Médica Assistida, Consulta e seguimento em Neuropsicologia, Adolescência, Dor Crónica, Saúde Mental Infantil/Juvenil, Oncologia, Saúde Ocupacional, Intervenção em Crise, Psicologia de Casal/família, Cirurgia Bariátrica, Tratamento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) e visita domiciliária. O serviço de Pedopsiquiatria consiste em: consultas de crise, consulta de primeira infância (avaliação, intervenção e acompanhamento), equipa multidisciplinar para avaliação e intervenção na PHDA e alterações do comportamento e terapia familiar, neste sentido, são recebidos no departamento utentes com vários tipos de patologias mentais e de diferentes faixas etárias, que vão da primeira infância à terceira idade. Há ainda uma área de internamento para pacientes com perturbações mentais graves, com uma capacidade máxima de doze utentes. Estes são acompanhados na consulta interna e externa, assim como pelo hospital de dia, ao qual se associa o programa de prevenção de recaídas para estes utentes, com suporte domiciliário semanal.

No DPSM existe uma vertente direcionada tanto para o ensino como para a investigação, que permite a aprendizagem e o trabalho multidisciplinar pelos profissionais de saúde e respetivos estagiários.

A Psicologia Clínica e da Saúde e o Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A psicologia clínica e da saúde é uma especialidade da psicologia que tem como objetivo a promoção do bem-estar e realização pessoal, que intervém em problemas de saúde física, mental e de comportamento de indivíduos, famílias ou grupos, conceptualizando-os de forma compreensiva. Esta especialidade abrange perturbações de carácter intelectual, emocional, psicológica, social ou comportamental, com uma ampla variação de intensidade, que vai desde o desconforto até a perturbações mentais severas (Janeiro, 2016).

O psicólogo clínico e da saúde deve compreender a psicopatologia e os processos mentais para poder intervir na perturbação, recorrendo a procedimentos específicos como a avaliação e intervenção e a supervisão. Os contextos em que estes psicólogos podem

intervir são variados, tais como hospitais e centros de saúde assim como na área da justiça e do desporto (Pereira, 2021).

A psicologia clínica é a área de atuação do psicólogo que se guia de métodos e técnicas para desvendar a realidade psíquica e comportamental de um sujeito ou grupo de pessoas. O seu principal objetivo é promover a saúde mental e o bem-estar, seja de forma individual ou coletiva. Os objetivos de intervenção são, identificar os determinantes dos comportamentos de saúde, de forma a intervir precocemente nas diferentes fases do ciclo de vida, visando a promoção e manutenção da saúde, intervir nos processos de mudança comportamental e implementar práticas para a prevenção das doenças, facilitar processos de adaptação, conforto e tratamentos à doença, intervir no sofrimento psicológico ou patológico de doenças, promover a adesão medicamentosa e autocuidados, particularmente nas doenças crónicas (Pereira, 2021). Implementar métodos psicológicos de avaliação e promoção da qualidade de vida na doença, literacia e comunicação em saúde, com a finalidade de influenciar e capacitar os utentes na gestão da saúde e das suas doenças (Pereira, 2021). Tem competências científicas para a aplicação de conceitos, metodologias e técnicas da área clínica e da saúde, particularmente no diagnóstico, avaliação psicológica, planeamento, monitorização, intervenção psicológica, consultoria, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação que pode ser feita ao nível individual, grupal, social ou institucional e pode ser preventiva ou interventiva. Estes podem exercer a sua prática profissional em consultórios privados, clínicas, hospitais, cuidados de saúde primários, organizações não-governamentais, autarquias, instituições educativas, centros de reabilitação, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Instituto Nacional de Medicina Legal, Prisões, Instituições de ensino superior (Oliveira, 2016). Em contexto hospitalar pode intervir em situações de crise psicológica como, ataques de pânico, surtos psicóticos, intenção suicida, etc., intervindo de forma a promover a adesão terapêutica dos pacientes, participando em reuniões de equipa multidisciplinar e dando consultoria e apoio aos profissionais de saúde (Pereira, 2021).

A psicologia da saúde tem uma atuação alargada, que se estende a todos os contextos e comportamentos de saúde. O psicólogo da saúde aplica as teorias e as evidências da ciência psicológica à saúde, procurando provocar mudanças que conduzam a comportamentos saudáveis. A sua intervenção pode ser preventiva, promocional e remediativa e tem como objetivo geral melhorar a saúde e a qualidade de vida da população assim como melhorar a qualidade do sistema de saúde. Esta intervenção pode

ser feita a nível, individual, de grupo ou organizacional. O psicólogo da saúde tem como funções, avaliação, diagnóstico, análise e monitorização do estado de saúde, funcionamento psicológico, necessidades e indicadores psicossociais, programas de saúde comunitários, avaliação da qualidade, da humanização e do impacto da saúde da população e prestação de cuidados de saúde. Este intervém na prevenção da doença, na promoção da saúde, na educação para a literacia em saúde, capacitação dos consumidores de saúde, comunicação pública de informação relevante sobre saúde, acompanhamento psicológico, intervenção em grupo e em situações de crise e emergência. Colabora com outros profissionais de saúde e em diferentes áreas, dinamizar parcerias, colaborar e facilitar o intercambio com outras instituições como hospitais e centros de saúde, serviços de ação social, comissões de proteção de crianças e jovens em risco, instituições particulares de solidariedade social (IPSSs), organizações não-governamentais (ONGs), as associações locais e juntas de freguesia, polícia ou Guarda Nacional Republicana (GNR) (Oliveira, 2016).

A psicologia da criança e do adolescente, tem como objetivo o desenvolvimento psicológico e emocional da criança, incluindo como se comportam, pesam e sentem. É uma área de investigação e intervenção que inclui, psicologia do desenvolvimento, psicologia educacional e psicologia clínica. A principal vantagem da intervenção em crianças e adolescentes é a possibilidade de se fazer uma intervenção precoce, potenciando assim os resultados e objetivos definidos, providenciando uma melhoria geral da qualidade de vida para as crianças, adolescentes e famílias (Bouça, 2022). O psicólogo, procura, conhecer e compreender as interações com os contextos de vida, no sentido de promover o estabelecimento e manutenção de relações positivas e informar as pessoas/serviços que a rodeiam das suas necessidades (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

O hospital e o papel do psicólogo em contexto hospitalar

No hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real. A sua atuação ocorre ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e da família ao confronto da intensa crise. Esta atuação deve ser direcionada para o apoio, atenção, compreensão, suporte, tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimento sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares. O psicólogo prepara o paciente para procedimentos cirúrgicos, exames, combate às doenças e o seu tratamento, atenção

aos transtornos mentais associados a patologias, tornando o paciente ativo no seu processo de adoecimento e hospitalização. Na psicologia hospitalar não interessa a doença em si, mas a relação que o doente tem com o seu sintoma, o que este faz com a doença, que significado lhe confere (Cantarelli, 2009).

O psicólogo da criança e do adolescente, no contexto hospitalar, trabalha junto das famílias, procura avaliar as necessidades, valores e expectativas; quais as suas capacidades, competências, recursos e fontes de apoio. Junto da criança, avalia o desenvolvimento cognitivo, emocional e psicológico da criança, comportamentos e a existência de problemas de saúde psicológica ou do desenvolvimento através de instrumentos de avaliação psicológica. O psicólogo oferece informação sobre as características do desenvolvimento e comportamento da criança, assim como sobre os padrões relacionais da família e as suas implicações para a criança. Juntamente com outros profissionais, elabora recomendações de apoio à família e à integração e transição da criança para contextos educativos adequados (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Descrição das atividades de estágio

O estágio curricular teve início no dia 6 de outubro de 2022. Durante o ano foram realizadas várias atividades: observação participante, realização de consultas, reuniões de supervisão e orientação.

No meu estágio tive como orientadora local a Dr^a Sara Flores, psicóloga clínica da Unidade de Psicologia do Hospital. Ao longo de todo o estágio foi realizada orientação com frequência semanal, que serviram para colocar dúvidas existentes sobre casos clínicos que iam sendo atribuídos, verificação de diários clínicos das consultas realizadas, realização e discussão de relatórios de avaliação. Todo o acompanhamento foi importante, a oportunidade de partilhar dúvidas, receber feedback do trabalho e das atividades realizadas, mencionando também a aprendizagem profissional a que tinha acesso onde eram feitas sugestões de planos e intervenções. Saliento ainda a importância do profissionalismo, disponibilidade, dedicação, atenção, cuidado e compreensão, sempre demonstrados por parte da orientadora, o que se tornou importante para a realização de todas as atividades propostas.

Reuniões de supervisão

As reuniões de supervisão, orientadas pela Prof. Dr^a. Vera Almeida, foram realizadas via online, com a presença das minhas colegas estagiárias, ao longo do período de estágio e sempre que surgiam dúvidas. Estas reuniões tinham como objetivo o esclarecimento de dúvidas e discussão de ideias e experiências e serviam de espaço para a partilha de inseguranças, medos e incertezas.

Observação Participante da Consulta de Psicologia no DPSM

No início do estágio foi dada a oportunidade de observar as consultas de psicologia clínica desenvolvidas por cinco psicólogos da unidade, que realizam a prática clínica em diferentes áreas.

O período de observação foi importante no meu percurso. Ao ser dada a possibilidade de observar os procedimentos relacionados com a psicologia em diferentes áreas, foi uma fonte de aprendizagem e de criação de estratégias possíveis de serem implementadas nas consultas. Neste período foi possível contactar com população diversificada, como pela faixa etária, género e diferenciação psicológica, permitindo trabalhar com diferentes personalidades, identificando e aprendendo as estratégias utilizadas em contexto de consulta, adquirindo novas competências de avaliação e intervenção. Todo este processo foi essencial para a minha aprendizagem, proporcionando-me, uma melhor adaptação ao contexto hospitalar e possibilitando um primeiro contacto com a prática clínica, aprimorando assim competências ao nível da avaliação e intervenção psicológica.

Relativamente às consultas, o momento de observação foi contínuo, devido ao público-alvo com que trabalhei ao longo do estágio, senti a necessidade de manter a observação de consultas de psicologia infantojuvenil, para maior obtenção de conhecimento. Foi permitido também, a observação de consultas de avaliações psicológicas, onde foi possível estar em contacto e aprender a aplicar os instrumentos de avaliação psicométrica utilizados no serviço como; a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III), a Teacher Report Form (TRF), a Child Behaviour Checklist (CBCL), a Children's Manifest Anxiety Scale- Revised (CMAS-R), a Children's Depression Inventory (CDI), e a D2 (anexo 7).

Consultas Realizadas Durante o Estágio Curricular

Após o período de observação participante, iniciei a minha prática profissional no departamento de pedopsiquiatria infantojuvenil, onde me foi dada a oportunidade de aplicar testes de avaliação psicométrica de forma autónoma, a crianças e jovens. Foram-me atribuídos casos para iniciar avaliação e intervenção psicológica. As consultas realizadas foram, maioritariamente, para avaliação psicométrica. No entanto, foram realizadas consultas em que estive em contacto com outras problemáticas como Perturbações da Eliminação da Urina e das Fezes, Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação da Ansiedade Generalizada e Comportamentos de Oposição e Desafio.

Numa primeira fase foi elaborado um plano terapêutico com base na vertente da avaliação e respetiva intervenção psicológica. As consultas foram iniciadas pela avaliação psicológica, através do método de entrevista clínica, para recolha de informações, e avaliação psicométrica formal.

Grupo de Intervenção

Os grupos terapêuticos são uma oportunidade de experienciar um processo terapêutico em conjunto com um grupo de pessoas, onde há trocas de diálogos, partilha de experiências e uma melhor adaptação no modo de vida individual e coletivo. Para Cardoso e Seminotti (2006), o grupo é entendido, como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos (Benevides et al., 2010). Promove os pontos fortes e competências dos elementos que integram o grupo, fornecendo conhecimento e competências para saber lidar com situações prejudiciais ou problemas de saúde. Estes grupos surgem com o objetivo de promover a saúde mental infantil, assim como, o bem-estar dos seus familiares e educadores (Veríssimo, sem data).

O grupo terapêutico para crianças é diretamente vinculado à psicoterapia individual, é através das dinâmicas realizadas em grupo que as crianças vão expressar os seus sentimentos e demonstrar mesmo que de forma indireta, onde está a sua dificuldade e problemática, além disso, apoiar no desenvolvimento dessa criança onde ela aprende a lidar com outras visões sobre o mundo e criar perspetivas. Nestes grupos, as crianças têm a possibilidade de reconhecer os seus pensamentos e comportamentos juntamente com os outros membros do grupo, da mesma faixa etária. O grupo terapêutico contribui para o desenvolvimento emocional, preparando-as para enfrentar possíveis dificuldades no

ambiente escolar, familiar e social, sendo um lugar onde a criança pode brincar, fantasiar, sem culpa e sem julgamentos, manifestar hiperatividade, ausência de limites ou timidez (Puigcerver et al., 2022).

Durante o estágio foi-me sugerido a participação no desenvolvimento de grupos terapêuticos para crianças e adolescentes com PHDA e grupos para os pais (anexo 5). No entanto, devido ao término do estágio, não foi possível fazer o acompanhamento e assistir a esta prática.

Trabalhos realizados

Material informativo para pais sobre a Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC)

A POC é uma disfunção neuropsiquiátrica que afeta a qualidade de vida do doente, assim como, pode ter impacto na vida daqueles que o rodeiam, e muitas vezes os pais das crianças com POC são mesmo envolvidos pela perturbação (Antunes, 2018).

No início do estágio, foi-me proposta a realização de um manual informativo (anexo 3) sobre a POC, este pedido surgiu devido ao aparecimento de mais crianças a consulta de psicologia com esta perturbação, e teria o formato de um guia explicativo sobre a perturbação, desde as suas características, tratamentos, bem como os serviços de apoio existentes. O objetivo era a exposição e distribuição do guia pelo serviço para os pais e jovens.

No sentido de sensibilizar os pais de crianças e jovens com POC para esta perturbação, o trabalho realizado, teve como função, informar os pais acerca desta Perturbação, ajudando a compreender, o que é esta perturbação, como é que esta se desenvolve, a importância de diagnóstico para a saúde mental, fatores de risco, qual o tratamento, intervenção e o papel dos pais na vida dos seus filhos.

Guia para pais sobre a Perturbação da eliminação das fezes- Encoprese

A aquisição do controlo dos esfíncteres é uma aquisição importante para a autonomia da criança. É uma etapa exigente do seu desenvolvimento, que ocorre na primeira infância. Dentro das Perturbações de eliminação da Urina e das Fezes, temos a enurese que segundo o DSM-5, é a emissão repetida de urina na cama ou nas roupas, de forma involuntária ou intencional. Estes episódios de enurese começam a ter significado clínico quando a criança com idade igual ou superior a 5 anos tem mais de dois episódios

semanais, durante pelo menos três meses consecutivos. A encoprese, que de acordo com o DSM-5, existe encoprese quando uma criança com pelo menos 4 anos tem uma emissão voluntária ou involuntária repetida de fezes, em locais inapropriados, como no chão ou roupa. Estes episódios ocorrem pelo menos uma vez por mês, durante o mínimo de três meses. Pode ser distinguida como encoprese com obstipação e incontinência de fluxo, ou sem obstipação e incontinência no fluxo. Muitas vezes os pais têm dificuldade em compreender devido a forma e o porquê de como os episódios ocorrem. Estes podem provocar ansiedade na criança, sensação de perda de controlo, que acabava por tem impacto na sua autoestima. Devido ao impacto que esta perturbação tem na criança, e no seu desenvolvimento é importante um trabalho multidisciplinar em conjunto com os pais, pois estes terão um papel importante no plano de intervenção (Antunes, 2018).

Ao longo do estágio, em consulta, muitos dos pacientes que vinham para a primeira consulta, a grande maioria das queixas descritas pelos pais, eram os episódios de encoprese, logo, o plano inicial de intervenção, era trabalhar para ultrapassar estes episódios. Neste sentido, foi proposta a realização de um manual explicativo sobre a encoprese, o que é, como é a feita a avaliação, até ao tratamento e a importância que os pais têm para o seguimento do plano de intervenção.

Planeamento do Dia Mundial da Criança

Com a chegada do Dia da Criança, foi proposto a preparação de cartazes lúdicos sobre conceitos e momentos importantes na fase das crianças e jovens, e expor no serviço de Psiquiatria (anexo 6). Foi um dia preparado para receber as crianças e jovens com ainda mais felicidade e carinho como já é habitual, tinham a sua disposição jogos e um pequeno lanche na sala de espera, podiam interagir uns com os outros e tornar o momento de espera para a consulta de psicologia, mais divertido. O objetivo desta atividade era promover junto dos pais e cuidadores que acompanhavam as crianças a consulta, quais os fatores que podem influenciar a saúde mental dos seus filhos de forma positiva, de modo que estes tenham rotinas diárias assim como um estilo de vida saudável. Apelando á promoção e prevenção da saúde mental das crianças e jovens.

Estudos de caso

Estudo de caso: Paciente D.

Dados de Identificação

D. é um menino com 7 anos de idade e frequenta o 2º ano de escolaridade, reside no Distrito do Porto, pais separados, coabita com a mãe, o companheiro da mãe e o irmão. A mãe completou o 9ºano de escolaridade, situação profissional desempregada. O companheiro da mãe, situação profissional, empregado e o irmão tem 10 anos a frequentar o 4ºano.

Motivo e Pedido da Consulta

D. foi encaminhado para a consulta de Psicologia, devido a PHDA¹ e alterações comportamentais, como comportamento de oposição e desafio; intolerância a frustração e dificuldades no cumprimento das regras, desta forma foi solicitado um pedido de avaliação formal.

Medicação: MTF 15+10mg

Primeiro contacto

O primeiro contacto foi no início do mês de março de 2023. D. veio a consulta acompanhado pela mãe e amiga, desde início demonstrou fácil interação, extrovertido e com bom contacto ocular.

A consulta iniciou com a mãe, a amiga que vinha acompanhar e o D. A mãe explicou o motivo da consulta, foi feita uma breve apresentação, de seguida, foi pedido que se ausentassem do gabinete, tendo o paciente consentido sem nenhuma objeção. No momento de entrevista individual com o D., foi sugerido que me falasse um pouco de como eram as suas relações nos diferentes contextos do seu dia-a-dia. Durante o tempo da consulta, apresentou um discurso organizado e de fácil compreensão, sempre muito impulsivo e explorava o gabinete de forma desorganizada, ausentando-se constantemente

¹ A PHDA é uma perturbação de desenvolvimento caracterizada por um conjunto significativo de alterações comportamentais, nomeadamente: desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade. As crianças com PHDA apresentam dificuldades em ajustar o comportamento à situação ou a uma tarefa específica.

do gabinete para poder comunicar com a mãe. Foi pedido a mãe que entrasse novamente para o gabinete, e foi explicado o que iria ser feito na consulta seguinte relativamente ao momento de avaliação. No fim D. mostrou-se mais entusiasmado com a sessão seguinte.

História Pessoal e Familiar

D. é o filho mais novo de uma fratria de dois irmãos, fruto de uma segunda relação da mãe, pais separados; nasceu de uma gravidez planeada e desejada, a gravidez ocorreu sem preocupações.

O desenvolvimento motor, ocorreu dentro dos parâmetros normativos; no que diz respeito á alimentação, é saudável e variável, mas tem algumas dificuldades em comer. Quanto à rotina do sono, dorme bem, não gosta de dormir sozinho por isso dorme na mesma cama que o irmão. Relativamente ao controlo dos esfíncteres, ocorrem algumas alterações, foram verificados episódios de encoprese frequentes, em variados contextos.

A primeira infância é descrita como “normal” D. já mostrava ser uma criança muito irrequieta, apresenta problemas desde o pré-escolar, tendo sido vários os esforços para contornar a situação, contudo, sem sucesso. Quando transitou para o 1ºano de escolaridade, iniciaram as queixas de comportamento, segundo a professora, no início da manhã, o D. apresenta um comportamento adequado, encontra-se sob efeito da medicação, a partir do meio da manhã, após a segunda toma da medicação não são verificados efeitos e dá-se uma alteração do comportamento, é descrita muita agitação psicomotora², o não cumprimento das regras, comportamento infantil, deita-se no chão, chora, atira e rasga os materiais, faz gestos como “torcer o próprio pescoço”, levantar o dedo do meio a professora, demonstrando comportamento de desafio (verbalizando muitas vezes “estou a testar-te” sic.). Já foi referenciado na escola por mau comportamento e comportamento desafiante para com a professora.

De acordo com a descrição, em contexto familiar, há harmonia e uma boa relação com o casal, aos fins de semana vai para o pai. Com a mãe tem uma maior tendência a não obedecer, vê o companheiro da mãe como uma figura de autoridade, mostrando segundo relatado um maior respeito e obedecendo quando este fala e com o irmão tem uma boa relação de amizade e companheirismo.

² Agitação psicomotora é definida como atividade verbal e psicomotora, que se torna inadequada e repetitiva.

D. está abrangido pelas medidas universais (DL54 (2018)) e adaptações ao processo de avaliação, este decreto-lei dá a possibilidade de a escola encontrar formas de lidar com as diferenças dos seus alunos, de forma a adequar os processos de ensino às características e condições individuais de cada aluno, mobilizando os meios de que dispõe para que todos aprendam e participem na vida da comunidade educativa (*Decreto-Lei n.º 54/2018 / DR, sem data*).

Processo de Observação Clínica

Em todas as consultas veio acompanhado pela mãe, apresentou uma imagem cuidada, estatura baixa, olhos castanhos, cabelo curto e liso. Ao longo das consultas, mantinha o contacto ocular, sempre bem-humorado, muita agitação motora, e explorava o gabinete de forma desorganizada. Apresentação com um discurso organizado e um bom vocabulário, sempre muito interativo e com facilidade em expor os acontecimentos do seu dia. Menino muito impulsivo, nos momentos de avaliação era facilmente verificado baixos mecanismos para enfrentar dificuldades.

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 do paciente, bem como aspetos da relação familiar, desenvolvimento psicossocial a modo de manter uma boa relação terapêutica. Para além da anamnese realizada com o paciente e os familiares, para avaliação do comportamento do paciente, foram administrados os seguintes testes: WISC-III, CBCL, TRF, Escala de Conners (anexo 7). Estes instrumentos auxiliaram na realização de um diagnóstico diferencial, fornecendo informação quantitativa. Depois da recolha da anamnese e da avaliação psicométrica, pudemos estabelecer e implementar um plano de intervenção adequado às necessidades do paciente.

Resultados da Avaliação

Na WISC-III, foram obtidos os seguintes valores:

Para o Quociente Intelectual Verbal muito inferior (QIV = 96 com intervalo de confiança a 95% entre 89-103 e com percentil de menor 39); No Quociente Intelectual de Realização muito inferior (QIR = 89 com intervalo de confiança a 95% entre 81-99 e com percentil de 23); e no Quociente da Escala Completa muito inferior (QIEC = 90 com intervalo de confiança a 95% entre 82-100 e com percentil de 25).

Na análise dos gráficos apresentados foi possível verificar que o D. apresenta um desenvolvimento cognitivo situado no nível “Médio” de acordo com a sua faixa etária, com uma distribuição de valores entre escalas homogénea.

Ao nível da escala verbal, onde se verificou um QI de 96 situado no nível “Médio”, apresentou resultados dentro da média em todas as subescalas. Na sequência destes resultados, é possível verificar, capacidade de lidar com símbolos abstratos, qualidade de educação formal e boa relação com os pares, estimulação do meio ambiente e compreensão, memória e fluência verbal.

Na escala de realização, verificou-se um QI de 89 situado a um nível “Médio Inferior”. Apresentando um resultado, abaixo do esperado para a idade, no subteste código (5), verificando-se dificuldades na velocidade de processamento, seguimento de instruções sob pressão de tempo, persistência motora, resistência a distratibilidade, capacidade de aprendizagem e flexibilidade mental.

Através das análises dos índices averigua-se: Índice de Compreensão Verbal (ICV= 95 com um percentil de 37), Índice Organização Percetiva (IOP=96 com percentil de 39) e o Índice de Velocidade de Processamento (IVP= 89 com percentil de 23), verificando-se resultados dentro da média para a faixa etária nos índices referidos, demonstrando conhecimento verbal, capacidade de compreensão, raciocínio não-verbal e fluido, e velocidade psicomotora e mental.

No questionário CBCL que permite avaliar aspetos sociais e comportamentais dos seus filhos. O D. apresenta resultados muito elevados para oposição/imaturidade (20), agressividade (12), hiperatividade/atenção (13), depressão (11), isolamento (7) e obsessivo/esquizoide (7).

No TRF destinado aos professores com um conjunto de respostas relativamente aos comportamentos das crianças/adolescentes. Com base nos 6 meses em que a professora acompanha o aluno, esta refere que o D. apresenta um baixo rendimento a matemática e português, está dentro do nível a estudo do meio e apresenta um rendimento muito abaixo em expressões. Em comparação com os colegas, trabalha e aprende menos,

tem um comportamento desadequado, e parece menos feliz. Quanto aos resultados mais recentes nas provas de avaliação, demonstra dificuldades de concentração/atenção e frequentemente recusa-se a realizar as fichas. Existem também preocupações por parte da professora, quanto a instabilidade emocional e comportamental, que condiciona o seu relacionamento com os pares, os adultos e as suas aprendizagens. O D. tem como pontos fortes, competências académicas, apesar de comprometidas pela instabilidade comportamental, nos poucos momentos em que está estável, é uma criança afável. A professora refere ainda, sempre que é solicitado o recurso a imaginação e criatividade, que este recorre a situações e personagens com carácter violento e de terror.

No que diz respeito ao resultado obtido no questionário, apresenta níveis muito superiores ao normativo para a faixa etária, em agressividade/antissocial (51), problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem (14), isolamento social (13), problemas sociais (10), ansiedade (9) e comportamentos estranhos (9).

No Questionário de Conners para pais e professores (Fonseca, 1996), na parte do questionário preenchido pela professora, apresenta níveis muito superiores à média para a faixa etária. Não foi possível elaborar avaliação dos resultados da escala de Conners dirigida aos pais, visto que não houve preenchimento da mesma.

Interpretação Conjunta dos Resultados

Em conformidade com os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos de avaliação e o levantamento da história biopsicossocial no momento da entrevista clínica, denota-se um funcionamento mental médio para a faixa etária.

Perante análise conjunta de todos os resultados, D. demonstra dificuldades na velocidade de processamento, seguir instruções sob pressão de tempo, persistência motora, resistência a distratibilidade, capacidade de aprendizagem e flexibilidade mental. Estas dificuldades foram evidenciadas e facilmente observadas em consulta, este realizava as provas de forma impulsiva, sem planeamento, com momentos de frustração perante as dificuldades, muitas vezes recusava-se a continuar a tarefa, tendo sido necessário criar dois momentos de avaliação para evitar momentos de cansaço.

Podemos concluir que parte destas dificuldades sentidas pelo paciente advém da dificuldade em manter a tarefa, fácil desistência, intolerância a frustração, e incapacidade de enfrentar as dificuldades, levando a um comportamento mais agressivo e muita agitação psicomotora.

Nos questionários relativos ao comportamento, os resultados indicam níveis comportamentais superiores ao esperado para a faixa etária. Relativamente aos episódios de encoprese, seguindo os relatos obtidos através da mãe, o paciente preenche todos os critérios de diagnóstico para a Perturbação da Eliminação das fezes.

Diagnóstico e Parecer Clínico

Perante a análise de todos os resultados, assim como na observação ao longo das consultas de avaliação, conclui-se que estão presentes critérios de diagnóstico para Hiperatividade e Défice de Atenção predominantemente misto, Instabilidade Emocional, Comportamento de Oposição e Desafio e Perturbação de Eliminação de Fezes.

Terapia Adequada para a Perturbação

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), desenvolvida por Aaron Beck no início dos anos 60, é uma abordagem específica, clara e direta (*Terapia cognitivo comportamental*, 2018) centrando-se nos problemas que são apresentados pelo paciente quando este procura a terapia, sendo que objetivo é ajudar a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias (Bahls, 2004). A eficácia desta terapia resulta da vinculação do terapeuta com o paciente, através de uma colaboração mútua (*Terapia cognitivo comportamental*, 2018); (Silva, 2014).

Proposta de Intervenção

A Perturbação da eliminação de fezes, Episódios de Encoprese, segundo o DSM-5, é definida, quando uma criança com pelo menos 4 anos tem uma emissão voluntária ou involuntária repetida de fezes em locais inapropriados, como chão e roupa. Estes episódios ocorrem, no mínimo, durante 3 meses consecutivos. Podem provocar ansiedade, sensação de perda de controlo, que pode ter impacto na autoestima (Antunes, 2018).

Os episódios de encoprese podem ter origem psicológica, ansiedade com origem em defecar num lugar em particular; perturbação emocional após o nascimento de um irmão; recusa em defecar devido à existência de inflamação ou de uma fissura perianal, assim como pode ter influência uma alimentação pobre em fibras e água, e/ou excessiva em açúcares ou produtos lácteos. Estes episódios estão relacionados com o controlo do

esfíncter, que é uma aquisição importante para a autonomia da criança e que influenciam de forma significativa o seu desenvolvimento.

No diagnóstico clínico descrito anteriormente, seria vantajoso implementar um programa de intervenção, adaptado às necessidades do paciente. Inicialmente seria fundamental educar os pais/cuidadores e o paciente, no que consiste a encoprese, quais os diferentes causas que podem levar a este comportamento, e propor estratégias para ajudar na gestão do problema em conjunto com o profissional.

Ao longo das sessões (tabela 1), foi feita uma avaliação do comportamento do paciente perante os episódios de encoprese. Inicialmente, foi feita uma avaliação comportamental, que incluiu a entrevista com a mãe do paciente, para recolher informação pertinente, para ajudar a compreender a origem do problema. Foram realizadas atividades com o paciente no sentido de compreender qual o significado que este dava aos episódios de encoprese como: “consegue sentir quando os intestinos estão a funcionar?”, “tem a roupa suja?”, “já tinha tentado fazer alguma coisa para parar?”, “o que diziam os pais quando ocorre um episódio?”, “sente dor?”, há medos em relação às idas a casa de banho, se o comportamento dele era voluntário ou involuntário. Foram fornecidos materiais e tarefas para casa, em que se pediu a mãe que registasse o comportamento do paciente perante o que acontecia antes de a criança se dirigir a casa de banho, no momento e após a ida.

Nas sessões seguintes, foi fácil perceber que não existiam medos, nem mau funcionamento dos intestinos, segundo os relatos do paciente, este conseguia sentir quando os intestinos começavam a funcionar, mas não queria ir a casa de banho por vontade própria, principalmente em contexto familiar (“não quero parar de fazer o que estou a fazer para ir a casa de banho” sic). Perante este modo de funcionamento, foi pedido a mãe que criasse uma rotina de idas a casa de banho, e funcionava da seguinte forma: o paciente teria de ir a casa de banho após o pequeno-almoço, almoço e jantar e permanecer sentado na sanita durante 10 a 15 min, o objetivo não era que a criança fizesse evacuação das fezes sempre que realizasse esta rotina, mas que a comesse a ter perceção que o reto está cheio. Segundo o relato da mãe esta estratégia foi eficaz nas primeiras semanas, tendo havido desistência pela parte do paciente, em manter a rotina.

Numa tentativa de perceber o que melhor se adaptava ao modo de funcionamento da criança, foi sugerido que à rotina de idas a casa de banho, se complementasse com um sistema de recompensas. O objetivo era manter o paciente motivado, para atingir um nível

de desempenho e um comportamento produtivo. Ao fim de umas semanas, foram verificados efeitos no comportamento da criança, começou a pedir para ir a casa de banho sem ocorrência de episódios de encoprese. É importante salientar que neste período, a medicação foi ajustada pela pedopsiquiatra, verificando-se melhoria no comportamento, redução da agitação psicomotora, menino mais educado, discurso expressivo e regulado, maior capacidade de concentração em consulta, exploração organizada do espaço e melhor capacidade de insight.

Para terminar, foi sugerido um acompanhamento de manutenção, no sentido de serem evitadas a ocorrência de novos episódios de encoprese, assim como a manutenção da rotina de idas a casa de banho.

Tabela 1- Consultas de seguimento, Caso D.

Data da Consulta	Sessão	Atividades
20/03/2023	Anamnese	-Recolha de informação pertinente sobre o paciente -Aliança terapêutica
17/05/2023	Avaliação psicométrica	WISC-III TFR CBCL
22/05/2023	Episódios de Encoprese – “Compreender”	- O que sinto? - Consigo perceber? - Como me sinto perante os outros? -Sessão com a criança a sós e com a mãe Para casa: registo de idas a casa de banho
05/06/2023	“Psicoeducação”	- O que são os episódios de encoprese - Definir por níveis (0 a 10), as dificuldades e a dor.

		<ul style="list-style-type: none"> - Consigo perceber como os meus intestinos funcionam? - Percebo que evacuei num local inapropriado? - Para casa: criação de uma rotina de idas a casa de banho, 10 a 15 min após as refeições principais e “sistema de recompensas”
12/07/2023	“Como me estou a sair”	<ul style="list-style-type: none"> -As estratégias de intervenção estão a ter sucesso? - Reunião com a mãe
A definir	“Boa, continua assim”	-Seguimento para averiguar possível recaída com o regresso as aulas

Propostas

Tendo em conta os resultados apresentados, relativamente ao comportamento será necessário que o paciente continue a usufruir das medidas universais aplicadas assim como, de apoio na escola, com o intuito de serem superadas as dificuldades de aprendizagem evidentes. Para adquirir e melhorar as suas competências, é crucial uma intervenção direcionada para a promoção e estimulação da atenção e concentração.

Na escola, seria fundamental um ambiente organizado de forma a evitar momentos de distração, a comunicação e o trabalho em conjunto com os pais, seria essencial para que estes se mantenham a par das possíveis alterações comportamentais, assim como possíveis alterações em relação aos episódios de encoprese.

Junto da família, seria importante o desenvolvimento de práticas parentais adequadas, centradas no desenvolvimento da estimulação parental, resolução de problemas interpessoais. Incentivar o D. a enfrentar as dificuldades através do reforço positivo, para evitar momentos de frustração, encorajar ao envolvimento em atividades que sejam do seu agrado e ter em atenção a consistência na manutenção das

regras e na aplicação das consequências perante comportamentos desadequados. À medida que for crescendo é importante envolver a criança na construção dessas regras e modelar a resolução de conflitos utilizando estratégias construtivas e resolvendo os problemas em conjunto, sem recurso a agressividade e violência.

Reflexão do Caso

O início deste caso foi desafiador, o menino era uma criança com muita agitação motora e explorava o gabinete de forma desorganizada, sendo muito difícil fazê-lo manter atenção durante as consultas, era uma criança que se aproximava com facilidade e facilmente criamos uma boa relação terapêutica, sempre que chegava a consulta vinha entusiasmado e tinha sempre coisas para contar, muitas vezes em relação ao seu mau comportamento.

A intervenção foi focada nos episódios de encoprese, sempre achei que seria uma tarefa difícil perante o comportamento do paciente, era um menino desafiador, que não gosta de ser contrariado, com muita intolerância a frustração. No entanto, apesar de no início ter sido difícil para mim organizar as melhores estratégias de intervenção psicológica, para as necessidades do D., foi um caso positivo a nível profissional assim como para o paciente e para os pais/cuidadores, acredito que se deveu ao respeito e ao vínculo que criei com o D. e a própria mãe, que sempre se sentiu confortável em partilhar dúvidas, preocupações e foi sempre dando feedback do trabalho feito em consulta. No início eram notórias as dificuldades e a frustração por parte da mãe, não sabia como lidar com o comportamento do filho. Alguns meses após a intervenção, foi possível obter pontos positivos, muita aprendizagem e satisfação com os resultados que foram atingidos.

A escolha deste caso, foi pela experiência de fazer uma intervenção focada nas perturbações de eliminação, sendo esta uma novidade para mim, tive de estudar e aprender mais acerca da perturbação, pelo desafio que foram as consultas, devido as características comportamentais da criança, assim como a adaptação que era feita do plano ao longo das consultas, no sentido de contornar as dificuldades da criança, adaptando sempre as suas necessidades.

Estudo de caso: Paciente R.

Identificação

R. é um menino do género masculino, tem 13 anos de idade e frequenta o 8ºano de escolaridade, reside no Distrito do Porto, onde coabita com os pais. A mãe completou o 9º ano de escolaridade, há 2 anos foi diagnosticada com cancro da mama, em recuperação, voltou recentemente a trabalhar, como funcionária numa empresa de fabrico de calçado. O pai, concluiu o 9ºano, é mecânico de profissão.

Motivo e Pedido da Consulta

R. foi encaminhado para a consulta de Psicologia pela médica de família devido a sintomas de ansiedade, nervosismo, depressão e reação aguda ao stress.

O acompanhamento foi iniciado no inicio de 2023. O paciente apresentava as seguintes queixas e sintomas: alterações do comportamento logo após o diagnóstico de cancro da mãe, preocupação constante em relação a mãe, tensão muscular, dificuldades em manter atenção nas aulas, aumento do ritmo cardíaco em momentos de ansiedade, e episódios de irritação para com os pais.

Primeiro Contacto e Apreciação Geral do Paciente

O primeiro contacto foi no fim do mês de janeiro de 2023. R. apareceu para a consulta acompanhado pela mãe, tendo-se apresentado com um humor eutímico e reticente.

A primeira consulta com o R. foi dirigida pela psicóloga orientadora do hospital com a observação da psicóloga estagiária. A conversa iniciou-se com o R., este apresentou-se e falou do motivo pelo qual foi a consulta, em seguida foi pedido a mãe que falasse sobre o motivo da ida a consulta de psicologia. O R. pouco falava inicialmente, demonstrando algum receio em falar. Foi-lhe explicado que as consultas tinham como objetivo ajudar a lidar com as suas dificuldades e tudo o que fosse falado em consultório seria estritamente confidencial. O R. mostrou-se mais colaborante, com um discurso adequado. Na hora de terminar a consulta, salientou-se que seria da vontade dele regressar a consulta e que não era obrigado a continuar o acompanhamento, este aceitou a proposta e mostrou-se entusiasmado com a marcação da consulta seguinte.

História Pessoal e Familiar

R. é filho único do casal, nasceu de uma gravidez desejada e planeada, que correu dentro da normalidade e sem complicações. O desenvolvimento psicomotor, ocorreu de acordo com os parâmetros normativos, nunca apresentou alterações que fosse motivo de preocupação por parte dos pais.

Em contexto escolar, era descrito com um menino dedicado, de acordo com o que narra, tem um bom relacionamento com os pares, relaciona-se bem com os seus colegas e meninos mais velhos, gosta de participar nas atividades que são organizadas em contexto escolar, como teatro, xadrez. Estuda numa academia, e o instrumento escolhido foi a guitarra. O R. considera-se bom aluno com um bom rendimento escolar, mas após o problema da mãe, o seu rendimento baixou e começou a tirar negativas, surgiram queixas de distração por parte da professora (“há momentos em que nem parece estar dentro da sala” sic). Para além das atividades que realiza na escola, frequenta a natação, anda na catequese, frequenta o centro de estudos a segunda e sexta de manhã e gostava de jogar futebol e fazer pare dos escuteiros da freguesia.

A vida familiar é estável, harmoniosa e de união, descreve a boa relação que tem com os pais, gosta de ajudar o pai no jardim, prefere atividades ao ar livre e dispensa atividades que impliquem estar fechado dentro de casa, tem animais de estimação, um gato, um cão e uma tartaruga e passa a maior parte do seu tempo a brincar com os animais e também gosta de desenhar e fazer trabalhos manuais. R. é descrito como um menino dedicado, autónomo e faz as tarefas que lhe mandam. Desde que o R. soube que a mãe tinha cancro, verificaram-se alterações do comportamento. Para além da mãe, os avós maternos e um tio faleceram devido ao mesmo problema, esta situação levou o R. a ficar assustado e preocupado, o que levou aos sintomas ansiosos e de nervosismo.

Processo de Observação Clínica

Em todas as consultas, apresentou uma imagem cuidada, com um estilo desportista e de cores neutras, com uma estatura média-baixa, olhos castanhos, cabelo curto e liso. Mantinha o contacto ocular, demonstrando-se sempre atento e orientado. Apresentava um discurso organizado, linguagem expressiva, com capacidade de insight. Sempre motivado e empenhado em todas as tarefas. Menino empático, carinhoso e de interação fácil.

Processo de Avaliação Psicológica

Primeiramente foram abordados o silício 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 do paciente, bem como aspetos da relação familiar, desenvolvimento psicossocial a modo de manter uma boa relação terapêutica. Para além da anamnese realizada com o paciente e os familiares, e no seguimento das “queixas” apresentadas, foi colocada a hipótese de perturbação ansiedade e depressão, para além disso, devido a outros comportamentos que estavam a ser despoletados pela ansiedade, como as dificuldades de concentração no contexto escolar, foram aplicados os seguintes testes: WISC-III, CBCL, TRF, Escala de Conners. CMAS-R e a CDI (anexo 7). Estes instrumentos auxiliaram na realização de um diagnóstico diferencial, fornecendo informação quantitativa. Depois da recolha da anamnese e da avaliação psicométrica, pudemos estabelecer e implementar um plano de intervenção adequado as necessidades do paciente.

Resultados

Na WISC-III o paciente obteve os seguintes valores: No Quociente Intelectual Verbal superior (QIV= 129 com intervalo de confiança a 95% entre 120- 134 e com percentil de menor 97); No Quociente Intelectual de Realização médio (QIR = 93 com intervalo de confiança a 95% entre 85- 103 e com percentil de 32) no Quociente da Escala Completa muito superior (QIEC = 114 com intervalo de confiança a 95% entre 104- 121 e com percentil de 82). Na análise dos gráficos apresentados foi possível verificar que R. apresenta um desenvolvimento cognitivo situado no nível “*Médio Superior*” de acordo com a sua faixa etária, com uma distribuição de valores entre escalas com algumas oscilações.

Ao nível da escala verbal, onde se verificou um QI de 129 situado no nível “*Superior*”, apresentando resultados superiores à média para os subtestes da escala, informação (13), semelhanças (19), vocabulário 15, compreensão (15) e memória de dígitos (14), para o subteste aritmética (11) apresenta um resultado dentro da média para a faixa etária. Na sequência destes resultados, é possível verificar que R. tem capacidades ao nível do conhecimento em geral e lógico abstrato, capacidade de computação,

adaptação escolar, capacidade de representação mental, desenvolvimento da linguagem, conhecimento de palavras, demonstração da informação prática, avaliação e uso de experiências passadas e memória a curto prazo (auditiva). Estes resultados podem ser justificados pelo ambiente cultural e familiar, boa relação emocional com os pares, boas leituras, boa memória, preferências pelas abstrações que não correspondem as exigências escolares, boa competência cognitiva, boa memória de trabalho e organização superior e abstração do conhecimento.

Na escala de realização, verificou-se um QI de 93 situado a um nível “*Médio*”, apresentando resultados dentro da média para a faixa etária para os subtestes, complemento de gravuras (11), disposição de gravuras (12), cubos (12), composição de objetos (8), pesquisa de símbolos (10) e labirintos (14), verificando-se alerta visual, antecipação de consequências, adaptação social, análise de todo a partir de partes componentes, formação de conceitos não verbais, antecipação das relações entre os pares e flexibilidade. Estes resultados podem ser justificados pela disponibilidade para a aprendizagem, vivacidade face a detalhes, bom raciocínio, orientação e organização perceptiva. Para o subteste código, apresenta um resultado inferior à média para a faixa etária, demonstrando dificuldades de memória, concentração, atenção e aprendizagem, velocidade de operação mental e memória a curto prazo, podendo ser influenciado pela ansiedade e impulsividade.

Através das análises dos índices averigua-se um Índice de Compreensão Verbal (ICV= 132 com percentil de 98) verificando-se conhecimento verbal adquirido e processo mental necessário para responder as questões, isto é, raciocínio verbal superior a médio do esperado para a faixa etária, no Índice Organização Perceptiva (IOP=104 com percentil de 61) obteve um resultado dentro da média do esperado para a faixa etária, indicando capacidade de raciocínio não-verbal e fluido e por fim, no Índice de Velocidade de Processamento (IVP= 81 com percentil de 10) obteve um resultado dentro da média para a faixa etária, verificando-se capacidade para planear, organizar e desenvolver estratégias o que reflete velocidade psicomotora e mental.

No questionário CBCL, preenchido pela mãe do paciente, apresentou resultados acima da média, principalmente para oposição/imaturidade (11), agressividade (6), hiperatividade/atenção (10).

Na TRF, questionário destinado aos professores, com base no início do ano letivo, a professora refere que o R. frequenta aulas de apoio a matemática e português, apresenta

um rendimento muito baixo a matemática, e um baixo rendimento a geografia, português, história, ciências naturais e física e química. Em comparação com os colegas R. está a trabalhar e aprender menos, parece menos feliz e comporta-se de forma muito menos adequada em comparação com os colegas. Quanto os resultados mais recentes nas provas de avaliação, no final do 2º período o R. não teve níveis negativos, no entanto, desceu as notas, nas várias disciplinas de uma forma acentuada e preocupante. A professora demonstra preocupação, perante o esforço que o aluno faz para estar concentrado e não consegue. O R. tem como pontos positivos ser um bom menino, educado, simpático, sensível, gosta de participar em todas as atividades. Segundo a professora o R. tem baixa autoestima, necessidade de aceitação dos outros e é imaturo. Quanto aos resultados obtidos neste questionário, o R. apresenta níveis elevados a faixa etária, para agressividade e antissocial (22), isolamento social (16), problemas sociais (8) e ansiedade (6).

No Questionário de Conners, preenchido pelo professor, apresenta níveis muito superiores (20) à média para a faixa etária. O professor refere que um dos principais problemas é não se conseguir concentrar, ser inseguro, sensível, irrequieto e imaturo. Na caligrafia e ditados apresenta um rendimento acima da média e na leitura e matemática apresenta um rendimento abaixo da média para a faixa etária. No questionário preenchido pelos pais, apresenta níveis dentro da média (10) para a faixa etária, não se verificando alterações comportamentais significativas.

Na CMAS-R, que relaciona aspetos da ansiedade-traço, R. obteve, um total para a escala completa de 20, verificando-se um resultado superior à média do esperado para a idade. Na deseabilidade social/mentira obteve um total de 9, verificando-se um valor muito superior ao esperado para a faixa etária, estes resultados podem ser justificados pelos acontecimentos ocorridos na vida de R, assim como a sua característica em não demonstrar quando alguma coisa não está bem para não incomodar aqueles que lhe são mais próximos.

No CDI, que avalia a depressão em crianças e adolescentes, R. obteve 7 na escala, verificando-se um resultado não significativo para a faixa etária.

Interpretação conjunta dos resultados

Em conformidade com os resultados evidenciados e a entrevista clínica para levantamento da história biopsicossocial, R. apresenta um funcionamento mental muito

superior do que seria esperado para a faixa etária. Numa visão geral dos resultados obtidos na realização da prova, o R. demonstra boas capacidades no desenvolvimento em geral, notando-se algumas dificuldades no contexto escolar e em regular as emoções. Fazendo uma análise conjunta da informação recolhida em consulta e dos resultados obtidos, conclui-se que estas dificuldades sentidas pelo R. ocorrem devido a ansiedade sentida pelos acontecimentos relacionados com a doença da mãe que levaram a muitas alterações no seu dia-a-dia, assim como a relação com os outros.

Nos questionários relativos ao comportamento, é possível verificar uma discrepância em relação aos resultados obtidos nas provas respondidas pelos pais em comparação com as do professor, podendo estes resultados ser justificados pelo sentido de obrigação e cuidado em contexto familiar e uma maior libertação da sua frustração em contexto escolar.

Diagnóstico e Parecer Clínico

Perante a análise de todos os resultados, assim como na observação ao longo das consultas de avaliação, conclui-se que estão presentes critérios de diagnóstico para Imaturidade psicoafectiva, dificuldades na regulação emocional e Perturbação da Ansiedade Generalizada.

Processo de Intervenção

As perturbações de ansiedade são frequentes na infância e adolescência. A origem da Perturbação da ansiedade é multifatorial, havendo uma interação complexa entre fatores biológicos e ambientais, que variam de uma criança para a outra. A perturbação de ansiedade generalizada (PAG), é caracterizada por uma preocupação excessiva e incontrolável com estímulos e circunstâncias diversas. A PAG em comparação com outro tipo de ansiedade, gera constantemente desconforto, irritabilidade, mal-estar e preocupações que interferem na do dia-a-dia da criança. Estas gastam a sua energia a gerir e a organizar os seus dias de maneira que nada corra mal, sendo que já estão a antever possíveis consequências para os seus comportamentos (Antunes, 2018).

De acordo com a informação obtida em consulta e o diagnóstico descrito anteriormente, seria vantajoso proceder a um programa de intervenção, adaptado às necessidades do paciente. O R. demonstrou características, para o preenchimento de critérios relacionados com PAG. Neste sentido, o plano de intervenção teve como foco a

psicoeducação sobre a ansiedade, fornecimento de materiais para trabalhar em casa e estratégias para o enfrentamento da mesma.

As sessões (tabela 2) tiveram como base, e foram estruturadas seguindo o programa do *Coping Cat*, em português, “O Gato Habilidoso”, este programa é fundamentado no modelo TCC das perturbações da ansiedade. As metodologias e a estrutura do programa estão construídas para serem compreendidas por crianças entre os 8 e 13 anos, para que haja uma motivação, adesão e uma participação ativa. Sendo que também foi pensado, tendo em conta os processos cognitivos de uma criança em idade escolar e na adolescência (Ferreira, sem data).

Iniciando o plano de intervenção, o acompanhamento foi feito quinzenalmente, com uma duração de 45 min por sessão, foram disponibilizados materiais tanto em consulta como para casa. Nas primeiras sessões (tabela 2), desenvolveu-se a relação terapêutica entre o adolescente, os pais e a terapeuta, em seguida, iniciamos a psicoeducação, para explicar o que é ansiedade. Foi feita uma aprendizagem sobre as emoções e sentimentos ligados as mesmas, as suas reações somáticas, o treino de relaxamento, aprender a identificar auto-verbalizações ansiógena e aprender a mudar esse pensamento, foram desenvolvidas competências para a resolução de problemas, e para além das sessões individuais com o R., as sessões com os pais eram frequentes, em ocasiões a pedido da mãe.

Numa das sessões, a mãe do R. voltou a expor a questão do comportamento dentro da sala de aula assim como o seu rendimento académico, sendo este um motivo de grande preocupação. Numa tentativa de perceber se existiam influencias de outros fatores subjacentes ao comportamento do menino, procedi a aplicação de instrumentos de avaliação psicométrica.

Foi possível observar no processo de intervenção, empenho e dedicação por parte do R., retirava sempre novas aprendizagens, notando-se, uma mudança de comportamento, mais entusiasmo, com uma melhor capacidade para expor as suas ideias e pensamentos. Ao longo do acompanhamento a evolução do R. era notória, apresentava uma maior capacidade em gerir os seus pensamentos e emoções, assim como, uma melhoria na relação com os seu pares e familiares, compreensão e melhor gestão dos problemas. Neste sentido, demos como terminado o acompanhamento psicológico, com a salva guarda que podia voltar as consultas de psicologia se achasse pertinente, para o seu bem-estar psicológico.

Tabela 2- Consultas de seguimento - Caso R.

Consultas	Sessão	-Atividades
01/02/2023	Anamnese	-Recolha de informação pertinente
15/02/2023	Introdução	-Aliança terapêutica -Apresentação da proposta de intervenção
06/03/2023	“Reconhecer os sentimentos”	-Identificar diversos tipos de sentimentos -Distinguir sentimentos de ansiedade de outro tipo de sentimentos -Normalizar sentimentos de medo e de ansiedade -Identificar as próprias respostas somáticas
13/03/2023	“Como reage o corpo?”	-Revisão da sessão anterior -Promover um conhecimento das reações somáticas face a ansiedade e das suas próprias reações somáticas
20/03/2023	“Reunião com os pais”	-Participação dos pais no plano terapêutico -Esclarecimento de dúvidas
27/03/2023	“Vamos relaxar”	-Rever o que sabe sobre as pistas somáticas -Treino de relaxamento para controlo da tensão cauda pela ansiedade
10/04/2023	“Em que estou a pensar?”	-Função dos pensamentos pessoais e o impacto na resposta a situações que desencadeiam ansiedade.

		-Identificação das suas auto-verbalizações -Criação de auto-verbalizações de conforto
17/04/2023	“O que devo fazer?”	-Rever o conceito de auto-verbalizações ansiógena e reforçar o discurso de conforto. -Conceito de “resolução de problemas” -Estratégias de resolução de problemas para lidar com a ansiedade.
08/05/2023	“Como me estou a sair”	-Avaliação de desempenho e autorreforço -Revisão de competências -Reunião com os pais
17/05/2023	Avaliação psicométrica	-WISC-III -TRF -CBCL -Conners
29/05/2023	Avaliação psicométrica	-CMAS-R -CDI
12/06/2023	“Vamos praticar”	-Criar situações imaginárias e definir graus de ansiedade
12/07/2023	“Vamos praticar”	-Definir situações mais difíceis ao nível da ansiedade -Reconhecer as sensações corporais -Resolução do Problema
31/07/2023	“Conseguiste”	-Reflexão sobre o trabalho feito -Reunião com os pais -Alta

Reflexão do Caso

Quando iniciei este caso foi curioso, o R. parecia a criança perfeita, o meu pensamento foi “que menino querido”. De facto, o R., aparentemente, parece um menino sem qualquer problema, mas como qualquer ser humano tem a sua forma de reagir ao sofrimento, e nem sempre utiliza os melhores mecanismos. R. é um menino com um comportamento influenciado pelo problema de cancro que a mãe teve há dois anos, o que levou a uma desorientação do R., pois ele não sabia como ajudar, não sabia o que pensar nem como agir, gerando uma sensação de perda de controlo.

O plano de intervenção foi positivo para o R., inicialmente fiquei reticente, questionei-me se seria a melhor abordagem, devido a idade do paciente, e se este iria manter foco nas atividades. Na verdade, foi uma mais-valia, a forma como começamos a intervenção, permitiu que conhecesse mais sobre o paciente, 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. O paciente foi sempre muito participativo e realizava sempre as tarefas em sessão e as que levava como trabalho para casa e colocava sempre dúvidas.

O objetivo era trabalhar as questões da ansiedade, mas durante este percurso fomos trabalhando outras questões para que o paciente adquirisse ferramentas que o ajudasse a lidar com diferentes situações na sua vida.

Em relação a situação da mãe, o paciente compreendeu que não tem a solução para o problema, mas que pode ser um auxílio. Para os pais, também foi importante perceberem que haverá por parte do R. momentos de frustração, momentos bons e maus. É um menino que está no início de uma fase importante do seu desenvolvimento e que pode ser o significado de muitas alterações comportamentais, fisiológicas e sociais. Mas mais importante, perceberam a importância da comunicação, e como esse simples ato pode ajudar o R. a levar o seu dia-a-dia com menos ansiedade.

O acompanhamento deste caso, foi uma mais-valia, permitiu-me perceber a importância de dar um passo de cada vez, de dar tempo a criança, e como podemos influenciar e auxiliar a que estas possam enfrentar diferentes situações da sua vida, de modo a promover o seu bem-estar.

A escolha deste caso para apresentar deveu-se, ao facto de termos feito todo o plano inicial de intervenção e no decorrer das consultas, percebi que houve uma falha em

não ter feito uma avaliação psicológica inicial que me permitisse conhecer e compreender melhor o paciente, fiz uma reestruturação do plano e adaptei as necessidades do paciente.

Reflexão final

Pensar no estágio profissional sempre me deixou muito entusiasmada, e apavorada ao mesmo tempo, é o momento em que iniciamos a nossa autonomia e pomos em prática tudo o que aprendemos nos anos anteriores, é quando passamos do “papel para a ação”, é e um momento de grande responsabilidade e crescimento.

Agora quase no fim desta etapa sinto um misto de emoções, quando escolhi o local de estágio não sabia o que me esperava, mas uma coisa eu tinha a certeza, eu tinha receio em trabalhar com crianças, sabia as responsabilidades que isso acarretava e isso deixava-me assustada. Para minha surpresa, no primeiro dia, foi-me dito que o meu estágio seria no serviço de pedopsiquiatria e psicologia infantojuvenil, não consegui disfarçar o choque, estava de facto convencida que não seria esta a faixa etária que me estava destinada.

Na primeira semana iniciei a observação no serviço infantojuvenil, e em seguida foi-me dado o privilégio de fazer observação por diferentes áreas da psicologia, algumas delas deixaram-me curiosa e impressionada, estava a ser o meu primeiro contacto com o que é ser psicólogo e absorvia tudo a minha volta. No fim deste período, aconteceu novamente, para grande surpresa, a área que mais me impressionou foi a infantojuvenil, a partir deste momento a minha disposição e animo para iniciar as consultas foi maior. Tive a oportunidade de assistir aplicação de provas de avaliação, o que foi muito satisfatório e curioso, quanto a observação das consultas com a minha orientadora, cada consulta era diferente da outra, todas elas pareciam ser um desafio.

Lembro-me de estar muito nervosa para a minha consulta sozinha, quando acabou respirei de alívio e felicidade. Mas nem tudo era espetacular, fui percebendo que o meu medo não eram as crianças, mas sim os pais, o medo em errar, o possível desagrado que podia gerir no outro, o não saber lidar com alguma situação, estes sentimentos faziam-me sentir, bastante intimidada. Percebi que as crianças são uma população-alvo especial, requer atenção, tempo, e temos de dar muito de nós porque quando eles ganham confiança com o terapeuta, conseguimos obter muito deles. A relação terapêutica que tanto falamos ao longo da licenciatura e que sempre nos foram ensinando a sua importância, senti que com as crianças esta relação tem um peso ainda maior, porque vamos ser um fator

influenciador, o cuidado daquilo que somos em consulta é fundamental. Assim como o nosso comportamento, as preparações das consultas também são importantes, foi nesta parte que senti sempre mais dificuldade, tanto na sua preparação como no decorrer da consulta, que muitas vezes era condicionada pelo comportamento da criança.

Psicologia não foi a minha primeira opção, mas foi a que escolhi correr, e sempre me senti satisfeita com esta escolha, aos poucos ficava mais faxinada com a profissão, e o meio hospitalar sempre foi o meu desejo enquanto futura psicóloga, e assim continua, neste momento, sinto que foi um caminho com muitos obstáculos, mas que me trouxe muita aprendizagem, não vejo isso de forma negativa, sei que nem sempre fiz o mais correto, e talvez pudesse ter feito mais, mas isso também me abriu os olhos e me mostrou a importância em não ter medo de arriscar.

Os casos que acompanhei fizeram-me sentir, curiosidade, medo, preocupação, vontade para fazer mais e por fim também me deram muita satisfação. Olhando para o meu percurso não posso ver tudo como negativo, existiram muitos pontos positivos, foi uma aprendizagem, e ter medo e ficar assustada é normal, e isso ajuda a crescer, percebi que não é suposto saber tudo a primeira e sempre uma aprendizagem.

Certamente, que ao longo da minha vida vou falhar, o meu desejo é que os momentos bons e menos bons eu consiga olhar para eles de forma positiva porque vão ser sempre uma parte importante da minha aprendizagem e crescimento como psicóloga.

Para terminar, agradeço todos os momentos que passei no hospital, todas as oportunidades de novo conhecimento, sem dúvida que foi uma aprendizagem em vários sentidos. Hoje sinto-me com mais maturidade, e com a maior certeza que quero aprender e saber mais. Que o fim desta etapa que tanto me fez crescer como pessoa, me leve para o início de mais desafios, e que os saiba agarrar com entusiasmo, dedicação e toda a motivação possível, e que me faça crescer mais a cada dia.

Referências

- Antunes, N. L. (2018). *Sentidos*. Leya.
- Benevides, D. S., Pinto, A. G. A., Cavalcante, C. M., & Jorge, M. S. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: Perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14, 127–138. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>
- Bouça, J. (2022, dezembro 29). *Psicologia Infantil e Juvenil*. <https://clinicadrjorgebouca.com/psicologia-infantil-e-juvenil/>
- Cantarelli, A. P. S. (2009). Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.12.478>
- Decreto-Lei n.º 54/2018 | DR.* (sem data). Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Ferreira, C. (sem data). *Caderno Do Gato Habilidade IMPRIMIR*. Obtido 21 de julho de 2023, de https://www.academia.edu/32938120/Caderno_Do_Gato_Habilidade_IMPRIMIR
- Janeiro, C. (2016). *PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_especialidades_final.pdf
- Oliveira, A. (2016). *O Perfil dos Psicólogos da Saúde*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/o_perfil_dos_psicologos_da_saude.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). *O Papel e a Importância dos Psicólogos na Intervenção Precoce*.

https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/o_papel_e_a_importancia_dos_psicologos_na_intervencao_precoce.pdf

Pereira, D. (2021, março 1). *Psicologia clínica: O que é, objetivo e contextos de atuação*.

<https://trabalhador.pt/psicologia-clinica-o-que-e-objetivo-e-contextos-de-atuacao/>

Puigcerver, C. K. L., Luna, L. B. de F. A., & Scantbelruy, O. P. msc W. (2022). AS

CONTRIBUIÇÕES DO GRUPO TERAPÊUTICO NA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL INFANTIL. *Revistaft*, 26(116), 63.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7360963>

Veríssimo, A. (sem data). Grupos Terapêuticos e Oficinas das Emoções. *MR Terapias*.

Obtido 19 de julho de 2023, de <https://mrterapias.pt/grupos-terapeuticos-e-oficinas-das-emocoes/>