

Relatório de Estágio

Cláudia Raquel dos Santos Silva

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

Gandra, 2022



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cláudia Raquel dos Santos Silva

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

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Trabalho realizado sob a Orientação de "Joana Soares"

Declaração de Integridade

Eu, Cláudia Raquel dos Santos Silva, acima identificado, 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

Quero agradecer à minha família, mais próxima, por todo o apoio prestado no decorrer de todo este percurso. Agradecer também o carinho, dedicação, incentivo e compreensão demonstrada ao longo destes últimos anos.

Quero agradecer, em especial, à minha madrinha, que sempre me apoiou incondicionalmente e esteve sempre presente tanto nos bons como nos maus momentos! Ajudou-me sempre a ultrapassar cada obstáculo ao longo do meu percurso.

Quero agradecer ao meu namorado, que também me apoiou incondicionalmente em todos os momentos deste percurso.

Quero agradecer a toda equipa da instituição onde tive o prazer de realizar o meu estágio curricular. Demonstraram-se sempre disponíveis para me ajudar e cresci bastante como pessoa com esta experiência.

Por fim, também quero agradecer pela supervisão e disponibilidade da Professora Doutora Joana Soares.

Obrigada!

Lista de Abreviaturas e Siglas

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

ECSCA – Entrevista Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

RATC – Teste Aperceptivo de Roberts

Índice de Figuras

Figura1. Genograma	17
---------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Acompanhamento de Casos das Consultas de Psicologia 12

Índice de Anexos

Anexo 1. Entrevista Clínica para Crianças e Adolescentes	29
Anexo 2. <i>Checklist</i> de Stress Parental da OPP	49
Anexo 3. Grupos Terapêuticos	51
Anexo 4. Comprovativo de Participação no Evento da OPP	61
Anexo 5. Folha de Respostas RATC	62
Anexo 6. Tabela das médias do RATC	63



Índice

Introdução.....	7
Capítulo I.....	8
1. Descrição do Local de Estágio (A Clínica)	8
1.1 O Papel do Psicólogo Clínico	9
2.3 Observação das Consultas de Psicologia	11
2.4 Intervenção	11
2.5. Consultas realizadas	12
2.6. Participação em Outras Consultas	14
2.7. Avaliação Psicológica	14
2.9. Atividade “Competências Parentais”	14
2.10. Atividade: Grupos Terapêuticos.....	15
2.11. Evento Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).....	16
2.12. Rastreamentos de Psicologia.....	16
Capítulo II.....	16
1. Estudo de Caso	16
1.1 Dados de Identificação.....	16
1.2 Motivo de Encaminhamento.....	17
1.3 Genograma	17
1.4 Fontes de Informação	17
1.5 História de Vida	17
1.6 História Clínica	18
1.7 Estado Mental e Avaliação do Comportamento.....	18
1.8 Instrumentos Utilizados.....	19
1.9 Resultados	19
1.10 Processo de Intervenção Psicológica	22
1.11 Contextualização do Caso	23
2. Reflexão Final	24
Referências Bibliográficas	26
Anexos.....	29

Introdução

O estágio curricular é uma fase de formação académica, a qual, possibilitou o meu primeiro contacto com a prática clínica e permitiu aplicar conhecimentos e competências anteriormente adquiridos, sendo também, um período de grande enriquecimento pessoal pela aquisição de conhecimentos e experiências vividas.

Este estágio decorreu numa clínica, sob orientação da Doutora C.S e supervisão da Professora Doutora Joana Soares. Teve início a 7 de Outubro de 2021 e término a 5 de Maio de 2022. O horário semanal foi definido pela entidade recetora (clínica) de 3 dias por semana (quartas-feiras, quintas-feiras e sextas-feiras), no seguinte horário: 10:30h até ao 12:30h, retomando às 14.00h até às 20:00h. Contudo, este horário tinha um carácter flexível, ajustado às necessidades da clínica.

Em termos estruturais, este relatório encontra-se dividido em dois capítulos principais. O primeiro, diz respeito à descrição da clínica onde o estágio foi realizado, assim como o papel do psicólogo nesse mesmo contexto; atividades realizadas; experiências vividas e desenvolvidas ao longo do estágio. Já o segundo capítulo, diz respeito á descrição de um dos casos que tive a oportunidade de acompanhar.

Este relatório termina com uma reflexão geral relativa ao percurso de estágio e às experiências e aprendizagens.

Capítulo I

1. Descrição do Local de Estágio (A Clínica)

A clínica, inaugurada em setembro de 2016, presta serviços no âmbito da avaliação, diagnóstico e intervenção, em diferentes especialidades clínicas e terapêuticas, a crianças e adolescentes, nomeadamente nas alterações ou perturbações do neurodesenvolvimento, problemas comportamentais e/ou emocionais, ajudando-os a superar dificuldades de aprendizagem, de comunicação, de interação social, entre outras... Tem como principal objetivo promover o bem-estar biopsicossocial, o desenvolvimento e a funcionalidade das crianças e adolescentes, assim como, a sua posterior integração social e consequentemente a contribuição para uma sociedade melhor. Na clínica acredita-se que é possível encontrar um futuro melhor, através de um diagnóstico e um acompanhamento precoce, especializado, personalizado e adequado às necessidades de cada um. Para isso, procura a aplicação de técnicas de intervenção terapêutica diferenciadoras, inovadoras e que potencializam o maior crescimento da população alvo, trabalhando com as suas famílias e escolas, quando entendido que em conjunto o ganho é maior.

Assim, colabora com esta clínica uma equipa multidisciplinar, constituída por psicólogo clínico; psicólogo do desporto; psiquiatra; pedopsiquiatra; terapeuta ocupacional; terapeuta da fala; nutricionista; enfermeiro; fisioterapeuta; médico de clínica geral; osteopata e osteopata infantil. Equipa que está especializada no diagnóstico e tratamento das perturbações do neurodesenvolvimento, acreditando que cada pessoa tem direito aos melhores cuidados em quaisquer das circunstâncias e/ou estádios de vida.

A clínica procura colmatar a escassez de respostas atempadas e adequadas no âmbito das perturbações do desenvolvimento infantil, no que se refere ao Serviço Nacional de Saúde e às famílias mais carenciadas. Possui uma Bolsa Social que comparticipa o custo do acompanhamento terapêutico às famílias com rendimentos insuficientes. Para além disto, também assegura transporte, de forma gratuita, da escola/domicílio ao centro e vice-versa.

Na clínica, defende-se que cada pessoa tem direito aos melhores cuidados para realizar todo o seu potencial, por isso a sua intervenção é pautada por cuidados

centrados na pessoa, analisando-a como única em articulação com a história e o meio em que vive, de forma a adequar a intervenção. Tal adequação empática e personalizada, desencadeia o interesse do público-alvo e cria laços de fidelização.

1.1 O Papel do Psicólogo Clínico

A psicologia clínica é um subdomínio da psicologia que se dedica à investigação e à intervenção no campo da saúde mental. Este termo surgiu pela primeira vez pelo autor Lightner Witmer, no ano de 1907, que o definiu como “o estudo dos indivíduos, por observação ou experiência, com a intenção de promover uma mudança” (Witmer, 1907).

Sendo assim, um psicólogo clínico é um profissional de saúde formado em psicologia e com especialização na área da psicologia clínica, capacitado para utilizar uma diversidade de modelos e métodos psicológicos, cientificamente validados, testes psicológicos padronizados, entrevista clínica e observação (Trull & Prinstein, 2013). Os psicólogos clínicos podem atuar individualmente ou em grupo e em todas as faixas etárias, ou seja, desde o nascimento até à terceira idade (Trull & Prinstein, 2013). Assim sendo, podem também intervir em diversos contextos (familiar, escolar, saúde, comunitário...). Para além disto, o trabalho do psicólogo clínico centra-se na orientação da pessoa, na resolução das suas dificuldades e em ajudá-la a encontrar as suas próprias respostas, proporcionando a autorreflexão e o desenvolvimento pessoal (Trull & Prinstein, 2013).

Assim, para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados, o trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental, ou seja, a articulação com outras especialidades clínicas, como por exemplo, a psiquiatria, pedopsiquiatria, neurologia, pediatria, neurodesenvolvimento, entre outras.

Para além do trabalho desenvolvido em consultório, proporcionando serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes, o psicólogo clínico, muitas das vezes, é desafiado a trabalhar e intervir em outros contextos como, por exemplo, na comunidade, na promoção de saúde e prevenção da doença, nas escolas e universidades, na formação e/ou na investigação (Teixeira, 2004 cit. in Figueiredo et al., 2021).

O foco da saúde mental ampliou as funções do psicólogo clínico à manutenção e reabilitação da saúde, transformando-o no cuidador da saúde física e mental e atribuindo-lhe uma função social, na qual, o indivíduo que procure ajuda pode ou não padecer de uma patologia mental e/ou física (Leal, 1999).

2. Descrição das Atividades de Estágio

2.1 Reuniões de Orientação e Supervisão

Durante o meu estágio, as reuniões de orientação, decorreram sob orientação da Doutora C.S, com duração semanal. Todas as semanas, um dia era reservado para estas reuniões, nas quais, eu e dois outros estagiários (psicólogos juniores) obtínhamos orientação para os nossos casos, discutíamos os mesmos e esclarecíamos dúvidas. Para além destas, começaram a ser implementadas outras reuniões, nas quais nós, os estagiários, estávamos inseridos nelas, assim como, os restantes psicólogos clínicos, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Estas tiveram como objetivo a criação dos grupos terapêuticos (ansiedade; depressão; comportamentos de risco; divórcio; gestão do tempo nas tecnologias; promoção de competências sociais; estimulação cognitiva e reeducação alimentar), prática que tinha sido suspensa devido à pandemia por COVID-19.

Para além da orientação no local de estágio, foram realizadas também reuniões de supervisão, por parte da Professora Doutora Joana Soares, do IUCS. As reuniões realizavam-se sempre que necessário e tinham como objetivo o esclarecimento de dúvidas relativas ao estágio e ao relatório.

Assim, tanto a orientação como a supervisão, revelaram-se úteis e importantes no decorrer do estágio, permitindo a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades e promovendo a capacidade do pensamento crítico, assim como, o desenvolvimento de competências importantes a nível profissional e pessoal, que se traduzirão de forma positiva no meu futuro desempenho.

2.2 Construção do Guião de Entrevista Clínica

Antes de dar início à observação de consultas, foi-me fornecido o Guião de Entrevista Clínica utilizado na clínica e foi-me sugerido que, com base no mesmo, criasse

um guião para mim. Assim, retirei alguma informação do que me foi fornecido e criei o meu próprio guião de entrevista clínica, para crianças e adolescentes, que foi sendo utilizado ao longo das consultas que realizei (Anexo 1).

2.3 Observação das Consultas de Psicologia

Previamente a dar início ao processo de avaliação psicológica e consulta psicológica individual, de forma independente, e até ao final do mesmo, realizou-se a observação de consultas, com o consentimento das crianças e/ou adolescentes. A postura assumida foi passiva, ou seja, não interferindo no decorrer das mesmas, de forma a que a população alvo se sentisse à vontade.

No final, de cada consulta, procedeu-se a algumas reflexões sobre os casos (a sua evolução e/ou implementação de estratégias de intervenção). Desta forma, foram observadas tanto as primeiras consultas como as de seguimento/ acompanhamento, o que permitiu um aumento de conhecimentos relativos aos processos psicopatológicos, através da sintomatologia associada e opções de intervenção e/ou tratamento. Também permitiu reflexões ao nível das hipóteses de diagnóstico e prognóstico.

A possibilidade de estar presente nestas consultas de psicologia, tornou-se algo importante pois, aprendi como abordar os pacientes, como comunicar com os mesmos, como formular perguntas pertinentes e qual a postura a adotar perante os mesmos.

2.4 Intervenção

Depois de um período de observação, dei início à intervenção nos casos clínicos. Estes mesmos casos foram selecionados pela minha orientadora. Sendo assim, a maior parte dos meus casos já estavam a ser seguidos na clínica e aos quais dei continuidade.

2.5. Consultas realizadas

Nome	Idade	Escolaridade	Informação Clínica
B.	6 anos	1º ano	Problemas em lidar com as emoções; Rivalidade Fraternal; Problemas de Concentração.
G.	10 anos	5º ano	Postura Hipotónica; Embotamento Afetivo; Apatia; Rigidez Cognitiva; Dificuldade na Expressão Emocional; Dificuldade de Integração com o Grupo de Pares;
M.	11 anos	6º ano	Dificuldades na Atenção e Concentração; Baixa Capacidade Cognitiva; Contexto Familiar Disfuncional;
D.	6 anos	1º ano	Recusa Escolar com choro associado; Contexto Familiar Disfuncional;
J.	16 anos	10º ano	Recusa em realizar aulas de Educação Física; Mau estar com o próprio corpo; Baixa autoestima.
T.	12 anos	7º ano	Dificuldade na Expressão Emocional; Baixo autoconceito.

Tabela 1. Acompanhamento de Casos das Consultas de Psicologia

B. é uma criança de 6 anos, frequenta o 1º ano de escolaridade e é de nacionalidade brasileira. B. coabita com os seus pais e os seus dois irmãos mais novos. Já se encontra em Portugal desde os 3 anos de idade, e na época das férias de verão costuma ir para o Brasil visitar os familiares, dos quais sente “muitas saudades (sic)”. Ao longo das consultas, foi possível verificar que B. apresentava dificuldades da gestão emocional, dificuldades em focar a sua atenção numa só tarefa e ainda rivalidade

fraterna para com o irmão mais novo. Assim, a intervenção com B. foi realizada ao nível das emoções, para o ajudar no controlo e autorregulação.

G. é uma criança de 10 anos e que frequenta o 5º ano de escolaridade, vive com os seus pais, os seus avós maternos e a sua madrinha. G. já é acompanhado na clínica na valência de psicologia. Sendo assim, o que está descrito no quadro (postura hipotónica, embotamento afetivo, apatia, rigidez cognitiva, dificuldade na expressão emocional e dificuldade na integração com o grupo de pares) estava já a ser alvo de intervenção. Desta forma, a intervenção centra-se na expressão emocional e integração com o grupo de pares.

M. é uma criança de 11 anos que frequenta o 6º ano de escolaridade. Estas crianças, há dois anos atrás, viviam com os pais, num contexto familiar disfuncional, ambas as figuras consumiam drogas e existiu historial de assaltos. Quando, em consulta, a psicóloga da clínica se apercebeu do que estava a acontecer no ceio familiar, alertou a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Atualmente, M. e o irmão mais velho habitam com a avó materna e aos domingos, de 15 em 15 dias, têm possibilidade de estar com os pais, com supervisão. Assim, desde 2020 tem-se intervindo a nível familiar, promoção de atenção e concentração e estimulação cognitiva, com vista a melhorar o seu rendimento escolar e ao estabelecimento de relações interpessoais positivas.

D. é uma criança de 6 anos e frequenta o primeiro ano de escolaridade. Os pais de D. separaram-se recentemente e, atualmente, vive com a mãe. Frequentou o infantário, mas quando mudou de escola para ingressar no primeiro ano chorava para não ter de ir para a escola e poder ficar com a mãe. Tem vindo a ser trabalhado o divórcio com D. para este aceitar e lidar com esta alteração da melhor forma, mas o enfoque da terapia foi nas dificuldades de separação da figura materna.

J. é uma criança de 16 anos, frequenta o 10º ano de escolaridade e coabita com os seus pais. J. veio à clínica com o objetivo de obter uma declaração para não realizar uma parte das aulas de educação física, mais propriamente, as aulas que iriam decorrer nas piscinas municipais da área de residência. J. já esta a ser seguido por um nutricionista para melhorar a sua alimentação e para perder peso, mas, este processo é todo muito recente e os resultados ainda não são muito notórios. Porém, refere não querer ser “gozado (sic)” e não se sentir bem em despir-se e mostrar o seu corpo à frente dos seus

colegas de turma e professor. Assim, foi realizado um documento a explicar a situação à escola, para J. não frequentar estas aulas em específico.

T. é uma criança de 12 anos e frequenta o 7º ano de escolaridade. Vive com os seus pais e as suas duas irmãs, uma mais nova e outra mais velha. T. encontrava-se em acompanhamento na clínica há pouco tempo, devido à sua dificuldade na gestão das emoções e baixo autoconceito. Por isso, ajudá-lo a lidar com as emoções e promover o autoconhecimento tem sido os objetivos principais da intervenção.

2.6. Participação em Outras Consultas

Tive a oportunidade de participar ativamente em consultas de outros psicólogos clínicos da instituição. Um exemplo disso foi num caso de uma criança de quatro anos de idade, diagnosticado recentemente com mutismo seletivo, no qual, foi-me pedido para introduzir algumas técnicas de ludoterapia com ele, para verificar como ele iria reagir a uma pessoa desconhecida.

2.7. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que têm o objetivo de recolher informações/dados para testar hipóteses clínicas, produzir diagnósticos, descrever o desempenho em situações específicas (Hutz, 2015 cit. in Muniz, 2018), auxiliando-se de diversas técnicas ou instrumentos para a realização da mesma, como por exemplo, os questionários, os testes, os inventários, as escalas, as entrevistas e a observação naturalista (Nunes et al., 2012 cit. in Gouveia, 2018).

As avaliações psicológicas efetuadas ao longo do estágio foram-se realizando de forma cada vez mais autónoma. Inicialmente apenas realizava a cotação dos instrumentos de avaliação e aprendia a sua aplicação (mas sem a pôr em prática). Posteriormente, já realizava a aplicação de instrumentos de avaliação psicológica com a respetiva cotação e interpretação para, posteriormente, fazer a devolução ao cliente.

2.9. Atividade “Competências Parentais”

Durante o decorrer do estágio, foi-me proposto e a um psicólogo júnior, a criação de conteúdos pedagógicos em formato de apresentação, com o tema “Competências

Parentais”, ou seja, uma apresentação de psicoeducação focada nos pais de crianças até aos 18 anos de idade.

A apresentação começou com uma pergunta aberta para os pais, questionando-lhes o que entendiam por competências parentais. No final das respostas dos mesmos, foi esclarecido esse conceito. De seguida, continuamos com uma breve explicação de temas relacionados, como por exemplo: o poder do elogio; a importância dos filmes e histórias na educação das crianças; estilos parentais; dicas para uma melhor comunicação; dificuldades sentidas pelos pais e mães; dizer não também é uma forma de amor... No seguimento disto, para não se tornar “saturante”, foi realizado um “*brainstorm*”, no qual, foram apresentadas diferentes situações e os pais tinham de dizer como iriam atuar perante tal situação.

Por fim, foi apresentado um mini questionário da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) sobre o *Stress Parental* (Anexo 2), fácil e rápido de responder e com uma chave de leitura no final para os pais poderem ter uma ideia do nível de *stress* que estariam a viver.

2.10. Atividade: Grupos Terapêuticos

Particpei em todo o processo de delineação, definição e planeamento de grupos terapêuticos, destinados às crianças e jovens que já se encontram em acompanhamento na clínica. Esta prática já era comum em anos anteriores, mas, devido à Covid-19, teve de ser temporariamente suspensa.

Sendo assim, foram criados oito grupos, com os seguintes temas: comportamentos de risco; estimulação cognitiva; divórcio; gestão de tempo nas tecnologias; promoção de competências sociais; reeducação alimentar; ansiedade e depressão. A escolha dos temas vai de encontro às problemáticas verificadas em consulta individual. Assim, estarão inseridos os seguintes profissionais nestes grupos: psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e nutricionista.

Em anexo (Anexo 3), segue os documentos que foram criados para a intervenção dos grupos terapêuticos, que teriam início ainda este ano.

2.11. Evento Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP)

A clínica proporcionou a oportunidade de eu, os estagiários e os psicólogos clínicos, estarmos presentes no evento da OPP que decorreu nos passados dias 4 e 5 de abril, com o tema “A Psicologia no Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens em Risco” (Anexo 2).

Este seminário foi uma mais valia para a equipa de psicólogos clínicos, visto que a mesma apresenta um vasto número de casos várias problemáticas.

2.12. Rastreios de Psicologia

Nos passados dias 11 e 13 de abril, fiz parte da equipa de psicólogos clínicos que se deslocaram até à vila de Vila Flor (distrito de bragança), com a finalidade de realizar rastreios gratuitos de psicologia, para crianças e adolescentes. A publicidade foi feita semanas antes, para existir tempo para as devidas inscrições e para a organização de equipas.

Assim, rastreamos algumas freguesias de Vila Flor. Nestes rastreios, optamos por recolher alguns dados anamnésicos importantes, para fim da contextualização da possível problemática encontrada, das crianças, jovens e pais um pouco da anamnese dos mesmos (gravidez; desenvolvimento; adaptação escolar; tempos livres...). E foram aplicados como teste de rastreio os seguintes instrumentos: desenho livre (Derdyk 1989 cit. in Bombonato & Farago, 2016) e as matrizes progressivas de Raven (Raven, J. 1990 cit. in Malden et al., 2020), versão colorida.

Capítulo II

1. Estudo de Caso

1.1 Dados de Identificação

D.M nasceu a 10 de Outubro de 2011, tem 10 anos de idade e é do sexo masculino. Reside no concelho de Amarante com os seus pais e o seu irmão mais novo, mas é natural de Penafiel. Atualmente, frequenta o quinto ano de escolaridade numa escola do mesmo concelho de residência.

1.2 Motivo de Encaminhamento

D.M veio à consulta de psicologia clínica devido às dificuldades que apresenta, ao nível da expressão e consciencialização emocional. A presença de um certo embotamento afetivo, de um autoconceito e autoestima baixos são também algumas das problemáticas apresentadas pela criança.

1.3 Genograma

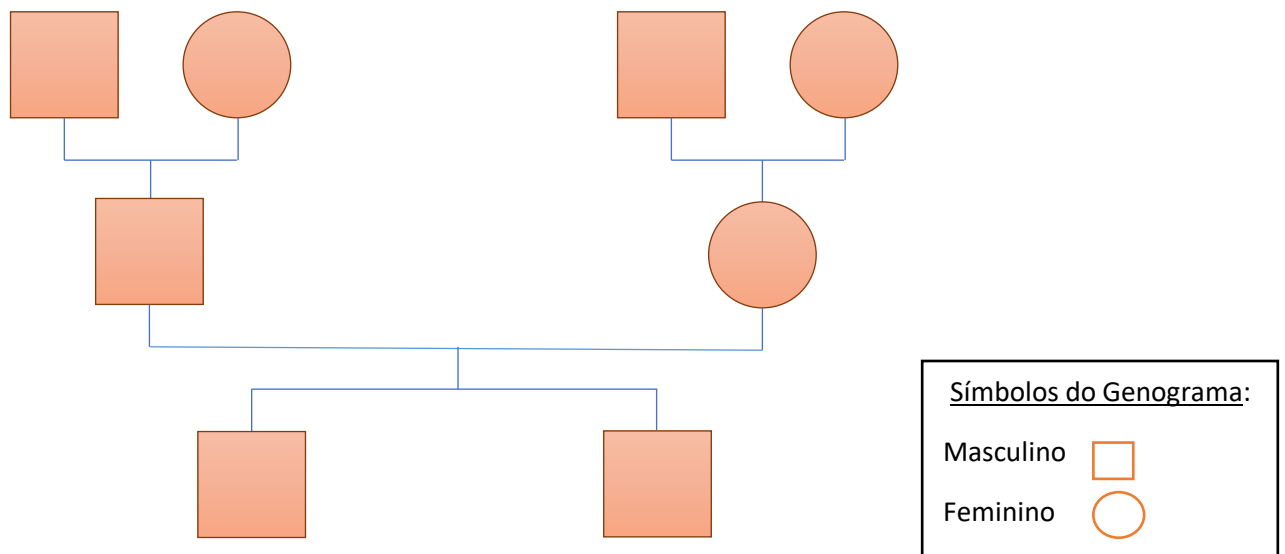


Figura 1: Genograma

1.4 Fontes de Informação

As informações acerca deste caso, foram provenientes do D.M e da mãe, que esteve presente na primeira consulta, na qual foi realizada a entrevista clínica e feita a recolha dos dados anamnésicos, com a finalidade de obter o máximo de informações possíveis.

1.5 História de Vida

D.M coabita com a sua mãe, o seu pai e o seu irmão mais novo. A mãe chama-se S.M, tem 37 anos, possui o 12º ano de escolaridade e trabalha como funcionária na escola do irmão mais novo de D.M. O seu pai chama-se J.M, tem 38 anos, também possui

o 12º ano de escolaridade e é talhante. Por fim, o seu irmão mais novo chama-se S.M, tem 6 anos de idade e frequenta o 1º ano do primeiro ciclo e divide o quarto com ele.

A gravidez foi desejada e vigiada, houve o risco de descolamento de placenta. Nasceu às 42 semanas, no hospital de Padre Américo em Penafiel, o parto foi cesariana porque a mãe não fez dilatação suficiente e por causa da possibilidade do descolamento da placenta. Nasceu saudável, com 3,250 quilogramas e 49 centímetros de comprimento. A amamentação foi feita através do peito materno, até aos 2 anos de idade. O desenvolvimento psicomotor foi aparentemente adquirido dentro dos parâmetros normativos, começou a andar com 14 meses e a falar com 12 meses, começou a vestir-se sozinho, autonomamente, aos 4 anos e o controlo esfinteriano ocorreu por volta dos 2 anos, tanto diurno como noturno.

O estabelecimento de limites foi sendo feito mais pela figura materna. Na entrada para o infantário (ensino pré-escolar), foi descrito como “muito responsável” e “porta-se muito bem”, entrou aos 4 anos e teve uma boa adaptação. Na entrada para o primeiro ciclo (do 1º ao 4º ano de escolaridade) não apresentou quaisquer problemas de adaptação, assim como para o ensino secundário.

1.6 História Clínica

O pai da criança, foi diagnosticado com uma depressão, no ano de 2014 (aquando deste acontecimento D.M tinha 3 anos). Tendo nesta altura, tido acompanhamento médico, que prescreveu antidepressivos e ansiolíticos. Esta depressão surgiu em contexto profissional no desempenho do seu trabalho num talho de um hipermercado: “Era sozinho nessa secção e como estava num espaço fechado começou a deprimir... em casa só chorava e tinha medo de perder o filho. Atualmente já recuperou da sua problemática.

Para além disto, a avó de D.M é hipertensa e diabética, encontrando-se medicada para estas duas patologias.

1.7 Estado Mental e Avaliação do Comportamento

D.M encontrava-se consciente, bem orientado, com um discurso fluente e coerente, bem-apresentado e com aspeto cuidado, baixo contacto ocular, postura colaborante, porém retraída, não se verificou qualquer perturbação aparente de

atenção e/ou concentração. Na expressão não verbal, demonstra apatia, tendo dificuldades significativas na expressão emocional tanto verbal como física.

1.8 Instrumentos Utilizados

Entrevista Semi-Estruturada para Crianças e Adolescentes (ECSCA) - Utiliza séries estandardizadas de temas e tarefas para recolher amostras de funcionamento em 9 áreas distintas, sendo elas: 1) atividades, escola, emprego; 2) amigos; 3) relações familiares; 4) fantasias; 5) auto-perceção, sentimentos; 6) problemas relatados pelos pais/professores; 7) testes de realização (opcional); 8) para idades (6-12) pesquisar anomalias motoras – destreza fina e grossa (opcional) e 9) para idades 13-18 – queixas somáticas, álcool, droga, problemas com a lei. O entrevistador deve tentar cobrir todas as áreas apropriadas ao sujeito em questão, para tal, a sequência das questões e dos temas pode ser alterada para se dar seguimento ao fluir natural da conversa. (M.S. Araújo et al., 1996).

Teste Aperciativo de Roberts (RATC) - Visa a avaliação do funcionamento comportamental, emocional e social de crianças e adolescentes entre os 6 e os 16 anos de idade, através da apresentação de 16 cartões que retratam situações de interação que se estabelecem com a família e com os pares. Para tal, é pedido à criança que elabore uma história com princípio, meio e fim, sobre cada um dos cartões. Assim, pressupõe-se que a criança projete os seus pensamentos, preocupações, conflitos e estilos de resolução de problemas nestas histórias (McArthur & Roberts, 1982 cit. in Parolin et al., 2020).

1.9 Resultados

ECSCA

As respostas verbalizadas eram diretas, demonstrando uma capacidade de comunicação baixa, postura retraída e fechada, sendo o discurso reduzido não parecendo existir uma intenção comunicativa.

Foi possível verificar pouca interação com o grupo de pares, mencionou ter um melhor amigo e que tem uma boa relação com os colegas de turma, mas não são "muito próximos". O que mais gosta de fazer é jogar futebol. Referiu o desejo de ter um quarto

individual. Os pais têm uma boa relação, não existem discussões entre eles, pelo menos D.M e o irmão nunca assistiram a nenhuma. Quando for mais velho quer ser polícia.

Não soube identificar situações que o deixassem “triste” nem “feliz”, mas conseguiu identificar uma situação que o deixa “zangado” (apenas ter uma *playstation* 4 e às vezes ter de esperar que o irmão mais novo acabe de jogar).

RATC

1- “Está um pai a dizer alguma coisa ao filho. Estão-se a sentir mal, porque o pai está com os olhos fechados e mão no filho. E a mãe também olha para o pai **[Depressão e Resolução 1].**”

2- “A mãe a abraçar a filha de joelhos **[Suporte Outros]**. Estão tristes **[(Depressão)]** se calhar o filho vai para a algum lado ou ela não vê um filho durante algum tempo e voltam a ver-se **[Identificação do Problema e Rejeição]**. A história acaba bem **[Resolução 1].**”

3- “O menino que está com papeis em cima da mesa, mão na cara, olhos fechados. Está zangado **[Agressividade]** porque não quer trabalhar **[Identificação do Problema e Não-Resolvido].**”

4- “É mal. A menina deu um pontapé e um murro na barriga à outra **[Agressividade]**. E a outra está no chão **[Ansiedade]**. Está-lhe a doer e a outra está à beira dela e não ajuda **[Rejeição e Não-Resolvido].**”

5- “É bom porque está o filho, o pai e a mãe. Os pais estão juntos e o filho está ao lado deles. Sentem-se bem **[Suporte Criança e Resolução 1].**”

6- “Um menino está a olhar mal para o outro e o outro tem a mão levantada **[Agressividade e Não-Resolvido].**”

7- “Um menino, deitado na cama a acordar, porque a mãe chamou-o para ir para a escola [**Depender dos Outros**].”

8- “É mal, os pais estão a discutir [**Agressividade**] e os filhos estão a ver. Acaba bem [**Resolução 1**].”

9- “É mal, porque tem dois meninos e eles estão a lutar [**Agressividade e Identificação do Problema**]. O outro deitou o outro ao chão [**Agressividade**] e o outro aleijou-se [**Ansiedade e Não Resolvido**].”

10- “É bem. A mãe está com o bebé no colo e o irmão está a vê-lo [**Sem Score**].”

11- “Mal. A menina está deitada no chão e alguém está a empurra-la [**Ansiedade e Agressividade**]. E ela está aleijada e está com medo [**Ansiedade e Não Resolvido**].”

12- “O pai, a mãe e o filho... [**Recusa**].”

13- “Mal, porque está um homem a partir uma cadeira no chão [**Agressividade**], porque está inervado [**Identificação do Problema e Não Resolvido**].”

14- “A mãe e o filho. O filho está a pintar a parede toda com as mãos e a mãe preocupada [**Ansiedade**], porque não sabia dele [**Identificação do Problema e Não Resolvido**].”

15- “Mal, porque o menino está a abrir a porta da casa de banho e vê lá a mãe triste [**Depressão e Não Resolvido**].”

16- “Bom. Porque o pai está a ler uma história ao filho [**Suporte Outros**].”

Verificam-se resultados clínicos elevados na escala de Depressão, Rejeição e Não resolução.

Assim sendo, os resultados de resolução construtiva de sentimentos internos estão abaixo do que seria espectável para a sua faixa etária. Para além disso, também se encontra abaixo da média a colocação de limites. Assim sendo, D.M tem dificuldade em identificar limites/consequências aquando o surgimento de um problema. É perceptível a dificuldade da criança em lidar com os problemas do dia a dia, uma vez que identifica os problemas, contudo apresenta uma resolução mágica dos mesmos, onde apresenta uma descrição breve de uma reação emocional ou comportamento, sem explicação suficiente ou consciência da sua causa. Verifica-se que não resolve os problemas ou os sentimentos relacionados com a história, havendo uma reação emocional que fica suspensa. Nesta faixa etária seria espectável que ocorresse uma resolução construtiva de sentimentos internos, resolução construtiva de problema externo e/ou solução harmoniosa de problemas interpessoais.

Nas pranchas evidencia-se dificuldade em projetar material apresentando níveis elevados de depressão e rejeição sendo corroborados pela postura de D.M no quotidiano. Ou seja, presença de apatia, anedonia e sentimentos de tristeza prolongados, afetando a sua autoestima e autoconceito, o que poderá despoletar sentimentos de rejeição.

Para além disto, os resultados indicam que há uma reduzida procura de ajuda dos outros para resolver problemas, o que é indicador de baixa capacidade adaptativa na procura de ajuda externa com o objetivo de resolução de problemas. Constata-se ainda, que a criança não percebe o seu sistema de suporte como responsivo ou disponível.

Em suma, D.M é uma criança que apresenta sintomatologia depressiva, extremas dificuldades de expressão e gestão emocional, dificuldades significativas na resolução construtiva de problemas e na identificação de suporte nos outros (Anexo 4 e 5).

1.10 Processo de Intervenção Psicológica

Os objetivos gerais da intervenção psicológica com o paciente D.M basearam-se no estabelecimento de uma relação terapêutica empática e de segurança para com o

mesmo, promovendo um maior conhecimento e aceitação de si próprio. Para isso, segue a descrição de cada consulta.

A primeira consulta foi realizada com a presença da figura materna, para perceber a problemática em questão, o motivo de encaminhamento e foi realizada a entrevista clínica (com o modelo inicialmente criado por mim), para obtenção de dados anamnésicos e informações mais relevantes/importantes. Nesta consulta D. adotou uma postura hipotónica e manteve pouco contacto ocular.

Na segunda consulta foi realizada ludoterapia com D.M, para estabelecimento e fortalecimento da relação terapêutica e para observar a expressão emocional do mesmo. Já não adotou uma postura hipotónica, adotou uma postura colaborante mas com baixos níveis motivacionais.

Na terceira e quarta sessão, foi aplicado o instrumento ECSCA, para um melhor conhecimento do D.M nas diferentes áreas (contexto escolar, grupo de pares, contexto familiar, sentimentos e auto-conhecimento...).

Na quinta e sexta sessão, foi aplicado o RATC, para avaliar o seu funcionamento a nível comportamental, emocional e social.

Na sétima sessão, iniciou-se a intervenção ao nível das emoções com a terapia narrativa “O Lobo que aprendeu a lidar com os Sentimentos” para ajudar na compreensão das emoções, para saber lidar com as emoções e para auxiliar na expressão das mesmas.

1.11 Contextualização do Caso

D.M iniciou acompanhamento psicológico devido à dificuldade que apresenta na expressão e consciencialização emocional. O desenvolvimento de capacidades inerentes à regulação emocional, nas quais se inclui a expressão emocional, é um pré-requisito para um desenvolvimento psicológico e social mais adaptativo (Campos, Campos, & Barrett, 1989). Inerentes à regulação emocional estão processos intrínsecos, tais como a consciência dos estados emocionais internos (como por exemplo, a consciência emocional), e processos extrínsecos, ou seja, processos que se referem à comunicação das emoções (também designado por expressão emocional) (Thompson, 1994; Penza-Clyve & Zeman, 2002 cit. in Santos, 2021).

Por sua vez, a expressão emocional refere-se à capacidade de transformar uma experiência emocional em reações emocionais, sejam elas verbais ou não verbais. O que não era verificado em D.M, pois foi possível observar a presença de um certo embotamento afetivo. O processo de expressão emocional inclui ainda a capacidade de moderar tanto a intensidade como a direção da reação emocional, para atingir os objetivos pretendidos (Gross, 1998, 1999; Mayer & Salovey, 1997; Penza-Clyve & Zeman, 2011 cit. in Santos 2021). Sendo assim, as dificuldades podem estar presentes a dois grandes níveis, baixa consciência emocional (incapacidade de identificar e ter consciência das experiências emocionais) e a relutância emocional (supressão das experiências emocionais e da expressão das mesmas) (Caiado et al., 2021; Penza-Clyve & Zeman, 2002 cit. in Santos 2021). Desta forma, só sendo capaz de notar o que está a sentir é que o jovem D.M consegue expressar os seus estados emocionais.

A relutância em expressar emoções tem vindo a ser associada a uma elevada presença de distorções cognitivas (Scott et al., 2008 cit. in Santos 2021) e a baixas competências sociais (Jacob et al., 2014; Scott et al., 2008 cit. in Santos 2021) em crianças e adolescentes. Este facto pode explicar a baixa autoestima e autoconceito que D.M apresenta.

Desta forma, o objetivo da intervenção com D.M. é a regulação das emoções, pois esta constitui um valor adaptativo que permite ao indivíduo lidar com várias situações ao longo da vida, não se limitando apenas aos níveis de intensidade ou frequência das emoções, mas sim de ação e de comunicação com os outros, principalmente na coordenação com as emoções de outros indivíduos (John & Gross, 2004; Vasco, 2009).

2. Reflexão Final

O ano de estágio curricular representa um tempo de aprendizagem e de sistematização de conhecimentos que foram sendo adquiridos ao longo do curso. É a etapa final do nosso percurso académico e exige, portanto, muita dedicação, esforço e trabalho.

As minhas expectativas relativas a este estágio foram superadas, proporcionando um desenvolvimento pessoal, enquanto estudante e futura psicóloga. Verifiquei também uma aquisição significativa de conhecimentos relativos à prática e à

teoria da psicologia em diversos âmbitos. Assim, penso ser fundamental o investimento na minha formação enquanto futura psicóloga e não unicamente na etapa em que me encontro, mas sim, ao longo de todo um percurso profissional, tendo em vista a atualização e aquisição de conhecimentos.

O estágio realizado na clínica, enriqueceu-me profissionalmente, quer em termos de avaliação como de intervenção, uma vez que existiu a oportunidade de estar em contacto com diversas problemáticas da saúde mental. Proporcionou-me um aperfeiçoamento das diferentes competências subjacentes à prática da psicologia clínica. O contacto com outros profissionais permitiu ainda mais a aquisição de novas aprendizagens, devido à necessidade e à importância da articulação da equipa multidisciplinar para ajudar da melhor forma as crianças e os adolescentes.

Esta foi, sem dúvida, uma fase marcante na minha formação académica e pessoal, que se revelou a junção entre o final de uma etapa e o início de outra, com uma maior autonomia e responsabilidade.

Por fim, considero que as diferentes aprendizagens concretizadas irão contribuir de forma positiva e decisiva no meu desempenho profissional e espero ter transmitido, através deste relatório de estágio, as competências de avaliação e de intervenção que desenvolvi e adquiri ao longo do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Referências Bibliográficas

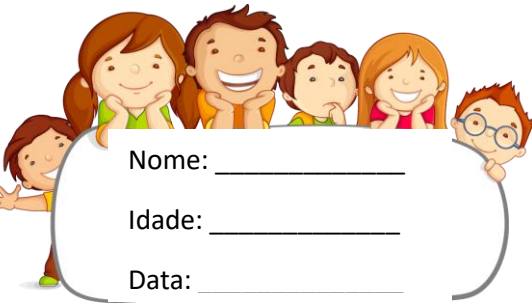
- Bell, N. L., & Nagle, R. J. (1999). Interpretive issues with the Roberts Apperception Test for Children: Limitations of the standardization group. *Psychology in the Schools*, 36(4), 277-283. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)15206807\(199907\)36:4<277::AID-PITS1>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)15206807(199907)36:4<277::AID-PITS1>3.0.CO;2-Q).
- Bombonato, G. A., & Farago, A. C. (2016). As etapas do desenho infantil segundo autores contemporâneos. *Cadernos de Educação*.
- Caiado, B., Canavarro, M.C. & Moreira, H. (2021). *The bifactor structure of the Emotion Expression Scale for Children in a sample of school-aged portuguese children* [Manuscrito submetido para publicação]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394-402. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.394>
- Corman, L. (1967). *Le test du dessin de famille. Dans la pratique médico-pédagogique*. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, S.A..
- DERDYK, Edith. Formas de pensar o desenho: desenvolvimento do grafismo infantil. São Paulo: Scipione, 1989
- Figueiredo, C. V. de, Moura, H. M. de, Rezende, A. T., Moizés, H. B. C., Guedes, I. de O., & Curvello, R. P. (2021). Como se articulam a Psicologia Positiva e a Psicologia da Saúde? *Research, Society and Development*, 10(2), e16510212288. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12288>
- Gouveia, V. V. (2018). Formação em Avaliação Psicológica: Situação, Desafios e Diretrizes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(spe), 74-86. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208641>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3). 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5). 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>

- Hutz, C. S. (2015). Questões éticas na avaliação psicológica. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp.165-174). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Jacob, M. L., Suveg, C., & Whitehead, M. R. (2014). Relations between emotional and social functioning in children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(5), 519-532. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0421-7>
- John, O. & Gross, J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.
- Leal, I. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio* (1aed). Lisboa: ISPA.
- Malden, D. E., Mangoni, A. A., Woodman, R. J., Thies, F., McNeil, C., Murray, A. D., & Soiza, R. L. (2020). Circulating asymmetric dimethylarginine and cognitive decline: A 4 year follow up study of the 1936 Aberdeen Birth Cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(10), 1181-1188. <https://doi.org/10.1002/gps.5355>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Coords.), *Emotional development and emotional intelligence: Educacional Implications*. (pp. 3-34). Basic Books.
- McArthur, D. S., & Roberts, G. E., (1982). *Roberts apperception test for children*. Torrence, CA: MHS Assessments.
- M.S. Araújo, M. Gonçalves & M.J. Teixeira (1996).
- Muniz, M. (2018). Ética na Avaliação Psicológica: Velhas Questões, Novas Reflexões. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(spe), 133-146. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000209682>
- Nunes, M. F. O., Muniz, M., Reppold, C. T., Faiad, C., Bueno, J. M. H., & Noronha, A. P. P. (2012). Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 22(2), 309-316.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*, Lisboa: Placebo
- Parolin, L., De Carli, P., & Locati, F. (2020). The Roberts-2: Italian Validation on a Sample of Children and Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 102(3), 390-404. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1546713>

- Penza-Clyve, S., & Zeman, J. (2002). Initial validation of the Emotion Expression Scale for Children (EESC). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 540-547. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3104_12
- Raven J, Summers B, Birchfield M, et al., Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary scales. American and International Norms. Vol 3. 2nd ed. Oxford Psychologists Press; 1990
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. P. (1996). *Psicologia clínica da saúde*. 11.
- Santos, D. F. (2021). *PARENTALIDADE CONSCIENTE E DIFICULDADES DE EXPRESSÃO EMOCIONAL NAS CRIANÇAS: O PAPEL MEDIADOR DO MINDFULNESS DISPOSICIONAL DAS CRIANÇAS*.
- Scott, B. G., Pina, A. A., & Parker, J. H. (2008). Reluctance to express emotion explains relation between cognitive distortions and social competence in anxious children. *The British Journal of Developmental Psychology*, 36(3), 402-417. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12227>
- Teixeira, J. A. (2004). *Psicologia da saúde*. *Análise Psicológica*, 3(22), 441- 448.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52, 250-283. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Trull, T. J., & Prinstein, M. J. (2013). *Clinical Psychology*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Vasco, A. (2009). Sinto, Logo Também Existo! Comunicação apresentada no III Seminário Espaço S 2009 – Emoções e Juventude – Abordagem Psicológica das Emoções – Cascais.
- Witmer, L. (1907). Clinical psychology [Editorial]. *The Psychological Clinic*, 1, 1.

Anexos

Anexo 1. Entrevista Clínica para Crianças e Adolescentes



Entrevista Clínica

- Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Naturalidade: _____

Ano de escolaridade: _____

Residência (rural, urbana...): _____

Tipo de habitação (casa, apartamento...): _____

- Contactos

Telefone do responsável: _____

Telefone em caso de emergência: _____

- Pedido de Encaminhamento



Por quem foi realizado (médico, pais, próprio, outros): _____

Motivo da consulta: _____

Vem acompanhado (Se sim, por quem): _____

- Antecedentes Pessoais:

Desenvolvimento da sintomatologia (desde o início até à atualidade): _____

Antecedentes psiquiátricos/psicológicos: _____

Atribuições pessoais e/ou familiares: _____

- História Médica

Doenças significativas: _____

Recurso a serviço hospitalar (motivos, duração, com/sem internamento, acompanhado por quem): _____

Se sim, especificar (vivência da criança e dos pais): _____

Exames de diagnóstico utilizados: _____

Estado de saúde atual: _____

Está a fazer farmacoterapia (Se sim, especificar): _____

Como se sente com a mesma: _____

Quem se preocupa em dar/ controla a medicação: _____



Antecedentes familiares de doença (psíquica, outra): _____

- História familiar

Nome da Mãe: _____

Idade: _____

Residência: _____

Escolaridade: _____

Profissão/Ocupação: _____

Telefone: _____

Estado civil: _____

Relação com a criança: _____

Tempo e atividades despendidas com a criança: _____

Estilo educativo (passivo, negligente, autoritário...): _____

Como é descrita pela criança: _____

Relacionamento criança-mãe (padrões de comunicação...): _____

Doenças (Se sim, qual/quais): _____

Nome do pai: _____

Idade: _____

Residência: _____

Escolaridade: _____

Profissão/Ocupação: _____

Telefone: _____



Estado civil: _____

Relação com a criança: _____

Tempo e atividades despendidas com a criança: _____

Estilo educativo (passivo, negligente, autoritário...):

Como é descrito pela criança: _____

Relacionamento criança-pai (padrões de comunicação...): _____

Doenças (Se sim, qual/quais): _____

Outro familiar significativo: _____

Grau de parentesco: _____

Nome: _____

Idade: _____

Residência: _____

Escolaridade: _____

Profissão/Ocupação: _____

Telefone: _____

Estado civil: _____

Relação com a criança: _____

Como é descrito pela criança: _____

Relacionamento familiar significativo-criança (padrões de comunicação...): _____

Doenças (Se sim, qual/quais): _____

Fratria

Nome	Idade	Sexo	Estado civil	Profissão/Ocupação	Habilitações Literárias	Doenças (Se sim, qual/quais):

Irmãos

Relação da criança com os irmãos: _____

Relação dos irmãos com a criança: _____

Tempo e atividades despendidas pelos irmãos com a criança: _____

Relação irmãos-irmãos: _____



Relação dos pais com os outros filhos: _____

Número de elementos que constituem a família: _____

A criança possui quarto individual (Se não, com quem partilha): _____

Avós paternos

Avó

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão/ Ocupação: _____

Residência: _____

Relação com a criança: _____

Tempo e atividades despendidas com a criança: _____

Relação da avó com os outros irmãos: _____

Doenças (Se sim, qual/quais): _____

Avô

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____



Profissão/ Ocupação: _____

Residência: _____

Relação com a criança: _____

Tempo e atividades despendidas com a criança: _____

Relação da avó com os outros irmãos: _____

Doenças (Se sim, qual/quais): _____

Avós maternos

Avó

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão/ Ocupação: _____

Residência: _____

Relação com a criança: _____

Tempo e atividades despendidas com a criança: _____

Relação da avó com os outros irmãos: _____

Doenças (Se sim, qual/quais): _____



Avô

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão/ Ocupação: _____

Residência: _____

Relação com a criança: _____

Tempo e atividades despendidas com a criança: _____

Relação da avó com os outros irmãos: _____

Doenças (Se sim, qual/quais): _____

- Genograma

Observações: _____

Desenvolvimento Infantil

- Gravidez

Gravidez anterior: _____

Gravidez planeada: _____

Gravidez desejada (pelo pai, mãe, por ambos): _____

Como foi recebida a notícia da gravidez: _____

Gravidez “normal”/ com problemas (Se sim, qual/quais): _____

Gravidez vigiada ou não: _____

Sexo desejado (pelo pai, mãe, ambos): _____

Bebé imaginário: _____

Como os pais vivenciaram a gravidez: _____

Acompanhamento do pai na gravidez: _____

Estado emocional durante a gravidez (depressão...): _____

Abortos anteriores (Se sim, propositados ou não): _____

- Dados Peri-natais

Parto

Tempo de gestação: _____

Local do parto: _____

Idade da mãe na altura do parto: _____



Tipo de parto: _____

(Porquê?): _____

Complicações (Se sim, qual/quais): _____

Estado do recém nascido: _____

Como se sentiu no pós-parto: _____

Reações da mãe ao bebé: _____

Reações do pai ao bebé: _____

Estado emocional do pós parto (depressão pós parto...): _____

- Estado do recém nascido

Peso: _____ Estatura: : _____ Comprimento: : _____

Teve complicações (Se sim, qual/quais?): _____

Qualidade da relação precoce: _____

Usou chupeta (Se sim, até quando?): _____

- Dados pós-parto

Alimentação (até ao momento):

Amamentação (peito/artificial-porquê): _____

Durante quanto tempo mamou leite materno: _____

Desmame: _____



Início da dieta alimentar: _____

Comeu sozinho aos: _____

Hábitos e atitudes perante as refeições (anteriores/atuais): _____

Problemas na alimentação (Se sim, qual/quais?): _____

Alimentar-se sozinho (3 anos): _____

Autonomia no arranjo pessoal (4 anos): _____

- Hábitos de sono

Rituais de adormecimento: _____

Duração do sono: _____

Dorme sozinho (Se sim, desde que idade) ou acompanhado (se sim, desde que idade):

Acorda durante a noite (Se sim, porquê?): _____

Dormiu no quarto dos pais (Se sim, até quando): _____

Transpiração noturna: () Range os dentes: () Fala/ grita durante a noite: ()

É sonâmbulo: () Tem pesadelos: ()

- Desenvolvimento Psicomotor

Sorrir (3 meses): _____

Preensão (6/7 meses): _____

Sentar-se com apoio (6/7 meses): _____

Sentar-se sem apoio (9 meses): _____



Gatinhar (9/10 meses): _____

Andar (12 meses): _____

Falar (18 meses): _____

- Hábitos de Higiene

Controlo esfingeteriano:

Anal (18/24 meses): _____ Diurno: _____ Noturno: _____

Vesical (24 meses): _____ Diurno: _____ Noturno: _____

Enurese: _____ Diurno: _____ Noturno: _____

Primária () Secundária () Situações Desencadeantes: _____

Encorprese: _____ Diurno: _____ Noturno: _____

Primária () Secundária () Situações Desencadeantes: _____

Até que idade usou fralda: _____

Utilização de pote (quando e vivência): _____

Autonomia na higiene pessoal: _____

- Lateralidade

Que mão usa normalmente: _____

Dominância: _____

Apresenta tiques (Se sim qual/quais?): _____

Onicofagia () Maneirismos () Chupar no dedo () Rituais ()

Outros () _____

- Desenvolvimento da Linguagem

Primeiras palavras sem significado (quais/quando): _____

Primeiras palavras com significado (quais/quando): _____

Problemas de linguagem (Se sim, quais): _____

- Audição/ Visão

Dificuldades (Se sim, qual/quais?): _____

- Separação da mãe

Quando houve separação da mãe/substituto materno: _____

Com quem e onde ficou: _____

Reação da criança à separação: _____

Objeto transicional: _____

- Personalidade/ Comportamento

Comportamento de externalização/ internalização: _____

Atitude face à figura de autoridade: _____



Reação ao castigo: _____

Interiorização das regras sociais: _____

Dependência na realização de tarefas: _____

Implicação parental da autonomia da criança: _____

- Relacionamento Social

Prefere brincar sozinho ou com amigos: _____

Principais amigos: _____

Amigo imaginário (Se sim, como é? Em que situações brinca com ele): _____

Principais medos: _____

- Estabelecimento de limites

Por quem? _____

Como reage? _____

O que fazem quando ela não cumpre: _____

- Comportamento em Grupo

Líder () Submisso () Organizador () Autoritário () Ambicioso ()

Independente () Decidido () Independente () Outros: () _____



- Relação com o grupo de pares: _____

- Relacionamento Interpessoal

Tímido () Sensível () Confiante () Ciumento () Extrovertido ()

Tolerante () Egoísta () Outro: () _____

- Humor

Triste () Alegre () Satisfeito () Otimista () Insatisfeito () Estável ()

Pessimista () Instável () Outro () _____

Acontecimentos de vida marcantes: _____

- Percurso escolar

Entrada para o ensino pré escolar (idade, reação, adaptação): _____

Percurso: _____

Entrada para o primeiro ciclo (idade, reação, adaptação): _____

Percurso: _____

Entrada para o segundo ciclo (idade, reação, adaptação): _____

Percurso: _____

Rendimento escolar: _____

Reação da criança face ao sucesso/ insucesso: _____

Reação dos pais face ao sucesso/ insucesso: _____

Participação dos pais na vida escolar: _____

Relacionamento dos pais com o professor: _____

Dificuldades de aprendizagem (Se sim, qual/ quais): _____

Qual o interesse da criança na escola: _____

Comportamento na escola: _____

Desenvolvimento na Adolescência:

- História Psicosssexual

Relacionamento com o corpo (auto-imagem): _____

Relacionamento com o sexo oposto: _____



Relacionamento com o mesmo sexo: _____

- Relacionamento social

Rede de suporte social

Com os pais: _____

Com os irmãos: _____

Com a família: _____

Com os professores: _____

Com os colegas: _____

- Comportamento em grupo

Líder () Submisso () Organizador () Autoritário () Ambicioso () Independente ()

Decidido () Outro: () _____

- Relacionamento Interpessoal:

Tímido () Sensível () Confiante () Ciumento () Extrovertido ()

Tolerante () Egoísta () Outro () _____

Processo de Individualização/Autonomia: _____



Humor: _____

Acontecimentos de vida marcantes: _____

- Interesse e lazer

Fim de aulas: _____

Fim de semana: _____

Tipo e frequência de atividades lúdicas (acompanhada, sozinha): _____

Ocupação de tempos livres: _____

Férias: _____

- Descrição geral da criança/ adolescente

Contacto com psicólogo (teve anteriormente, positivo, negativo- especificar): _____

Apresentação da criança/ aparência: _____

Atitude: _____

Postura (relaxado, tenso, distante do psicólogo, próximo do psicólogo...): _____



Linguagem (verbal- tom de voz, velocidade, clareza do discurso, omissões, mudanças de temas... não verbal- gesticulação, tiques...): _____

Atenção: _____

Concentração: _____

Contacto ocular (constante, esquivo, ausente): _____

Expressão facial (sorrisos, caretas, serenidade): _____


Estado emocional (lágrimas, olhos húmidos, sudação, voz tremida, gargalhadas sem contexto, engolir saliva frequentemente...): _____

- Observações:

:

Anexo 2. Checklist de Stress Parental da OPP

PANDEMIA COVID-19


ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

STRESS PARENTAL

CHECKLIST

Ser Mãe e ser Pai, por um lado, dá um sentido de propósito e significado à nossa vida, traz-nos satisfação, gratificação e sentimentos de realização e bem-estar. Por outro, as responsabilidades e exigências de educar crianças/jovens saudáveis e felizes também podem desafiar os nossos limites, gerar stress e sentimentos de sobrecarga.

Ser mãe ou ser pai, por muito competentes que sejamos, também é lidar com frustrações, medos, falhas e desafios – tais como encontrar um equilíbrio entre a vida familiar e profissional, tomar decisões sobre a educação dos nossos filhos e filhas ou lidar com expectativas externas de que sejamos “pais e mães perfeitos”.

O stress de cuidar de uma criança ou jovem pode fazer-nos sentir ansiosos, zangados, culpados ou completamente esgotados. Podemos até questionarmo-nos se somos bons pais. Estas tensões são naturais e inevitáveis, fazem parte da parentalidade. Contudo, o stress parental pode tornar-se um problema quando nos sentimos tão desgastados que não conseguimos lidar com o que acontece ou perdemos o controlo.

Utilize esta Checklist para reflectir sobre o seu nível de stress parental (durante o último mês). Responda, o mais sinceramente possível e com base na sua experiência pessoal, assinalando com um ✓ sempre que a resposta às afirmações for “sim, na maior parte do tempo”.

Não existem respostas “certas” ou “erradas”. Os resultados desta Checklist servem apenas para nos ajudar a tomar consciência e reflectir sobre o stress que a parentalidade pode gerar. Não constituem, de forma alguma, uma avaliação ou diagnóstico psicológico. Se se sente preocupado com a sua Saúde Psicológica e sobrecarregado com as tarefas da parentalidade, procure ajuda profissional – um Psicólogo ou Psicóloga pode ajudar.

<input type="checkbox"/> 1. Sinto-me muito cansado/a, tudo é um esforço para mim.	<input type="checkbox"/> 9. Não consigo usufruir e tirar prazer dos momentos que passo com o meu filho/a.
<input type="checkbox"/> 2. Sinto que cuidar do meu filho/a consome mais energia do que aquela que tenho.	<input type="checkbox"/> 10. Preocupo-me com a minha capacidade financeira para dar uma boa vida à minha filha/o.
<input type="checkbox"/> 3. Sinto-me ansioso/a, nervoso/a, preocupado/a ou irritável.	<input type="checkbox"/> 11. Tenho dificuldade em equilibrar as minhas responsabilidades profissionais e parentais.
<input type="checkbox"/> 4. Sinto-me sem esperança, acho que vai tudo correr mal.	<input type="checkbox"/> 12. Sinto que não tenho tempo para mim e que ser mãe/pai tomou conta de toda a minha vida.
<input type="checkbox"/> 5. Sinto que não sou um bom pai/mãe.	<input type="checkbox"/> 13. Não sei lidar com os comportamentos do meu filho/a.
<input type="checkbox"/> 6. Sinto-me triste, nada me anima.	<input type="checkbox"/> 14. Sinto que estou a falhar como pai/mãe.
<input type="checkbox"/> 7. Sinto-me sozinho/a e/ou não tenho a quem pedir ajuda ou apoio se precisar.	<input type="checkbox"/> 15. Não aguento mais ser mãe/pai. Tenho vontade de fugir.
<input type="checkbox"/> 8. Sinto-me distante da minha filha/o.	

CHAVE DE LEITURA

1 - 3

Parece estar a lidar bem com as exigências e os desafios da parentalidade. Lembre-se que é natural sentir algum stresse e preocupação enquanto pai ou mãe. [Cuide da sua Saúde Psicológica e do seu bem-estar](#). Em www.sinto.me pode encontrar informações e recursos que podem ser úteis.

4 - 8

Em diversos momentos é natural sentir stresse e sentimentos de sobrecarga enquanto pai e mãe. A parentalidade é uma tarefa muito exigente e desafiante e todos podemos sentir dificuldade e precisar de ajuda. Fale com pessoas em quem confia sobre aquilo que o preocupa, reserve tempo para cuidar de si e [procure ajuda – um Psicólogo pode ajudar](#). Em www.sinto.me também pode encontrar informações e recursos que podem ser úteis.

9 - 15

Quando nos sentimos exaustos e sobrecarregados com os desafios da parentalidade, devemos procurar ajuda. Um Psicólogo pode colaborar connosco e ajudar-nos a pensar de forma mais clara e a encontrar estratégias para resolvermos as nossas dificuldades. [Ligue para o Serviço de Aconselhamento Psicológico da Linha SNS24](#).

Anexo 3. Grupos Terapêuticos

Grupo Ansiedade:

Módulo 1: Educação terapêutica

- O que é a ansiedade; a sua importância e quando é que ela deixa de ser saudável;
- Os vários tipos de ansiedade;
- Sintomas da perturbação da ansiedade e como podem influenciar o nosso dia-a-dia.

Módulo 2: Monitorização da ansiedade

- Como detetar precocemente que vai ser despoletado um episódio de ansiedade;
- Apresentação de situações e debate sobre os sentimentos que são despoletados;
- Role-play*;
- Estratégias de *coping*.

Módulo 3: Exercícios para controlar a ansiedade:

- Relaxamento Muscular progressivo de Jacobson;
- Treino autógeno de Shultz;
- Imaginary*;
- Relaxamento na *Snoezelen*;
- Exercícios de respiração (intercostal e abdominal);
- Importância do exercício físico: sessões de Pilates e hidroterapia.
- Importância da alimentação saudável;
- Sessões de dança ou outras atividades artísticas que permitam a expressão corporal e o alívio de tensão muscular;
- Arte terapia (por exemplo: pintar mandalas, fazer colagens, moldagens em barro/plasticina);

Módulo 4: Falar sobre perspetivas futuras

- Medos e preocupações em relação às situações futuras;
- Explorar atividades do interesse do indivíduo.

Crianças e Jovens a incluir no grupo:

M. R

S. R

G. S

D. T

B. M

L. T

M. N

B. N

L. S

L. C

L. V

Grupo Comportamentos de Risco:

Módulo 1: Educação terapêutica

-O que são;

-Fatores que influenciam (pais, pares, contexto em que a pessoa está inserida);

-Como quebrar o ciclo de agressividade.

Módulo 2: Abandono escolar

Módulo 3: Sexualidade

-Doenças sexualmente transmissíveis;

-Métodos contraceptivos;

-Pornografia vs Realidade (?);

-Masturbação;

-Identidade Sexual.

-Programa PRESS;

-Jogos de tabuleiro.

Módulo 4: Consumos

- Partilha de objetos e os riscos associados;
- Consequências do consumo (esquizofrenia...);
- Pressão social.

Módulo 5: Violência

- Tipo de violência (verbal, física, ameaças...);
- Violência no namoro;
- Sinais de uma relação abusiva;
- Violência contra seres indefesos (bebés, crianças, idosos e animais);
- Violência doméstica.
- Violentómetro

Módulo 6: Gerir a violência

- Estratégias;
- Relaxamento;
- Técnicas de respiração;
- Gatilhos que despoletam a agressividade.

Crianças e Jovens a incluir no grupo:

- F. S
- J. R
- T. C
- D. M
- C. P
- L. T
- A. I
- R. T

Grupo Depressão:

Módulo 1: Educação terapêutica

- O que é/o que não é depressão;
- Causas da depressão;
- Linhas de apoio;
- Sintomas e impacto no dia-a-dia.

Módulo 2: “O eu”

- Atividades de autoconceito;
- Atividades para aumentar a autoestima e a valorização pessoal;
- Atividades em que seja possível de experimentar sentimentos de competência e sucesso pessoal;
- Atividades sobre emoções associadas a diferentes situações;
- Terapia Cognitiva Comportamental.

Módulo 3: “Os outros”

- Atividades de interação social (por exemplo: desafios em grupo em que é exigida a tomada de decisão ou resolução de problemas);
- Role-play*;
- Treino de competências sociais;
- Estratégias de gestão de conflitos.

Módulo 4:

- Estratégias para reestabelecer hábitos e rotinas;
- Explorar atividades do interesse do indivíduo;
- Estratégias de ativação comportamental;
- Alimentação saudável;
- Exercício físico;
- Falar sobre perspetivas futuras e ajustar expectativas.
- Arteterapia.

Crianças e Jovens a incluir no grupo:

F. B

L. T

B. M

A. M

J. M

C. R

M. T

S. L

F. S

M. R

M. F

G. F

A. I

Grupo Divórcio:

Módulo 1: Os relacionamentos

-Relacionamentos saudáveis e não saudáveis → Atividade: assistir a pequenos vídeos/filmes e pedir que refiram se é ou não é uma relação saudável;

-Desmitificar o divórcio (não tem de ser uma coisa negativa);

-Aceitar uma nova relação pós-divórcio (o pai/mãe não vão ser substituídos).

Módulo 2: Conflitos familiares

-A importância de um diálogo positivo;

-Resolução de problemas → *Role-Play*;

-Como potenciar a manutenção de papéis (pai-filho-mãe);

-Sentimentos de abandono/diferença entre outras crianças/adolescentes;

Módulo 3: Sessão com os pais / apenas com os pais de uma criança de cada vez

-Os filhos e o divórcio;

-Competências de comunicação entre ex-casais;

-A importância de um ambiente harmonioso para a educação dos filhos.

Crianças e Jovens a incluir no grupo:

D.M

L. T

R. T

L. C

L. P

L. S

D. F

R.F

F. M

Grupo Estimulação Cognitiva:

Módulo 1: Atenção/concentração e memória

- Jogo da memória auditiva;
- Sopa de letras, labirintos, diferenças (...);
- Jogo “palavras tabú”;
- “Quem é quem?”
- Dominó;
- UNO;
- Mikado;
- Opostos;
- Inverno/Verão (o que vestir, o que fazemos...);
- Jogo das ordens “pinta o cogumelo do meio de vermelho”.

Módulo 2: Recursos na comunidade:

- Identificar farmácia, centros de saúde, correios (...);
- Trabalhar com multibanco;
- Transportes públicos (orientação espacial e temporal).

Módulo 3: Gestão monetária



- Fazer listas de compras;
- Analisar panfletos (selecionar produtos mais caro/barato);
- Role-play*;
- Ida ao supermercado.
- Dinheiro para as férias/ir a um festival...
- Gerir mesada/semanada...

(Ver Neuron up)

(Ver www.edukinclusiva.pt)

Crianças e Jovens a incluir no grupo:

N. P

J. R

P. C

G. C

F. S

R. T

H. T

R. C

M. C

B. S

M. P

C. R

T. M

D. P

Y. C

F. M

Grupo Gestão do Tempo nas Tecnologias:

Módulo 1: Tecnologias

- Vantagens e desvantagens da sua utilização;
- Possíveis alterações na rotina;

- Dependência;
- O que provoca e sintomas de “abstinência”;
- Gestão do tempo dedicado às tecnologias;
- Importância do tempo/qualidade de sono e descanso.

Módulo 2: Redes Sociais

- Vantagens e desvantagens da utilização das redes sociais;
- Exposição corporal;
- Vida Real VS Vida Virtual;
- Atividade “roda do tempo” – identificação do tempo despendido em cada rede social.

Módulo 3: Cyberbullying

- Porque acontece?
- Exposição a casos reais;
- Emoções associadas;
- Consequências;
- Linhas de apoio.

Módulo 4: Sessão para pais

- Noção de liberdade/privacidade;
- Perigos da *internet*.

Crianças e Jovens a incluir no grupo:

M. C

R.C

G. C

M. P

J. M

M.R

J. R

R. A

L. T

G.F

Grupo Reeducação Alimentar:

Módulo 1: Alimentação saudável

- Importância;
- Que doenças surgem com a má alimentação;
- Estratégias para ter uma alimentação saudável (horário);
- Importância da ingestão de água;
- Estratégias para aumentar o consumo de água, frutas e legumes.
- Atividade roda dos alimentos;
- Ensinar a ler rótulos.
- Programa PASSE (psicologia + nutrição + enfermagem)

Módulo 2: Hábitos de vida saudáveis

- Importância do exercício físico;
- Atividades “listas de compras”.

Módulo 3: Distúrbios alimentares

- Bulimia;
- Anorexia;
- “Fome emocional”;
- Gestão de emoções.

Módulo 4: Preparação de refeições saudáveis (Nutricionista)

- Snacks*;
- Almoço e jantar;
- Sobremesas saudáveis;
- “Como preparar o prato” (quantidades de cada alimento);
- Alternativas à carne/peixe.



Crianças e Jovens a incluir no grupo:

M. C

R. C

G. C

M. L

C. R

D. T

S. N

Anexo 4. Comprovativo de Participação no Evento da OPP

**II ENCONTRO MULTIDISCIPLINAR
A PSICOLOGIA NO SISTEMA DE PROMOÇÃO
E PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO**

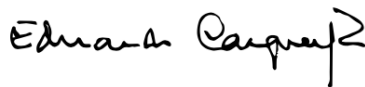
FUNDAÇÃO ENG. ANTÓNIO DE ALMEIDA

04—05 ABRIL PORTO

Certificamos que

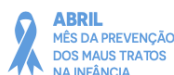
Cláudia Silva

participou no II Encontro Multidisciplinar - A psicologia no sistema de promoção e protecção de crianças e jovens em perigo, dinamizado pela Delegação Regional do Norte da Ordem dos Psicólogos Portugueses, nos dias 4 (09h00 - 17h30) e 5 (09h30 - 16h00) de Abril de 2022, na Fundação Engenheiro António de Almeida.



Eduardo Carqueja

Presidente da Direcção Regional do Norte
da Ordem dos Psicólogos Portugueses



Psicologia Clínica e da Saúde;
Psicologia da Justiça

1,8





Anexo 5. Folha de Respostas RATC

Summary Score Sheet																
Card Number	Profile Scales											Indicators				
	Adaptive						Clinical									
	Reliance on Others	Support-Other	Support-Child	Limit Setting	Problem Identification	Resolution 1	Resolution 2	Resolution 3	Anxiety	Aggression	Depression	Rejection	Unresolved	Atypical Response	Maladaptive	Refusal
1B/G						X					X					
2B/G		X			X	X					X	X				
3B/G									X	X		X	X			
4									X	X		X	X			
5B/G			X			X										
6B/G									X				X			
7B/G	X															
8					X				X	X			X			
10B/G																
11									X	X			X			
12B/G																X
13B/G					X				X				X			
14B/G					X				X				X			
15										X			X			
16B/G		X														
Total	1	2	1	0	4	4	0	0	5	7	3	3	8	0	0	1

Anexo 6. Tabela das médias do RATC

