

Relatório de Estágio

Lorena Santos Malaquias

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

Gandra, setembro de 2023

Lorena Santos Malaquias

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

Relatório de Estágio

Trabalho realizado sob a Orientação da **Prof^ª. Dr^ª. Joana Soares**

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, 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

Antes de mais nada e acima de tudo, é com um orgulho incomensurável que agradeço à minha mãe por tornar este sonho possível. Por todo apoio, confiança, ensinamentos e valores que tive o privilégio de receber. Sou verdadeiramente uma afortunada por ser filha de quem sou. Se consegui chegar até aqui, devo tudo isto a ti mãe! O meu sucesso será sempre o teu sucesso!

Ao finalizar mais uma etapa deste percurso tão importante na minha vida, não poderia deixar de agradecer ao meu irmão, que apesar de todas as implicâncias, mostrou sempre um enorme interesse em todo meu trajeto, sendo o meu maior confidente. É sempre um gosto partilhar as minhas vivências contigo. Em breve serás tu, “pequeno”!

As minhas amigas e companheiras desta viagem tão bonita, que estiveram sempre presentes. Obrigada por toda ajuda, partilha, encorajamento, carinho e amizade. Vocês são o verdadeiro significado de “da universidade, para a vida”.

Ao meu orientador do estágio curricular Professor Dr. Victor Viana, por todo conhecimento transmitido, que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por toda confiança depositada em mim e por incentivar sempre a minha autonomia.

A minha supervisora do estágio curricular, Professora Dr^a. Joana Soares, por toda a disponibilidade, motivação, conselhos e orientação. Obrigada por ter sempre uma resposta às minhas preocupações e por ter contribuído para que este percurso fosse ainda mais enriquecedor.

A Dr^a. Dulce Sousa, por me ter dado a oportunidade de ter uma experiência na Unidade do Adulto e do Idoso, permitido a minha participação no grupo de Psicoeducação com doentes cardíacos, de forma a expandir o meu conhecimento num outro contexto.

Ao Yoshi, o meu gato, que apesar do recente falecimento marcou esta etapa como o meu fiel companheiro. Não finalizaste este relatório comigo, nem tenho mais as tuas patinhas a carregar em letras que não era suposto, mas estarás para sempre aqui marcado, assim como na minha memória. Obrigada.

A todos vocês, deixo aqui o meu mais sincero e profundo agradecimento.



ÍNDICE GERAL

Introdução	1
CAPÍTULO I	2
1. Caracterização da Instituição	2
1.1. Caracterização do Local de Estágio	2
1.2. Caracterização do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar.....	3
1.3. Caracterização da Unidade de Psicologia Pediátrica	4
1.4. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar	6
1.5. Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria	9
CAPÍTULO II	11
2. Atividades Realizadas	11
2.1. Reuniões de Supervisão e de Orientação	11
2.2. Observação de Consultas	11
2.3. Avaliação Psicológica.....	13
2.4. Consultas Individuais.....	19
2.5. Outras Atividades	23
CAPÍTULO III	28
3.1. Caso clínico “E”	28
3.1.1. Identificação	28
3.1.2. Motivo e Pedido da Consulta	28
3.1.3. Primeiro Contacto e Apreciação Geral da Paciente	29
3.1.4. História Pessoal	30
3.1.5. Problemática Atual	33
3.1.6. Processo de Avaliação Psicológica.....	33
3.1.7. Hipóteses de Diagnóstico	37
3.1.8. Caracterização da Ansiedade na Adolescência	39
3.1.9. Terapia Adequada para a Perturbação.....	42
3.1.10. Processo de Intervenção Psicológica	42
3.2. Reflexão pessoal sobre o Caso Clínico	47
3.3. Reflexão Geral Sobre o Estágio	49
Referências Bibliográficas.....	51
Anexos	58

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1: Consultas Individuais
- Tabela 2: Resultados YSR- Escala de Síndromes caso clínico E
- Tabela 3: Resultados de Competências YSR- Caso E
- Tabela 4: Cronograma de Atividades
- Tabela 5: Resultados CBCL- Caso M
- Tabela 6: Resultados Totais CBCL- Caso M
- Tabela 7: Resultados de Competências CBCL- Caso M
- Tabela 8: Resultados CBCL- Caso I
- Tabela 9: Resultados Totais CBCL- Caso I
- Tabela 10: Resultados de Competências CBCL- Caso I
- Tabela 11: Resultados YSR- Caso I
- Tabela 12: Resultados Totais YSR- Caso I
- Tabela 13: Resultados de Competências YSR- Caso I

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura I: Genograma Familiar de E

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo A: Cronograma das atividades realizadas em Estágio Curricular
- Anexo B: Relatório RACT- Caso L
- Anexo C: Relatório CBCL- Caso M
- Anexo D: Relatório CBCL e YSR- Caso I
- Anexo E: PowerPoint de apresentação para o grupo de Psicoeducação- Ciência do Coração
- Anexo F: Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”
- Anexo G: Escala de Síndromes- Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”
- Anexo H: Escala de Competências- Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”
- Anexo I: Técnicas de relaxamento- Respiração Diafragmática

Lista de Siglas

APA- Associação Americana de Psicologia
ASEBA- Avaliação Baseada em Evidência Empírica
BANC- Bateria de Avaliação Cognitiva de Coimbra
CBCL- Questionário do Comportamento da Criança
CH- Centro Hospitalar
D2 – Teste de Atenção
EADS-C - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças
IUCS- Instituto Universitário Ciências da Saúde
MPCR- Matrizes Progressivas de Raven
OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses
P- Percentil
PEA- Perturbação do Espectro do Autismo
PedsQL- Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica
PHDA- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção
R.A.T.C. 2- Teste de Aperceção de Roberts para Crianças 2
SP- Serviço de Psicologia
SPSS-Statistical Package for the Social Sciences
T- Nota T
TCC- Terapia Cognitivo Comportamental
TRF- Questionário de Avaliação do Professor
UAG- Unidades Autónomas de Gestão
WISC-III - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças
YSR- Questionário de Autoavaliação para Jovens

Introdução

O Estágio Curricular é caracterizado pelo exercício de práticas corretamente qualificadas no âmbito da atividade profissional e tem como função a confrontação do estagiário com situações reais de trabalho, aprimorando a componente prática da aprendizagem do aluno. Desta forma, o contato com a prática clínica, leva a uma integração, aprofundamento da aprendizagem e aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, desenvolve a capacidade de enfrentar problemas reais, expandindo a sua aptidão enquanto futuro profissional de saúde (Santos, 2019).

O presente relatório foi realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte (IUCS), no ano letivo 2022/2023, com o objetivo de descrever o percurso como estagiária.

O Estágio decorreu no espaço temporal de outubro de 2022 a junho de 2023, com o total de 420 horas distribuídos em três dias por semana, sendo realizado nas consultas externas de Psicologia Pediátrica, no Centro Hospitalar (CH).

As consultas e as atividades realizadas foram orientadas pelo Psicólogo local e a Supervisão de Estágio pela Professora Doutora Joana Soares. Estágio é um período crucial na medida em que permite aplicar todos os conhecimentos adquiridos em anos anteriores, contribuindo de igual modo como dimensão para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Este relatório é composto por três capítulos, sendo o primeiro destinado à caracterização da instituição e do serviço onde decorreu o estágio, seguido do papel do psicólogo em contextos de saúde, sobretudo a nível pediátrico. Posto isto, o segundo capítulo descreve as atividades realizadas no decorrer do estágio como: a observação de consultas, casos acompanhados de forma autónoma, avaliação psicológica, as reuniões de orientação e supervisão, entre outras. O terceiro capítulo, é referente à apresentação pormenorizada de um caso clínico por mim acompanhado no decorrer do estágio. E por fim, uma reflexão pessoal geral que incide na experiência e na aprendizagem durante este período curricular.

A exposição com a prática relacionada com o desempenho de funções na área da psicologia, não só complementa os conhecimentos teoricamente adquiridos, como prepara para a vida profissional que se avizinha, contribuindo assim, para o nosso crescimento pessoal e profissional, o que faz desta experiência tão importante.

CAPÍTULO I

1. Caracterização da Instituição

1.1. Caracterização do Local de Estágio

O estágio curricular foi realizado num Centro Hospitalar (CH). Sendo um projeto do arquiteto alemão Hermann Distel, o Centro Hospitalar foi oficialmente inaugurado em junho de 1959, pelo Chefe de Estado Almirante Américo Tomás.

Considerado como um dos maiores e mais conceituados Hospitais Universitários em Portugal, promove a investigação, o desenvolvimento científico, tecnológico e a formação pré e pós-graduada, com o objetivo de prestar os melhores cuidados de saúde, destacando-se pela competência e rigor.

Neste Centro Hospitalar, o respeito pelo princípio da humanização é um ponto crucial, juntamente com valores como competência, humanismo, paixão, rigor, transparência, união, solidariedade e ambição por parte dos profissionais. Fazendo presente, princípios como o reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa que o habita, centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade, postura e prática com elevados padrões éticos e respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis. Assim, o CH visa ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, pretendendo a criação de valor para os seus públicos tornando-se uma marca de referência e excelência na saúde.

O CH é constituído pelo Polo do Porto e o de Valongo. Dá assistência direta à populações de várias freguesias, nomeadamente Bonfim, Paranhos e Campanhã, bem como aos concelhos da Maia e Valongo. Atua como centro de referência para uma vasta região do País, a sua área de abrangência estende-se do extremo norte à região centro, respondendo às necessidades de cerca de 3 milhões de pessoas. Podendo responder ainda, como referência para áreas geográficas mais alargadas, no contexto das Redes de Referência Hospitalar.

O Pólo do Porto, onde foi realizado o estágio, é composto por 11 pisos, 2 dos quais localizados no subsolo, dispõe de 1105 camas distribuídas por várias especialidades

médicas e cirúrgicas e 45 berços. Já os edifícios externos do Hospital, são constituídos pelo centro ambulatório, que engloba a Consulta Externa, o Hospital de Dia, a Unidade de Cirurgia e Ambulatório.

Contudo, o CH tem vindo a sofrer várias obras de remodelação/ampliação, de modo a adquirir melhores condições para um conjunto abrangente de populações. Com o Hospital renovado e as obras quase finalizadas, foi aumentada a sua capacidade física e de prestação de cuidados de saúde.

Este Hospital, encontra-se estruturado em níveis intermédios de gestão, sendo que, estas estruturas intermédias de gestão agregam serviços, que podem ser organizados em unidades funcionais, e unidades orgânicas que articuladamente atuam para atingir os objetivos estabelecidos. As unidades orgânicas são estruturas mais simples que os serviços, com funções específicas e com recursos humanos/técnicos próprios.

Os serviços clínicos estão divididos em 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG): UAG de Cirurgia, UAG de Medicina, UAG de Urgência e Medicina Intensiva, UAG da Psiquiatria e Saúde Mental, UAG dos Meios Complementares de Diagnóstico e UAG da Mulher e Criança. Destacam-se ainda outras áreas de apoio à produção científica, como é exemplo do Centro de Epidemiologia Hospitalar, o Centro de Ambulatório e o Centro de Investigação e Ensaio Clínicos. A dar suporte a todos estes serviços estão o Centro de Gestão de Informação e o Serviço de Humanização.

O Serviço de Urgência funciona 24h/dia e está dividido em três vertentes, sendo elas: Pediatria; Adultos, e Ginecologia e Obstetrícia. Existem no entanto, especialidades que efetuam o atendimento urgente num espaço físico externo à área da Urgência, como é o caso da Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

1.2. Caracterização do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar

O Serviço de Psicologia (SP) no Centro Hospitalar, tem como principal objetivo prestar cuidados de saúde na área da Psicologia, garantindo competência, qualidade, eficácia e equidade junto de todos os que dela necessitem, bem como oferecer uma resposta consistente e sintonizada com as necessidades da comunidade interna e dos

diversos serviços que integram o CH, promovendo melhores práticas profissionais, de modo a alcançar excelência dos resultados.

De acordo com a integração deste serviço no Centro Hospitalar, o serviço de Psicologia abrange as seguintes linhas de ação: Prestar cuidados de Psicologia humanizados e em tempo oportuno, numa perspetiva de cuidados integrados e continuados, nas situações clínicas provenientes dos diversos serviços e centros de referência do CH; Participar em programas específicos do CH que requerem o papel do Psicólogo (exemplo: Unidade de Saúde Pública, Grupos / Comissões de Saúde, no Departamento de Formação...); Desenvolver áreas de diferenciação e de referência no âmbito da psicologia clínica e da saúde hospitalar (crianças, adultos e idosos), da neuropsicologia e da saúde mental (da infância, da adolescência, do adulto e do idoso); Valorizar a formação profissional, o ensino, a investigação e o desenvolvimento científico e Promover a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade.

Este serviço, conta atualmente com 30 profissionais e divide-se em três unidades: Unidade do Adulto e do Idoso, Neuropsicologia e Unidade da Infância e Adolescência.

Destaca-se ainda, como o Hospital pioneiro na criação de um serviço de apoio psicológico permanente na Urgência aos profissionais de saúde, doentes e família, desde 2021.

1.3. Caracterização da Unidade de Psicologia Pediátrica

A Unidade de Psicologia Pediátrica encontra-se inserida nas consultas externas de Pediatria, situando-se no 1º piso do Hospital. Esta, é constituída por 39 gabinetes dedicados a diversas especialidades no acompanhamento de crianças e adolescentes desde a primeira infância até aos 18 anos de idade. Para além das consultas externas, o serviço também é composto por internamento e urgência. Assim, os psicólogos exercem funções nas diferentes valências, tanto autónomas como em equipas interdisciplinares, existindo disponibilidade dos psicólogos para prestarem cuidados diferenciados em consultas externa, hospital dia, internamento e urgência (Viana & Almeida, 1998).

As atividades da Unidade de Psicologia Pediátrica no Serviço de Pediatria do Hospital iniciaram-se em agosto de 1983, com dois psicólogos. No entanto, apenas em 1985, estes profissionais juntamente com pedopsiquiatras, assistentes sociais e pediatras

desenvolveram a Unidade de Desenvolvimento e Psicologia, em que a atividade assistencial ocorria semanalmente. Esta unidade promove o acompanhamento de diversos utentes assim como o seu desenvolvimento enquanto crianças em constante evolução, desde a primeira infância à maioridade (Ferraz et al, 2009).

Atualmente, a existência de um Departamento de Psicologia possibilita a sua inserção nas diversas Unidades de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital, assim como a sua colaboração com todas as especialidades do hospital. Desta forma, a prestação de serviços por parte destes profissionais passa por diferentes populações clínicas, desde doentes da Neonatologia até aos cuidados paliativos, em contexto de Ambulatório, Hospital de Dia e de internamento. Sendo esta unidade responsável pela avaliação (a nível emocional, comportamental e cognitivo), acompanhamento e intervenção em diversas problemáticas, nomeadamente problemas de aprendizagem, de comportamento e/ou de adaptação. Além disso, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar na Pediatria, não passa apenas por consultar e acompanhar de forma regular a criança e/ou adolescente, uma vez que também atua frequentemente nas famílias dos pacientes de forma adaptada às diferentes problemáticas, juntamente com a promoção da adaptação à escola e a outros contextos sociais (Ferraz et al, 2009).

Assim, a Unidade da Infância e Adolescência tem como principais objetivos, nas suas vertentes, Clínica e Saúde, a avaliação de crianças em risco, portadoras de perturbações do desenvolvimento, com doenças crónicas ou ameaçadoras da vida, bem como aquelas que apresentam problemas emocionais e comportamentais, assim como avaliar as respetivas famílias.

Com base nessa avaliação são implementados planos de apoio psicoterapêutico individual e familiar ou a sua orientação para serviços de apoio na comunidade. No contexto do CH, são dadas respostas às solicitações internas das diversas valências dos Serviços da Pediatria e da Pedopsiquiatria, com o objetivo de: Avaliar o impacto de situações de risco nas diversas fases de desenvolvimento psicomotor e sócio-emocional (caso da prematuridade ou da presença de patologia do neurodesenvolvimento, entre outras) que interferem com o referido desenvolvimento; Realizar uma análise compreensiva das necessidades psicológicas da criança ou adolescente com doença crónica ou ameaçadora da vida e respetiva família; Estimar possíveis repercussões cognitivas e sócio-emocionais e implementar programas de suporte parental, de estimulação precoce ou de apoio psicoterapêutico e estimulação cognitiva; Avaliar

crianças e adolescentes com alterações comportamentais ou sócio-emocionais e implementar programas de apoio individual, de psicoterapia individual, em grupo ou familiar; Monitorizar a evolução do quadro cognitivo e sócio-emocional ao longo do tempo; Investigar os fatores psicológicos associados às problemáticas individuais e familiares acompanhadas nesta Unidade.

Nas consultas externas, os pedidos de avaliação, intervenção e acompanhamento psicológico, são apenas realizados internamente, por diversas especialidades (Viana & Almeida, 1998).

Em suma, os psicólogos desempenham diversas funções e diferentes papéis no serviço de Pediatria do CH, visando o desenvolvimento e implementação de programas de prevenção primária direcionados para educação e promoção da saúde, atuam num acompanhamento direto com crianças e seus familiares, estando inseridos em equipas de pediatria e psiquiatria, reunindo-se semanalmente para discussão e colaboração de casos.

Relativamente aos restantes serviços existentes na Pediatria, a Urgência Pediátrica foi criada com o propósito de tratar com qualidade e eficiência todas as crianças e adolescentes, com doença aguda que recorra ao Serviço de Urgência. O Serviço de Pediatria Cirúrgica destina-se a prestar cuidados cirúrgicos incluindo o acompanhamento pré e pós-hospitalar. No Internamento estão incluídos: cuidados aos doentes crónicos agudos organizados por idade e patologia e os cuidados intensivos que implicam diferentes cuidados. Em casos de dificuldade de adaptação ao internamento e / ou doença, problemas de comportamento ou desenvolvimento, é chamado o psicólogo (Viana & Almeida, 1998). Os profissionais envolvidos trabalham de forma multidisciplinar, em benefício das crianças.

1.4. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar

A inserção dos psicólogos em contexto hospitalar iniciou-se com a necessidade de conseguir identificar as repercussões que decorriam dos processos de adoecimento e das consequentes hospitalizações associadas a esse adoecimento tratando-se de um fenómeno complexo, necessitando da intervenção de vários profissionais de saúde, formando as equipas multidisciplinares (Azevêdo & Crepaldi, 2016), possibilitando a integração de psicólogos que auxiliem também no desenvolvimento de pontes de comunicação entre os diversos profissionais de saúde, o paciente e os familiares. Além do paciente, tanto a família como a equipa multidisciplinar do hospital poderão ser

ajudadas pela Psicologia diante das dificuldades no processo de adaptação, intervenção, diagnóstico, reabilitação ou na iminência da perda.

Este trabalho multidisciplinar tem tomado destaque com o avanço do modelo biopsicossocial em saúde (Lara et al., 2022). O modelo biopsicossocial defende a necessidade de abordar a doença e a pessoa como um todo, especialmente como a primeira afeta as crenças, os valores e as metas da pessoa (Bolton & Gillett, 2019). Este modelo, surge como substituição ao biomédico, que passou a ser considerado reducionista, Engel reconheceu a importância de incluir os aspetos sociais, permitindo assim ao profissional compreender a vivência da doença. Também destaca a importância do aspeto psicológico, pela sua importância na mediação da relação entre os sintomas e a doença (Engel, 1977). Este modelo é uma visão holística que expõe a necessidade de compreender a pessoa e a doença como um todo, atendendo a fatores biológicos, sociais e psicológicos, que contribuem e relacionam-se entre si na forma como a doença é experienciada ou até mesmo na sua génese. A compreensão abrangente destes aspetos permite ainda ao clínico fazer as diferenciações necessárias ao diagnóstico. Assim, os psicólogos consideram os aspetos psicológicos, fisiológicos e sociais assim como os fatores ambientais e os fatores relacionais durante o processo de tratamento e de recuperação da saúde do paciente porque este é um ser biopsicossocial tendo características idiossincráticas (Machado, 2013).

Segundo a APA (2003) o papel do psicólogo em contexto hospitalar tem como base a Psicologia da Saúde, com o objetivo de compreender como os fatores, comportamentais, biológicos e sociais, influenciam na saúde e na doença (APA, 2003). A Psicologia da Saúde é uma área de intervenção que destaca o adoecer, o estar doente, a prevenção da doença e promoção da saúde. Nesta perspetiva mais relevante do que a compreensão da doença em si, são as perceções que a pessoa tem acerca da sua condição, e a forma como lida com a mesma.

A Psicologia da Saúde contribui para: Prevenção, avaliação e tratamento da componente psicológica em doentes físicos; Coordenação com outros profissionais acerca de aspetos psicológicos/psicossociais de um doente físico; Intervenção psicológica na vivência da doença; Apoio a familiares; Facilitador da comunicação Médico/Paciente;

Implementação de programas e mudanças comportamentais, com vista a promover a saúde e prevenir a doença (Teixeira & Leal, 1990).

A sua atuação envolve a preparação psicológica do paciente para uma cirurgia, a assistência à família do paciente que se encontra hospitalizado, o acompanhamento psicológico ao paciente que foi diagnosticado com uma doença crónica ou procedimentos médicos difíceis (Azevêdo & Crepaldi, 2016), o psicólogo atua ainda, em situações de crise e de emergência, uma vez que a pessoa que está hospitalizada vivencia situações de adaptação e de mudanças no seu quotidiano (Mota et al, 2006) e promoção da educação sobre saúde (Castro & Bornhold, 2004), desenvolvendo várias atividades como, a criação de grupos psicoterapêuticos, acompanhamento dos doentes e/ou avaliações psicológicas (Castro & Bornhold, 2004).

Os Psicólogos Hospitalares oferecem aos utentes, benefícios como a diminuição do sofrimento, bem-estar psicológico e melhoria da saúde mental e da saúde física. A intervenção dos Psicólogos em serviços hospitalares de várias especialidades médicas e cirúrgicas (Cardiologia, Oncologia, Pediatria, Obstetria e Infeciologia, entre outras) é por isso, fundamental para otimizar os processos de confronto e adaptação às doenças, ao internamento e às incapacidades, bem como na gestão da dor crónica e na preparação para intervenções cirúrgicas e outros procedimentos médicos indutores de stress. Pode ainda contribuir para a melhoria da adesão aos tratamentos médicos e aos auto-cuidados, em especial nas doenças crónicas (OPP, 2015).

Assim, este profissional tem como objetivo a deteção e a intervenção dos fatores emocionais que influenciam na saúde do paciente, contribuindo assim, para que o mesmo consiga enfrentar a doença e o tratamento. Pode ainda amenizar o sofrimento do paciente e de sua família, auxiliar na adesão ao tratamento e na recuperação do paciente (Oliveira et al. 2019).

O psicólogo deve ainda escutar e observar todos os aspetos ligados ao adoecer, respeitando os temores, crenças e fragilidades do paciente, de sua família e dos profissionais de saúde, participando de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipa com o objetivo de promover apoio e segurança ao paciente e à família, contribuindo assim, para a realização de tratamentos mais humanizados nos hospitais. (Vieira & Waischunng, 2018).

1.5. Papel do Psicólogo no Serviço de Pediatria

A área da psicologia que se dedica à pesquisa e à prática no contexto da pediatria é denominada psicologia pediátrica. A Psicologia Pediátrica é uma Psicologia geral da saúde, mas de um grupo etário específico, sendo definida como a aplicação dos conhecimentos da psicologia da saúde nas crianças e adolescentes e respetivas famílias, que se encontram nos serviços de saúde infantil, nos centros de saúde materno-infantil, nos serviços de pediatria, nos hospitais pediátricos, e nos centros de desenvolvimento (Viana & Almeida, 1998), tendo em consideração as características de cada período da infância e da adolescência, em constante evolução, nunca separando a saúde física da saúde mental (Barros, 2003).

De acordo com a American Psychological Association, o principal objetivo da psicologia pediátrica é a promoção da saúde e do desenvolvimento de crianças, adolescentes e suas famílias, por meio de métodos baseados em evidências científicas (APA, 2018). Esta área busca conhecer e intervir sobre fatores psicossociais, desenvolvimentais e contextuais que influenciam a etiologia, o curso e as implicações de condições pediátricas (Hutz, 2019).

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

Esta prática, é fundamental, uma vez que quando se trata de crianças e adolescentes as experiências que englobam diagnósticos, procedimentos médicos, hospitalizações e/ou cirurgias, pode ser traumático originando frequentemente sentimentos de insegurança, medo, ansiedade e sentimentos de falta de apoio (Castro, 2007), podendo trazer respostas imediatas, como comportamentos agressivos, pesadelos, mudanças na rotina diária, medo de se separar dos pais, entre outras problemáticas. A compreensão e a perceção que a criança ou o adolescente faz sobre a doença é

fundamental para a verificação destas possíveis alterações comportamentais pois pode acreditar que a doença é uma mudança irreparável na sua vida, é um inimigo, uma oportunidade para não ir à escola ou uma estratégia para chamar a atenção, assim, a compreensão que a criança faz é um fator determinante para a sua adaptação, à situação que está a ser vivenciada. Além disso, é de extrema importância verificar se as alterações são primárias ou secundárias à doença (Castro, 2007).

Assim, os objetivos da Psicologia Pediátrica são: ajudar na prevenção de recaídas através de programas de educação para a saúde destinados à criança doente e aos pais; antever ou minimizar situações de rotura emocional e consequentemente prevenir problemas relacionados com a adesão ao tratamento; auxiliar a integração social do doente assim como acompanhar as suas possíveis dificuldades de adaptação ao seu estado de saúde e prevenir problemas psicológicos e de desenvolvimento (Viana & Almeida, 1998).

CAPÍTULO II

2. Atividades Realizadas

O estágio curricular iniciou-se em outubro de 2022, altura em que foi definido o local do estágio e o respetivo orientador.

No primeiro contacto com a Instituição de estágio, foi realizada uma apresentação do Serviço de Psicologia e da Unidade da Infância e da Adolescência, posto isto, foi marcada uma reunião com o orientador do local, onde foi estabelecido o horário semanal, ficando definido à terça-feira das 9h às 13h, à quarta-feira das 9h às 17h e à quinta-feira, das 14h às 18h.

Neste capítulo são descritas as atividades realizadas em estágio de uma forma mais pormenorizada, desde à observação de consultas, as avaliações psicológicas e consultas individuais.

Em anexo (Anexo A), encontra-se o cronograma com as atividades realizadas.

2.1. Reuniões de Supervisão e de Orientação

As reuniões de Supervisão e Orientação decorreram em formato híbrido, ou seja, tanto no Instituto Superior de Ciências da Saúde, como através da plataforma Zoom, sob supervisão da Professora Doutora Joana Soares.

Entende-se por supervisão o processo de ensino e de aprendizagem, que visa o desenvolvimento de habilidades terapêuticas e mudanças em relação à postura do aluno, com o objetivo de reforçar a teoria aprendida, fortalecer a conduta ética e desenvolver o raciocínio do processo clínico (Barreto & Barletta, 2010).

Assim, as reuniões iam acontecendo consoante surgiam dúvidas, tanto a nível de intervenção e estratégias como a nível de instrumentos de avaliação. Além disso, era relatado o ponto de situação das atividades realizadas e exposição de casos clínicos durante todo o estágio, o que permitiu alargar o conhecimento da prática clínica, criando um espaço de discussão e planeamento de atividades.

2.2. Observação de Consultas

A observação constitui o primeiro momento de contacto com a prática e oferece aos estagiários momentos de reflexão, contribuindo para a construção de uma postura enquanto psicóloga. Esta observação é focalizada sobre o indivíduo e em diversas

situações, nomeadamente, na entrevista clínica, na realização de provas e/ou de testes, e pela interpretação dos variados contextos em que o indivíduo se insere (Almeida, 2004). Este processo, conhecido por Job Shadowing, é descrito pela OPP (2016) como uma oportunidade de observar um profissional da área e o papel que este desempenha, permitindo um aprofundamento do conhecimento sobre o contexto laboral (OPP, 2016).

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

De acordo com o que foi possível observar, os pedidos de encaminhamento dos pacientes para a consulta de Psicologia eram exclusivamente internos. Os pacientes eram encaminhados por diversas especialidades médicas, sendo maioritariamente enviados pela Consulta de Medicina do Desenvolvimento, pela Consulta de Nutrição e pela Pedopsiquiatria, sendo solicitada a realização de uma avaliação psicológica, colaboração para complementar diagnósticos e acompanhamento dos pacientes, de modo a intervir nas diversas problemáticas a nível comportamental, emocional e cognitivo. Os problemas mais frequentes eram: Quadros de ansiedade, depressão, alterações do comportamento alimentar, problemas de aprendizagem, Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), problemas de adaptação e perturbações do espectro do Autismo. No sentido de dar resposta a estas problemáticas eram realizadas com frequência avaliações do desenvolvimento, avaliações cognitivas, emocionais e comportamentais.

No início de cada consulta, era solicitada a permissão do paciente (criança/adolescente) para a observação da mesma. Posto isto, era esclarecido o motivo/pedido da consulta, seguido pela recolha dos dados anamnésicos, através do próprio e/ou familiares presentes. Geralmente, as crianças eram acompanhadas pelos pais, que desempenhavam um papel fundamental na recolha de informação, facilitando o esclarecimento da problemática. Nestas consultas, também eram realizadas avaliações psicológicas, que após analisar toda a informação eram propostas hipóteses de diagnóstico de acordo com os resultados, de forma a ter bases para dar seguimento ao caso.

Relativamente à minha postura enquanto observadora, foi sofrendo alterações com o decorrer do estágio. Inicialmente, a postura perante a observação era mais passiva e tímida, com o decorrer do tempo, tornou-se mais ativa e participativa, realizando

diversas avaliações psicológicas e anamneses. Sempre que surgiam dúvidas, eram discutidas com o orientador, para melhor esclarecimento e aprendizagem para procedimentos futuros.

Sendo a observação um processo de aprendizagem contínuo, tendo em vista dotar o estagiário de ferramentas e competências necessárias à prática clínica, esta decorreu ao longo de todo o estágio, contribuindo grandemente para a minha familiarização com diversos comportamentos, atitudes, estratégias de intervenção, instrumentos de avaliação, cotação e interpretação e outros procedimentos e situações presentes nas consultas de psicologia, além da compreensão da importância do sigilo profissional face os casos que tive a oportunidade de acompanhar. Este processo foi fundamental para consolidar a teoria já abordada nos anos anteriores e transformar inseguranças em respostas mais consolidadas que permitiram influenciar o desempenho nas consultas autónomas, tornando-me mais capaz e segura para aquilo que será uma boa prática de uma profissional da área da Psicologia.

2.3. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica permite ao psicólogo fundamentar hipóteses de diagnóstico perante uma determinada situação, complementando o diagnóstico médico e as decisões e recomendações em relação às opções de tratamento (Hutz, 2019). Esta, é definida como a atividade científica e profissional que recolhe, integra e avalia os dados acerca de um indivíduo, tendo por base princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação, sendo escolhidas de acordo com o objetivo e finalidade (Pais-Ribeiro, 2010).

A avaliação psicológica de crianças e jovens é fundamental. Esta, apresenta distinções no que diz respeito à consideração necessária das mudanças relacionadas com o desenvolvimento infantil nos domínios em avaliação, assim como a necessidade de uma maior variedade de metodologias (Hutz, 2019). Para que seja possível a recolha de informação, são utilizadas várias fontes, sendo frequente a utilização de testemunhos de múltiplos informantes (por exemplo pais e professores) e a inclusão de dados recolhidos em diferentes contextos (casa e escola), através da aplicação de diversos métodos (entrevistas, observação direta, questionários, escalas, etc.), não se prendendo apenas à aplicação de um conjunto de métodos psicométricos, havendo sempre uma entrevista inicial (Mash & Hunsley, 2005).

Inicialmente, a minha atitude face as atividades de avaliação, consistia na observação da aplicação e cotação dos instrumentos utilizados, de forma a relembrar conteúdos aprendidos e familiarizar-me com a sua aplicação. Posto isto, o meu Orientador foi dando gradualmente cada vez mais autonomia, tendo a oportunidade de administrar os instrumentos de avaliação de forma autónoma desde a aplicação, à cotação, interpretação e respetiva devolução à partir de Novembro. Os instrumentos eram adequados ao paciente e a cada pedido que nos chegava, de forma a avaliar várias áreas do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental.

Os instrumentos mais aplicados para a **avaliação cognitiva** foram:

Escala de Wechsler para Crianças (WISC-III) - Escala de Inteligência para crianças: A WISC-III, é um teste de aplicação individual, destinado a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 6 anos e 16 anos e 11 meses, com a duração de 60 a 90 minutos. Foi desenvolvida levando em consideração a inteligência como uma entidade agregada e global, ou seja, capacidade do indivíduo em raciocinar, lidar e operar com propósito, racionalmente e efetivamente com o seu meio ambiente. Por esta razão, os subtestes foram selecionados com o objetivo de investigar diferentes capacidades mentais, mas que juntas, oferecem uma estimativa da capacidade intelectual geral da criança, sendo possível identificar os seus pontos fortes e pontos fracos e fornecer informações relevantes para a elaboração de uma programação educacional específica se necessário, para cada caso perante a avaliação (Wechsler, 2003). Esta é constituída por 13 subtestes, repartidos pelas escalas verbal e de realização. Os subtestes verbais são: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos (subteste opcional). E os subtestes de realização são: Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, Pesquisa de Símbolos (subteste opcional) e Labirintos (subteste opcional).

Os resultados do desempenho são apresentados em três Quocientes: Quociente de Inteligência Verbal (QIV); Quociente de Inteligência de Realização (QIR) e o (QIEC) – Quociente de Inteligência Escala Completa, assim como o Índice de Compreensão Verbal (ICV), Índice de Velocidade e Processamento (IVP) e por fim, (IOP) – Índice de Organização Percetiva (Wechsler, 2003).

Teste de Atenção - D2: O teste de atenção D2 permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração. Mede a velocidade de processamento da informação, a precisão e aspetos qualitativos relacionados com o desempenho, podendo ser utilizado nos pacientes a partir dos 8 anos. Para este teste é necessária uma folha auto-corrigível para a execução da tarefa, um cronometro e uma caneta. A folha da execução da tarefa é constituída por duas folhas, uma delas é composta por 14 linhas, com 47 caracteres (658 caracteres no total), a outra é composta pelos dados de identificação, as instruções, um item de exemplo, um item para treino e a folha de correção. Neste teste, os examinandos devem marcar todas as opções de letras D que estejam acompanhadas por dois traços. A letra D pode ter dois traços em cima, dois traços embaixo ou um traço em cima e um traço embaixo. Cada caractere corresponde a letra 'd' ou 'p', podendo conter de um até quatro traços em cima e ou em baixo. Após a realização da tarefa, as folhas devem ser separadas pelo picotado, sendo possível calcular as pontuações diretas, nos respetivos parâmetros. Este teste pertence a categoria de testes de cancelamento, sendo pedido ao examinado que assinale com um traço (/) o estímulo específico/estímulo alvo, com uma duração máxima de 20 segundos por linha, não podendo assinalar a letra p ou o d com mais ou menos de dois traços. Ao todo, tem uma duração de aproximadamente 8 minutos, incluindo a leitura das instruções e realização da tarefa de treino, podendo ser aplicado de forma coletiva ou individual (Brickenkamp, 2007).

Matrizes Progressivas de Raven (MPCR): Este teste consiste numa avaliação não-verbal, uma vez que avalia a capacidade de raciocínio visual e resolução de problemas de indivíduos entre 6 anos a 12 anos e acima dos 65 anos. Existem 3 versões diferentes desta prova, a Forma Geral (Standard Progressive Matrices – SPM), constituída por 60 itens, (12 em cada série – A, B, C, D e E); a Forma Especial ou Colorida (Coloured Progressive Matrices – CPM), sendo esta a mais complexa, inclui 36 itens (12 em cada série – A, Ab e B), e a Forma Avançada (Advanced Progressive Matrices - APM), contém 48 itens divididos em 2 séries (12 na série - Set I e 36 na série Set II). É apresentada uma matriz/desenho de figuras onde há um padrão lógico entre as mesmas, uma parte é deixada em branco, é pedido ao examinando que preencha o espaço em branco com a figura correta segundo o seu raciocínio. Existem 6 a 8 alternativas apresentadas abaixo da matriz, o individuo deve apenas indicar/apontar a figura que lhe parece mais indicada a preencher o respetivo espaço. A dificuldade por série é aumentada na medida em que

os itens vão sendo apresentados. Inicialmente, são colocados itens mais fáceis, para introduzir o examinado no tipo de raciocínio, na qual vai ser exigido nos seguintes itens. A Forma Colorida é a mais indicada para crianças, sendo os itens constituídos por uma matriz de figuras geométricas abstratas, estando alguns a preto e branco (Raven, 2008).

Bateria de Avaliação Neurocognitiva de Coimbra (BANC): Os 16 testes neuropsicológicos que constituem a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC) permitem ao examinador realizar uma avaliação abrangente de diversas funções neurocognitivas, nomeadamente a orientação, memória, linguagem, atenção e funções executivas, motricidade e lateralidade. A sua aplicação é individual a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos de idade. Para avaliar a memória verbal são utilizados os respetivos testes: Lista de Palavras e Memória de Histórias. Em relação a memória visual são utilizados: a Figura Complexa de Rey e Reconhecimento de Faces. Para avaliar a linguagem são aplicados: Compreensão de Instrução; Nomeação Rápida; Consciência Fonológica. Para avaliar a atenção e as funções executivas recorreremos aos: Teste da Barragem e Trail Making Test Parte A e B ou Trilhas. Por fim, para avaliar a motricidade os testes utilizados são: o Tabuleiro de Motricidade e Questionário de Lateralidade para a Mão (Correia, 2013). O desempenho das crianças e dos adolescentes poderá ser analisado com base em diferentes pontuações nos testes e em três resultados compósitos: Índice Global de Linguagem (obtido através dos testes de Nomeação Rápida, Compreensão de Instruções e Consciência Fonológica), Índice Global de Memória (obtido através dos testes de Memória de Histórias, Lista de Palavras, Reconhecimento de Face e Figura Complexa de Rey) e Índice Global de Atenção/Funções Executivas (obtidos através dos testes de Fluência Verbal, Torre, Cancelamento de Sinais e Trilhas) (Correia, 2013).

Para a **avaliação do desenvolvimento infantil**, foi aplicada:

Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, é um instrumento de avaliação que permite diagnosticar perturbações do desenvolvimento ao longo da primeira infância, avaliando as sequências do desenvolvimento significativas da evolução cognitiva, ou seja, indicativas do crescimento mental, pelo meio de observação direta do comportamento da criança, e/ou através da informação fornecida pelos pais. Neste teste, existem duas escalas diferentes, com diferentes materiais, de acordo com a idade

específica da criança. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2), que avalia os bebés dos 0 meses até aos 24 meses de idade, em 5 áreas: Escala A: Motricidade/Locomotor, que avalia o desenvolvimento motor, como controlo da postura, o equilíbrio e o controlo dos movimentos, Escala B: Pessoal/Social que avalia o desenvolvimento da socialização, construtos relacionados com autonomia, autoconceito, interceção com os outros. Escala C: Audição/Linguagem, que avalia o desenvolvimento linguístico; Escala D: Coordenação Óculo-Manual, que avalia o desenvolvimento da motricidade fina, a destreza manual e as capacidades visuoperceptivas e a Escala E: Realização, que avalia o Desenvolvimento em termos de atuação em situações práticas. Já a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (3-8anos), é destinada à avaliação das crianças dos 3 até aos 8 anos de idade, em 6 áreas, além das referidas anteriormente, é acrescentada a Escala F: Raciocínio prático e competências numéricas. Estas escalas permitem obter resultados relativos à idade mental (IM) da criança para cada área total, assim como o quociente de desenvolvimento (QD) para cada área ou total das áreas, obtendo assim, um perfil que revela as áreas de desenvolvimento e o modo como as crianças se situam em relação à sua faixa etária (Borges et al., 2012).

Para a **avaliação comportamental** os instrumentos mais aplicados foram:

Roberts Apperception Test for Children 2, (R. A. T. C. 2): O RACT 2 foi desenvolvido como um método projetivo para avaliar o funcionamento comportamental, social e emocional de crianças e adolescentes, assim como preocupações, conflitos e estratégias de gestão emocional por meio de suas percepções de situações interpessoais comuns do dia-a-dia, abordando a compreensão social, capacidades de resolução de problemas, adaptabilidade, a rede de suporte e a adaptação emocional da criança/adolescente. Assim, é possível avaliar a função adaptativa do desenvolvimento e a função clínica, estas duas funções são avaliadas por diferentes conjuntos de escalas, nomeadamente a "Theme Overview Scales", "Available Resources Scales " "Problem Identification Scales", "Resolution Scales", "Emotion Scales", "Outcome Scales" e "Unusual or Atypical Responses". A prova é composta por um conjunto de 16 placas (11 cartões para rapazes, 11 cartões para raparigas e 5 cartões comuns) que evidenciam situações sociais e situações do dia-a-dia de crianças e adolescentes (sendo a maioria de interações entre a criança e a mãe ou o pai, os pais a conversarem entre eles e interações entre grupos sociais). Em cada placa a criança deve contar uma história, com um início,

meio e fim (o que está a acontecer, porquê aconteceu, como se irá resolver), referindo sempre os sentimentos das personagens em todas as partes. Este teste é aplicado a crianças e adolescentes entre os 6 e os 18 anos de idade, com problemas de adaptação social ou emocional, tendo uma duração de 30 a 40 minutos (McArthur & Roberts, 1982).

Foram ainda aplicados, questionários que fazem parte da bateria **ASEBA (Sistema de Avaliação Baseado em Evidência Empírica)**, sendo possível avaliar os problemas comportamentais, emocionais e sociais de crianças e de adolescentes, assim como as competências e o funcionamento adaptativo (Achenbach, et al., 2014). Os questionários que pertencem a esta bateria são a Child Behavior Checklist (CBCL) a Teacher's Report Form (TRF), a Youth Self-Report (YSR) (Achenbach, et al., 2014).

A **CBCL** é constituída por 112 itens com questões estruturadas que se referem a problemas, comportamentos e competências. Este questionário deve ser respondido pelos pais/cuidadores, classificando as respostas, relativamente aos últimos seis meses, de acordo com uma escala de Likert de três pontos: 0 se a afirmação não for verdadeira, 1 se a afirmação for de alguma forma ou algumas vezes verdadeira e 2 se a afirmação for muito verdadeira ou frequentemente verdadeira (Achenbach, et al., 2014).

A **YSR** é um questionário respondido por crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e 18 anos de idade, sendo também constituída por 112 itens relacionados com problemas específicos do comportamento que engloba 8 subescalas: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo. Os itens são igualmente classificados entre 0, 1 e 2 consoante a frequência em que cada item acontece em suas vivências. (Achenbach, et al., 2014).

A **TRF** é composta por 112 itens que descrevem igualmente problemas comportamentais, emocionais e sociais em crianças no período escolar dos 6 aos 18 anos de idade. No entanto, este questionário é preenchido pelos professores/auxiliares educativos pontuando os comportamentos apresentados pela criança, nos últimos 2 meses, numa escala de três pontos: 0, 1 e 2 (Achenbach, et al., 2014).

Para a **avaliação emocional** foi utilizado:

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças (EADS-C) sendo a versão portuguesa do Depression Anxiety Stress Scale, de Lovidond e Lovidond (1995).

Adaptada por (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004), tem o objetivo de discriminar três fatores: a ansiedade, a depressão e o stress. É destinada a crianças e adolescentes entre os 8 e os 15 anos, sendo constituída por 21 Itens distribuídos pelas três dimensões em questão (ansiedade, depressão e stress) com 7 itens cada. A dimensão Depressão é caracterizada por 7 itens que englobam: Disforia (um item); Desânimo, (um item); Desvalorização da vida (um item); Auto-depreciação (um item); Falta de interesse ou de envolvimento (um item); Anedonia (um item) e Inércia (um item). A dimensão ansiedade inclui: Excitação do Sistema Autônomo (três itens): Efeitos Músculo Esqueléticos (um item); Ansiedade Situacional (um item) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (dois itens). E a dimensão Stress inclui: Dificuldade em Relaxar (dois itens); Excitação Nervosa (um item); Facilmente Agitado/Chateado (um item); Irritável/Reação Exagerada (dois itens) e Impaciência (um item). O paciente avalia conforme a intensidade de cada sintoma experienciado durante a última semana, numa escala tipo likert de quatro pontos, variando de "0=não se aplicou nada a mim" a "4=aplicou-se a mim a maior parte das vezes". A cotação de cada subescala é obtida através da soma do dobro dos resultados das 7 afirmações, correspondendo a severidade da mesma (Leal et al. 2009).

2.4. Consultas Individuais

A partir de novembro de 2022, tive a oportunidade de acompanhar alguns utentes de forma autónoma, tendo como objetivo principal a avaliação da problemática e a possível existência de sintomatologia. No entanto, as intervenções individuais só se iniciaram em janeiro de 2023.

Na tabela seguinte, apresento alguns casos de forma sintetizada por mim acompanhados. Sendo no próximo capítulo apresentado um caso clínico de forma mais aprofundada.

Todos os pacientes serão apresentados pela letra inicial, para garantir a privacidade e confidencialidade.

Tabela 1:
Consultas Individuais

Acompanhamento Psicológico Individual						
Identificação						
Nome	Idade	Sexo	Pedido de Consulta	Problemática	Nº de Sessões	Procedimentos Clínicos/Conclusão
V	9	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação	Possível Défice de Atenção	1	Avaliação com D2, demonstrou valores sugestivos a défice de atenção. Técnicas de relaxamento, com objetivo de melhorar os níveis de atenção.
M	11	M	Encaminhado pela consulta de Pedopsiquiatria	Baixo limiar de frustração; Dificuldade no comportamento de Controlo de impulsos- Agressividade	2	Escuta ativa sobre os últimos acontecimentos; Role-Play; Estratégias para controlo de impulsos
E	14	F	Encaminhada pela consulta de Nutrição	Dificuldades em emagrecer e cumprir a dieta, <i>Bullying</i> na escola; Ansiedade	1	Entrevista Motivacional; Técnicas de Relaxamento
L	6	F	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Intelectual	Dificuldades de aprendizagem e na fala; Não lê	1	Avaliação com Matrizes Progressivas de Raven., apresentou valores a baixo da média. Sugestão: Terapia da fala e Terapia Ocupacional
C	7	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Cognitiva	Dificuldades na Leitura e na Escrita	1	Avaliação com a WISC III obteve valores dentro da média. Ensino de estratégias de estudo com elaboração de plano de estudos
A	15	F	Encaminhada pelas Urgências	Crises Frequentes de Ansiedade Preocupação elevada com as notas escolares	1	Psicoeducação sobre Ansiedade; Técnicas de Relaxamento
R	15	M	Encaminhado pela consulta de Nutrição	Traços depressivos; Isola-se; Dificuldades em seguir a dieta	2	Preencheu EADS-C, obtendo resultados normais; Entrevista Motivacional
G	14	M	Encaminhado pela consulta de Pedopsiquiatria	Problemas no Comportamento Adaptativo e pouco foco nos estudos	2	Sugestão de criar rotinas diárias; Intervenção Sistémica; Entrevista Motivacional em relação à escola
L	7	F	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Cognitiva	Dificuldades de Aprendizagem; Falhas de Memória	1	Avaliação com a WISC III demonstrou um atraso cognitivo moderado, a destacar Vocabulário e Informação. Na memória de dígitos não consegue realizar nem o exemplo. Sugere-se Ensino Especial.
T	12	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação	Possível Défice de Atenção	1	Avaliação com D2, demonstrou valores médios, o que sugere uma adequada capacidade de atenção. Poderá ter

						desinteresse pela escola, sendo um tema a ser trabalhado.
J	14	M	Encaminhado pela Consulta de Gastroenterologia	Defeca sem dar conta; Pouca consciência sobre a situação	1	Psicoeducação e estratégias adaptativas para evitar que aconteça
L	7	F	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação	Dificuldades de Aprendizagem	1	Foram aplicados testes da BANC, no qual obteve resultados médios. Sugere-se que mantenha o apoio ao estudo e inicie terapia da fala. É de se destacar que quando deixado a sós para a realização dos testes chorou.
G	6	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Dificuldade motora e de integração sensorial	1	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, verificou-se um desempenho médio baixo de acordo com a idade. Sugestão de apoio em Terapia da Fala e Terapia Ocupacional e continuação da Fisioterapia.
L	15	F	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Cognitiva	Dificuldades de Aprendizagem	2	Avaliação com a WISC III, sugere um atraso cognitivo ligeiro, mas muito significativo, o que explicam as dificuldades de aprendizagem. Recomenda-se que continue com o apoio escolar.
S	3	F	Encaminhada pela consulta de Pedopsiquiatria	Possível atraso de desenvolvimento	1	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, verificou-se um desempenho médio baixo de acordo com a idade. É de notar características da Síndrome de Asperger ao longo da Avaliação, sendo comunicado aos pais.
L	9	M	Encaminhado pela Gastroenterologia	Deixou de comer comida sólida por medo de se engasgar. Sem doenças físicas associadas.	1	Psicoeducação sobre a importância da alimentação variada. É recomendado que mastigue bem, sem pressa e beba água durante as refeições. Quando teve acesso à consulta já estava a voltar a comer, de forma a ter dado alta.
D	15	M	Encaminhado pela consulta de Pedopsiquiatria	Síndrome de Asperger, Dificuldade na socialização	2	Terapia Cognitivo-Comportamental Psicoeducação Competências Sociais Sugestão de atividade extracurricular, ex. Dança, Futebol
S	4	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Atraso no Desenvolvimento Psicomotor	1	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, verificou-se um desempenho médio baixo de acordo com a idade, obtendo pior desempenho a nível da Linguagem, sugere-se Terapia da Fala.
M	5	M	Encaminhado pela Consulta de Medicina Física e Reabilitação	Possível Atraso na Linguagem	1	Avaliação com Escala de Desenvolvimento Griffiths, verificou-se um resultado médio baixo, obtendo pior desempenho a nível da linguagem. Sugere-se que mantenha a Terapia da Fala

Y	14	F	Encaminhada pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Cognitiva	Dificuldades de Aprendizagem	1	Avaliação psicológico WISC III, demonstrou um atraso cognitivo moderado, com resultados bem abaixo da média. É sugerido um Ensino Especial.
T	6	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Cognitiva	Dificuldades de Aprendizagem e de Relação com os Pares	1	Avaliação Psicológica com a WISC III, apresentou valores médios Inferiores, com maior dificuldade em Organização Perceptiva.
J	6	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Possível Atraso no Desenvolvimento Dificuldades na Linguagem	1	Avaliação com Escala de Desenvolvimento Griffiths, verificou-se um resultado médio, obtendo pior desempenho a nível da Linguagem e Raciocínio Prático como esperado. A desatenção poderá comprometer aprendizagem escolar.
L	16	M	Encaminhado pela consulta de Nutrição	Problemas de Autoconceito	2	Realizou-se uma escuta ativa sobre os últimos acontecimentos Foi aplicado o RACT, apresentando resultados médios (Anexo B).
V	13	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Cognitiva	Elevada Dificuldade de Aprendizagem	2	Avaliação com a WISC III, resultados globalmente inferiores a média, traduzem um atraso cognitivo moderado na área verbal, incluindo a compreensão e a velocidade do processamento.
M	12	F	Encaminhada pela consulta de Nutrição	Compulsão Alimentar e Baixa-Autoestima	3	Técnicas de Relaxamento e aplicação do CBCL, apresentando níveis clínicos em Isolamento/Depressão e Problemas de Pensamento (Anexo C).
J	3	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Problemas de Autorregulação Emocional e possível atraso no desenvolvimento	1	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, verificou-se um desempenho médio baixo de acordo com a idade. Obteve um pior desempenho em raciocínio prático e coordenação fina, apresentando ainda problemas de articulação. Sugestão: Terapia da Fala e Terapia Ocupacional
R	6	M	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação do desenvolvimento	Possível atraso no Desenvolvimento	1	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, verificou-se um atraso global ligeiro, acentuado em linguagem e em raciocínio prático. Sugere-se terapia da fala e apoio escolar.
A	8	F	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação Cognitiva	Dificuldades Transversais	1	Avaliação com a WISC III, resultados globalmente inferiores a média, traduzem um atraso significativo no desenvolvimento cognitivo
I	16	M	Encaminhado pela consulta de Pedopsiquiatria	Problemas de Atenção e Dificuldades em Aceitar Regras	1	Para compreender melhor o comportamento de I, foi passado o CBCL, com valores clínicos em Ansiedade/depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção e o YSR com valores

						clínicos em Ansiedade/Depressão; Isolamento/Depressão e Problemas de Atenção (Anexo D).
M	7	F	Encaminhado pela Consulta de Desenvolvimento, pedido de avaliação cognitiva	Problemas de atenção, Dificuldades na Leitura	1	Foi realizada uma avaliação com Matrizes Progressivas de Raven e com a BANC, que apresentou valores médios em ambos, sugerindo um desempenho aceitável. Incentivei a leitura, através de livros de personagens que M gostasse.

2.5. Outras Atividades

Para além das principais atividades de Estágio, foi possível participar noutras atividades institucionais, que contribuíram para um maior conhecimento a nível profissional e pessoal.

Esta experiência ofereceu uma visão mais alargada das diversas situações com as quais um psicólogo deve lidar em diferentes locais num Hospital, o que me proporcionou um maior enriquecimento ao estágio e enquanto futura profissional de saúde.

Visitas ao Hospital de Dia

Apesar das visitas não ocorrerem com uma frequência regular, tive a oportunidade de visitar várias vezes crianças e adolescentes com diferentes doenças metabólicas que se encontravam em tratamento no Hospital de Dia, acompanhada pelo meu Orientador.

Estes pacientes, dirigiam-se semanalmente ao Hospital de Dia para realizarem a reposição enzimática para uma melhor qualidade de vida e controlo na evolução da doença. Assim, as visitas consistiam em dar apoio aos doentes e aos seus familiares, assim como questionar sobre a evolução do quadro clínico e alguns aspetos da vida pessoal, como as atividades da vida diária e as atividades escolares. Estes momentos eram também oportunidades de levantar necessidades que, entretanto, poderiam surgir a quanto ao desenvolvimento da doença e do seu impacto emocional.

O caso acompanhado que mais me marcou foi o de uma criança de 4 anos, por se tratar de uma criança com uma doença crónica rara progressiva, nomeadamente a Mucopolissacaridose, acarretando complicações frequentes e diminuição da qualidade de vida. Trata-se de uma doença genética autossómica recessiva, que resulta da deficiência na enzima N-acetilgalactosamina-4-sulfatase, levando a alterações nos

órgãos afetados como hidrocefalia comunicante, pelo abundante, alterações esqueléticas com deformidade dos ossos (principalmente na coluna), baixa estatura, contracturas articulares, mãos em garra, abdómen volumoso, o pescoço curto, o nariz achatado com narinas largas, os lábios salientes, etc. Estes doentes referem normalmente história de infeções respiratórias recorrentes, problemas de audição e visão progressivos, bem como alterações do coração e diminuição de mobilidade. O tratamento é feito apenas através do transplante da medula óssea ou por reposição enzimática (Oliveira et al. 2022).

Acompanhamento no Internamento

O serviço de Internamento era visitado sempre que possível, apesar das visitas não ocorrerem com periodicidade regular, tive a oportunidade de acompanhar o meu Orientador em algumas dessas visitas.

Embora o Internamento tenha por finalidade promover o tratamento e a cura da doença, os procedimentos hospitalares podem representar para a criança carácter doloroso, ameaçador e invasivo, podendo interferir no desenvolvimento físico, psíquico e intelectual. Assim, a situação de internamento acarreta mudanças comportamentais tanto nas crianças, como em seus cuidadores (Sanchez, & Ebeling, 2011). Desta forma, as visitas tinham como objetivo a prestação de apoio aos doentes e aos seus familiares, tendo em conta as diversas problemáticas existentes, contribuindo para uma melhor aceitação e adaptação a novas realidades e levando a uma maior adesão aos procedimentos terapêuticos. Sendo a Psicoeducação realizada sempre que necessário.

Entre os pacientes acompanhados no Internamento, o que mais me marcou foi um adolescente de 17 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) de grau Severo, que teve três paragens cardíacas, após o falecimento do pai (que era o seu principal cuidador). Uma paragem cardíaca é um acontecimento súbito, que pode ocorrer sem sinais de alerta prévios. O coração deixa de conseguir bombear sangue para o cérebro, pulmões e outros órgãos e tecidos do organismo (Neto, 2021). Já a PEA leva a dificuldades na área da interação e comunicação social verbal e não-verbal e nas relações, apresentando modelos limitados e repetitivos, assim, o diagnóstico de PEA tem um grande impacto nos pais da criança, alterando as dinâmicas familiares com repercussões a vários níveis, onde a esperança parental sofre diversas oscilações ao longo do processo de transição entre o papel parental e o papel de cuidador, as dúvidas

e inseguranças são acrescidas de uma grande carga emocional que, muitas vezes pode levar a que as famílias entrem em rutura (Marques, 2022). A partir do momento que a responsável por ele passou a ser a mãe (que não tinha contacto com o filho), esta inicialmente demonstrou uma grande dificuldade em aceitar toda a situação, mencionando *“tive que enterrar o meu filho duas vezes, quando aos 2 anos descobri o Autismo e agora após as paragens”* sic uma vez que acarretou graves consequências como a perda da capacidade de falar (que já não era muita). Com o tempo, pude ver a importância da psicologia nesta família, tanto a observar o progresso do paciente a nível de reabilitação, recuperando habilidades que havia perdido (inclusivamente a comunicação), como a nível de apoio, sensibilização e psicoeducação para com esta mãe, que acabou por aceitar o filho e as suas condições, mostrando cada vez mais aproximação e preocupação com o mesmo.

Colaboração em Projeto de Investigação

Durante o período de estágio foi possível colaborar num projeto de investigação, que estava a decorrer acerca da Qualidade de Vida nos Doentes Metabólicos Pediátricos, de forma a melhor caracterizar estes doentes a nível psicossocial.

A minha colaboração consistiu na ajuda no processo de recolha de dados e cotação dos questionários PedsQL (Crianças, Pais, Impacto Familiar e Fadiga), Brief e Zarit.

Posteriormente, foi elaborada uma base de dados realizada por mim, para futura análise estatística dos mesmos, recorrendo a software de análise estatística, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Atividades Desenvolvidas Fora do Local de Estágio

Com o objetivo de suplementar o conhecimento como futura Psicóloga, a meu pedido, surgiu a possibilidade de participar em outras atividades no Centro Hospitalar.

A primeira, consistiu na colaboração da organização de um grupo de psicoeducação e co-facilitação com pacientes que tiveram Enfarte Agudo do Miocárdio.

Os grupos abordam o sofrimento psicológico que muitos pacientes com doenças médicas vivenciam. Reações de depressão, ansiedade e estresse são comuns e podem agravar o impacto da doença médica, aumentando o risco de progressão da doença ou o risco de outro episódio, por exemplo, pós enfarte do miocárdio. O stress psicológico

também tende a aumentar comportamentos prejudiciais à saúde, podendo interferir na adesão a comportamentos que visam a recuperação, como dieta saudável, exercícios e medicamentos (Leszcz, 2020). Assim, este tipo de intervenção permite a partilha de informação e vivências entre os participantes e esclarecimento de dúvidas acerca dos temas abordados, lhes dando a liberdade de participar (García, 2022).

No caso do grupo de Psicoeducação, este desempenha funções específicas, como: Assegurar o conhecimento básico e competência dos pacientes e seus familiares sobre a doença; fornecer informações e tirar dúvidas sobre a doença; promover a adesão aos tratamentos e a prevenção da reincidência; assegurar uma melhor gestão do stress em momentos de crise (Brown, 2018).

Neste grupo, tive a possibilidade de assistir às sessões, elaborar um PowerPoint (Anexo E) para ser apresentado e ensinar técnicas de relaxamento, nomeadamente a respiração diafragmática. O objetivo das sessões era de fornecer informação acerca da patologia que tiveram e de todos os mecanismos que afetam e que contribuem para o seu início e manutenção.

Esta experiência foi fundamental num ponto de vista profissional, uma vez que foi o meu primeiro contacto numa Intervenção de Grupo, outro fator pertinente que motivou a minha participação, foi o facto de o Grupo ser direcionado a outra população alvo, no caso Adulto/Idoso, o que complementou o meu conhecimento em outras áreas e idades, tornando este ciclo ainda mais enriquecedor.

Além disso, também me foi apresentada a possibilidade de ser voluntária na Fundação Infantil Ronald McDonald durante a apresentação da Unidade da Infância e Adolescência aos novos estagiários. Durante o dia, enquanto acompanham os seus filhos em tratamentos médicos hospitalares muitas são as famílias que passam por momentos complicados precisando de apoio. Nesta Fundação, ajudamos quem mais precisa a encontrar a força de que necessita para lidar com um momento tão difícil como a doença de um filho, levando conforto, compromisso, sorrisos, uma mão amiga, e também o apoio psicológico ao doente e sua família, proporcionando atividades para a melhoria do bem-estar e ajudando a aliviar e a melhorar a experiência hospitalar das crianças e suas famílias. Assim, aceitei a proposta, sendo responsável pelo turno da manhã uma vez por semana, dando apoio aos doentes e aos seus familiares, tanto na sala de brincar (localizada no Internamento Pediátrico do Hospital), como nos quartos do Internamento sempre que havia um pedido realizado pela enfermaria ou pelos pais. O

apoio psicológico neste contexto, consistia em diminuir o sofrimento associado ao processo de doença e/ou de hospitalização, minimizar e controlar estados emocionais negativos (e.g., ansiedade e depressão) ou sintomas físicos (e.g. dor) e desenvolver estratégias eficazes para lidar com situações de stress e de vulnerabilidade (e.g. técnicas de relaxamento). Além disso, eram realizadas atividades de estimulação neurocognitiva sempre que possível, de modo a preparar a criança para o regresso à escola após a hospitalização. Enquanto voluntária, tive a oportunidade de aplicar técnicas de relaxamento a vários adolescentes que tinham receio face a intervenção cirúrgica que seriam submetidos; apoiar pais de pacientes internados na Unidade dos Queimados que se sentiam culpados; prestar suporte psicológico às crianças com patologias graves (por exemplo cancro) e seus familiares (vindo um destes casos que acompanhei a falecer) e realizar jogos lúdicos que estimulassem cognitivamente as crianças, especialmente quando tinham algum atraso de Desenvolvimento, podendo acompanhar de perto o progresso quando se tratava de crianças que permaneceram meses internadas. Pude ainda, acompanhar e intervir num grande leque de patologias e causas acidentais de pacientes que chegavam até nós, desde as mais leves às mais graves. No meu ponto de vista, os casos mais desafiadores foram os pacientes com Epilepsia e Perturbação do Espectro do Autismo de grau severo, pela maior atenção neles exigida. No entanto, o caso que acompanhei que mais me marcou foi o de uma criança de 11 anos, que esteve 5 meses internada sem um diagnóstico conclusivo acerca da sua sintomatologia (hematêmeses), entre dezenas de exames realizados semanalmente, a persistência da sintomatologia, a mudança na sua rotina e a tristeza da mãe (com histórico de depressão e tentativa de suicídio) face ao que estavam a vivenciar, o stress e a ansiedade nesta criança foram crescendo mês após mês, sendo a Fundação Infantil Ronald McDonald um apoio e distração fundamental durante este período, uma vez que no meio de tantas incertezas, angústias e preocupações, a Sala de Brincar ainda significava felicidade e calma.

Tive ainda, a oportunidade de estar presente nas Jornadas Científicas de Psicologia do Centro Hospitalar “Sentir o presente olhando o futuro” e nas XXIII Jornadas Científicas do IUCS “A derradeira decisão: Como, quando e com quem morrer?” abrangendo o meu conhecimento em diversas áreas e temáticas da Psicologia, enquanto estagiária e futura psicóloga.

CAPÍTULO III

3.1. Caso clínico “E”

O presente capítulo, descreve de forma detalhada um caso clínico por mim acompanhado ao longo do estágio curricular.

Entre os casos que foram seguidos de forma autónoma, irei apresentar o meu primeiro caso, uma vez que marcou significativamente o meu crescimento enquanto futura profissional, o que me permitiu observar não só a evolução da paciente, como a minha própria evolução a nível profissional, marcado pelo aumento do conhecimento, autonomia e autoconfiança.

Com o intuito de salvaguardar o direito à confidencialidade e privacidade da paciente, esta será identificada por “E”.

3.1.1. Identificação

A paciente E é do sexo feminino, tem 17 anos de idade e frequenta o 12º ano no curso Científico-Humanístico de Línguas e Humanidades. Vive atualmente com os pais, sua irmã e seus animais de estimação (três gatos e uma cadela), no Distrito do Porto, sendo que a mãe tem 49 anos e é operária fabril, o pai 45 anos e é electricista e a irmã 13 anos, ainda estudante.

3.1.2. Motivo e Pedido da Consulta

A paciente foi encaminhada para a consulta de Psicologia Pediátrica pela consulta de Pedopsiquiatria devido a ansiedade e depressão, com o objetivo de dar um maior acompanhamento e suporte psicológico.

“E” era seguida pelo orientador de forma regular desde 2020, altura em que sua ansiedade se agravou, após ter o seu primeiro ataque de pânico a propósito de um teste de avaliação de história. “E” teve 10 consultas nas quais foram trabalhadas problemáticas como ansiedade, medo de rejeição e insatisfação com o corpo, vindo a ter alta e mantendo-se estável até agosto de 2022. No entanto, em setembro voltou a ter crises de ansiedade intensas no contexto escolar (2 a 3 vezes por semana). Assim, reiniciamos o acompanhamento psicológico.

A paciente apresentava as seguintes queixas e sintomas: Hipervalorização dos resultados escolares, sintomatologia ansiogénica (tremores, calor, palpitações e dispneia), dificuldade em adormecer, dificuldades no relacionamento interpessoal, baixa autoestima e humor depressivo.

3.1.3. Primeiro Contacto e Apreciação Geral da Paciente

O primeiro contacto com “E” foi realizado à 5 de janeiro de 2023, inicialmente junto ao orientador. “E” compareceu à consulta acompanhada pela mãe, tendo-se apresentado tímida e cabisbaixa, com um articular num tom de voz baixo e lento, mas demonstrando sempre interesse na consulta. Quando questionada se “E” se importaria de ser atendida por mim, não demonstrou qualquer oposição, assim, fui deixada a sós com a paciente. Reparei que a paciente pareceu se sentir mais à vontade sem a mãe.

“E” começou por referir os motivos de ter sido novamente encaminhada para a unidade, partilhando algumas vivências, assim como alguns receios, sendo um momento marcado pelo choro. Neste momento, deixei a paciente à vontade para exprimir as suas emoções, lembrando que estaríamos ali para ajuda-la a lidar com as suas dificuldades e que tudo que fosse falado ao longo das consultas seria estritamente confidencial acalmando-a e encorajando a sua expressão, estabeleceu-se assim, um contrato terapêutico. Foi criada de imediato uma ligação e uma relação de empatia, o que considerei um bom começo para a relação terapêutica.

“E” mostrou-se cada vez mais à vontade, levando a um fortalecimento da aliança terapêutica. Apresentava-se sempre muito participativa e com vontade de falar. Partilhava os seus pensamentos e vivências sem se limitar a responder apenas ao que era perguntado, mantendo um contacto ocular adequado.

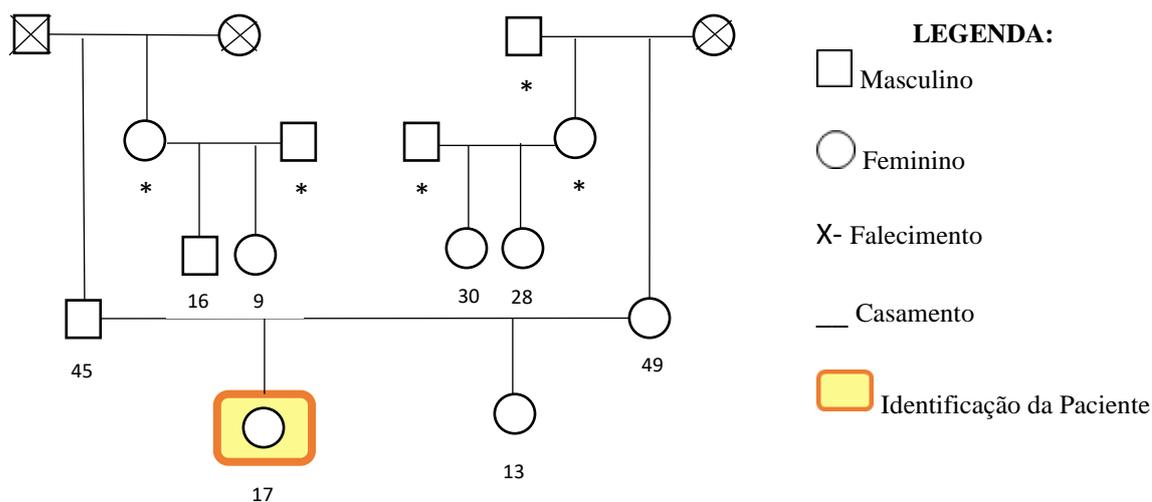
O seu discurso foi sempre organizado, demonstrando um bom vocabulário e orientação, acompanhado por diversas emoções ao longo das consultas. Apesar do choro ser frequente, as consultas eram sempre finalizadas com um sorriso no rosto e algum entusiasmo na marcação para a próxima sessão. Realizando uma ventilação emocional, a paciente conseguia expor os assuntos que mais a incomodavam, de modo a sair aparentemente mais aliviada.

No que se refere à aparência, “E” mostrou-se cuidada durante todo processo terapêutico, com um vestuário adequado à sua idade e com o uso maioritariamente de

cores neutras, encontrava-se acima do peso recomendado tendo em conta a sua idade e estatura.

3.1.4. História Pessoal

Figura I:
Genograma Familiar de E



* Devido a pouca proximidade com estes familiares, “E” não tinha certeza quanto às respetivas idades, motivo pelo qual, não foram aqui descritas.

“E” é a primeira filha do casal, tendo uma irmã 4 anos mais nova. Segundo a mãe da paciente, a gravidez foi planeada e desejada, ocorrendo dentro da normalidade. “E” nasceu com 39 semanas de gestação, de um parto eutócico, sem complicações associadas. Foi alimentada até aos 4 meses de idade com leite materno, sendo depois alimentada com suplemento e leite em pó, posteriormente foi inserido os alimentos de acordo com as indicações da pediatra, havendo uma boa adaptação às mudanças. O desenvolvimento psicomotor e da linguagem ocorreram de acordo com a expectável dentro dos parâmetros normativos. Em relação aos padrões de sono, sempre dormiu bem, apesar de atualmente apresentar insónia intermédia diariamente.

No que diz respeito aos traços de personalidade, “E” descreve-se como uma pessoa tímida, empática, responsável e afetuosa.

Segundo “E”, a adaptação ao infantário foi positiva, tinha uma boa relação com funcionários, educadora e colegas (apesar de tímida), foi considerada sempre uma menina bem-comportada, empenhada e boa aluna. No entanto, a transição para a primária foi marcada por episódios de *bullying* verbal praticado pelos colegas, que se estendeu até ao

9º ano *“Nunca tive muitos amigos, gozavam sempre comigo, era sempre a gorda, a gordinha... Quando não era pelo corpo era por ser sossegada ou por ter as notas mais altas da turma”* sic.

Assim, o início da sua adolescência foi marcado por sintomas depressivos, ansiosos e mudanças comportamentais, como o isolamento *“evitava lugares cheios por medo do que poderiam pensar sobre mim”* sic. Além disso, “E” considera ter ficado adulta muito cedo, uma vez que era muitas vezes responsável pela irmã mais nova. Aos 13 anos teve a menarca, altura em que a insatisfação com o corpo e a ansiedade ganhou ainda mais espaço em sua vida *“quanto mais ansiosa me sentia, mais apetite tinha”* sic.

Com a entrada para o ensino secundário, “E” conseguiu fazer algumas amizades, mas cobrava-se ainda mais em relação aos resultados escolares *“comecei a ficar em pânico cada vez que tinha teste, tinha medo que os meus colegas me rejeitassem se corresse mal”* sic. Segundo a mesma, foi uma fase de muito stress, em que as crises de ansiedade começaram a ser cada vez mais frequentes e intensas *“a minha mãe também era uma fonte de stress, pressionava-me para ter boas notas, tinha crises todas as semanas, era um medo constante de desiludir toda a gente”* sic, desde então, estava a ser medicada pela pedopsiquiatra, porém a medicação acabou e segundo “E”, o pai recusou-se a voltar a comprar, não considerando ser algo importante ou que mudasse alguma coisa, foi quando a sintomatologia voltou a agravar.

Atualmente, “E” frequenta o 12º ano, apesar de ter uma boa relação com os amigos e com a família sente-se sozinha e desconfortável a conviver com os mesmos, o que levou a um distanciamento por parte dela *“não me sinto a vontade com ninguém, perdi a vontade de tudo, só me apetece ficar no quarto... Até porque ninguém repara em mim, faço tudo por todos, mas ninguém nota quando estou mal, é como se não estivesse lá”* sic. Sente dificuldade nas apresentações orais devido a exposição e ao medo de ser criticada pelos colegas. As notas continuam a ser uma grande preocupação, uma vez que pretende ingressar no ensino superior público e concretizar o sonho de ser professora *“sinto-me desmotivada, não estão boas como eu pretendia, nem tenho vontade de ir à escola, sinto que não sou boa o suficiente”* sic. Tem como refúgio o grupo de jovens da igreja *“é o único grupo que ainda consigo estar minimamente bem”* sic.

No que diz respeito à sua saúde, “E” sofre de Asma, já teve anemia e apresenta obesidade desde a primeira infância, o que culminou o início dos episódios de *bullying*. Recentemente, retirou a vesícula, o que veio a tornar-se mais uma insegurança a nível

físico devido à cicatriz *“acho que já não consigo vestir biquíni, todos vão olhar”* sic. A nível de saúde familiar, “E” tem pais hipertensos, além disso, o pai sofre de obesidade e a mãe de depressão (sendo medicada). Sendo a depressão da mãe alvo de algumas repercussões no seio familiar, uma vez que “E” afirma ter tido a necessidade de crescer depressa para cuidar da irmã mais nova, pelo quadro depressivo de sua mãe.

No que se refere à dinâmica familiar, “E” vive com os pais e com a irmã. De acordo com o que narra, a vida familiar não é fácil, refere confiar mais na mãe e ter uma relação mais próxima com a mesma *“falo mais com a minha mãe, eu sei que ela se preocupa comigo”* sic, ao contrário da afinidade que sente pelo pai *“não tenho qualquer assunto com o meu pai, ela não fala com ninguém, só discute, nunca teve um único gesto de carinho”* sic. Segundo “E”, um ponto desfavorável na relação com o pai é o facto deste consumir diariamente bebidas alcoólicas em excesso, tornando-se verbalmente agressivo quando ultrapassado o limite *“Eu não digo nada, estou quieta, calada, do nada ele começa a ameaçar tirar-me coisas de que gosto, a gritar, a ofender-me, outro dia disse que vou chegar à casa e o meu gato já não vai lá estar, que lhe vai dar um fim, a minha mãe não faz nada para defender...”* sic.

Quando questionada acerca da relação entre o casal, “E” refere a existência de discussões frequentes por questões financeiras, o que acaba por ser outro fator que a faz sentir-se melhor no quarto *“estou cansada de discussões”* sic.

Refere ainda, que a relação entre os pais e a irmã é idêntica *“Quando o meu pai não está a discutir com uma, está a discutir com outra, só conseguimos falar com minha mãe”* sic.

No que diz respeito à relação entre irmãs a paciente refere ser uma relação de boa amizade, união e companheirismo *“eu dou-me bem com a minha irmã, partilhamos o mesmo quarto e agora as mesmas séries”* sic.

Apesar de tudo, “E” mostra-se muito preocupada com a família *“só contei que sofria bullying no 9º ano, quando chegava muito irritada à casa e não entendiam a razão, não queria ser um problema, tentei ao máximo esconder, até não aguentar mais”* sic, “E” refere diversas vezes o facto de não querer ser um problema, uma desilusão ou uma fonte de preocupação para a família, exemplo disso é quando deixou de frequentar o ginásio e a natação por questões financeiras, que segundo a mesma, era algo que fazia bem fisicamente e mentalmente, mas eram despesas para os pais.

Os restantes familiares “E” afirma que moram longe, não havendo contacto (tios, primos e avô materno, tendo os restantes já falecido).

3.1.5. Problemática Atual

A paciente refere que a ansiedade começou a afetar intensamente a sua vida e os seus pensamentos *“Há dias em que não consigo parar de pensar “tu dás muito trabalho aos outros, não estás a fazer nada bem, não és boa o suficiente” não consigo controlar os pensamentos negativos”* sic. Na escola, as crises aconteciam 2 a 3 vezes por semana, segundo a mesma, tinha medo de não atingir boas notas e ser uma desilusão para toda a gente. Além disso, sendo boa aluna conseguia ajudar os amigos da turma *“se não corresse bem podiam rejeitar-me, voltava outra vez a ficar sozinha, ou a sofrer bullying”* sic, o que para “E” transmitia uma certa segurança, não se sentindo tão vulnerável ao que já experienciou, ao mesmo tempo em que era mais uma pressão para atingir bons resultados, referindo ainda a pressão da mãe e a vontade de ingressar no ensino superior.

No que se refere a sintomatologia depressiva, a paciente afirma ter se afastado de toda a gente *“não me sinto a vontade com ninguém, perdi a vontade de tudo, só me apetece ficar no quarto... Até porque ninguém repara em mim, faço tudo por todos, mas ninguém nota quando estou mal, é como se não estivesse lá”* sic, descreve frequentemente o sentimento de solidão, de insignificância e de perda de vontade de fazer o que antes era prazeroso, sendo o choro comum nestes momentos durante as sessões numa fase inicial.

3.1.6. Processo de Avaliação Psicológica

O processo de avaliação e acompanhamento psicológico decorreu entre 5 de janeiro de 2023 a 6 de julho de 2023 com cinco sessões, durante as quais “E” se mostrou sempre colaborante.

No início do processo terapêutico, foi dada prioridade ao estabelecimento da aliança terapêutica, com o objetivo de conhecer melhor a história de vida da paciente, bem como aspetos da relação familiar e desenvolvimento psicossocial, assim, foi realizada a recolha da anamnese através de uma entrevista semiestruturada e à observação psicológica não estruturada.

Posteriormente, para realizar uma recolha de dados de forma mais detalhada, foi administrado o Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) (Anexo F, G e H) de

modo a obter-se a percepção de “E” sobre si mesma e em relação às suas competências ou dificuldades individuais ou grupais, uma vez que levanta questões pertinentes que possibilitam a compreensão de problemas emocionais e comportamentais, fornecendo ainda, informações quantitativas. Com o referido instrumento, tendo em conta que os **valores normativos** vão do Percentil ≤ 50 ao 92 e nota T de 60 a 64, **nível borderline** do Percentil 93 ao 98 e nota T de 65 a 70 e **nível clínico** com Percentil >98 e nota T de 71 a 100, obteve-se (ver tabela 2) os seguintes resultados (estando assinalados a **bold** os resultados mais significativos no ponto de vista clínico e sublinhados os que se encontram no nível borderline):

Tabela 2:
Resultados YSR- Escalas de Síndromes Caso clínico “E”

	ESCALAS	Percentil	Nota T
I-	Ansiedade/Depressão	P= >98	T= 86
II-	Isolamento/Depressão	P= >98	T=78
III-	Queixas Somáticas	P= >98	T=78
IV-	<u>Problemas Sociais</u>	P= 98	T=70
V-	Problemas de Pensamento	P= >98	T=73
VI-	<u>Problemas de Atenção</u>	P= 97	T=69
VII-	Comportamento Delinquente	P= ≤ 50	T=50
VIII-	Comportamento Agressivo	P= ≤ 50	T=50
	Internalização	P= >98	84
	Externalização	P= 59	52
	Score Total*	P= 98	70

*Os valores de referência no Score Total variam na nota T, sendo valores normativos T=26 a T=59, Borderline T=60 a T=63 e Clínico T= 64 a T=100.

Já nas Escalas de Competências (ver tabela 3), os **valores normativos** a ter por base vão do percentil 8 ao ≥ 93 e Nota T de 36 a 65, o **nível borderline** do percentil 2 ao 7 e nota T de 30 e 35 e o **nível clínico** do percentil <2 ao 7 e nota T do 20 ao 30. No caso da paciente “E”, os resultados mais significativos no ponto de vista clínico, encontram-se assinalados a **bold**, já os que se encontram no nível borderline encontram-se sublinhados, assim como na tabela anterior.

Tabela 3:
Resultados de Competências YSR- caso “E”

ESCALAS	Percentil	Nota T
<u>Atividades</u>	P= 2	T= 30
<u>Social</u>	P= 6	T=34
Score Total	P= <2	T=24

O questionário respondido pela paciente, apresenta **Valores Clínicos** (acima do Percentil 98) nas escalas **Ansiedade/Depressão; Isolamento/Depressão; Queixas Somáticas e Problemas de Pensamento.**

No que se refere à **Ansiedade/Depressão** (T= 86; P= >98), os resultados de “E” vêm de encontro ao que relatava durante as sessões, tanto a nível da sua elevada preocupação escolar, com presença constante de medo de falhar e desiludir as pessoas, como em relação ao sentir que ninguém repara nela/a valoriza.

Na escala de **Isolamento/Depressão** (T=78; P= >98) realça significativamente a preferência de “E” em estar sozinha, demonstrando também alguma timidez e mal-estar interpessoal.

Relativamente às **Queixas Somáticas** (T=78; P= >98), “E” demonstra uma tendência para a somatização, sendo também mencionado o cansaço e a dor de cabeça sem razão aparente ao longo das consultas.

No que se refere aos **Problemas de Pensamento** (T=73; P= >98) é de se notar a sua dificuldade em dormir/insónias, sendo também frequentemente relatadas ao longo das consultas. O facto de, segundo ela, não conseguir exprimir o que sente aos seus amigos e familiares quando está mal, por pensar que não querem saber e preferir “guardar” vindo a acumular-se, acaba por ser visível também nesta escala.

“E” também pontua com elevação nas escalas **Problemas Sociais** (Percentil 98) e **Problemas de Atenção** (Percentil 97) estando ambas escalas no **Nível Borderline.**

O resultado obtido em **Problemas Sociais** (T=70; P=98) evidencia o baixo autoconceito de “E”, assim como novamente se destaca a sua tendência ao isolamento.

É possível observar ainda, alguns **Problemas de Atenção** (T=69; P= 97), sendo notável, segundo a “E”, alguma dificuldade de concentração, o que poderá ter a ver com a sua ansiedade, cansaço e desgaste emocional em seus estudos, numa busca constante dos melhores resultados possíveis.

Nas **Escalas VII- Comportamento Delincente e VIII- Comportamento Agressivo**, os resultados de “E” encontram-se com **valores normais**, ambos com nota T de 50 e Percentil ≤ 50 .

Assim, “E” evidencia uma elevação das escalas que compõem a **Internalização** (T= 84; P= >98), o que corresponde ao **Nível Clínico**, uma vez que os resultados das escalas **I- Ansiedade/Depressão, II- Isolamento/Depressão, III- Queixas Somáticas e V- Problemas de Pensamento**, foram elevados, estando os seus **problemas concentrados neste grupo**.

Na **Externalização** (Comportamento Delincente e Agressivo), “E” apresenta um **Resultado Normal** (T=52; P= 59).

No **Total** (T=70; P= 98), “E” apresenta resultados importantes do ponto de vista clínico, uma vez que o nível borderline, nos domínios principais (YSR Score total, Externalização e Internalização) que separa o nível normativo do clínico varia entre 60 e 63 (t scores), diferente das restantes escalas, que o nível borderline varia entre o 65 e 70 (t scores), sendo considerados clínicos os resultados acima destes valores.

Em relação às **Escalas de Competência**, “E” apresenta um resultado de **Nível Clínico no Score Total** (T=24; P= <2). Tanto na escala de **Atividades** (T=30; P=2), como na escala **Social** (T=34; P=6), os valores encontram-se num **Nível Borderline**, o que era esperado, tendo em conta as problemáticas mencionadas.

Dito isto, o perfil obtido pela paciente é **clínico**, estando, contudo, presentes sinais de ansiedade, depressão e vulnerabilidade emocional, queixas somáticas, bem como dificuldades em relacionamentos interpessoais, havendo uma grande tendência ao isolamento. Estratégias para controlar melhor a ansiedade e a sintomatologia depressiva deverão ser trabalhadas ao longo das sessões, tal como a socialização. Medidas como confiar mais em si mesma, ter um horário organizado com objetivos bem definidos para

cumprir diariamente (estudos, lazer, atividade física, socialização, horas de sono), buscar focar no presente e não na preocupação excessiva com o futuro poderão ser pertinentes, além de técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática, exercícios de imaginação, exercício dos 5 sentidos, entre outros.

No decorrer das consultas, para além da avaliação realizada, sempre se proporcionou espaço para a paciente ir falando de si e ir abordando espontaneamente as diferentes áreas da sua vida, havendo uma multiplicidade de fatores que interferem na vida pessoal que não são quantificáveis, nomeadamente a nível afetivo e relacional, assim, não houve a necessidade de utilizar mais testes de avaliação psicológica, uma vez que estes servem como meio auxiliar de diagnóstico e já tínhamos informação suficiente para poder intervir em cada problemática identificada elaborando várias estratégias de intervenção.

3.1.7. Hipóteses de Diagnóstico

Tendo em conta a problemática referida pela paciente, a observação em consulta, a sintomatologia, juntamente com os resultados obtidos, pode ser colocada a hipótese de **Perturbação de Ansiedade Generalizada**. A paciente preenche os seguintes critérios (APA, 2014):

Critério A: “Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional)”, uma vez que se preocupa constantemente com o desempenho escolar, *“tinha crises todas as semanas, por mais que até tire boas notas, parece impossível não entrar em pânico cada vez que tenho um teste...”* sic, o medo de ser uma decepção *“vivo um medo constante de desiludir toda a gente”* sic e o medo do que vão pensar acerca dela própria durante qualquer evento social *“evitava lugares cheios por medo do que poderiam pensar sobre mim”* sic;

Critério B: “O indivíduo considera difícil controlar a preocupação”, sendo das principais razões de “E” ter voltado a procurar ajuda *“estou sempre preocupada com as notas e com o que os outros irão pensar sobre mim, sinto que não sou boa o suficiente em nada”* sic;

Critério C: “A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias

nos últimos seis meses) - sendo exigido apenas 1 para crianças” no caso, “E” preenche os sintomas de C2-Fatigabilidade (podendo este estar também relacionado com a obesidade) *“sinto-me sempre cansada” sic*; C3-Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente *“ainda por cima na escola não consigo estar atenta, depois tenho que voltar a estudar tudo em casa, é difícil concentrar-me, as vezes preciso ler a mesma frase 3 vezes” sic*; C4- Irritabilidade *“já não tenho paciência para as pessoas, facilmente qualquer assunto torna-se numa discussão” sic* e C6- Perturbação do sono *“Acordo sempre a meio da noite” sic*;

Critério D: “A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas” uma vez que “E” não consegue por vezes apresentar trabalhos orais, concentrar-se nas aulas, realizar testes de avaliação sem ter crises antes ou durante o mesmo *“se não corresse bem podiam rejeitar-me” sic*, afasta-se do seu meio social *“não me sinto a vontade com ninguém, prefiro afastar-me e ficar sozinha”* e segundo a mesma deixa de realizar atividades como ir à praia por medo do que irão pensar dela própria *“As pessoas vão olhar para a minha cicatriz, para o meu corpo, vão julgar... As vezes acabo por nem sair” sic*;

Critério E- “A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica”; além da paciente afirmar não consumir nenhuma substância *“não bebo, nem fumo” sic*, segundo a mesma, a única medicação que habitualmente usava foi a prescrita pela pedopsiquiátrica, justamente para controlar a sintomatologia ansiosa.

Critério F- “A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação mental” apesar de em alguns momentos haver semelhanças com ansiedade social e perturbação de stress pós-traumático, provavelmente como consequências dos episódios de *bullying* vivenciados do primeiro ao terceiro ciclo *“gozavam comigo, com o meu corpo e com a minha maneira de ser, desde aí odeio sítios cheios onde sinto que podem olhar para mim” sic*, ao decorrer das consultas pude observar que as crises e preocupações excessivas também acontecem devido a outras causas, como a operação que realizou na retirada da vesícula *“tive uma crise de ansiedade momentos antes da cirurgia” sic* e por discussões com o pai *“as vezes refugio-me no quarto para evitar as crises de ansiedade causadas pelo meu pai” sic*.

3.1.8. Caracterização da Ansiedade na Adolescência

A adolescência é definida como um período de transição que ocorre entre a infância e a vida adulta, sendo um período dinâmico e complexo, tanto a nível emocional como físico (Sousa & Silva, 2023). De acordo com a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson, é nesta fase que há busca pela identidade que se caracteriza pela relação do interesse em ser diferente e a necessidade de adaptação às normas a fim de aceitação (Veríssimo, 2002).

A perturbação de ansiedade é uma das doenças mentais mais prevalentes em todo o mundo, e a sua incidência tem aumentado entre os adolescentes. Prevê-se que quase 1 em cada 3 adolescentes de 13 a 18 anos sofram de uma perturbação de ansiedade (McCarthy, 2019).

A ansiedade é uma característica inerente ao ser humano, podendo ser considerada uma reação normal que prepara o indivíduo para um acontecimento negativo que se aproxima, sendo uma peça primordial no dinamismo de adaptação no processo de sobrevivência, reconhecida por diversas alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais que se traduzem num estado de alerta face a um sinal de ameaça ou perigo à integridade física e ou psicológica (Abrahão & Lopes, 2022). A componente cognitiva contém a avaliação da situação e evento como risco antecipado, a componente fisiológica é a responsável pela preparação do corpo, para eventual ação, como: luta ou fuga e tem como principais sintomas: a taquicardia, dispneia, tensão muscular, tremores, tonturas, sudorese e paralisias (Stallard, 2010). A componente comportamental ajuda a criança ou adolescente a prever e evitar um futuro perigo (Craske et al., 2011). No caso da paciente “E”, as crises de ansiedade eram frequentes, sendo despoletadas principalmente por preocupações excessivas com as notas escolares e com o que pensam acerca dela.

A partir do momento que o indivíduo passa a manifestar esta reação de forma persistente, intensa e desproporcional a experiências normais da vida cotidiana, como ir à escola, ir a uma festa, ou a um passeio, como aconteceu com “E”, leva a um prejuízo a nível social e ocupacional, podendo se caracterizar uma patologia, o que geralmente se inicia nos anos anteriores à puberdade (McCarthy, 2019; Sousa & Silva, 2023).

A ansiedade pode interferir na capacidade de concentração e aprendizado, sendo uma das dificuldades apresentadas por “E” na escola, exigindo mais de si própria na hora do estudo, o que leva a uma leitura repetitiva do mesmo tema até focar-se e sentir que realmente percebeu, tornando-se rapidamente exaustivo. Com isso, a ansiedade leva a problemas que podem ter impacto ao longo da vida, além dos sintomas físicos, como dores de cabeça, problemas digestivos e, posteriormente, doenças cardíacas. Os sinais podem incluir: Medos e preocupações recorrentes sobre partes rotineiras da vida cotidiana; Mudanças de comportamento, como irritabilidade; Evitamento de atividades ou interações sociais; Queda de notas ou evasão escolar; Problemas para dormir ou se concentrar; Uso de substâncias ou outros comportamentos de risco e queixas físicas crônicas, como fadiga, dores de cabeça ou dores de estômago (McCarthy, 2019).

Assim, surge o conceito de Perturbação de Ansiedade Generalizada, que se caracteriza pela preocupação excessiva, sendo elas desproporcionais em relação ao perigo real. Esta situação pode se manifestar por meio do surgimento de sintomas de caráter físico e mental, como episódios frequentes de distúrbios no sono, agitação motora, dificuldade de concentração, irritabilidade, fadiga extrema e tremores (Parada et al., 2018).

Segundo Lopes e Santos (2018) a ansiedade generalizada é a que está mais presente entre os adolescentes, sendo os aspetos sociais os que mais influenciam na problemática, com destaque nos familiares e grupais, como o caso do *bullying*. A literatura mostra-os que de facto, o ambiente em que “E” cresceu, assim como todas as suas vivências foram um fator de risco que contribuíram para o aparecimento desta perturbação.

Embora os estudos sobre *bullying* sejam recentes, já há indícios das consequências imediatas ou tardias do *bullying* direto e indireto na vida de crianças e adolescentes (Pimentel, 2020). Alguns prejuízos emocionais foram identificados nas vítimas de *bullying* quando comparadas a outros adolescentes que não vivenciaram essa intimidação, como baixa autoestima, sintomas depressivos e maior nível de ansiedade (Malecki et al., 2015). As consequências do *bullying* já podem ser percebidas entre o primeiro e o terceiro ciclo (Pimentel, 2020). Mesmo após o fim, prevalecem sentimentos negativos, como a falta de motivação para ir à escola, o medo, a tristeza e a irritabilidade, o que pode causar um impacto considerável nas áreas psicológica, física, social e de aprendizagem (Santos et al., 2015). Os efeitos mais prevalentes em vítimas comuns são depressão e perturbações

de ansiedade, estes prevalecem anos depois (Arseneault, 2017; Carvalho et al., 2021). Quando analisado na perspetiva dos adolescentes, percebe-se que a questão se torna muito mais complexa, pois o ato tem-se mostrado uma causa de bloqueios psicológicos, perturbações mentais até a vida adulta, dificuldade de se relacionar e principalmente problemas com ansiedade (Vieira et al. 2020)

Porém, também deve ser levada em consideração as altas expectativas e pressão para ter sucesso. Hoje em dia, existe uma cultura de conquistas e diversas formas de avaliação, assim, os jovens atualmente são expostos à uma pressão para ter sucesso de uma forma que as gerações anteriores não tiveram, como é o caso de “E” perante a pressão que segundo a paciente, é colocada por sua mãe (McCarthy, 2019). Assim, a ansiedade e stress estão relacionados, principalmente entre os adolescentes, devido a pensamentos e sentimentos que envolvem principalmente situações de medo do futuro, desemprego, estudo, velhice financeiramente estável, falta de apoio da família e uma crescente diminuição do nível de qualidade de vida, o que desencadeia a ansiedade (Santos et al. 2021).

Outro fator desencadeador que se deve ter em conta, é a alta exposição dos jovens às redes sociais, tendo efeitos diretos na autoestima e visão acerca do mundo como respostas às publicações nas redes sociais, o que leva a comparações entre a própria vida e o que é visto (McCarthy, 2019). Ao longo das consultas, “E” comparava-se algumas vezes com outras jovens da mesma idade quando o tema trabalhado era a insegurança para com ela própria, *“são sempre mais bonitas do que eu”* sic.

Foi ainda realizada uma investigação sobre a coexistência de algumas doenças psiquiátricas nos adolescentes. Segundo o autor, quadros de Ansiedade Generalizada podem ser acompanhados por outras perturbações comórbidas, como a Fobia Social, Depressão, Perturbação do Pânico e até o abuso de substâncias, o que faz refletir alguns aspetos em que “E” apresenta semelhanças a outras perturbações, preenchendo alguns critérios por exemplo para Depressão (Matos et al. 2020).

Outro fator comumente ao caso de “E”, é o facto de os filhos de alcoólatras serem frequentemente vistos como tendo graves problemas psicológicos resultantes das suas interações dentro de estruturas familiares perturbadas (Godleski, 2020). Vários estudos relataram níveis mais elevados de perturbações depressivas e ansiosas em filhos de alcoólatras (Fitzgerald, 2021; Godleski, 2020; Preuss et al, 2002; Sem-Aslan, 2021).

Assim, quando a ansiedade não é tratada, existe a possibilidade do desenvolvimento de crises depressivas ao longo dos anos, bem como o agravamento de condições mórbidas no decorrer da vida, pelo que se sugere um maior acompanhamento ao caso de "E", evitando que desencadeie um quadro de depressão, tal como a mãe, sendo os precedentes familiares mais um fator de risco (Heldt et al.,2013).

3.1.9. Terapia Adequada para a Perturbação

O tipo de terapia mais eficaz nas Perturbações de Ansiedade é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), esta foca-se em mudar a forma como o jovem pensa sobre seu medo, aumentando a exposição a situações temidas e estratégias de relaxamento, como respiração profunda, relaxamento muscular e diálogo interno positivo (repetição de declarações positivas ou tranquilizadoras para si mesmo) (McCarthy, 2019).

A TCC é tipicamente conceituada como um tratamento de curto prazo, focado em habilidades, destinado a alterar respostas emocionais mal-adaptativas, alterando os pensamentos e comportamentos do paciente (Kaczurkin & Foa, 2022).

Assim, as intervenções comportamentais visam diminuir os comportamentos desadaptativos e aumentar os adaptativos pela modificação de seus antecedentes e consequências e por práticas comportamentais que resultem em novas aprendizagens. Enquanto que as intervenções cognitivas visam modificar crenças, autoafirmações ou crenças desadaptativas (Otte, 2022).

3.1.10. Processo de Intervenção Psicológica

As consultas desenvolveram-se ao longo de 5 sessões, iniciando-se a 5 de janeiro de 2023 e finalizando a 6 de julho de 2023. As sessões foram agendadas num intervalo entre 1 à 2 meses devido ao difícil agendamento de consultas no hospital.

O processo de intervenção foi centrado em estabelecer uma relação empática, terapêutica e de confiança com "E", de forma a que se sentisse segura aderindo aos objetivos terapêuticos estabelecidos. Este processo foi baseado na TCC, recorrendo a técnicas de observação, a entrevista clínica, o questionamento socrático e técnicas de relaxamento, com o objetivo de alcançar alterações mais adaptativas tanto a nível cognitivo como a nível comportamental.

Na primeira consulta dei início à recolha da história de vida da paciente enfatizando o motivo do pedido de apoio psicológico. “E” apresentava-se tímida e cabisbaixa, com um discurso articular num tom de voz baixo e lento. Procurei estabelecer uma relação empática para que a paciente se sentisse mais segura para falar mais abertamente. Quando deixadas a sós, “E” chorou bastante ao falar sobre os motivos de ter sido novamente encaminhada para a unidade. Assim, deixei a paciente à vontade para exprimir as suas emoções, explicando que estaríamos ali para ajuda-la a superar as suas dificuldades, acalmando-a e encorajando a sua expressão. “E” mostrou-se participativa e com vontade de falar, mas o choro intenso dificultava o discurso e a respiração. Com isso, terminamos a sessão com a Técnica de Relaxamento Diafrágico (Anexo I) para que a paciente adquirisse um recurso de autocontrolo para lidar com a ansiedade e momentos de mais tensão. Nesta técnica a pessoa é convidada a deitar-se de barriga para cima, ou sentar-se confortavelmente, colocando a mão na zona abdominal, de forma a identificar os movimentos de inspiração e expiração, de seguida, é pedido à pessoa que respire pausada e lentamente, inspirando pelo nariz enquanto projeta o abdómen para fora contando mentalmente até 4 segundos. Após isso, a pessoa deve prender a respiração por 2 segundos, posteriormente solta a respiração durante 6 segundos. Com isso, é possível impedir a hiperventilação e diminuir os sintomas autónomos e tensão muscular, levando ao relaxamento (Wilhelm, 2015). Chegada ao fim da primeira consulta, “E” mostrou-se mais calma e com um sorriso no rosto, mostrando-se agradada por saber que seria seguida por mim, demonstrou-se ainda, disponível e entusiasmada para a próxima sessão, dando por estabilizada a sintomatologia ansiosa naquele momento.

Na segunda consulta a paciente mostrou algum desconforto físico devido a recente operação realizada para retirar a vesícula. Refere ter vivenciado uma crise de ansiedade antes da cirurgia, mas que conseguiu controlar. Apesar de haver muitos assuntos que a paciente queria partilhar, naquele dia estava a sentir-se muito fragilizada devido as dores pós-operatórias, ainda assim veio ter comigo. A dor pós-operatória é classificada como dor aguda resultante da combinação de ansiedade, lesão tecidual e dor (Darnall, 2016). Terapias complementares, como relaxamento e imaginação guiada demonstraram benefícios para estes pacientes (Felix et al., 2019). Assim, foi realizada a técnica de relaxamento com imaginação guiada, sendo uma intervenção integrativa corpo-mente para aliviar o stress, reduzir a ansiedade e promover uma sensação de paz e tranquilidade. Esta intervenção é uma estratégia cognitivo-comportamental que utiliza a imaginação do

próprio paciente para formar uma representação mental de um objeto, lugar, evento ou situação, percebida por meio dos sentidos (Felix et al., 2019). Essas imagens geralmente são visualizadas em um estado de relaxamento, com um objetivo específico em mente, como o alívio da dor (Fitzgerald & Langevin, 2014). A respiração diafragmática é acrescentada à imaginação guiada para ajudar o paciente a manter o foco. O relaxamento físico e mental facilita a visualização e reduz a reatividade ao estresse, pois remodela situações estressantes de respostas negativas de medo e ansiedade para imagens positivas de cura e bem-estar (Felix et al., 2019). O que promoveu o relaxamento da paciente e maior aceitação do facto de já não ser possível ir à viagem de finalistas devido à operação, uma vez que na imaginação poderia ir até lugares ainda mais bonitos, trazendo igualmente tranquilidade e bem-estar.

Na terceira consulta, a paciente apresentou-se mais calma e tranquila. Mas segundo a mesma, continuava desmotivada e preocupada com as notas e principalmente com os exames nacionais que se aproximavam, apesar de não ter nenhuma negativa. Além disso, o seu quarto continuou a ser o único lugar onde se sente confortável, uma vez que relatava preferir estar sozinha. Contudo, “E”, afirma que tem convivido mais com os pais durante as refeições e as crises de ansiedade têm sido menos frequentes. Ao longo desta sessão, “E” focou-se mais na sua baixa-autoestima e baixa-autoconfiança, principalmente após a cirurgia devido á cicatriz, sendo um momento delicado em que chora, demonstrando insatisfação consigo mesma. Assim, foi sugerido o exercício do espelho, com o objetivo de estimular a valorização das suas características físicas e melhorar a sua autoestima e aceitação da imagem corporal assim como a insegurança nela associada, apontando sempre alguma qualidade ou algo que goste. Inicialmente, sugeri a “E” que tirasse um tempinho para ela, para ir todos os dias ao espelho observar-se, podendo fazê-lo até antes de ir dormir. Pedi que reparasse nela, nas suas características e dissesse aquilo que gostasse nela. Ao mesmo tempo em que elogiasse uma característica física, pedi que pensasse em como foi o seu dia, nas suas qualidades, no que correu bem, no que conseguiu, no que a deixou orgulhosa... Expliquei que este exercício irá reforçar a sua autoestima e poderá ajuda-la a enfrentar momentos mais difíceis e de maior insegurança. Sugeri que pensasse sempre nas suas qualidades e nos seus pontos positivos e caso se esquecesse em algum momento, bastava ir ao espelho.

Com o intuito de explorar melhor os acontecimentos de vida da paciente utilizei ainda, o questionamento socrático, sendo um procedimento que, através de questões

simples com respostas abertas, auxilia o paciente a fazer descobertas sobre o seu pensamento e estimula a mudança de crenças sobre si mesmo (Knapp & Beck, 2008). A aplicação do questionamento socrático possibilita o terapeuta a conseguir identificar padrões disfuncionais de pensamento e comportamento e assim corrigir as distorções cognitivas que geram sofrimento ao indivíduo ajudando-o a desenvolver meios eficazes para enfrentá-los (Bahls & Navolar, 2004). Ainda nesta consulta, apliquei o YSR para entender melhor a percepção de “E” sobre si mesma.

Na quarta consulta, a paciente entrou sorridente, apresentou-se mais animada e participativa. Já se mostrava interessada em conviver e com planos de sair com as amigas, apesar de relatar continuar a sentir-se sozinha mesmo na presença delas. “E” diz ter retomado a medicação prescrita pela pedopsiquiatra, que segundo a mesma, o pai recusava comprar, no entanto, a mãe conseguiu convencê-lo acerca da sua importância. Afirma ainda, ter feito o exercício do espelho diariamente e que a tem ajudado bastante. No que diz respeito às crises de ansiedade, voltou a acontecer numa palestra na escola sobre Inteligência Emocional, mas segundo a paciente, conseguiu controlar, assim como a alimentação, que “E” diz já conseguir controlar e não comer em excesso quando se sente mais ansiosa. De acordo com a paciente, esta tem convivido e conversado bastante com a mãe, mas continua sem diálogo com o pai. Relativamente a higiene do sono, segundo “E”, continua a acordar muitas vezes durante a noite, principalmente quando tem alguma apresentação oral no dia seguinte, despoletando insegurança e ansiedade por estar à frente de toda a turma. Assim, pareceu-me adequada a utilização da técnica de role-play com a intenção de promover a aprendizagem prática de habilidades sociais, de reestruturação crenças, de desenvolver respostas adaptativas e de relacionamento e interação sociais, através do desempenho de papéis (Ramalho, 2021). Esta técnica é realizada através da simulação de vivências, inversão de papéis e outros modelos de interação, onde são exploradas e discutidas as experiências vivenciadas (Minuchin & Fishman, 2003). Assim, os indivíduos são orientados e estimulados a desenvolver o que foi construído nas práticas de role-play em situações reais do quotidiano, o que facilitaria para “E” o seu desempenho em futuras apresentações ou exposição diante muitas pessoas. Tendo reparado no desconforto da paciente face a ambientes cheios e alguma dificuldade de interação social, sensibilizei-a para o facto de ser importante a escolha de uma atividade extracurricular que envolvesse interação social através de uma breve psicoeducação. Apesar de ter trabalhado as temáticas em que “E” demonstrava uma maior preocupação no momento

presente, o facto de continuar sem diálogo com o pai pareceu-me um tema pertinente para futuras sessões.

Na quinta e última consulta, “E” apareceu bem-disposta e com uma aparência bastante cuidada, maquilhada e com acessórios, o que apesar de cuidada, não usou nas sessões anteriores. A paciente entrou sozinha e demonstrou de imediato vontade em falar. Com entusiasmo começou por contar que os exames correram bem, contudo, teve uma crise de ansiedade a meio do exame de Português, que novamente conseguiu controlar e acabar o exame com sucesso. “E” relata ainda, ter ido à praia com as amigas conseguindo ainda usar biquíni (tendo em conta que era algo que a incomodava). Apesar de não gostar de ambientes com muitas pessoas e evita-los, “E” constata mais uma vitória, o baile de finalistas, em que não só conseguiu ir, como também se sentiu bonita e não tendo crises de ansiedade em nenhum momento. Além disso, iniciou um voluntariado na fundação AMI- Sem lugar para viver. Afirma também, estar a dormir melhor. Sendo no momento a única problemática as discussões frequentes com o pai e a incerteza quanto ao ingresso na universidade pretendida. Assim, realizamos uma análise do processo terapêutico, com o objetivo de compreender e reconhecer os ganhos e progressos graduais de “E”. Foi explicado à paciente que os seus principais objetivos (definidos pela mesma, nomeadamente controlar as crises de ansiedade e ter uma maior interação social) foram cumpridos, parabenizando-a e explicando que neste momento poderia ter alta, no entanto, tendo em conta a situação com o pai (que leva a uma necessidade de maior aprofundamento) e às mudanças que acarretam o ingresso na universidade (assim como a incerteza de saber se entrará ou não no curso que quer) seria benéfica a marcação de mais consultas, pois como a vida de qualquer adolescente, há sempre muitas coisas a acontecer em simultâneo, pelo o que procurei dar respostas as dificuldades em que “E” demonstrava uma maior preocupação no presente, sendo no entanto, as problemáticas com o pai um assunto pertinente a ser abordado, sendo o número de sessões que tivemos escasso para aprofundar esta relação. Expliquei que as consultas seguintes seriam apenas com o meu orientador, na qual a paciente concordou, apesar de mostrar-se triste com a minha ausência nas próximas consultas, esta agradeceu-me pelas sessões anteriores. Na despedida, já sorridente e com um tom de voz mais animado, afirmou ter ainda esperança de um dia me voltar a ver e partilhar comigo as suas novas vivências com o possível ingresso na universidade.

3.2. Reflexão pessoal sobre o Caso Clínico

“E” foi a primeira com quem realizei uma intervenção psicoterapêutica de forma autónoma, apesar de ter realizado diversas avaliações anteriormente. Estabeleceu-se de imediato uma relação de empatia e proximidade com a paciente. Ver a motivação que “E” trazia em cada consulta, a vontade de ser ajudada e a disponibilidade para a mudança marcou positivamente o meu percurso como estagiária, pois pude não só contribuir, como acompanhar de perto o seu progresso, o que me trouxe uma enorme alegria.

A paciente demonstrou sempre interesse e iniciativa em abordar temas, vivências e preocupações que lhe causavam ansiedade, tendo uma atitude participativa e colaborante em todas as atividades propostas, mostrando-se sempre empenhada e referindo diversas vezes que a ajudavam bastante. Além disso, foi assídua e pontual ao longo de todo processo, comparecendo às consultas, acompanhada inicialmente pela mãe, sendo que nas três últimas foi sozinha.

A atitude recetiva da paciente foi fundamental para conseguirmos alcançar progressos relativamente às problemáticas apresentadas por ela. “E” conseguiu aprender, colocar em prática e controlar as crises de ansiedade através das técnicas de relaxamento, possibilitando o alcance de um sono mais tranquilo, conseguiu lidar melhor com as situações sociais, diminuir a frequência e a intensidade das crises de ansiedade, o retomar das atividades que tinha parado de fazer, como sair com amigas e conviver mais com os pais e iniciou ainda uma nova atividade, nomeadamente o voluntariado. Além disso, apesar da sua preocupação excessiva a nível escolar, conseguiu controlar as crises que eram mais frequentes neste meio, acabando o ensino secundário com sucesso, afirmando ainda, que os exames correram bem.

Apesar do progresso de “E”, é importante ter em consideração o facto de esta inicialmente preencher alguns critérios da Perturbação Depressiva Maior, nomeadamente o Critério A1: Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo; A2: Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; A4: Insónia ou hipersónia quase todos os dias e A6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias (APA, 2014). Não sendo suficientes para o diagnóstico, penso ser pertinente a avaliação periódica da depressão através, por exemplo da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças (EADS-C), de forma a controlar caso haja um agravamento, o que por falta

de tempo, não foi possível aplicar ao longo das sessões, uma vez que as respostas eram dadas as principais queixas da paciente em cada consulta, havendo outros focos relevantes.

Para entender melhor a relação familiar e as problemáticas com o pai mencionadas por “E”, também seria pertinente ter aplicado o R.A.T.C. - 2 –Roberts Apperception Test for Children 2, sendo um teste projetivo que avalia a sua perceção do mundo interpessoal, projetando os seus pensamentos preocupantes, conflitos e estilos de confronto nas histórias criadas (McArthur & Roberts, 1982), no entanto, pelo mesmo motivo acima referido não foi possível. Na minha opinião, se fossem disponibilizadas um maior número de sessões, a intervenção teria sido mais completa, porém, devido ao difícil agendamento no hospital, as sessões foram agendadas com um intervalo maior do que o pretendido.

Independentemente de as técnicas de relaxamento implementadas terem dado resultado, também seria benéfico uma sessão dedicada ao treino de relaxamento muscular progressivo, uma vez que é um método eficaz para auxiliar na redução dos sintomas de ansiedade, bem como na melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde do paciente (Bezerra et al., 2020).

Contudo, os principais objetivos do caso “E” foram cumpridos. Foi sem dúvida, muito gratificante ter a oportunidade de trabalhar com esta paciente.

3.3. Reflexão Geral Sobre o Estágio

O estágio curricular foi sempre uma etapa que despoletou em mim um enorme entusiasmo, interesse e curiosidade. Apesar do nervosismo inicial, por se tratar de uma experiência nova na minha vida, levava comigo uma vontade gigante de adquirir novos conhecimentos, aprender e poder experienciar a vivência real do que é de facto ser psicóloga e ajudar cada caso que me passaria pelas mãos.

Durante este percurso, procurei e aproveitei todas as oportunidades que poderia participar como estagiária. A diversidade dos casos que apareciam no contexto hospitalar em diferentes contextos, fizeram deste percurso extremamente enriquecedor e gratificante, levando a um conhecimento aprofundado das teorias em prática e na aquisição de ferramentas fundamentais para uma correta prática como psicóloga, contribuindo positivamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Para que isso fosse possível, considero que a fase inicial de observação das consultas tenha sido primordial para a minha adaptação ao ambiente, a familiarização com os instrumentos de avaliação utilizados no serviço e a interação com crianças de diferentes idades e patologias, em diferentes contextos sociais e etnias.

Posteriormente, quando comecei a acompanhar os pacientes de forma autónoma entendi que a adaptação a cada utente é crucial para o início de uma relação terapêutica, principalmente em crianças, que apesar de ser um público-alvo que adoro, foi uma experiência inicialmente desafiadora devido à imaturidade emocional e comportamental que as acompanha, o que me possibilitou aprender que existem alturas certas para abordar temas ou realizar tarefas para que o sucesso terapêutico seja atingido, tendo em conta a singularidade de cada um.

Também nesta etapa, percebi a importância de planear cada sessão, de acordo com o que foi falado na sessão anterior, tendo em conta os objetivos propostos das particularidades de cada paciente, estando, porém, preparada para eventuais imprevistos, uma vez que não sabemos que assuntos vão expor, nem o seu estado emocional.

Tendo em conta todo o percurso, considero ter sido um ano de muito esforço, trabalho, dedicação e aprendizagem.

Como em qualquer processo de aprendizagem e adaptação, inicialmente deparei-me com alguns obstáculos e dificuldades na tomada de decisões adequadas em algumas situações, que foram sendo ultrapassadas na medida em que fui aprendendo a encontrar

soluções nos momentos de adversidade, evoluindo a cada dia de forma positiva e tornando-me mais exigente comigo mesma.

Percebi ainda, a necessidade e a importância do estudo ser contínuo ao longo da carreira profissional, não nos prendendo apenas a área da Psicologia como em outras áreas e patologias, sobretudo quando estamos inseridos no ambiente hospitalar.

Além disso, com base na diversidade dos casos, pude aprender mais sobre mim mesma, entendendo quais de facto são as minhas áreas de interesse para aprofundar num futuro próximo.

Assim, termino esta reflexão com um sentimento de realização e de dever cumprido, pois significa o término de um ciclo que sempre sonhei. Após esta experiência extremamente positiva, sinto-me pronta para continuar esta caminhada mais preparada e com mais competências que foram adquiridas ao longo deste ano, apesar da consciência de que ainda irei aprender muito mais.

*“Isto não é o fim, porque tenho em mim todos os sonhos do mundo”
Fernando Pessoa*

Referências Bibliográficas

Abrahão, T. B., & Lopes, A. P. A. (2022). Principais causas do estresse e da ansiedade na sociedade contemporânea e suas consequências na vida do indivíduo. *Contradição - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas e Sociais*, 3(1). <https://doi.org/10.33872/revcontrad.v3n1.e028>.

Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V.S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014) Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Escolar. (A. Humphrey, Trad.) Psiquilibrios Edições.

Almeida, N. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia*, vol. 5, n.1, p. 34-39.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora.

Arseneault, L. (2017). O impacto a longo prazo da vitimização por bullying na saúde mental. *Revista mundial de psiquiatria*, 16 (1), 27-28. doi: 10.1002/wps.20399.

Azevêdo, A. d., & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, 33(4), pp. 573-585. doi:10.1590/1982-02752016000400002.

Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia*, Curitiba, 4.

Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde (ISSN 1980-1769)*, 12(12-2010).

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspetiva Desenvolvimentista*, Lisboa: Climepsi Editores.

Bezerra B. R., Ibiapina A. R. de S., Costa A. P. C., Júnior J. de S. A., Silva R. A. da, Campelo L. L. de C. R., Filho A. A. I. C., & Memoria L. V. F. (2020). Terapia de relaxamento muscular de Jacobson em pessoas com ansiedade: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (51), e3438. <https://doi.org/10.25248/reas.e3438.2020>.

Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments* (p. 149). Springer Nature.

Borges, P., Costa, I. A. D. M. P., Ferreira, C.T., Gil, I. M. C. L. C. Carvalhão, I. Fernandes, S., & Veríssimo, M. (2012). Escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths Adaptação para a população portuguesa. 12º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática, 922-932. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/1608>.

Brickenkamp, R. (2007). D2 Teste de Atenção (1ª Ed.). Lisboa: CEGOC-TEA
Ferraz, A.R., Guimarães, H., & Afonso, C. (2009). 50 anos da Pediatria do Hospital XXXXX. Porto, Portugal: XXXXX, E.P.E.

Brown, NW (2018). Psychoeducational groups: process and practice. Routledge.

Carvalho, A. M. S; Camargos, N. N., Reis S. (2021). O bullying na infância e seus efeitos na vida adulta. (Dissertação).

Castro, E. K. (2007). Psicologia Pediátrica: A Atenção à Criança e ao Adolescente com Problemas de Saúde. Psicologia Ciência e Profissão, 27(3), pp. 396-405.

Castro, E. K., & Bornhold, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. Psicologia Ciência e Profissão, 24(3), pp. 48-57.

Centro Hospitalar XXX XXXX (2023). Site oficial acedido em maio de 2023. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/2>.

Correia, S. S. (2013). Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC). Estudo de Avaliação em crianças e adolescentes institucionalizados vítimas de maus tratos. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e Ciências da Comunicação.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011).

Darnall, B. D. (2016). Pain psychology and pain catastrophizing in the perioperative setting: A review of impacts, interventions, and unmet needs. Hand Clinics, 32, 33e39.. What is an anxiety disorder?. Focus, 9(3), 369-388.

Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.

Felix, M. M. D. S., Ferreira, M. B. G., Da Cruz, L. F., & Barbosa, M. H. (2019). Relaxation Therapy with Guided Imagery for Postoperative Pain Management: An Integrative Review. *Pain Management Nursing*, 20(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.014>.

Ferraz, A. R., Guimarães, H., Afonso, C. (2009). 50 Anos da Pediatria Hospitalar XXXXX. Porto, Portugal: XXXXXX, E.P.E.

Figueiredo, T. D. R. P., & Barbosa, F. de C. (2017). A percepção do psicólogo hospitalar sobre sua atuação nas instituições hospitalares. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 5(3), Article 3. <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/513>.

Fitzgerald, H. E., Robinson, L. R., Cabrera, N., & Segal, L. (2021). Fathers and families: Risk and resilience. An introduction. *Adversity and resilience science*, 2(2), 63–69.

Fitzgerald, M., & Langevin, M. (2014). Imagery. In R. Lindquist, M. Snyder, & M. F. Tracy (Eds.), *Complementary & alternative therapies in nursing. Part II: Mindbody-spirit-therapies* (7th ed., pp. 95e122). New York: Springer.

García, L. (2022). Recensión de artículo: Terapia de grupo o Terapia en grupo [Revisión de artículo, Terapia de grupo o terapia en grupo por L. E. LópezYarto]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 273-280. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1132>.

Godleski, S. A., Eiden, R. D., Shisler, S., & Livingston, J. A. (2020). Parent socialization of emotion in a high-risk sample. *Developmental Psychology*, 56(3), 489–502. <https://doi.org/10.1037/dev0000793>.

Heldt, E.; Isolan, L.; Mansur, M. A. & Jarros, R. B. (2013). Ansiedade, medos e preocupações: transtornos de ansiedade na infância e na adolescência. Dourados/MS: UFGD.

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Remor, E. (2019). *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar*. Artmed Editora.

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2022). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, \$54-\$64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>.

Lara, L. P. de, & Kurogi, L. T. (2022). O (a)parecer da psicologia hospitalar em equipe multiprofissional. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 25(1), 3–16. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.25.24>.

Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS- C). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 277-284. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200011&Ing-pt&tIng=pt.

Leszcz, M. (2020). Group Therapy for Patients With Medical Illness. *American Journal of Psychotherapy*, 73(4), 131–136. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200005>.

Lopes, K. C. da S. P., & Santos, W. L. dos. (2018). Transtorno de ansiedade. *Revista De Iniciação Científica E Extensão*, 1(1), 45–50. Recuperado de <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/47>.

Machado, A. P. (2013). *A Psicologia junto ao Hospital Universitário de Santa Maria: Um Estudo Histórico*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria.

Malecki, CK, Demaray, MK, Coyle, S., Geosling, R., Rueger, S.Y., & Becker LD (2015). Frequência, Diferencial de Poder e Intencionalidade e a Relação com Ansiedade, Depressão e Autoestima para Vítimas de Bullying. *Child & Youth Care Forum* , 44(1), 115-131. doi:10.1007/s10566-014-9273-y.

Marques, S. M. L. (2022). *A esperança nos pais de criança com perturbação do espectro do autismo* (Dissertação de Mestrado).

Mash, E. J., & Hunsley, J. (2005). Evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(3), 362-379. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_1.

Matos, T. P., Hemanny, C., Oliveira, I. R. (2020). Presença de sintomas de fobia social, transtorno do pânico e ansiedade de separação em estudantes de 11 a 17anos, em uma escola da rede pública de ensino de Salvador. *Revista De Ciências Médicas E Biológicas*, 19(4), 560–564. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v19i4.42707>.

McArthur, D. S., & Roberts, G. E. (1982). *Roberts apperception test for children*. Western Psychological Services.

McCarthy, C. (2019). Anxiety in Teens is Rising: What's Going On? *American Academy of Pediatrics*.

Mota, R. A., Martins, C. G., & Vêras, R. M. (2006). Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), pp. 323-330. 40.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. São Paulo: Artmed.

Neto, R. A. B. (2021). *Cuidados Pós-parada Cardíaca*.

Oliveira Andrade, L. ., Nery dos Santos, L. ., Garcia Lima, M. ., Costa Silva, M. ., & Carvalho Batista, N. J. . (2022). Perfil clínico, diagnóstico e tratamento dos pacientes com mucopolissacaridose tipo VI: Revisão integrativa. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar* - ISSN 2675-6218, 3(8), e381630. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i8.1630>.

Oliveira, C. P.; Faria H. M. C. (2019). Contribuições do Psicólogo Hospitalar em um Serviço de Urgência e Emergência do Município de Juiz de Fora: Concepções da Equipe Multidisciplinar. *Cadernos de Psicologia*, Juiz de Fora, v. 1 , n. 2, p. 267-289–ISSN 2674-9483.

Ordem dos Psicólogos portugueses. (2016). Estágios de observação da prática profissional do psicólogo. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_37_sobre_estaagios_de_observacao_da_pratica_profissional_do_psicologo_tecnica_de_job_shadowing.pdf.

Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence, *Dialogues in Clinical Neuroscience*.

Pais Ribeiro, JL, Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond, *Psicologia Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-39.

Pais-Ribeiro, J.L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*, Lisboa: Placebo.

Parada, I., Nunes, R., & Ferreira, P. D. (2018). Ansiedade na adolescência e famílias: um tratamento cognitivo–comportamental em grupo.

Pimentel, F. D. O., Cristina, C. P. D. M., & Dapieve Patias, N. (2020). Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 205–240. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.9>.

Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Barnow, S., & Danko, G. P. (2002). Mood and anxiety symptoms among 140 children from alcoholic and control families. *Drug and alcohol dependence*, 67(3), 235-242.

Ramalho, C. M. R. (2021). Sociodrama and role-play: Theories and interventions. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 29(1), 26–35. <https://doi.org/10.15329/2318-0498.20814>.

Raven, J. (2008). The Raven progressive matrices tests: their theoretical basis and measurement model. *Uses and abuses of Intelligence. Studies advancing Spearman and Raven's quest for non-arbitrary metrics*, 17-68.

Sanchez, M. L. M., & Ebeling, V. de L. N. (2011). Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 14(1), 186–199. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.14.399>

Santos, J. M. O. (2019). O estágio curricular supervisionado em psicologia e o mundo do trabalho. *Laplage em revista*, 5(1), 6–18. <https://doi.org/10.24115/S2446-6220201951608p.6-18>.

Santos, MM, Perkoski, IR, & Kienen, N. (2015). Bullying: atitudes, consequências e medidas preventivas na percepção de professores e alunos do ensino fundamental. *Temas em Psicologia*, 23(4), 1017-1033. doi:10.9788/TP2015.4-16.

Santos, T. S., Tavares, J. S. L., Donelate, C., & Bittencourt F. S. A. M. (2021). Analisando os distúrbios funcionais do transtorno de ansiedade em adolescentes de 14 a 19 anos pela terapia ocupacional. *RECISATEC – Revista científica saúde e tecnologia- ISSN 2763-8405*, 1(2), e1218. <https://doi.org/10.53612/recisatec.v1i2.18>.

Şen-Aslan, H. (2021). A family problem: The effects of parental alcohol on children. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 9(19), 127-138.

Serpa, A. L. D. O., Timóteo, A. P. P., Querino, E. H. G., & Malloy-Diniz, L. F. (2019). Desenvolvimento do teste de planejamento Torre de Londres – versão brasileira (TOL-BR). *Debates em Psiquiatria*, 9(4), 10–19. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2019.v9.45>.

Simões, M. R., Albuquerque, C. P., Pinho, M. S., Pereira, M., Alberto, I., Vilar, M., Seabra-Santos, M., Lopes, A. F., Lopes, C. & Sousa, L. (2008). Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC). Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica FPCE-UC.

Simões, M. R., Albuquerque, C. P., Pinho, M. S., Vilar, M., Pereira, M., Lopes, A. F., Moura, O. (2016). Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra, Coimbra, Portugal: Cegoc.

Sit_psic_sns.pdf. (2015). Obtido 05 de Julho de 2023, em https://recursos.ordemdos psicologos.pt/files/artigos/sit_psic_sns.pdf.

Sousa, K. D. S., & Silva, P. O. (2023). Transtorno de ansiedade em adolescentes: Impactos no desenvolvimento e agravamento de outras patologias. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(4), 1962–1973.

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

Teixeira J. A.C. & Leal I. (1990). *Psicologia da Saúde: Contexto e Intervenção*. *Análise Psicológica*, 453-458.

Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*.

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

Vieira, A. G., & Waischung, C. D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: A atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *A. G.*, 21(1), 22.

Vieira, F. H. M.; Alexandre, H. P.; Campos, V. A.; Leite, M. T. de S. (2020) Impactos do bullying na saúde mental do adolescente. *Ciência ET Práxis*, [S. l.], v. 13, n. 25, p. 91–104.

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

Anexos

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Cronograma das atividades realizadas em Estágio Curricular

Anexo B: Relatório RACT- Caso L

Anexo C: Relatório CBCL- Caso M

Anexo D: Relatório CBCL e YSR- Caso I

Anexo E: PowerPoint de apresentação para o grupo de Psicoeducação- Ciência do Coração

Anexo F: Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”

Anexo G: Escala de Síndromes- Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”

Anexo H: Escala de Competências- Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”

Anexo I: Técnicas de relaxamento- Respiração Diafragmática

Anexo A: Cronograma das atividades realizadas em Estágio Curricular

Tabela 4:
Cronograma de Atividades

Atividades	Mês									
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Observação de consultas										
Reuniões de Supervisão										
Avaliações Psicológicas										
Consultas Autônomas										
Visitas ao HD										
Visitas ao Internamento										
Acompanhamento caso “E”										
Processo de avaliação- Caso “E”										
Processo de intervenção Caso “E”										

Anexo B: Relatório RACT- Caso L

L é do género masculino, têm 16 anos, filho de pais divorciados, aos cuidados da mãe. Embora afirma não ter problemas com o divórcio, não convive com o pai, uma vez que este emigrou. Sua referência paterna era o seu tio materno, tendo este se suicidado. L tem ainda uma irmã de 24 anos, apesar de viverem juntos, esta irá morar com o namorado no próximo mês.

L tem apresentado problemas com a autoestima.

A nível escolar, terá no 2º Período três negativas, sendo elas: Português, Matemática e Físico-Química.

Foi aplicado o teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC), com o objetivo de avaliar a perceção que o L tem do seu mundo interpessoal, características de personalidade, funcionamento emocional e comportamento adaptativo.

As **Escalas Adaptativas** revelam que L tem uma boa capacidade de Autodefesa (nota T de 58 na escala SUPS-A), demonstrando habilidades de resolução de problemas e persistência na conclusão de uma tarefa, dando uso a sua própria inteligência e capacidade de se apoiar a si mesmo, demonstrando um insight adequado. Em relação a escala SUPS-F (nota T de 50), L demonstra saber lidar com os seus sentimentos, tendo um sistema de apoio que atendeu às suas necessidades, forneceu segurança e ensinou habilidades de resolução de problemas, apresentando uma visão positiva sobre si mesmo. Na escala SUPO-F (nota T de 46), L mostra o seu sistema de apoio como positivo, protetor, cuidadoso, amoroso e recetivo. Na escala SUPO-H (nota T de 50), demonstra que L apresenta respostas positivas à pedidos de ajuda, tanto para lidar com sentimentos como para situações problemáticas. L percebe o seu sistema de suporte familiar como responsivo e disponível, tendo a escala REL uma nota T de 42. Na escala LIM obteve uma nota T de 50, o que revela existir uma colocação de limites razoáveis por parte dos pais e de outras figuras de autoridade em resposta à violação de regras ou expectativas, tendo assim, uma perceção ajustada das práticas disciplinares. Posto isto, as escalas de Recursos Disponíveis encontram-se todas na média.

Ainda nas escalas adaptativas, ao que se refere à identificação de problemas, a escala PID-2 (nota T de 38) e PID-3 (nota T de 36) encontram-se abaixo da média, sendo poucos os cartões em que não há uma descrição definida da situação, com uma declaração altamente simplista (cartão 6,11,12 e 14 no PID-2 e nenhum no PID-3, o que acaba por ser positivo. A escala PID-4, encontra-se por outro lado, acima da média (nota T de 76), uma vez que o L descreve e define os conflitos e situações adequadamente, explicando as razões dos sentimentos e dos comportamentos. A escala PID-1 (nota T de 53) e PID-5 (nota T de 47) encontram-se na média.

Em relação à Resolução de Problemas, pertencendo ainda as escalas adaptativas, chama à atenção a escala RES-1 (nota T de 73), que se encontra acima da média, havendo uma grande tendência à encerramentos simples e com desfechos mal definidos. Já na escala RES-2, em que um resultado positivo é alcançado e descrito, L encontra-se abaixo da média, com uma nota T de 31, o que realça as punições e resoluções simples frequentes nas suas respostas, demonstrando uma baixa capacidade para identificar problemas e resolvê-los de forma construtiva. Na escala RES-3 (nota T de 45), RES-4 (nota T de 53) e RES-5 (nota T de 48) L apresenta resultados na média.

No que concerne às **Escalas Clínicas**, verificam-se resultados normativos na ansiedade (nota T de 44), agressão (nota T de 46), depressão (nota T de 41) e rejeição (nota T de 58), apresentando resultados médios. Contudo, é de salientar que na rejeição verifica-se um resultado médio-alto, o que representa separação ou distanciamento de uma pessoa, família ou grupo de pares, demonstrando sentimentos de ciúmes e rejeição. Pontuações elevadas são frequentemente encontradas em filhos de pais divorciados, o que poderá ser o caso de L, apesar deste afirmar que a separação não o tenha afetado.

No que se refere às **Escalas de Resultados**, a escala OUT2-NON apresenta-se acima da média com uma nota T de 68, sendo uma resposta não adaptativa, o que mostra que L tem uma certa facilidade em identificar os problemas, mas não lida com eles adequadamente, as suas formas de enfrentamento não resolvem sentimentos ou situações problemáticas, há alguma incapacidade de desenvolver resoluções bem-sucedidas. Na mesma linha de pensamento, a escala OUT3-MAL também de encontra acima da média, com uma nota T de 74, o que mais uma vez, demonstra a dificuldade do L em desenvolver um desfecho de história que resolva os sentimentos ou os problemas com sucesso, o que

leva a uma tendência de tornar a situação pior ou mais problemática com a sua maneira de agir. Comportamentos violentos ou de destruição são comuns, sendo efetivamente inapropriados, o que se verificou nos cartões 6 “bater-lhes para resolver a situação”, 9 “vai bater-lhes até o miúdo ficar desmaiado” e 12 “o irmão morreu e está feliz porque já não lhe vai roubar a atenção”. Em relação as escalas OUT1- UNRS (nota T de 44) e OUT- UNRL (nota T de 49) encontram-se na média.

Em suma, é notória a capacidade de se apoiar a si mesmo. L demonstra também, ter um sistema de apoio que atendeu às suas necessidades e ensinou habilidades de resolução de problemas, o que é extremamente positivo. A pobreza de vocabulário referente aos desfechos de suas histórias e resoluções simplistas poderão dever-se à falta de motivação demonstrada pelo L ao longo da aplicação deste instrumento, sendo realizados comentários como “não vejo nada”, “não tenho criatividade”, “não gosto de histórias” cada vez que era mudado o cartão. É de destacar a sua dificuldade em resolver os problemas de forma adequada, sendo evidente alguma impulsividade e sentimento de rejeição, sendo estes, indicadores importantes a ter em conta nesta avaliação psicológica e para posterior intervenção. A forma como os limites são impostos e a identificação de problemas apontam para um prognóstico mais favorável. Deste modo e depois de explicadas as escalas, é pertinente dizer que a média é 50 e o desvio-padrão é 10, tendo a escala adaptativa uma média total de 50,4 e a escala clínica uma média de 53,2, apresentando assim, um resultado normal.

Anexo C: Relatório CBCL- Caso M

M é do género feminino, tem 12 anos e foi encaminhada pela consulta de Pediatria-Nutrição por apresentar compulsão alimentar (quando ansiosa), obesidade e problemas de autoestima.

É filha única e está ao cuidado dos pais, sendo que a mãe tem 38 anos e é mestre em Engenharia Química e o pai 39 anos, também mestre em Engenharia Química, ambos saudáveis, porém obesos. Frequenta o 7º ano, é boa aluna e está bem integrada. Segundo a mesma, a escola é algo que a deixa nervosa, pela grande quantidade de trabalhos, vindo a descontar nos pais o seu nervosismo. A paciente relata que os pais a pressionam com tarefas e não a entendem, o que causa alguma irritabilidade, levando a respostas com alguma agressividade. Pretende ser médica.

Segundo a mãe, a gestação e o parto correram bem, sem qualquer problemática ou alterações. Iniciou a sua vida escolar aos 4 anos, com a entrada na pré-escola, onde teve uma difícil adaptação, sentindo-se ansiosa com a separação da mãe. Na escola primária sofreu *bullying*. Teve a menarca aos 11 anos e nos últimos meses tem se mostrado muito preocupada com o seu peso.

Ao longo das consultas, M mostrou-se adequada e colaborante no diálogo, sendo abordada as suas principais preocupações. Esta realça, que nos últimos dias têm acontecido “episódios estranhos”. M descreve estes episódios como pensamentos de fazer mal aos outros e a si mesma, revela ainda, que quando se trata dos outros, consegue controlar, mas consigo mesma isso não acontece. Num destes momentos, cortou o cabelo e raspou as sobrancelhas (forma em que ainda se apresentava na consulta). Quando questionada acerca dos pensamentos sobre fazer mal a si própria, menciona a vontade de rapar o cabelo, cortar as unhas rentes (ao ponto de doer) e cortar os pulsos. M afirma sentir-se sobrecarregada em casa, devido à doença mental da mãe, sendo esta relação atribulada uma queixa frequente durante as sessões. Segundo a mesma, cortar o cabelo foi uma forma de “vingança”. Contudo, diz ter uma boa relação com os padrinhos (com formação em Psicologia) e considera que estes, juntamente com o Basquetebol à têm ajudado, tanto na ansiedade, como na vontade de fazer mal a si mesma.

Com o objetivo de esclarecer a problemática relatada e uma maior observação do comportamento de M em diferentes contextos, foi pedido ao pai que respondesse ao **Questionário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL)**, complementando assim, a informação recolhida.

Em relação às Escalas das Síndromes, apenas a **Escala II- Isolamento/Depressão** (Nota T 69; Percentil 97) e a **Escala V- Problemas de Pensamento** (Nota T 67; Percentil 95) **encontram-se no nível Borderline**, o que vai de encontro às suas queixas de cariz comportamental e de pensamento.

Na escala II- Isolamento/Depressão pontua nos seguintes itens: Gosta de poucas coisas; Gosta de estar sozinha; Recusa falar; Reservada; Envergonhada; Falta de energia; Triste; Isola-se.

Na Escala V- Problemas de Pensamento, pontua em: Obsessões; Tiques; Compulsões; Dorme menos; Dificuldade em dormir.

A elevação destes resultados, embora não significativos, remete-nos para a necessidade de conhecer melhor estas preocupações e contemplá-las na intervenção, de modo a que não venham a atingir o nível clínico.

As restantes escalas encontram-se no nível normativo, podendo ser observado na Tabela seguinte:

Tabela 5:
Resultados CBCL- Caso M

I- Ansiedade/Depressão	II- Isolamento/Depressão	III- Queixas Somáticas	IV- Problemas Sociais
T= 52 P= 57	T=69 P= 97	T=53 P= 60	T=54 P=63
V- Problemas de Pensamento	VI- Problemas de Atenção	VII- Comportamento Delinquente	VIII- Comportamento Agressivo
T=67 P= 95	T=52 P= 57	T=54 P= 63	T=56 P=69

Tabela 6:
Resultados Totais CBCL- Caso M

Internalização	T= 59; P= 90
Externalização	T=44; P= 57
Score Total	T=57; P= 84

Tabela 7:
Resultados de Competências CBCL- Caso M

Atividades	T= 25; P= <2
Social	T=55; P= 69
Escola	T=55; P= 69
Score Total	T=37; P= 6

Com estes resultados, é possível verificar **uma maior elevação das Escalas que compõem a Internalização**, com uma Nota T de 59 (P=90), próximo ao nível Borderline.

Na **Externalização** apresenta uma nota T de 44 (P=57) e no **Score Total** 54 (P=84), sendo valores normais.

Nas **Escalas de Competências**, M apresenta **valores clínicos** relativamente às **Atividades** (T=25 P= <2), uma vez que a única atividade que pratica é o basquetebol, sendo descrito ainda como praticada poucas vezes comparativamente à outros jovens.

Tanto a nível **Social**, como na **Escola**, apresenta uma nota T de 55 (P=69), sendo **valores normais**.

Apesar do **Score Total de Competências** apresentar um valor normativo (T=37; P=6), encontra-se no **nível Borderline**.

Considerando as problemáticas referidas pela paciente, um acompanhamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental poderá ser um bom aliado para obter melhoria a nível comportamental e cognitivo.

No que respeita à esta intervenção, tendo por base a informação já mencionada, torna-se indispensável que a mesma incida nas áreas referidas, sendo trabalhado essencialmente o Isolamento/Depressão e os Problemas de Pensamento. É relevante ainda, uma maior motivação a nível das Atividades, com uma presença mais assídua no basquetebol e/ou propostas de outras atividades, vindo a combater também à obesidade. É também pertinente, a promoção de interações afetivas entre M e a mãe, bem como no desenvolvimento de práticas e estratégias, para a gestão e controlo consistente do seu comportamento, nomeadamente quando se sente ansiosa (compulsão alimentar) e quando tem pensamentos de automutilação. Praticar exercícios de relaxamento (respiração

diafragmática) e de imaginação podem ser úteis nestes momentos, juntamente com a medicação prescrita pela pedopsiquiatra (Fluoxetina).

Anexo D: Relatório CBCL e YSR- Caso I

I é do género masculino, tem 16 anos e está a frequentar o 9º ano (pela segunda vez). Tem duas irmãs mais velhas (23 e 30 anos).

I tem sido acompanhado devido a Síndrome do Intestino Curto, Problemas de Atenção e Dificuldades em Aceitar Regras, tendo também Epilepsia. Segundo a mãe, a questão social e o relacionamento com os pares foi sempre um problema para I, relatando na consulta que “não sabe ouvir os outros”, considera ainda, que nos últimos dois anos este comportamento tem piorado e alega que este tenha desenvolvido uma depressão.

A mãe mostra-se preocupada com a sua baixa-autoestima, com o desinteresse pela escola e a despreocupação em relação ao futuro. Na consulta, também é abordada a sua dificuldade em aceitar o seu condicionamento físico e alimentar devido ao seu problema de saúde, uma vez que não tem tomado os suplementos que devia, o que leva a um constante défice calórico.

I, tem tido sempre problemas de aprendizagem, de atenção, de integração e de socialização, especialmente com os professores. Este afirma ainda, não gostar de estar com pessoas estranhas, pois segundo o mesmo, sente receio do que possam achar dele.

Com o objetivo de esclarecer a problemática relatada e uma maior observação do comportamento de I em diferentes contextos, foi pedido a mãe que respondesse ao Questionário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL), e ao I, que respondesse a um Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR) complementando assim, a informação recolhida.

No **CBCL** respondido pela mãe, I apresenta os seguintes resultados:

Tabela 8:
Resultados CBCL- Caso I

I- Ansiedade/Depressão	II- Isolamento/Depressão	III- Queixas Somáticas	IV- Problemas Sociais
T= 81 P= >98	T=70 P= 98	T=74 P= >98	T=72 P= >98
V- Problemas de Pensamento	VI- Problemas de Atenção	VII- Comportamento Delinquente	VIII- Comportamento Agressivo
T=74 P= >98	T=86 P= >98	T=64 P=92	T=66 P=94

Tabela 9:
Resultados Totais CBCL- Caso I

Internalização	T= 77; P= >98
Externalização	T=67; P= >98
Score Total	T=75; P= >98

Tabela 10:
Resultados de Competências CBCL- Caso I

Atividades	T= 34; P= 6
Social	T=25; P= < 2
Escola	T=32; P= 4
Score Total	T=25; P= < 2

A cotação da CBCL, evidencia a **elevação das escalas que compõem a Internalização**. No entanto, a **Externalização**, embora mais baixa que a Internalização também evidencia valores altos, estando ambas num nível clínico, tal como o **Score Total**, todas com o Percentil Superior a 98. Importa salientar que os desvios encontrados são consonantes com os domínios problemáticos referidos na consulta e com a preocupação demonstrada pela mãe.

O questionário respondido pela mãe, **apresenta valores clínicos** (acima do percentil 98) nas escalas **Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção**. Estes resultados indicam que a mãe de I relata mais problemas do que normalmente são relatados por pais de crianças com a mesma idade.

Além das referidas pontuações, a mãe também pontua com elevação nas escalas **Isolamento/Depressão** (Percentil 98) e **Comportamento Agressivo** (Percentil 94), estando ambas no **nível Borderline**.

No que respeita à cotação no **limite normal**, a mãe pontua apenas a escala **Comportamento Delinquente** (Percentil 92).

É de salientar a elevação da escala de Problemas de Atenção, onde quase todos os itens foram cotados com 2 pela mãe, revelando a sua preocupação, principalmente a nível escolar, conforme também foi expresso na consulta.

Outra escala que se destaca com um resultado clínico elevado é a de Ansiedade/Depressão, onde foram cotados com 2 pontos pela mãe os seguintes itens: Sente que não gostam de si; Sente-se sem valor; Nervoso; Medroso; Preocupado.

Em relação às **Escalas de Competência**, I apresenta uma Nota T de 25 (**nível clínico**) no **Score Total**. Tanto na escala de **Atividades** (T=34; P=6), como na escala **Escola** (T=32; P=4), os valores encontram-se num **nível Borderline**. Em relação à **Escala Social** T=25; P= < 2), encontra-se num **nível clínico**, o que era esperado, tendo em conta as problemáticas mencionadas.

Já no **YSR**, tendo em conta o relato de problemas e competências através da informação do próprio adolescente, I obteve a seguinte pontuação:

Tabela 11:
Resultados YSR- Caso I

IX-	Ansiedade/Depressão	X-	Isolamento/Depressão	XI-	Queixas Somáticas	XII-	Problemas Sociais
	T= 85 P= >98		T=76 P= >98		T=61 P= 87		T=66 P=94
XIII-	Problemas de Pensamento	XIV-	Problemas de Atenção	XV-	Comportamento Delinquente	XVI-	Comportamento Agressivo
	T=72 P= 96		T=76 P= >98		T=60 P= 86		T=67 P=95

Tabela 12:
Resultados Totais YSR- Caso I

Internalização	T= 77; P= >98
Externalização	T=65; P= >98
Score Total	T=73; P= >98

Tabela 13:
Resultados de Competências YSR- Caso I

Atividades	T= 45; P= 31
Social	T=36; P= 8
Score Total	T=34; P= 7

À semelhança da cotação da CBCL, preenchida pela mãe, I também evidencia a elevação das escalas que compõem a **Internalização** no YSR, apresentando os mesmos

valores. A **Externalização** (embora mais baixa comparativamente à Internalização) e o **Score Total** também continuam num **nível clínico**, todas com o Percentil Superior a 98.

O questionário respondido pelo I, **apresenta valores clínicos** (acima do percentil 98) nas **escalas Ansiedade/Depressão; Isolamento/Depressão e Problemas de Atenção**. Vindo de encontro ao questionário respondido pela mãe em relação à Ansiedade/Depressão e aos Problemas de Atenção.

I também pontua com elevação nas escalas **Problemas Sociais** (Percentil 94); **Problemas de Pensamento** (Percentil 96) e **Comportamento Agressivo** (Percentil 95), estando estas três Escalas no **nível Borderline**.

I pontua **valores normais** nas escalas **Queixas Somáticas** (Percentil >84) e **Comportamento Delinvente** (Percentil >84).

É de destacar, que na Escala Ansiedade/Depressão I apresenta valores mais significativos comparativamente ao CBCL respondido pela mãe, assinalando com dois pontos os seguintes itens: Medo de errar; Ser Perfeito; Sente-se sem Valor; Nervoso; Medroso; Culpado; Embaraçado e Preocupado. O mesmo acontece na Escala Isolamento/Depressão, pontuando dois pontos nos itens: Gosta de poucas coisas; Reservado; Envergonhado. Em relação a Escala Comportamento Agressivo, I também pontua ligeiramente mais alto, classificando com dois pontos os itens: Teimoso; Mudanças repentinas de sentimentos; Desconfiado e Temperamento exaltado.

No que respeita às **Escalas de Competências**, I apresenta-se num **nível normativo** no que diz respeito às **Atividades** (Nota T 45; Percentil 31) e no que diz respeito ao **Social** (Nota T 36; Percentil 8) - estando o Social próximo ao nível Borderline. O **Score Total de Competências apresenta valores clínicos**, com uma nota T de 34 e Percentil 7. Também é de notar, que nas Escalas de Competências, I considera ter um amigo íntimo, já a mãe do mesmo responde não ter nenhum. Outro ponto diferenciador, é que I enumera três desportos quando questionado sobre a prática, nomeadamente andar de skate, jogar futebol e andar de bicicleta, enquanto que a mãe não enumera nenhum. Fatores estes, que podem contribuir para resultados superiores e normativos comparativamente ao CBCL respondido pela mãe.

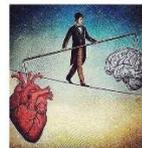
Tendo em conta as problemáticas referidas pelo paciente e pela mãe do mesmo, juntamente com os resultados obtidos, é possível observar que o I poderá preencher os critérios para uma Perturbação da Ansiedade, Depressão e/ou uma Perturbação do Comportamento devido as suas adversidades a nível social.

A elevação dos resultados remete-nos para a necessidade de conhecer melhor estas preocupações e contemplá-las na intervenção, tanto a nível da Ansiedade/Depressão, como no Comportamento Social. É também pertinente uma Psicoeducação acerca do seu problema físico (Síndrome do Intestino Curto) trabalhando a importância dos suplementos e da alimentação nesta condição. É ainda recomendado, exercícios de treino cognitivo para trabalhar a atenção, sendo este um ponto preocupante, tanto para a mãe, como para o I para um melhor aproveitamento escolar.

Anexo E: PowerPoint de apresentação para o grupo de Psicoeducação: Ciência do Coração



- O coração desempenha uma influência significativa em nossas percepções, experiências emocionais e processos mentais superiores, uma vez que este pode sentir uma resposta emocional a um evento antes mesmo que ele ocorra.
- Tem ainda, o seu próprio sistema nervoso intrínseco, podendo enviar informações ao cérebro e influenciar a maneira como sentimos, pensamos e percebemos, enviando mais sinais ao cérebro do que o cérebro envia ao coração.
- "O pequeno cérebro no coração" pode agir independentemente do cérebro da cabeça. Seus neurónios têm memória de curto e longo prazo e amplas capacidades sensoriais.



Quando nos sentimos estressados, impacientes, com sobrecarga de informações ou indecisos o ritmo do coração tem um padrão irregular, fazendo com que os neurónios do cérebro fiquem fora de sintonia, resultando num funcionamento mental prejudicado ou inibição cortical. Podemos nos sentir esgotados, sem critério, dífice na concentração, memória e no raciocínio para tomada de decisões.

Por outro lado, quando experimentamos sentimentos como amor, bondade ou compaixão, cri-se um padrão de ritmo suave e coerente, o que leva a um efeito calmante e equilibrador. Há assim, uma cooperação mais harmoniosa entre o coração, o cérebro e o sistema hormonal, melhorando a forma como nos sentimos e a nossa capacidade de pensar com clareza.



Exemplos práticos



PowerPoint de apresentação para o grupo de Psicoeducação: Ciência do Coração

Continuação



- Nesta investigação realizada com 18 pacientes com doença coronária moderada a grave, submetida ao programa de cuidados tradicionais e um estilo de vida saudável que incluiu uma dieta vegetariana pobre em gorduras, exercício aeróbico moderado, gestão do estresse psicossocial e estratégias de controlo de stress.
- Decidiram-se nos 18 doentes, que foram submetidos ao estilo de vida saudável e completos exames, nas placas coronárias. Uma redução de 34%.
- 10 do doentes do grupo de controlo, ou seja, no grupo de um ano, 5% mais placa coronária e mais 28% após 5 anos. Apesar de terem tomado todos os medicamentos cardíacos, que os doentes, em geral, no grupo de controlo e morte de causa cardíaca.
- Alguns dos doentes no grupo de controlo adotaram dietas e planos de exercício pouco ou nenhum, quando ao do grupo de estilo de vida saudável, sendo assim, a doença cardíaca progrediu.
- Não bebiam só uma dieta e exercício para a redução de doença coronária.
- Tanto no acompanhamento após 1 ano como ao de 5 anos, o controlo de stress estava mais fortemente correlacionado com a redução da doença coronária do que a prática de exercício.

Dentre modos, os fatores psicossociais ocupam uma posição de destaque para contribuir ativamente um progresso no combate às doenças cardiovasculares.

É preciso tomar consciência que um "estado cardíaco" não é só sobre, incluir em condições respiratoriamente felizes. Fundamental considerar o poder e o impacto das emoções no estado dos nossos órgãos, o "stress emocional" é muitas vezes, um caso de vida ou morte.



Neste sentido, uma das primeiras tentativas de entender a conexão entre a mente e o corpo surge quando o fisiologista Walter Cannon, descreveu a resposta de luta ou fuga, identificando um conjunto consistente de mudanças fisiológicas que ocorrem quando expostos ao stress.



A resposta ao stress consiste em um conjunto involuntário de alterações fisiológicas que incluem aumentos na frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e mudanças metabólicas que liberam energia.



- Posteriormente, o cardiologista Herbert Benson, caracterizou outro estado fisiológico: A resposta ao relaxamento.
- Esta, pode ser provocada voluntariamente, está associada a reduções no consumo de oxigénio, na frequência respiratória e na pressão arterial, juntamente com uma maior sensação de bem-estar.



- A mente e o corpo são assim, um sistema, no qual a meditação pode desempenhar um papel significativo na redução das respostas ao stress.
- A resposta de relaxamento é a capacidade do corpo de induzir a diminuição da atividade de músculos e órgãos, sendo uma reação oposta à resposta de luta ou fuga.



- A redução na pressão arterial está entre as alterações mais consistentemente observadas durante as sessões de resposta ao relaxamento. Um número substancial de relatórios demonstrou essa associação em participantes saudáveis e hipertensos.
- Num outra investigação com 61 participantes recrutado em hospitais, foi demonstrado que em 8 semanas de tratamento de resposta ao relaxamento, reduziu significativamente a pressão arterial sistólica em indivíduos com hipertensão sistólica.
- Com mais 8 semanas, 32% dos participantes do estudo foram capazes de eliminar 1 ou mais de seus medicamentos anti-hipertensivos.

Mas afinal, o que é a meditação?



Trata-se de uma série de práticas que combinam exercícios de postura, respiração e concentração. Esta tríade tem como objetivo trazer mais calma, relaxamento imediato, equilíbrio e clareza para o dia a dia, fazendo bem não só para os pensamentos e emoções, mas também para o corpo.

Como é realizada?

1º Passo
Deve estar confortável e com uma postura correta, isto é:

- Costas eretas e alongadas;
- Mãos apoiadas nas pernas;
- Pés inteiramente apoiados no chão;

2º Passo
Fechar os olhos

3º Passo

- Inspire lentamente (através do nariz) contando até 4;
- Segure o ar e conte até 2;
- Expire lentamente (pela boca) contando até 6;
- Observe o movimento do corpo enquanto respira;
- Repita pelo menos 5x, até se sentir melhor.

Respiração Diafragmática



- 1 - Borrifa pro fora
- 2 - Espire pela boca
- 3 - Borrifa pro dentro
- 4 - Espire pela boca

Benefícios da meditação

- Melhora na qualidade do sono
- Aumenta o nível de atenção e foco
- Maior produtividade no trabalho ou estudos
- Redução do Stress
- Ajuda a controlar a Ansiedade
- Reduz frequência cardíaca
- Aumenta o fluxo sanguíneo
- Reduz o nível de hormônios do stress (cortisol)

PowerPoint de apresentação para o grupo de Psicoeducação: Ciência do Coração
 Continuação

Benefícios da Meditação

Diminui sintomas depressivos	Aumenta a sensação de bem estar (maior nível de endorfina)	Fortalece a musculatura	Previne doenças cardíacas
Ajuda a aliviar a dor e a reduzir inflamações em doenças crónicas	Promove o autoconhecimento	Ajuda a reduzir vícios	Aumenta a imunidade

Notas



- Não é necessário um ambiente especial para meditar, apesar de ser recomendado um lugar calmo, poderá ser feito onde quer que esteja.
- Não é necessário gastar dinheiro com as práticas: como velas, incensos ou tapetes.
- Não é necessário ser budista, praticante de yoga ou ter qualquer espécie de crença filosófica ou religiosa. A meditação é uma prática ligada ao relaxamento.

Conclusão

 D. coração emite campos eletromagnéticos que mudam de acordo com as emoções.	 As emoções negativas podem criar um caos no sistema nervoso, mas as emoções positivas fazem precisamente o contrário.
 Podemos recorrer à meditação em qualquer altura.	 Assim, promovemos a saúde cardíaca, prevenimos agravamentos, somos mais resilientes durante experiências stressantes e podemos manter mais facilmente nosso equilíbrio, confiança e autoconfiança quando surgem desafios.



Anexo F: Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”

I Por favor enumera os desportos que mais gostas de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Não pratico nenhum desporto

a. natação
b. andar de bicicleta
c. andar a pé (cominada)

Tempo – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?		
Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um?

Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II Por favor enumera os teus passatempos, atividades e jogos favoritos que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não incluas ouvir rádio ou ver televisão).

Não tenho nenhum passatempo, atividade ou jogo

a. assistir séries turcas
b. conviver com outras culturas
c. criar de crianças / bebés

Tempo – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?		
Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um?

Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

III Por favor enumera quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que pertenças.

Não pertença a nenhuma organização, clube ou grupo

a. Grupo de Jovens
b.
c.

Grau de atividade – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau és ativo em cada um?		
Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Por favor enumera quaisquer empregos ou tarefas que tenhas habitualmente. Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Não faço nenhuma tarefa

a. tomar conta de crianças
b.
c.

Grau de competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues desempenhá-los bem?		
Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÊMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

1



**Anexo F: Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”-
Continuação**

ASEBA
Associação de Estudantes de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

PSIQUILIBRIUS EDIÇÕES

V 1. Tens aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não incluir irmãos ou irmãs)
 Nenhum 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. Aproximadamente quantas vezes por semana é que fazes alguma coisa com eles(as)? (Não incluir irmãos ou irmãs)
 Menos que uma vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI Em comparação com outros rapazes e raparigas da tua idade, até que ponto consegues relacionar-te com as seguintes pessoas?

	Pior	Médio	Melhor	
a. Consigo relacionar-me adequadamente com os meus irmãos e irmãs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos
b. Consigo relacionar-me adequadamente com outros rapazes e raparigas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Consigo comportar-me adequadamente em relação aos meus pais	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Consigo divertir-me e trabalhar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

VII Relativamente a cada uma das disciplinas escolares abaixo mencionadas indica como têm sido os teus resultados a cada uma delas:

Não frequento a escola porque _____

	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a. Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Francês e/ou Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras disciplinas escolares, por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.				
e. Geografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Psicologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tens alguma doença ou deficiência física? Não Sim Se sim, qual? Asma

Por favor, indica se tens algum problema na escola e descreve-o.
Não me consigo concentrar nas aulas, o que me dificulta na aprendizagem.
Também não me consigo relacionar com os meus colegas de turma, nem fazer apresentações orais.

Descreve qualquer preocupação que tenhas.
A preocupação que tenho é relativamente em relação às notas e na média para entrar na faculdade.

Por favor, descreve o que tens de melhor.
A minha simpatia e empatia para com os outros e consigo "sentir e ver" o que as pessoas sentem.

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.



**Anexo F: Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”-
Continuação**

ASEBA® Achenbach System of Empirically Based Assessment		PSIQUILIBRIOS EDIÇÕES	
<p>Segue-se uma lista de frases que descrevem características de rapazes e raparigas. Lê cada uma delas e indica até que ponto elas descrevem a maneira como tu és ou tens sido durante os últimos 6 meses. Por favor, responde a todas as descrições o melhor que possas, mesmo que algumas pareçam não se aplicar exatamente. Assinala/circunda no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou MUITAS VEZES VERDADEIRA em relação a ti; assinala/circunda no 1 se a afirmação é DE ALGUMA FORMA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA; Se a afirmação NÃO FOR VERDADEIRA, assinala/circunda no 0. SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE.</p>			
<p>0 = Não é verdadeira 1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira 2 = Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira</p>			
0 1 2	1. Comporto-me de uma maneira demasiado infantil para a minha idade	0 1 2	39. Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sarilhos
0 1 2	2. Consumo álcool sem o consentimento dos meus pais (descreve)	0 1 2	40. Ouço sons ou vozes que não existem (descreve)
0 1 2	3. Discuto muito	0 1 2	41. Ajo sem pensar, sou impulsivo(a)
0 1 2	4. Não consigo acabar as coisas que começo	0 1 2	42. Gosto mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0 1 2	5. Não há muitas coisas de que goste	0 1 2	43. Minto ou faço batota
0 1 2	6. Gosto de animais	0 1 2	44. Roo as unhas
0 1 2	7. Sou fanfarrão ou gabarola	0 1 2	45. Sou nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0 1 2	8. Não consigo concentrar-me, não consigo estar atento(a) durante muito tempo	0 1 2	46. Tenho liques ou movimentos nervosos nalgumas partes do corpo (descreve) <i>tenho arrepios repentinos e mexo muito nas mãos</i>
0 1 2	9. Não consigo afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreve) <i>ser melhor do que na verdade consigo</i>	0 1 2	47. Tenho pesadelos
0 1 2	10. Não sou capaz de ficar sentado(a) sossegado(a) ou quieto(a)	0 1 2	48. Os outros rapazes ou raparigas não gostam de mim
0 1 2	11. Sou demasiado dependente dos adultos	0 1 2	49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0 1 2	12. Sinto-me só	0 1 2	50. Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	13. Sinto-me confuso(a), desorientado(a) ou como se estivesse num nevoeiro	0 1 2	51. Tenho tonturas
0 1 2	14. Choro muito	0 1 2	52. Sinto-me demasiado culpado(a)
0 1 2	15. Sou muito honesto(a)	0 1 2	53. Como demasiado
0 1 2	16. Sou mau/má para as outras pessoas	0 1 2	54. Sinto-me excessivamente cansado(a)
0 1 2	17. Sonho muitas vezes acordado(a)	0 1 2	55. Tenho peso a mais
0 1 2	18. Magoo-me de propósito ou já tentei matar-me	0 1 2	56. Tenho problemas físicos sem causa médica conhecida:
0 1 2	19. Tento que me deem muita atenção	0 1 2	a. Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0 1 2	20. Destruo as minhas coisas	0 1 2	b. Dores de cabeça
0 1 2	21. Destruo coisas da minha família ou de colegas	0 1 2	c. Náuseas, enjoos
0 1 2	22. Desobedeço aos meus pais	0 1 2	d. Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreve) <i>às vezes vejo as coisas em branco</i>
0 1 2	23. Sou desobediente na escola	0 1 2	e. Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0 1 2	24. Não como tão bem como devia	0 1 2	f. Dores de estômago ou cólicas
0 1 2	25. Não me dou bem com os outros jovens	0 1 2	g. Vômitos
0 1 2	26. Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia	0 1 2	h. Outros problemas (descreve)
0 1 2	27. Tenho ciúmes dos outros ou sou invejoso(a)	0 1 2	57. Agrido fisicamente outras pessoas
0 1 2	28. Quebro as regras em casa, na escola ou noutras locais	0 1 2	58. Arranco coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreve) <i>as unhas e pelezinhas</i>
0 1 2	29. Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve)	0 1 2	59. Posso ser muito amigável
0 1 2	30. Tenho medo de ir para a escola	0 1 2	60. Gosto de experimentar coisas ou situações novas
0 1 2	31. Tenho medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal	0 1 2	61. O meu trabalho escolar é fraco
0 1 2	32. Sinto que tenho de ser perfeito(a)	0 1 2	62. Tenho má coordenação, sou desajeitado(a) ou desastrado(a)
0 1 2	33. Sinto que ninguém gosta de mim	0 1 2	63. Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais velhos(as) do que eu
0 1 2	34. Sinto que os outros andam atrás de mim para me apanhar; sinto-me perseguido(a)	0 1 2	64. Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais novos(as) do que eu
0 1 2	35. Sinto-me sem valor ou inferior aos outros	0 1 2	65. Recuso-me a falar
0 1 2	36. Magoo-me muito em acidentes	0 1 2	66. Repito várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tenho compulsões (descreve) <i>não lembro e falar várias vezes o mesmo</i>
0 1 2	37. Melo-me em muitas lutas/brigas		
0 1 2	38. Fazem pouco de mim frequentemente		

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUALQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.



Anexo F: Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) respondido por “E”-

Continuação

ASEBA® Achenbach System of Empirically Based Assessment		PSIQUILIBRIOS EDIÇÕES	
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	67. Fujo de casa
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	68. Grito muito
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	69. Sou reservado(a), guardo as coisas para mim mesmo(a)
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	70. Vejo coisas que mais ninguém parece ser capaz de ver (descreve) <i>como espiritos (não sei explicar)</i>
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	71. Fico facilmente embaraçado(a) ou pouco à-vontade
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	72. Provoco fogos
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	73. Consigo trabalhar bem com as minhas mãos; faço bem trabalhos manuais (descreve) <i>cozinhar</i>
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	74. Gosto de me "exibir" ou de "fazer palhaçadas"
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	75. Sou envergonhado(a) ou tímido(a)
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	76. Durmo menos que a maior parte dos rapazes ou raparigas
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	77. Durmo mais do que a maior parte dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve) <i>durmo pouco à semana e bastante ao fim de semana</i>
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	78. Sou desatento(a), distraio-me facilmente
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	79. Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreve)
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	80. Luto pelos meus direitos
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	81. Roubo coisas em casa
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	82. Roubo coisas fora de casa
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	83. Acumulo coisas de que não preciso (descreve) <i>brinquedos</i>
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve) <i>levar o meu peluche para qualquer sítio</i>
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	85. Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas (descreve)
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	86. Sou teimoso(a)
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	87. Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	88. Gosto de estar com outras pessoas
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	89. Sou desconfiado(a)
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	90. Digo palavrões ou uso linguagem obscena
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	91. Penso em matar-me
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	92. Gosto de fazer rir os outros
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	93. Falo demasiado
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	94. Arrelio muito os outros
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	95. Tenho um temperamento exaltado
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	96. Penso demasiado em sexo
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	97. Ameaço magoar/ferir as pessoas
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	98. Gosto de ajudar os outros
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	99. Consumo tabaco
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	100. Tenho dificuldades em dormir (descreve) <i>custa-me a adormecer e acordo muito durante a noite</i>
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	101. Falto às aulas ou à escola
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	102. Não tenho muita energia
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	104. Falo mais alto do que a maior parte dos rapazes e raparigas
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	105. Consumo drogas sem razões médicas (descreve)
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	106. Tento ser justo com os outros
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	107. Gosto de uma boa anedota
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	108. Gosto de viver tranquilamente, sem grandes preocupações
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	109. Procuo ajudar as outras pessoas sempre que posso
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	110. Desejava ser do sexo oposto
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	111. Evito envolver-me com os outros
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	112. Preocupo-me muito

Por favor, indica qualquer coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses:

- sentimentos: → preocupação / traumas
- comportamentos: → empatia
- interesses: → curiosidade

Anexo H: Escala de Competências- Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR)
respondido por “E”

YSR 11-18: Perfil para Rapazes e Raparigas – Escalas de Competências

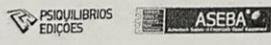
Nome E
ID# _____
Idade 17
Data de preenchimento da TRF: 19/04/23

Nível	Rapazes		Raparigas		T
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	
43	14,0	13,5	13,0	12,5	43
44	13,0	13,0	11,5	11,0	40
45	12,5	11,5	11,0	10,5	35
46	12,0	11,0	10,5	10,0	35
47	11,5	10,5	10,0	9,5	30
48	11,0	10,0	9,5	9,0	29
49	10,5	10,0	9,0	8,5	29
50	10,0	9,5	8,5	8,0	28
51	9,5	9,0	8,0	7,5	27
52	9,0	8,5	7,5	7,0	26
53	8,5	8,0	7,0	6,5	24
54	8,0	7,5	6,5	6,0	23
55	7,5	7,0	6,0	5,5	22
56	7,0	6,5	5,5	5,0	20
57	6,5	6,0	5,0	4,5	20
58	6,0	5,5	4,5	4,0	19
59	5,5	5,0	4,0	3,5	18
60	5,0	4,5	3,5	3,0	17
61	4,5	4,0	3,0	2,5	16
62	4,0	3,5	2,5	2,0	15
63	3,5	3,0	2,0	1,5	14
64	3,0	2,5	1,5	1,0	13
65	2,5	2,0	1,0	0,5	12
66	2,0	1,5	0,5	0,0	11
67	1,5	1,0	0,0	0,0	10

Score Total de Competências			
Rapaz	T	Rapariga	T
11,5	12,0	11,0	11,5
11,0	11,5	10,5	11,0
10,5	11,0	10,0	10,5
10,0	10,5	9,5	10,0
9,5	10,0	9,0	9,5
9,0	9,5	8,5	9,0
8,5	9,0	8,0	8,5
8,0	8,5	7,5	8,0
7,5	8,0	7,0	7,5
7,0	7,5	6,5	7,0
6,5	7,0	6,0	6,5
6,0	6,5	5,5	6,0
5,5	6,0	5,0	5,5
5,0	5,5	4,5	5,0
4,5	5,0	4,0	4,5
4,0	4,5	3,5	4,0
3,5	4,0	3,0	3,5
3,0	3,5	2,5	3,0
2,5	3,0	2,0	2,5
2,0	2,5	1,5	2,0
1,5	2,0	1,0	1,5
1,0	1,5	0,5	1,0
0,5	1,0	0,0	0,5
0,0	0,5	0,0	0,0

<p>ATIVIDADES</p> <p>1.5 I. Nº de desportos 1.5 II. Competência no desporto 1.5 III. Nº de outras atividades 1.5 IV. Competência nas atividades 0.5 IV. Nº de trabalhos 0.5 Competência do trabalho 5.5 Total T=30 P=2</p>	<p>SOCIAL</p> <p>0.5 III. Nº de organizações 0.5 Média de atividade nas organizações 1.5 V I. Nº de amigos 0.5 2. Frequência de contacto com amigos 1.5 VI. A. Comportamento com outros 1.5 B. Comportamento social 5. Total T=34 P=6</p>
---	--

Linha Tracejada = Nivel Borderline



Achenbach & Rescorla, 2000. ©Copyright Psiquilibrios Edições, 2013. Direitos reservados de acordo com a legislação em vigor. Proibida a cópia através de qualquer meio e para qualquer fim.
A fotocópia é crime. www.psiquilibrios.pt

10,5
T=24
P=2

Nível Clínico

Anexo I: Técnicas de relaxamento- Respiração Diafragmática

Instruções:

O treino que vou agora ensinar, pode ser realizado quantas vezes quiseres. Recomendo que pratiques pelo menos 2 vezes por dia, ente 5 a 10 minutos de cada vez, em locais calmos, livre de distrações e interrupções.

A prática vai acabar por te permitir a realização da respiração diafragmática na tua vida quotidiana e inclui-la nos momentos em que te sentes mais ansiosa.

Primeiro, deves sentar-te numa posição confortável, com as costas direitas e as pernas afastadas com os pés relaxados e virados para fora. Numa cadeira é o ideal, mas também poderá fazê-lo deitada quando for possível.

Se quiseres, podes pôr uma música calma, que te faça sentir bem.

Fecha os olhos.

Inspira pelo nariz e expira pela boca, lentamente com atenção à tua respiração.

Coloca a mãos no teu abdómen e sente o movimento da tua barriga. Repara que quando inspiras (puxas o ar) a barriga vai para fora e quando expiras (soltas o ar) a barriga vai para dentro.

Agora, inspira lentamente a contar mentalmente até quatro. Consegues sentir o ar encher o pulmão e o abdómen subir.

Segura a respiração por dois segundos.

Expira lentamente, contando mentalmente até seis. Enquanto esvazia o pulmão podes sentir o abdómen baixar.

Continua durante alguns minutos. É importante que faças pelo menos 10 respirações.

É importante ter o domínio da técnica para saber realizá-la corretamente numa crise de ansiedade, em locais com mais distrações.