Universidades Lusíada

Barradas, Mariana Colaço Dias, 1990-

Avaliação de autonomia e promoção de competências sociais e pessoais : apartamentos de autonomização

http://hdl.handle.net/11067/1741

Metadados

Data de Publicação 2015-11-17

Resumo O presente relatório descreve o trabalho feito ao longo do estágio académico do Mestrado em psicologia clínica, lecionado na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa e realizado na Fundação o Século, mais especificamente no projeto das Casas da Ponte. O estágio permitiu o primeiro contacto com a prática profissional em psicologia clínica, proporcionando assim, o aumento da autonomia do estagiário através da experiência de campo, para que este consiga crescer com ...

Palavras Chave Jovens em risco - Psicologia, Psicologia clínica - Prática profissional, Fundação O Século - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T05:37:36Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Avaliação de autonomia e promoção de competências sociais e pessoais: apartamentos de autonomização

Realizado por:
Mariana Colaço Dias Barradas
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientado por:
Dr.ª Catarina Nunes Capinha

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Relatório aprovado em: 16 de Novembro de 2015

Lisboa

2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Avaliação de autonomia e promoção de competências sociais e pessoais: apartamentos de autonomização

Mariana Colaço Dias Barradas

Lisboa

Outubro 2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Avaliação de autonomia e promoção de competências sociais e pessoais: apartamentos de autonomização

Mariana Colaço Dias Barradas

Lisboa

Outubro 2015

Mariana Colaço Dias Barradas

Avaliação de autonomia e promoção de competências sociais e pessoais: apartamentos de autonomização

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Dr.ª Catarina Nunes Capinha

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora	Mariana Colaço Dias Barradas
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Dr.ª Catarina Nunes Capinha
Título	Avaliação de autonomia e promoção de competências sociais e pessoais: apartamentos de autonomização
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

BARRADAS, Mariana Colaço Dias, 1990-

Avaliação de autonomia e promoção de competências sociais e pessoais : apartamentos de autonomização / Mariana Colaço Dias Barradas ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Catarina Nunes Capinha. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-
II - CAPINHA, Catarina Nunes, 1979-
III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH
1. Jovens em risco - Psicologia
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Fundação O Século - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Problem youth - Psychology
2. Clinical psychology - Practice
3. Fundação O Século - Study and teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RC467.95.B37 2015

Dedicatória

À minha mãe, Isabel Dias, se não fosse a
sua força eu não conheceria a minha.
Ao meu pai, José Barradas, que deixou
um rasto de traços seus em mim.
Ao meu irmão, Tiago Barradas, que me
faz amar a minha peculiaridade.

Agradecimentos

Antes de mais, quero agradecer à nossa supervisora de estágio, a Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita que manteve sempre o sorriso e o bom humor à medida que sentia o efeito dos nossos primeiros passos e consequentemente, as quedas que fomos dando ao longo deste ano. Com a sua ajuda e crença nas nossas capacidades, continuámos a por sempre um pé à frente do outro, e agora, todos os futuros passos vão ser possíveis porque os primeiros já foram dados.

Queria também agradecer à Leonor Lucena a técnica mais despachada, organizada, e pronta a ajudar que eu alguma vez conheci e temo vir a conhecer, que sempre que eu precisei, orientou-me e acalmou ao longo deste percurso. À Carina e ao Pedro que me ensinaram a rir, a rir muito para que seja mais fácil fazer de tudo para ajudar qualquer criança e jovem que passe pelo lar, a conseguir alcançar os seus sonhos, felicidade, autoconfiança, estabilidade e responsabilidade.

Agradeço aos meus amigos pelo apoio incondicional que me foi prestado em momentos de felicidade, loucura e desespero e que me fizeram sempre relembrar porque é que a vida vale a pena ser vivida. Dito isto, um obrigado especial à Sílvia por nunca me teres deixado sentir sozinha e desamparada e ao João, pelas palavras amigas acompanhadas sempre de um sorriso e por me lembrares que a minha força aguenta qualquer embate desde que o faça com o coração.

Ao meu irmão que criou uma família que no meio do barulho e da confusão me permitem sentir uma enorme paz e voltar a encontrar-me, sempre que estou no meio deles.

Por ultimo mas não o menos importante, antes pelo contrário, à minha mãe que me tirou sempre o peso que eu punha às minhas costas, e sem ela não teria conseguido seguir os meus sonhos, privando-me assim de uma vida oca e com muito pouco sentido.

“Nós somos como essas borboletas e estamos perdidos se desistirmos da orientação da terra firme. Mas não nos contentamos em permanecer nela. Daí a insegurança do nosso esvoaçar, talvez ridículo aos olhos de quem assenta arraiais na terra firme, seguro e satisfeito, e apenas compreensível para quem esteja possuído da mesma inquietude. Para esse o mundo é o ponto de partida para o voo de que tudo depende, que cada qual tem de fazer por si embora acompanhado, mas nunca poderá ser objeto de uma doutrina propriamente dita.”

(Jaspers, 1976, p. 125)

Resumo

O presente relatório descreve o trabalho feito ao longo do estágio académico do Mestrado em psicologia clinica, lecionado na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa e realizado na Fundação o Século, mais especificamente no projeto das Casas da Ponte.

O estágio permitiu o primeiro contacto com a prática profissional em psicologia clinica, proporcionando assim, o aumento da autonomia do estagiário através da experiência de campo, para que este consiga crescer com a mesma e preparar-se para práticas futuras.

O foco principal deste estágio foi o projeto das Casas da Ponte que consiste na utilização de apartamentos de autonomia como instrumentos promotores da autonomia de jovens provenientes de lares de acolhimento. Tendo em conta o projeto e as suas necessidades, foram definidos vários objetivos que permitissem alcançar o melhor funcionamento do mesmo, sendo que dois deles ocuparam um papel de maior destaque devido á magnitude e tempo dedicado. O primeiro consistiu na elaboração de um método que permitisse avaliar a evolução da autonomia dos jovens que pertencem e viram a pertencer a este projeto, o segundo objetivo estabelecido foi o de promover algumas competências sociais e pessoais das jovens inseridas nos apartamentos no ano 2014/2015.

Palavras-chave: estágio; psicologia clinica; apartamentos de autonomia; promoção de competências; avaliação de autonomia

Abstract

The present report describes the work done during the academic internship of the master's degree in clinical psychology, taught at the Faculdade de Ciências Humanas e Sociais of the Universidade Lusíada de Lisboa and held at the Fundação o Século, more specifically in the Casas da Ponte project.

The internship allowed the first contact with the professional practice in clinical psychology, thus, increasing the autonomy of the intern through the field experience, so that he can grow with it and prepare himself for future practices.

The main focus of this internship was the project of the Casas da Ponte (Bridge Houses) that consists on the utilization of autonomy apartments as instruments promoters of the autonomy in young adults that came from foster homes. Having the project and their needs into account, there were defined several goals that allowed the project to achieve a better function, and two of them took up a greater role due to their magnitude and time consumed. The first one consisted on the elaboration of a method that allowed the evaluation of the evolution of the young adults that are presently and that will be inserted in the project, the second goal established was the promotion of some of the individual and social skills of the young adults inserted in the apartments in the year of 2014/2015.

Keywords: internship; clinical psychology; apartments of autonomy; promotion of skills; evaluation of autonomy

Lista de gráficos

GRÁFICO 1 - RESULTADOS DO PRÉ-TESTE: VALORES CONVERTIDOS EM ESCALA DE [0;100]..... 68

GRÁFICO 2 - RESULTADOS DO PÓS-TESTE: VALORES CONVERTIDOS EM ESCALA DE [0;100]..... 69

Lista de tabelas

TABELA 1 34

TABELA 2 42

TABELA 3 43

TABELA 4 65

TABELA 5 66

TABELA 6 67

TABELA 7 69

Índice

Resumo i

Abstract ii

Lista de gráficos iii

Lista de tabelas iv

Introdução 1

Caracterização da instituição 3

Fundação O Século 3

Casa do Mar e a Casa das Conchas 4

Casas da Ponte 4

Caracterização da População Alvo 4

Enquadramento Teórico 6

Psicologia clínica 6

Psicologia Comunitária 7

Psicologia da Saúde 8

Papel do psicólogo clinico 8

Ética e deontologia 9

Método Clínico 11

Avaliação e diagnóstico 12

Intervenção Psicológica 13

Entrevistas 13

Relação terapêutica 14

Psicologia de apoio 16

Intervenção na crise 17

Aconselhamento Psicológico 17

Intervenção psicológica em grupos 18

Programa de Promoção de Competências 20

Competências pessoais e sociais 21

Autoconhecimento 21

Autonomia 22

Coesão 24

Gestão de conflitos 25

Modelo Teórico: Cognitivo-Comportamental 27

As instituições e as crianças e os jovens 28

Lares de acolhimento 28

Apartamentos de Autonomização 29

Crianças e jovens 29

Vinculação 30

Depressão 32

Crianças e jovens institucionalizadas 33

O individuo e o ambiente 34

Fatores de proteção e de risco 37

Estatísticas em Portugal 38

Objetivos Propostos 41

Método 42

Participantes 42

Instrumentos 43

Procedimentos 44

Estudos de Caso 49

Apresentação do caso A - grupo 49

Identificação 49

Grupo 49

Flor 49

Cravo 49

Dente-de-Leão 50

Orquídea 50

Girassol 50

Encaminhamento 51

Plano Terapêutico 51

Processo terapêutico do grupo 52

Entrevistas individuais 52

Entrevistas de grupo 52

Dinâmicas de grupo 53

Avaliação e análise psicológica 64

Resultado dos questionários 65

Comparação dos resultados 67

Analise dos resultados 70

Hipótese diagnóstica 71

Análise e Discussão do caso 72

Grupo 72

Flor 73

Cravo 73

Dente-de-Leão 74

Orquídea 74

Girassol 75

Apresentação do caso B – individual 76

Identificação 76

Encaminhamento 76

História de vida 76

Plano terapêutico 76

Processo terapêutico 77

Análise e Avaliação psicológica 78

Discussão do caso 78

Conclusão 80

Reflexão final 83

Referências 84

Anexos.....89

Lista de Apêndices.....93

Introdução

O presente relatório visa descrever o percurso, as vivências e as atividades elaboradas ao longo do estágio académico no âmbito do mestrado em psicologia clinica, lecionado na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa e passando-se na Fundação o Século, mais especificamente no projeto das Casas da Ponte, durante o ano letivo de 2014/2015.

Os objetivos do estágio foram caracterizados segundo duas perspetivas principais a do estagiário, cujo processo veio servir como um primeiro contacto com a prática profissional em psicologia clinica, através de uma intervenção orientada permitindo o alcance de uma maior autonomia, confiança e principalmente, conhecimento sobre o funcionamento da prática, e a segunda perspetiva que incide sobre os objetivos e necessidades da instituição, cujo estágio serviu para as satisfazer, através da complementação do projeto das Casas da Ponte.

Este documento encontra-se dividido em 6 partes: A primeira inclui o resumo, o abstract (resumo em inglês), a lista de tabelas e a lista de gráficos. A segunda parte engloba a presente introdução e serve como uma pequena discrição de caracterização da instituição onde ocorreu o estágio e da população que este teve como foco – introdução; *caracterização da instituição: a Fundação o Século; caracterização da população*. A terceira parte do relatório, engloba o enquadramento teórico que tem o propósito de dar alguma luz sobre as temáticas abordadas ao longo do mesmo. Esta secção divide-se em 2 assuntos principais, a psicologia clinica, que nos fala um pouco sobre a prática os métodos utilizados na mesma, e o segundo tema fala sobre a relação existente entre as instituições e os jovens e crianças nelas acolhidos, onde são abordadas temáticas como o ambiente e o impacto que este tem nas pessoas que estão em contato com ele, as caraterísticas psicológicas dos jovens e crianças em lares de acolhimento e as estatísticas em Portugal

– *Psicologia clinica: Psicologia comunitária, psicologia da saúde, papel do psicólogo clinico, ética e deontologia, método clinico, avaliação e diagnóstico, intervenção psicológica, modelo teórico cognitivo-comportamental;* e *As instituições e as crianças e os jovens: lares de acolhimento, apartamentos de autonomização, crianças e jovens, vinculação, depressão, crianças e jovens institucionalizados, o indivíduo e o ambiente, fatores de proteção e de risco, estatísticas em Portugal.*

Temos também a quarta parte que é referente à apresentação e análise do estágio, definindo e caracterizando todas as componentes do mesmo, incluindo os objetivos propostos, o método e o estudo de caso – *Objetivos propostos; Método: participantes, instrumentos, procedimentos; Estudos de caso: apresentação do caso A (de grupo), apresentação do caso B (individual).*A quinta parte é constituída pela conclusão e reflexão e referências e, por último, temos a sexta parte que se refere aos apêndices e anexos onde se encontram os dois manuais um de avaliação de autonomia e o outro de promoção de competências (com foco no autoconhecimento e na coesão do grupo) e as avaliações feitas às jovens.

Caracterização da instituição

Fundação O Século

No ano 1927, João Pereira da Rosa, diretor de um jornal intitulado "O Século", fundou a Clónia Balnear Infantil, tendo como propósito o acolhimento de crianças carenciadas de todo o país, durante um período de 15 dias de férias. Marcando assim, o início da Fundação O Século que, mais tarde, se tornou numa Instituição Particular de Solidariedade (Fernandes, et al., 2014).

Deste o início e até 1943 os custos das colónias foram assumidos pelo jornal, através de apelos a donativos, no entanto, com o passar do tempo tornou-se cada vez mais difícil este ser o seu único sustento, tendo isto em mente, João Pereira da Rosa criou a Feira Internacional de Amostras, mais conhecida como a Feira popular de Lisboa, passando esta a ser a principal financiadora da Fundação (Fernandes, et al., 2014).

No ano de 1943 o Conde Monte Real doou uma quantia que permitiu a compra dos terrenos junto à Av. Marginal, onde foi construído o edifício que alberga, até aos dias de hoje, a Fundação O Século (Fernandes, et al., 2014).

Após o 25 de Abril de 1974, o jornal "O Século" foi nacionalizado, tendo sido decretada a extinção da Empresa Pública do jornal e declarando a alienação de todo o seu património, nomeadamente o da Clónia Balnear Infantil. No seguimento deste decreto, o herdeiro do Conde de Monte Real reclamou a propriedade do edifício e dos terrenos da Colónia, o que permitiu a continuação do acolhimento das crianças carenciadas, tendo como financiador a Feira Popular de Lisboa (Fernandes, et al., 2014).

Rodolfo Crespo, o presidente da Comissão Diretiva que orientava o conjunto Colónia Balnear Infantil / Feira Popular de Lisboa, propôs, em 1996, a transformação do estatuto e a criação de uma Fundação que consolidasse a obra social. Tendo sido o Rodolfo C. o

impulsionador do nascimento da Fundação, a 3 de Abril de 1998, e da entrega do estatuto de Utilidade Pública, a 18 de Junho de 1999 (Fernandes, et al., 2014).

Atualmente, as Colónias de Férias para crianças carenciadas são apenas uma das várias valências que a Fundação O Século desenvolveu, sendo, nos dias de hoje, dividida em 16 áreas sociais, em que duas delas são:

- Os Lares de Acolhimento de crianças e jovens em risco (Casa do Mar e a Casa das Conchas);

- Os apartamentos de autonomização (Casas da Ponte); (Fernandes, et al., 2014).

Casa do Mar e a Casa das Conchas

A Casa do Mar e a Casa das conchas são lares de acolhimento prolongado, pertencentes á Fundação o século, estas trabalham em articulação com a Comissão de Proteção de Crianças Jovens, o Tribunal de Família e Menores, a Equipa Crianças Jovens da Segurança Social e os Núcleos Hospitalares de Apoio à Criança e Jovem em Risco e têm como objetivo albergar jovens que foram retiradas à família por terem sido consideradas crianças em risco (Fernandes, et al., 2014).

Casas da Ponte

O projeto "Casas da Ponte" é, atualmente, constituído por dois Apartamentos de Autonomização na zona de Carnaxide (um T3 destinado a jovens do sexo feminino e um T4 misto) e mais dois na zona da Parede, que ainda estão a aguardar financiamento para ficarem habitáveis. Estes apartamentos foram inaugurados a Novembro de 2012 como o intuito de servirem como ajuda e instrumento para a autonomização de jovens provenientes dos lares de acolhimento da Fundação, tendo como objetivo futuro abranger todos os lares de Portugal (Fernandes, et al., 2014).

Caracterização da População Alvo

O intuito dos apartamentos de autonomia é dar uma resposta social destinada aos jovens institucionalizados que já atingiram a maioridade (18 ou 21 anos dependendo de cada processo). De momento, apenas os jovens institucionalizados nos Lares de Acolhimento da Fundação "O Século" ("Casa das Conchas" e "Casa do Mar") podem candidatar-se ao projeto no entanto, o objetivo é que no futuro seja possível aceitar candidaturas provenientes de qualquer um dos lares de acolhimento de todo o país. As candidaturas são feitas pelos diretores dos lares de acolhimento em que o jovem interessado se encontra, enviando o seu relatório social para a responsável técnica dos apartamentos de autonomia ("Casas da Ponte"). Estes jovens passam por um processo de seleção bastante rigoroso, para permitir assim o bom funcionamento dos apartamentos e que se consiga atingir os objetivos propostos, ou seja, os jovens selecionados já demonstram capacidades grandes de autonomia e responsabilidade (Fernandes, et al., 2014).

Os Jovens para serem candidatos aptos a entrarem nos apartamentos, têm de corresponder aos seguintes critérios: Ter idade entre os 18 e os 21, sendo que excecionalmente se aceitam jovens com idade inferior a 18; Estar abrangido pelo PPP (Processo de Promoção e Proteção); Estar integrado num curso de formação profissional, num emprego, ser estudante ou trabalhador/estudante; Não ter estrutura familiar de suporte; Assumir um comportamento assertivo e ter relações estáveis com os pares e adultos dentro da instituição d onde provem; Ter atingido um grau elevado de responsabilidade e independência (Fernandes, et al., 2014).

De momento estão integradas no projeto cinco jovens do sexo feminino com idades compreendidas entre os 19 e os 23 anos. Encontram-se três no apartamento T3 e duas no T4, sendo que três destas jovens pertenciam ao Lar de Acolhimento Casa do Mar e as restantes duas ao da Casa das Conhas (Fernandes, et al., 2014).

Enquadramento Teórico

Psicologia clínica

A corrente da psicologia clínica teve início nos finais do século XIX, tendo sido Théodule Ribot o seu pioneiro mais influente, visto que lançou as bases do método clínico, através da observação da vida psicológica e patológica. Tendo como objetivos principais a explicação, a compreensão e o cuidar e o tratar. Com esta corrente nasceu a psicopatologia (Richard M. , 2007).

Tendo sido a medicina a responsável pela atribuição do significado da Psicologia Clínica no século XIX, os psicólogos eram vistos como prestadores de um serviço direto, personalizado e de cabeceira a um doente. Esta atribuição foi dada devido ao facto de os psicólogos profissionais trabalharem em ambientes médicos e a maioria destes médicos eram psiquiatras, logo as atividades desenvolvidas acabavam por ser complementares ou semelhantes (Leal, 2008).

A criação da expressão psicologia clínica é atribuída a Lightner Witmer, sucessor de Cattel no cargo de diretor do laboratório de psicologia da Universidade da Pensilvânia. Definindo, em oposição ao trabalho desenvolvido em laboratório, o método clínico como sendo um trabalho prático e direto do psicólogo com pessoas e o seu empenho numa função social útil. Assentando também nos procedimentos de avaliação que eram utilizados em crianças com debilidades mentais e físicas (Leal, 2008).

Outros marcos considerados como emergentes da psicologia clínica foram duas publicações, uma de cariz não técnico, escrita por um ex-paciente, Clifford Bears a 1908 com *A mind that found itself*. Esta publicação chamou a atenção para os doentes mentais como pessoas em sofrimento. A segunda foi escrita por Hugo Munsterberg a 1909, com a *Psychotherapy* que descrevia os métodos de trabalho psicológico usados em indivíduos com doença mental (Leal, 2008).

Quanto à sua definição a psicologia clinica é considerada um conjunto de métodos e teorias e uma atividade prática, sendo definida como uma subdisciplina da psicologia que tem como propósito o estudo, a avaliação e o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico, seja qual for a sua origem e baseando-se em métodos clínicos como o estudo de casos, a observação dos comportamentos e a análise dos discursos, sem recorrer à experimentação, ou seja, à reprodução controlada dos comportamentos (Pedinielli, 1999).

A psicologia clínica tem, portanto, o objetivo destacar as características que são semelhantes e as que são distintas entre o comportamento normal e o patológico, tentando obter uma maior compreensão sobre o que é a doença mental, mas não sob o ponto de vista da doença em si e sim sob o ponto de vista do doente dando a singularidade absoluta ao individuo no seu sofrimento tendo como objetivo compreende-lo tal como ele se compreende a si mesmo (Richard M. , 2007).

Psicologia Comunitária

A psicologia comunitária surgiu na época dos anos 60, num momento em que a mudança social estava a ser grande, e onde houve grandes transformações inspiradas pelos movimentos sociais emergentes (Ornelas, 2008).

Existem diversos tipos de comunidade, estas podem ser caracterizadas por um conjunto de pessoas que têm algo em comum como o estilo de vida, ou crenças e que partilham um sentimento comum de pertença ou ser apenas um conjunto de pessoas com um factor em comum como localidade ou interesse económico, sem partilhar necessariamente um estilo de vida, identidade ou sentimento de pertença (Thornicroft & Szmukler, 2001).

A psicologia comunitária tem como propósito a intervenção em comunidades para permitir uma maior promoção de saúde e prevenção de doenças. Cada intervenção no

contexto comunitário pode ter um espectro largo de finalidades desde a diminuição de mortalidade, de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, de suicídios, de psicopatologias como depressões, entre muitas outras, mas em que todas têm como base a promoção e prevenção da saúde (Baum, Revenson, & Singer, 2001).

Psicologia da Saúde

A psicologia da saúde é um domínio da psicologia que tem como foco principal a saúde e a promoção e manutenção da mesma, no entanto, visa também a prevenção e o tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com as suas disfunções associadas, a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e o aperfeiçoamento da política de saúde. Alcançando estes objetivos através da aplicação dos conhecimentos de diversas áreas da psicologia que tenham como propósito ajudar os indivíduos a manter a saúde e lidar com as doenças (Leal, 2006).

A promoção da saúde é um processo que visa capacitar as populações de meios que possam garantir um maior controlo possível sobre a sua própria saúde e a melhoria da mesma permitindo assim o acesso igualitária de recursos a toda a gente para que a saúde e a manutenção da mesma se torne numa escolha consciente da pessoa (Fischer & Tarquinio, 2010).

Papel do psicólogo clinico

O interesse do psicólogo clinico não se deve resumir apenas a doenças mentais, idealmente deve ser uma prática que englobe um leque grande sobre todas as áreas que possam afetar o bem-estar psicológico do individuo, ou seja, o psicólogo clinico tem de ter um conhecimento alargado sobre o universo das problemáticas dos indivíduos, logo, o papel as atividades e as conceções do psicólogo vão variar consoante os locais de trabalho (Pedinielli, 1999).

Os psicólogos clínicos trabalham em sítios como hospitais, clinicas, consultórios, ou em outros contextos de comunidade, têm diversos interesses mas o principal é o bem-estar do individuo, baseando-se em técnicas psicológicas para ajudar os mesmos a, ultrapassar dificuldades e situações causadores de ansiedade. Os seus estudos académicos permitem-lhe providenciar terapia, aconselhamento, avaliação dos indivíduos, diagnóstico e outros tipos de intervenção, pode também lecionar, tornando-se professor e/ou supervisionando estagiários, seguir o ramo da investigação e contribuir para o planeamento, desenvolvimento e gestão de serviços no geral (Butler & McManus, 1998).

O psicólogo clinico pode ser classificado em 3 funcionalidades, o papel que exerce, as suas competências e as atividades que aplica. Sendo que o seu papel pode variar entre consultor, educador, gestor e/ou supervisor. As suas competências são as de relacionamento, diversidade, avaliação, intervenção, investigação e testagem, de consulta, educação, gestão e de supervisionamento, e por último temos as sus atividades que podem variar desde a avaliar, intervir, investigar e testar, consulta, educar, gerir e supervisionar (Hersen & Gross, 2008).

A profissão de psicólogo vai permitir acesso a um leque muito grande de informação privada de cada paciente logo é necessário que este primeiro tenha muito presente em quem é e no que faz um grande sentido de ética e de deontologia (Richard & Huprich, 2009).

Ética e deontologia

O sentido de ética é algo que deve ser comum em todas as profissões e muito mais naquelas que exigem relações com o ser humano, sendo a psicologia uma profissão que para além de estar em constante contacto com seres humanos, normalmente, acontece quando estes se encontram em estados de extrema vulnerabilidade. O papel do psicólogo implica que ele tenha conhecimento de informações muito intimas e pessoas do individuo,

o que lhe coloca uma responsabilidade grande em cima, principalmente quando o paciente se encontra em desequilíbrio, exigindo do profissional uma tomada de decisão. Os psicólogos estão portanto sujeitos a inúmeros dilemas éticos ao longo das suas carreiras (Ricou, 2004).

A ética e a deontologia é a luz pela qual o psicólogo se deve seguir e orientar em cada encontro com cada paciente (OPP, 2011).

As primeiras entidades a definirem os códigos de ética em psicologia foram as grandes sociedades profissionais, American Psychological Association (APA) e a The British Psychological Society (BPS), sendo que cada comunidade deve ter uma sociedade responsável pela definição do mesmo fazendo-o especificamente para o país que serve (Francis, 2004).

A Ordem dos psicólogos portugueses é responsável pela elaboração, manutenção e atualização do código deontológico dos psicólogos portugueses. Este código tem o objetivo de assegurar que os psicólogos exercem a sua profissão com o máximo de ética possível (Código Deontológico, 2011).

O Código Deontológico é constituído por 3 partes o preâmbulo que indica os objetivos e aplicabilidades do mesmo, apresentando a sua organização e relação com a legislação em vigor, definindo também alguns conceitos básicos descritos ao longo do mesmo. A segunda parte é referente aos princípios gerais ode são apresentados os princípios estruturais e aspiracionais e por último temos a parte dos princípios específicos onde estão delineadas regras de conduta ética dos profissionais. Os princípios descritos referem as diferentes áreas e contextos onde os psicólogos podem exercer as suas funções, a as diversas situações onde se possam deparar com dilemas éticos (OPP, 2011).

Os objetivos primordiais do desenvolvimento de códigos de ética e deontologia são os de promover a qualidade de vida e proteger todas e quaisquer sujeitos com os quais os

psicólogos trabalhem, tentando também facilitar a orientação e a formação de membros efetivos, de estagiários e estudantes de psicologia relativamente aos princípios éticos a seguir em psicologia (OPP, 2011).

Os códigos de ética e deontologia são especificados relativamente ao tipo de trabalho que o psicólogo exerce, caracterizando a ética nos diferentes contextos, organizacionais, forenses, educacionais, clínicos, entre outros (Francis, 2004).

Método Clínico

O psicólogo clinico começou a expandir o seu campo de intervenção após a segunda Guerra Mundial e com este alargamento nas áreas em que entra em contacto e em que começou a ganhar influência foi necessário desenvolver um método mais específico, exigente e científico, tanto a nível da formação do técnico como a nível da estrutura e forma de intervenção (Richard & Huprich, 2009).

O método clínico é principalmente, aplicado no domínio prático da psicologia, existindo um conjunto de técnicas que têm como finalidade a obtenção de informação de uma forma mais concreta, ampla e o menos artificial possível sobre o individuo e a situação que coloca um problema e/ou revela a existência de sofrimento. Este método tem como objeto o indivíduo, logo esse vai ser o foco do psicólogo, ou seja, na individualidade de cada ser e não no estudo das populações, logo vai centrar-se essencialmente no estudo de caso mas no entanto, não se resume apenas e exclusivamente a ele (Pedinielli, 1999).

Este método é caracterizado por uma atividade prática que visa o reconhecimento e nomeação de determinados estados, aptidões e comportamentos, com a finalidade de propor uma terapêutica, uma medida de ordem social ou educativa, ou uma forma de conselho para tentar provocar algum tipo de modificação positiva no individuo. Esta medida tenta criar um ambiente confortável para que permita o sujeito expressar-se e para que seja possível uma recolha de informação pertinente para permitir um agrupamento da

mesma que vai servir para se criar uma base da dinâmica individual do sujeito, ou seja os seus padrões individuais e sociais, para perceber como é que o individuo reage em situações especificas e em situações generalizadas, tendo em conta os padrões que existem só em algumas áreas da vida do sujeito e aqueles que estão presentes na maioria ou em todas as áreas da sua vida (Pedinielli, 1999).

Avaliação e diagnóstico

A avaliação em psicologia clinica é dos métodos mais antigos utilizados desde a existência da psicologia

Este método requer um largo conhecimento de técnicas, dos testes e de relação com o individuo, ou seja, para uma avaliação ser bem sucedida é necessário saber tanto de teoria como de prática. O avaliador tem de ter em conta diversos aspetos como a preparação para a avaliação (Ex: o contexto em que é executada), o funcionamento da prova que vai aplicar, como é que é aplicada e cotada e ainda ter em consideração o individuo em si, respeitando-o e sendo sensível para com a mesma (Groth-Marnat, 2003).

A avaliação em psicologia clinica é um meio de chegar a um diagnóstico e é um procedimento que requer a produção, a recolha e a seleção das informações pertinentes. A avaliação pode ser feita de 2 formas, através de uma bateria de exames sistemáticos, segundo o modelo médico, ou ser adaptada ao problema levantado pelo individuo respeitando então a lógica de *estudo de caso* (Pedinielli, 1999).

O diagnóstico, em psicologia clinica, deve permitir descrever um sujeito e os problemas que ele apresenta, classificar o problema e definir a sua forma específica assim como o seu diagnóstico diferencial, estudar o desenvolvimento, a origem e os mecanismos dos problemas, fazer um diagnóstico e dar uma indicação. A aplicação do termo *avaliação*, tem como objetivo marcar uma distância do diagnóstico de natureza

médica e acentuar a dimensão mais extensiva d analise realizada em psicologia clínica (Pedinielli, 1999).

O procedimento de diagnóstico engloba 6 níveis: o *semiológico* que se refere a uma análise semiológica, este tipo de diagnóstico consiste num retomar de todos os sinais identificados tanto no que o doente diz, como na relação; o *diagnóstico dos processos*, ou seja, a análise psicopatológica tentando reconstruir a dinâmica do sujeito, os seus investimentos, os seus modos de resolução de conflitos e a sua história; o *estudo da dinâmica dos processos* (metapsicologia) que é caracterizado pelo estudo do sintoma e do pedido, estudo de mecanismos de defesa, do tipo de relação com o objeto, das formas e do tipo de angústia, estudo dos modos de investimentos libidinais e da natureza do conflito e pela análise da relação com o interlocutor; *análise da história do sujeito* que é uma forma de análise complementar à anterior e tem como princípio apoiar-se na narrativa da vida do sujeito, tal como este a conta; o *estudo da estrutura* em que defini a estrutura e das modalidades da estrutura no sujeito; por último temos a *interpretação clínica* em que o conjunto dos elementos precedentes deve levar a uma análise clinica das posições do sujeito (Pedinielli, 1999).

Intervenção Psicológica

Entrevistas

As entrevistas só são consideradas psicológicas se recorrerem, de forma intencional e sistemática, a técnicas e teorias psicológicas juntando assim numa mesma definição a teoria e a prática (Leal, 2008).

As entrevistas psicológicas são caracterizadas como sendo uma prática de aquisição e de transmissão de informação, verbal e não-verbal, que pode ter como base de referência um diverso leque de modelos, que por sua vez são complementados com diferentes correntes de pensamento (Cyssau, 2005).

Este método tem como problemática a sua principal componente, ou seja, a comunicação, sendo que esta pode ter inúmeras falhas e necessita de um técnico apto e classificado para uma correta e eloquente transmissão de informação, interpretação da informação recebida e se necessário clarificação da mesma, visto que desde o pensamento de um sujeito passando pela verbalização do mesmo, da captação de informação por um segundo individuo e a interpretação da mesma pelo mesmo existem várias hipóteses da existência de falhas, isto tudo em comunicação verbal, para a não-verbal o perigo de má interpretação pode aumentar, logo para que a ligação entre o psicólogo e o entrevistado seja o mais límpida e pura possível para que seja possível ajudar o sujeito é necessário que o técnico tenha qualificações para tal (Cyssau, 2005).

As entrevistas psicológicas podem ser classificadas de acordo com: os *níveis de estruturação da entrevista* – podendo variar entre abertas, semiestruturadas ou estruturadas (Poch e Talarn, 1991, citado por Leal, 2008); o *meio ambiente emocional* – referente ao contexto em que a entrevista se dá; e *os objetivos* – declarado o critério mais pertinente para a caracterização da entrevista, sendo que Craig, 1989 tendo em atenção os objetivos das entrevistas psicológicas, definiu 7 tipos diferentes: as entrevistas de recolha de dados, as de estudo de caso, as de avaliação de estado mental, as de pré e pós-teste, as breves de avaliação, as de conclusão e as de investigação (citado por Leal, 2008).

Relação terapêutica

A relação terapêutica é o veículo pelo qual se conduzem os tratamentos psicoterapêuticos. O destino de cada psicoterapia vai ser definido pelas componentes individuais do paciente e do terapeuta, das revivências passadas que ambos trazem para a situações presente e da interação destes elementos com a relação atual, única e particular (Cordioli, 2008).

Esta é uma relação que, possui uma interação muito complexa como componente, e o primeiro objetivo numa terapia é a formação da mesma, em que para ter sucesso é necessário a criação de uma aliança terapêutica que consiste na capacidade do paciente para estabelecer uma relação de trabalho com o terapeuta, em oposição às reações transferenciais regressivas e à resistência (Cordioli, 2008). Para que haja um bom funcionamento da mesma, são necessárias algumas características essenciais que o terapeuta deve ter tais como: a compreensão empática, o respeito e a consideração positiva pelo individuo, a genuinidade e a congruência, a capacidade de especificar e clarificar, a amabilidade, a capacidade para se focar no aqui e agora permitindo uma atenção às interações que se estão a desenvolver entre o terapeuta e o paciente que podem ser muito elucidantes relativamente a questões pessoais (transferência e contratransferência) (Capuzzi & Gross, 2003).

Existem componentes na relação terapêutica que são idênticas a todas as terapias e outras que são distintas, as que todas partilham e que devem ter-se em conta, são as seguintes, a prática da psicologia vai permitir acesso ao lado mais pessoal, privado e aos assuntos mais sensíveis de um individuo, sendo portanto uma profissão que coloca no terapeuta uma grande responsabilidade e confiança e para além deste facto, os indivíduos que procuram ajuda de um psicólogo fazem-no, normalmente, numa altura de grande fragilidade, este nível de vulnerabilidade cria uma relação de poder desequilibrada, entre o paciente e o psicólogo (Richard & Huprich, 2009).

As componentes que vão diferenciar vão ser devido ao tipo de abordagem utilizada o objetivo da terapia, ou seja, a função que é pretendida da mesma. A diferença existe para que seja possível uma intervenção mais adequada à terapia, tendo como exemplo a terapia de apoio em que a duração é normalmente menor, o tipo de ligação criada com o paciente também vai diferenciar (Leal, 2005). Tendo o mesmo exemplo em conta, o manejo do

fenómeno da transferência nestas psicoterapias é nulo, sendo deixado, deliberadamente, no inconsciente do sujeito, já na psicanálise este fenómeno é intimamente explorado (Cordioli, 2008). Outra intervenção que exige algumas diferenças a nível da relação terapêutica, comparativamente a outras intervenções é a que se estabelece em circunstância de crise, visto que esta pode tomar lugar tanto dentro como fora do contexto de consultório, pode ocorrer em condições esporádicas e singulares e exigindo um diálogo mais diretivo por parte do psicólogo (Sá & Werla, 2008).

Psicologia de apoio

A Psicologia de apoio era muito pouco utilizada sendo apenas um último recurso quando não era possível encontrar nenhuma outra forma de tratamento específico, no entanto esta visão foi modificada em meados dos anos 80 visto que demonstrou ser uma forma eficaz na ajuda de pacientes que se encontravam com doenças crónicas e nas que apresentavam perturbações graves da personalidade (Bloch, et al., 1999).

Esta forma de intervenção difere bastante das consultas psicológica mais comum, na medida em que é utilizada em momentos de crise ou de descompensações temporárias, tendo como objetivo a restauração, o reforço e a integração de capacidades que foram comprometidas. O tipo de abordagem do psicólogo também é diferente, sendo mais diretivo e funcionando de uma forma idêntica a intervenção na crise (Cordioli, 2008).

Este tipo de terapia é utiliza uma variedade grande de técnicas e é utilizada por terapeutas de diferentes escolas e formações podendo ser utilizado por vários técnicos, tais como, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais e de uma forma menos formal por sacerdotes e professores (Bloch, et al., 1999).

A terapia de apoio permite uma intervenção moldada ao paciente, ou seja, neste tipo de terapia o psicólogo usa as técnicas que funcionariam melhor naquele caso em específico, permitindo assim uma maior flexibilidade exigindo assim um conhecimento

muito amplo de diversas técnicas e formas de intervenção por parte do terapeuta/psicólogo (Leal, 2005).

Esta forma de terapia pode ser agrupada consoante a sua duração podendo ser de longa-duração que se refere a intervenções que podem ter a durabilidade de uma vida e que têm como foco a ajuda de indivíduos com perturbações graves da personalidade, doenças psiquiátricas medicadas, doenças crónicas exigentes e/ou com debilidades mentais. Esta psicoterapia pode ser também, de média duração, sendo esta o formato mais utilizado pois esta não requer que o paciente esteja necessariamente em situação de crise ou que tenha uma patologia grave, servindo assim para apoiar as pessoas que estejam em sofrimento, que tenham sofrido algum tipo de acidente ou que estejam a passar por alguma questão relacionada com o desenvolvimento e que apesar de haver um funcionamento adaptativo por parte do individuo, a vivencia do acontecimento continua a trazer algum tipo de sofrimento ou desconforto ao mesmo. Por último temos a psicoterapia de apoio de curta duração, mais conhecida por intervenção na crise (Leal, 2005).

Intervenção na crise

A palavra crise é referente a qualquer situação que perturbe a adaptação prévia, e que requeira novas respostas, exigindo assim do sujeito uma mudança súbita da sua conduta (Ornelas, 2008). Sendo esta caracterizada como pontual, localizada e uma mudança decisiva ou um momento agudo de desequilíbrio (Doron & Parot, 2001).

É necessário o psicólogo intervir em situações de crise quando o sujeito com capacidades adaptativas consideradas normais que, devido à ocorrência de alguma circunstancia inabitual, não consegue temporariamente aceder aos seus recursos internos e/ou externos, requeridos para ultrapassar o acontecimento (Leal, 2005).

Aconselhamento Psicológico

Aconselhamento psicológico corresponde a um encontro pontual com um individuo que não apresenta necessariamente qualquer tipo de patologia ou de sofrimento, mas que está a necessitar de ajuda de um psicólogo para com este conseguir resolver um problema específico, na medida em que não o pode ou consegue fazer sozinho e em que considera que a comunicação, a exposição e as devoluções lhe permitirão tomar uma decisão (Pedinielli, 1999).

A distinção entre aconselhamento e da psicologia clinica não é fácil de fazer, devido á complexidade da história e formação de ambos, no entanto estes diferem a nível da prática e da investigação (Woolfe, Dryden, & Strawbridge, 2003).

Tanto o aconselhamento como a psicoterapia exigem dos profissionais um domínio de uma constituição de numerosas variedade de relações e modalidades pessoais e profissionais, permitindo assim que sejam formadas condições fundamentais para uma ajuda completa ao individuo que a procura (Capuzzi & Gross, 2003).

O foco principal do aconselhamento é o da relação de ajuda sendo que esta é utilizada como sendo a principal ferramenta para conseguir chegar ao individuo e ajudá-lo em todos os aspetos psicológicos de que ele necessita. Esta ferramenta e a forma como ela é utilizada pode influenciar em todos os aspetos o tipo de ajuda que o sujeito recebe (Capuzzi & Gross, 2003). Este foco veio ajudar na evolução e na qualidade de atendimento e ajuda prestada pelos clínicos no aspeto em que permitiu dar uma maior relevância do impacto da relação de ajuda criada entre o paciente e o psicólogo, demonstrando que se esta for de grande qualidade a ajuda prestada pode ser muito maior, a um nível mais profundo e significante para o paciente, focando a ajuda prestada ao nível da saúde e do bem-estar e não só na doença (Woolfe, Dryden, & Strawbridge, 2003).

Intervenção psicológica em grupos

Existe uma diversidade muito grande de atividades de grupo em contexto institucional, sendo que a sua tipologia vai variar consoante, a sua finalidade, o diagnóstico dos participantes, a abordagem terapêutica, o local do seu desenvolvimento, a dimensão do grupo, a duração do tratamento, entre várias características. O que difere a intervenção psicológica dessas atividades é, essencialmente, a extensa formação do profissional e o propósito, e estas duas componentes mudam o impacto que tem na pessoa visto que a atividade se torna numa ferramenta terapêutica para melhorar o bem-estar do paciente (Guimón, 2002).

A nível da sua composição, o grupo pode ser heterogéneo ou homogéneo de acordo com as suas características sociodemográficas e dos diagnósticos dos participantes, podendo estes ser diferentes ou semelhantes (Guimón, 2002).

As intervenções em grupo permitem a observação das dinâmicas de grupo, que consistem, no estudo das influências poderosas, e nos processos que emergem quando o sujeito se encontra em circunstâncias de grupo. Em termos de metodologia utilizada, para haver uma correta avaliação destes processos, é necessário ligar as áreas da prática e as da teoria. (Lima & Guerra, 2005).

Os grandes propósitos da utilização deste método de intervenção é para que seja possível promover a coesão e a ligação, das pessoas envolvidas, através do reconhecimento da existência e de um objetivo comum a todos, e de uma semelhança nos seus problemas, para que consigam encontrar nesse grupo, uma forma de suporte social alternativo, necessário para construção e desenvolvimento da identidade individual de cada um, e promovendo assim o equilíbrio nas diferentes circunstâncias atuais ou nas que possam vir a encontrar (Lima & Guerra, 2005).

Existe um lago espectro de formas de intervir em grupos sendo que as atividades mais comuns são o psicodrama de Jacob Levi Moreno e as dinâmicas de grupo de Kurt Lewin (Dreyfus, 1980).

Programa de Promoção de Competências

Os programas de promoção de competências têm como finalidade principal permitir que os indivíduos vivenciem um conjunto de experiências que, devido ao facto de não terem ocorrido naturalmente ao longo da sua vida, necessitam de ser ensinadas ou desenvolvidas. Experiências estas, como as capacidades emocionais, as sociais e as cognitivas que vai permitir que os indivíduos consigam lidar de uma forma melhor com todo o tipo de situações e problemas do seu dia-a-dia (Loureiro, 2013).

Segundo Matos, et al. (2011), os Programas de Promoções de Competências Pessoais e Sociais são um meio para ajudar os indivíduos a desenvolverem e a promoverem o autoconhecimento, o autoconceito e capacidades tanto a nível pessoal como a nível social. Dando assim uma hipótese de uma melhor adaptação, reação e resposta aos acontecimentos do seu dia-a-dia e ao longo da vida. Tendo em conta que um maior e melhor conhecimento do individuo sobre si mesmo vai permitir que ele saiba como é que reage e interage com o mundo que o rodeia, pode levar a uma previsão de algumas respostas e comportamentos que seja provável dar e avaliar alternativas mais adaptativas e adequadas a cada situação, havendo uma melhoria tanto a nível de autorregulação como de resolução de problemas, permitindo assim um maior ajustamento social e individual.

Em qualquer cultura existem cinco áreas básicas específicas nas quais as competências de vida são relevantes: na *tomada de decisão* e *resolução de problemas*; no *pensamento crítico* e *criativo*; nas *competências comunicacionais* e *interpessoais*; no *autoconhecimento* e *empatia*; e nos *mecanismos de coping* para lidar com a ansiedade e com as emoções (Loureiro, 2013).

Competências pessoais e sociais

As competências sociais e pessoais são padrões constituintes do nosso perfil, ou seja, são indicadores do nosso comportamento e capacidade de lidar com o mundo que nos rodeia e possíveis acontecimentos (Arnold, et al., 2010). Clarificando um pouco, as competências são classificadas como sendo, características subjacentes de um sujeito, que têm uma relação causal com critérios de realização e/ou eficácia superior ao lidar com determinadas situações ou tarefas. Estas competências podem ser profundamente caracterizantes da personalidade do individuo permitindo assim uma previsão do comportamento do mesmo e na sua capacidade de realização de tarefas (Cascão, 2005).

O que torna o estudo das competências do individuo muito uteis na psicologia das organizações, pois permite uma avaliação do sujeito e das suas qualidades levando assim a uma escolha mais adequada do tipo de trabalho e das funções que deve exercer (Arnold, et al., 2010).

As competências do individuo vão ser marcadas pela sua genética e pelo seu meio, sendo que a sua capacidade de aprendizagem vai promover a amplitude das suas competências, ou seja, a genética define algumas das nossas competências mas a nossa capacidade de aprendizagem, observação e motivação vão definir se essas características vão ser potencializadas ou não (Neves, Garrido, & Simões, 2006).

As competências podem, portanto, ser divididas em pessoais, que englobam um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes ao sujeito e em sociais que está intimamente ligada à aprendizagem dessas competências, através da socialização, observação e contacto com o meio envolvente do sujeito (Fleury & Fleury, 2001; Neves, Garrido, & Simões, 2006).

Autoconhecimento

O autoconhecimento é o conhecimento de se próprio e tal como nós mesmos, vai variando ao longo da nossa vida, mudando também a perceção de que temos de nós mesmo. Em criança existe o domínio do egocentrismo, em que temos a visão de que a separação entre nós e o outro não existe, adquirindo o sentimento de existência só por identificação com o outro. Em adulto o conhecimento de si mesmo passa pela tomada de consciência do próprio esquema corporal a qual nasce a convicção de habitar e dominar o seu corpo, ao mesmo tempo que domina o espaço e o tempo, mas também através da introspeção tarefa esta, que quase não se desenvolve antes da maturação. Este autoconhecimento é algo que se vai adquirindo e modificando ao longo da vida e tem como objetivo, o conhecimento de si mesmo na sua totalidade física e psíquica, sendo definida como uma tarefa complexa e sempre inacabada (Gauquelin, et al., 1987).

O autoconhecimento pode ser definido como sendo o desenvolvimento da personalidade ao passar pelo processo de individualização em que o individuo ganha o conceito de si mesmo enquanto centro da personalidade e abarcando os seus aspetos conscientes e inconscientes. Neste processo os complexos do inconsciente, que estão a obstaculizar o contacto com o ego, são dissolvidos através do autoconhecimento. Sem autoconhecimento, todo o conhecimento torna-se nocivo à saúde ou à vida. Não iremos conseguir compreender verdadeiramente algo que seja exterior a nós, que não esteja em relação ao nosso ser e a nossa própria dimensão íntima, visto que para compreendermos o mundo exterior e os outros indivíduos é necessário termos conhecimento de nós mesmos (Raffaelli, 2004)

Autonomia

Politicamente e moralmente falando, existem várias definições para a autonomia, politicamente e moralmente falando, existem várias definições para a autonomia, etimologicamente falando, a palavra autonomia significa o poder de dar a si a própria lei,

não se definindo no entanto, como tendo poder ilimitado e absoluto, nem como sendo sinónimo de autossuficiência (Darwall, 2006).

A autonomia é indicativa de uma esfera particular em que os limites são a própria existência, distinguindo assim o seu poder do dos outros, e apesar de distintas não são incompatíveis. Muitas vezes vem associada à adolescência, sendo identificada como uma etapa de desenvolvimento essencial para uma transição plena para a vida adulta, tendo uma definição que varia consoante o contexto e a situação, sendo vista de uma forma geral como um estado de independência e capacidade para se autogovernar mas mantendo um relacionamento positivo com os seus pares, familiares e com a autoridade (Zatti, 2007).

Segundo apurou Graça, Calheiros e Martins (2010), vários autores tentaram caracterizar a autonomia separando-a em subtipos, tais como: Steinberg (1999), que dividiu a autonomia em 3 tipos: a emocional que se refere às emoções e sentimentos pessoais e aos padrões de relacionamento que temos com as pessoas que nos rodeiam, relativos á nossa procura de individualidade e de afirmação pessoal; a de valores que é caracterizada pelas atitudes e pelos pensamentos mais abstratos que são independentes dos de os nossos pares; e por último a autonomia comportamental que é referente à capacidade de tomada de decisões e da consistência e continuidade das mesmas; e Noom (1999) que propôs 3 tipos de autonomias e 3 dimensões correspondentes, a autonomia atitudinal - dimensão cognitiva referente à habilidade de tomar decisões, de definir objetivos pessoais e de especificar várias opções, a autonomia emocional -dimensão afetiva que é caracterizada pela perceção de independência dos pais e dos pares, sentindo confiança nas suas próprias escolhas e objetivos mas também respeitando e mostrando consideração pelos dos outros por fim definiu a autonomia funcional - dimensão

comportamental que se refere às diferentes formas de atingir os objetivos, incluindo processos essenciais para os alcançar, como a perceção de competências e de controlo.

Existe uma grande variedade de fatores que podem influenciar o desenvolvimento da autonomia tendo sido destacados 2 tipos de variáveis: as *internas,* que incluem o desejo de independência, a motivação, o locus de controlo, a vontade de tomar decisões, a perceção do ambiente, a autoestima e a relação com a autoridade e as *variáveis externas,* que são referentes à estrutura familiar e os seus padrões relacionais, à presença ou ausência de controlo de autoridade, o ambiente psicossocial e emocional no contexto familiar ou institucional. Como exemplo temos a forma como como o controlo parental influência os níveis de autonomia dos adolescentes, sendo que estes, procuram um aumento constante da capacidade de decisões que influenciam a sua vida, o que parece ter uma evolução favorável quando se encontram em ambientes em que são estabelecidas regras e em que existe algum controlo por parte dos pais, no entanto tem também de existir uma satisfação a nível do apoio emocional. Existindo isentivo e espaço para o crescimento do adolescente, a nível de autonomia mas não demasiado que leve a que comecem a procurar orientação e formas de estar e de viver nos seus pares em vez de os seus pais. (Graça, Calheiros, & Martins, 2010).

Coesão

O termo coesão está intimamente ligado à definição e significado da palavra, no seu sentido físico, sendo que esta se identifica como sendo a força que mantem juntas as moléculas de um corpo que criando uma ligação que pode produzir pressão, tensão, valência. A coesão pode englobar uma perspetiva psicológica e sociológica, ou seja, tanto pode abordar o individuo em si e a sua ligação com o grupo como as interações, ligações e a identidade do grupo em si (Maisonneuve, 1967).

A Coesão social é designada, no seu sentido lato, como sendo um campo de forças que interligam os membros de um grupo entre si, agindo sobre eles para impedir o abandono do mesmo e permitindo a resistência a influências disruptivas. A coesão é manifestada através da solidariedade entre os membros, da cooperação na realização de atividades, da diminuição das diferenças interindividuais que pode ir até à adoção de condutas padronizadas (Doron & Parot, 2001).

São vários os fatores que podem influenciar a criação e mudança de coesão num grupo, sendo que estas podem ser categorizadas em intrínsecas ou extrínsecas, o primeiro é referente às características próprias do grupo e o segundo a fatores anteriores à formação dos grupos ou que são registados imediatamente antes da instalação do grupo. Os fatores intrínsecos de coesão são caracterizados como tendo duas ordens: a socio-afetiva que é referente a certas motivações, emoções e valores comuns ao grupo, sendo que esta ordem pode ser dividida em 5 fatores, *o atrativo de um fim comum, da ação coletiva, da pertença ao grupo, o jogo de afinidades interpessoais* (simpatias eletivas para determinados membros do grupo com os quais a pessoa criou ou pretende criar uma relação de amizade) e por fim a *satisfação de certas necessidades pessoais*; e a ordem operatória e funcional, que por sua vez se divide em 2 factores *a distribuição e a articulação de papeis* (que pode depender das atividades que se pretendem e/ou das aptidões dos membros constituintes do grupo) e o *comportamento do grupo e o modo de liderança* do mesmo (Maisonneuve, 1967). É de notar que este ultimo modo é decisivo da atmosfera do grupo, sendo que lideres preparados e democráticos podem ser uma boa solução para a gestão de conflitos (Lewin, 1978).

Gestão de conflitos

O conflito é um fenómeno comum em todas as áreas da vida do individuo, sendo que este pode ter ação a nível psicológico ou sociológico, ou seja, tanto pode existir num só

individuo e na sua ligação consigo mesmo (ex: conflito cognitivo, psíquico, entre outros) ou pode ser entre indivíduos (ex: conflito de culturas, conflito social, entre outros) (Doron & Parot, 2001). Dividindo assim a natureza do conflito em intrapessoal, que é referente a estados psicológicos antagónicos e em interpessoal, referente ao conflito entre duas ou mais pessoas, que por sua vez pode ser caracterizado como sendo *conflito diádico* (quando envolve duas pessoas) ou *conflito multipares* (quando envolve mais de dois indivíduos) (Neves, Garrido, & Simões, 2006).

O conflito em si é definido como qualquer fenómeno em que haja uma situação de antagonismo devido ao confronto de opiniões, interesses ou aspirações diferentes (Neves, Garrido, & Simões, 2006). Sendo caraterizado por um problema intelectual a solucionar pelo individuo, podendo ter tido origem em exigências externas e/ou internas.

A resolução dos conflitos vai depender de fatores estruturais ou de contexto, das competências de comunicação dos intervenientes e principalmente de estratégias inerentes aos indivíduos envolvidos, ou seja, a forma como o(os) individuo(os) encaram as situações conflituais, sendo esta essencial para a forma como o processo se vai desenrolar e os resultados que vão obter (Neves, Garrido, & Simões, 2006). Tendo em conta que a capacidade de resolução de conflitos do individuo vai exercer uma influência direta na felicidade, no conforto e na sua eficiência, o grande perigo deste fenómeno é que uma ou mais das necessidades geradores do conflito vão ter de ficar, de certo modo, por satisfazer, exigindo algum tipo de cedência, podendo, deste modo, tornar-se numa uma fonte de angústia ou aflição (Lazarus, 1966).

Ao contrário da resolução a gestão de um conflito implica uma diminuição do impactos disfuncionais e uma ampliação das suas funções construtivas, tirando partido do potencial de inovação que proveniente do debate das divergências (Neves, Garrido, & Simões, 2006).

Esta competência, tanto a nível individual como coletivo, é amplamente estudada na psicologia, principalmente na vertente social e na organizacional, sendo que existem várias formas de análise avaliação e treino da mesma (Neves, Garrido, & Simões, 2006).

Modelo Teórico: Cognitivo-Comportamental

Todas as terapias cognitivo-comportamentais são idênticas nos seus fundamentos de base, sendo estes caracterizados por 3 princípios, o primeiro defende que a atividade cognitiva influencia o comportamento, o segundo que a atividade cognitiva pode ser controlada e alterada, e o ultimo que a mudança de comportamento desejada pode ser atingida através da mudança cognitiva. A perspetiva teórica do modelo cognitivo-comportamental tem como base o pressuposto de que os processos internos de pensar e de cognição acontecem e os acontecimentos cognitivos influenciam a nossa mudança de comportamento. Sendo que esta mudança não envolve, necessariamente, mecanismos cognitivos elaborados, e pode ser alcançada através de pequenas mudanças a nível do comportamento ou cognitivas, sendo que estas se influenciam mutuamente. É de notar que qualquer terapia que seja estritamente cognitiva ou estritamente comportamental não faz parte deste modelo, visto que nele, estas estão intimamente ligadas (Dobson, 2001).

O referencial teórico desta terapia permite uma intervenção com a utilização de várias técnicas e com caracter individual ou grupal tendo como principal objetivo trabalhar inúmeras habilidades (ex: de relacionamento, estilo de vida, redução de stress), tendo como foco aquelas que são mais necessárias de serem cuidadas, variando de acordo com o(os) sujeito(os) em terapia. As terapias cognitivo-comportamentais permitem ao sujeito a identificação e correção de distorções cognitivas, ou seja, o paciente é ajudado a reavaliar, corrigir e a pensar e agir de uma forma mais realista e adaptativo, melhorando assim os seus sintomas. As técnicas utilizadas neste modelo variam bastante sendo que algumas delas são: a elaboração de uma lista identificando de pensamentos, situações e

sentimentos e a correlação entre os mesmos; a realização de diários; a elaboração de listas pesando os prós e os contras; a *tempestade de ideias*, que consiste na nomeação aleatória de soluções para um determinado problema, entre outras, sendo que todas têm uma forte inclinação para a prática e a execução de tarefas (Cordioli, 2008).

As instituições e as crianças e os jovens

A institucionalização serve como resposta à procura de uma alternativa à pobreza, à miséria, à destruturação social e familiar aos maus tratos e abandono. Servindo como veículo de proteção, educação e ressocialização da criança (Ramos, 2004).

Lares de acolhimento

No sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens em situações de perigo funciona em rede e disponibiliza três formas diferentes de ajuda: a Unidade de Emergência, as Casas de Acolhimento Temporárias, e o Acolhimento Familiar, que por sua vez, é caracterizado de três formas: os Lares para crianças e jovens, a Adoção e o Regresso à família de origem. Em Portugal existem 257 lares onde vivem um total de 9561 crianças e jovens em que o funcionamento dos mesmos é definido a partir de duas medidas, os princípios pelos quais regem a sua atuação e os objetivos para que esta se direciona. Funcionamento este, que será considerado ideal se for caracterizado como sendo uma estrutura social de regime aberto tendo como objetivo acolher crianças e jovens dando-lhes uma estrutura de vida o mais aproximada possível às das de uma família, com o propósito de lhes permitir, de uma forma adequada, o desenvolvimento físico, intelectual e moral e à sua inserção na sociedade. Os objetivos desta tarefa são alcançados através do estabelecimento de laços afetivos e emocionais com os técnicos, monitores e crianças e jovens pertencentes á nova família, como também com as famílias de origem (quando tal não se torna prejudicial para a criança) e na comunidade envolvente (PORTUGAL. Instituto para o Desenvolvimento, 2000).

Apartamentos de Autonomização

Os Apartamentos de Autonomização são uma resposta social desenvolvida para funcionar como método de promoção de autonomia e que usa um apartamento como instrumento para alcançar esse objetivo. Estes apartamentos encontram-se, normalmente, inseridos numa comunidade local, e têm como propósito servirem como apoio a jovens, que possuem competências pessoais e sociais específicas, na sua transição para a vida adulta. Atingindo este fim através da dinamização de serviços que articulem e potenciem recursos existentes nos espaços territoriais (Neves M. C., 2011)

Tem como objetivo dar-lhes um espaço em que consigam desenvolver história permitindo assim aos jovens uma transição adequada para uma vida autónoma, de uma forma segura, plena e integrante (Fernandes, et al., 2014).

Crianças e jovens

Cada criança e jovem tem um desenvolvimento diferente e mesmo passando por experiências idênticas as respostas podem ser diferentes, no entanto existem algumas etapas idênticas a todos, mas experiênciadas por cada um de forma distintas. O desenvolvimento está sujeito a inúmeras influências, sendo que algumas sâo de origem hereditária (percentagem de incidência de um traço ou grau de semelhança nos membros da mesma família), outras do ambiente externo (ex: família, etnia, cultura, entre outros) sendo que as diferenças entre os indivíduos vão-se criando com o passar do tempo através das vivências e do crescimento. Ao longo das etapas de desenvolvimento existem períodos definidos como sendo críticos ou sensíveis em que o impacto provocado, tanto a nível físico como psicológico, devido à privação de determinadas experiências ou à vivência de outras pode ser muito maior para a criança e/ou jovem devido à etapa de desenvolvimento em que se encontra. Como exemplo primordial temos a vinculação do bebe com a mãe, sendo este essencial e se em caso de ausência não for encontrado um

substituto adequado, a criança pode desenvolver graves problemas, tanto a nível físico (ex: atrasos, deficiências, entre muitos outros) como a nível psicológico (ex: problemas relacionares, de autoestima, entre muitos outros). A pela compreensão do desenvolvimento da criança tem de passar, obrigatoriamente pelo estudo dos contextos ambientais múltiplos em que a mesma se envolve, tendo especial atenção ao mais influente, a sua família, os seus progenitores e a sua mãe (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Vinculação

O estudo do fenómeno da vinculação teve início após a Segunda Guerra mundial visto que foi a primeira grande guerra em que os civis, as mulheres e as crianças não foram tomados em consideração, logo houve um grande crescimento do número de crianças órfãs ou separadas das respetivas mães. O sistema de vinculação é definido como sendo aquilo que mantem a proximidade, transmite sentimentos de segurança, sendo que a proximidade que a criança permite manter com figuras adultas protetoras são uteis na luta contra os perigos do ambiente. Este fenómeno é observável através dos comportamentos de vinculação que incluem todo o tipo de comportamentos, intrínsecos ou não, que promovem a proximidade com a figura de vinculação (ex: o sorriso de um bebe ou a sua vocalização) (Guedeney & Guedeney, 2004).

As figuras de vinculação são referentes à figura cuja criança direciona o seu comportamento de vinculação, sendo que a mãe é a mais falada mas este sistema não é exclusivo a essa relação (Guedeney & Guedeney, 2004). Sendo que a primeira figura de vinculação de uma criança vai ser a que exerce maior influência na definição e formação da personalidade da mesma (Bowlby, 1984).

A relação de vinculação não é imediata e constrói-se progressivamente, sendo este muito complexo consistindo em muito mais do que no comportamento de *imprinting*,

sendo que este é imediato e é instintivo. Nesta relação a acriança direciona-se de forma preferencial para uma ou mais figuras concretas, procurando cuidado, conforto, apoio e proteção, e em paralelo surge a angústia perante o estranho e o protesto em caso de separação com a figura (Guedeney & Guedeney, 2004).

A compreensão da perda desta figura de vinculação apenas pode ser totalmente compreendida se for estudado o vínculo a esta figura (Bowlby, 1984). Tendo sido comprovado que o sistema de vinculação tem um impacto muito grande no bebe, na criança, no adolescente e no adulto, sendo que dependendo da capacidade de adaptação e do estágio em que o individuo se encontra, vai ter um maior ou menor impacto no mesmo (Guedeney & Guedeney, 2004).

Alguns estudos comprovaram que os modelos de vinculação vão influenciar os padrões de relacionamento desses indivíduos com as pessoas que os rodeiam, tendo sido identificados quatro critérios relativos à perturbação-limite de personalidade que consistem no medo de perda, procura de uma base de segurança, procura compulsiva de cuidados e retraimento de fúria. Sendo que a vinculação e as suas possíveis influencias na formação de patologias podem ser medidas através da classificação da qualidade de vinculação da criança às figuras parentais, das experiências surgidas ao longo da vida e do estado de espirito relativo à vinculação tal como é observado no individuo adulto (Guedeney & Guedeney, 2004).

Regularmente as patologias associadas a uma vinculação problemática são as perturbações ansio depressivas. A perda ou a separação de figuras de vinculação na infância aumentam o risco de episódios depressivos posteriores (Bowlby, 1984).

Guedeney & Guedeney (2004) averiguaram que, Bowlby (1980) classificou três tipos de circunstâncias que promovem o risco do desenvolvimento posterior de uma depressão que são as seguintes: a morte de um dos progenitores durante a infância, a impossibilidade

de a criança desenvolver um deles, uma relação segura (consequentemente um modelo de si mesmo de boa qualidade), e por fim a presença de pais indisponíveis.

Depressão

A depressão é uma perturbação do humor caracterizada por 3 aspetos essenciais para a definição da sua estrutura. *A dependência oral-anaclítica* – caracterizada por um padrão relacional de dependência, ou seja, necessita da dependência de um objeto provisor e protetor que promove os elementos de satisfação e de apoio; *A insuficiência da compleição narcísea* – caracterizada por uma acentuada baixa-autoestima em que o self real é diminuído, onde a sua autoimagem é de desvalorização e de pequenez; E por fim *a severidade do Supereu* – caracterizada pela sua implacabilidade, ou seja, um supereu que não perdoa e que castiga á mínima transgressão, sendo o objeto interno convertido em críticas constantes e em que toda e qualquer expansividade do ser é reprimido (Matos, 2007).

Esta perturbação é definida como sendo do humor visto que promove alterações do mesmo, sendo que uma normalmente qualquer atividade humano é acompanhada por um sentimento de prazer ou de desprazer congruente com a atividade e com os seus efeitos, mas a depressão vai alterar a regulação destas respostas emocionais, sendo que a tristeza deixa de ser uma característica de certas reações legítimas e vem substituir qualquer outra reação emocional, colorindo qualquer atividade com esse sentimento penoso (Widlöcher, 2001).

Segundo o DSM V as perturbações depressivas podem ser classificadas como sendo um Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (Distimia), Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno Depressivo Especificado e por fim

Transtorno Depressivo Não Especificado. Sendo que o que têm em comum é a presença de humor triste, vazio ou irritável e alterações somáticas e cognitivas que afetem significativamente a capacidade de funcionamento do sujeito e o que as distingue são os componentes da durabilidade, o momento e/ou a etiologia presumida (APA, 2013).

Crianças e jovens institucionalizadas

As crianças e jovens são institucionalizadas por, à partida, o seu núcleo ter falhado de alguma forma e não ter conseguido providenciar estabilidade suficiente para esta ser mantida nele, logo, são colocadas num sistema de acolhimento. Se quando a família falha já causa impacto a nível do estado emocional do jovem então é necessário prevenir que a segunda hipótese não o faça, para que os danos não sejam maiores (Siqueira & Dell'Aglio, 2006).

Algumas manifestações clinicas são muito frequentes quando as crianças são institucionalizadas, tais como: isolamento, instabilidade comportamental, inibição motora, depressão e insónia. Foi comprovado que se a criança conseguir formar laços de vinculação com adultos de uma forma saudável, estável e que promova sentimentos de confiança, segurança e positividade, promova planos positivos para o futuro da mesma, apesar da sua ligação com a família ou ausência da mesma, é possível que a criança consiga reconstruir a sua autoimagem e identidade para uma mais saudável. No entanto se pelo contrário, a institucionalização permitir maus tratos ou abusos sexuais, tiver condições precárias ou utilizar um sistema disciplinar muito rígido ou punitivo e tiver ausência de projetos para o futuro da criança, então a probabilidade do desenvolvimento de psicopatologias e de dificuldade de adaptação social e familiar aumenta drasticamente (Ramos, 2004).

Em 2014 foram associadas a presença de algumas problemáticas mais consistentes em jovens e crianças em situações de acolhimento sendo estas as seguintes: Problemas de

comportamento (PC), deficiência mental clinicamente diagnosticada (DefMCD), debilidade mental clinicamente diagnosticada (DMCD), problemas de saúde mental clinicamente diagnosticados (PSMCD), deficiência física clinicamente diagnosticada (DefFCD), doença física clinicamente diagnosticada (DFCD), consumo esporádico de estupefacientes (CEE), toxicodependência (Tox.). Foi analisado que 4.896 das crianças e dos jovens em situações de acolhimento possuem estas características e organizando por faixas etárias o número de crianças e jovens com estas características são, respetivamente, os apresentados na tabela seguinte: (Instituto da Segurança Social, I.P, 2015).

Tabela 1

Problemáticas principais de acordo com faixa etária, baseado na informação obtida segundo o Instituto da Segurança Social, I.P (2015).

Faixa etária	**Problemáticas principais**							
	PC	DefMCD	DMCD	PSMCD	DefFCD	DFCD	CEE	Tox.
Do 0 aos 3	-	10	6	6	16	37	-	-
Dos 4 aos 5	13	15	9	8	20	24	-	-
Dos 6 aos 9	119	76	57	30	48	51	-	-
Dos 10 aos 11	127	48	46	25	23	19	-	-
Dos 12 aos 14	555	122	148	74	49	65	46	7
Dos 15 aos 17	1160	228	202	152	62	89	314	104
Dos 18 aos 20	190	132	102	76	48	42	41	13

O individuo e o ambiente

A psicologia ambiental é uma vertente da psicologia que estuda o impacto que o ambiente que rodeia o sujeito e com que ele entra em contacto ao longo da sua vida o podem influenciar e moldar a níveis muito íntimos, podendo alterar o seu comportamento, a sua personalidade, possibilidade de desenvolvimento de patologias, entre muitos outros fatores, ou seja, o ambiente rodeante do sujeito pode alterar profundamente a essência do seu ser (Aragonés & Amérigo, 2002).

Para se compreender o individuo na sua totalidade é necessário ter em conta todos os aspetos do ambiente com o qual este entra em contacto e considerar as variáveis psicológicas, sociais e físicas de ambos (Stokols & Altman, 1991).

Existe um largo leque de estudos sobre o impacto que a institucionalização tem nas crianças e nos jovens em risco, no entanto são poucos os que falam sobre uma perspetiva da estrutura do seu ambiente enquanto estão nas instituições, abordando todas as interações e microssistemas subjacentes ao mesmo (Bronfenbrenner, 1979).

Desde o ano de 1970 que os estudos sobre o efeito que o ambiente tem nos sujeitos têm vindo a crescer, permitindo assim uma noção maior dos efeitos negativos ou positivos que este pode ter nos indivíduos que os constituem (Stokols & Altman, 1991).

Bronfenbrenner (1979) desenvolveu a teoria dos sistemas ecológicos – teoria bioecológica que analisa o impacto que os diferentes ambientes com o qual o sujeito entra em contacto, descrevendo os niveis e a intencidade com que o afectam, explicando também como é que as caracteristicas inatas do sujeito interagem com o ambiente e moldam o seu desenvolvimento. O individuo vai sofrer inúmeras mudanças ao longo da sua vida e vão existir vários ambientes naturais que o vão influenciar, e mesmo que se mantenham os mesmos, estes vão sofrer mudanças com o tempo, logo, o nível, a intensidade e a forma como vão influenciar o sujeito vai variar. Colocando o individuo em desenvolvimento como centro de vários sistemas ambientais em que cada um deles interage com o outro e com o individuo o seu desenvolvimento vai ser influenciado por todos, e vice-versa.

A teoria dos sistemas ecológicos defende a existência de quatro sistemas, o *microssistema* que é referente às atividades e interações que ocorrem no ambiente mais próximo ao individuo, sendo este o que tem maior impacto no individuo (Ex: família). O *mesossistema*, refere-se á segunda camada ambiental (Ex: lares, escolas e grupos de

pares), que é caracterizado pelas conexões ou inter-relações entre *microssistemas*, como exemplo temos os casos em que jovens, cujos pais têm uma dinâmica considerada harmoniosa e segura, são mais prováveis de ser aceites pelos pares, de conseguirem apreciar mais as amizades próximas, e sentirem maior apoio durante a infância e adolescência. Como terceiro sistema ecológico temos o *exossistema* que consistem em contexto nos quais nem a criança em o jovem fazem parte mas que mesmo assim exercem influência no desenvolvimento nas mesmas (Ex: o trabalho dos pais), se tivermos em conta o trabalho dos pais da criança como um *exossistema*, este vai influenciar a criança na medida em que as condições de trabalho vão influenciar os pais, que por sua vez, vão estar em contacto com a criança e vão influenciar a mesma. Temos, também, o *macrosistema* que é referente ao contexto cultural, subcultural ou classe social em que os *microssistemas*, os *mesossistemas* e os *exossistemas* estão inseridos, ou seja, é a ideologia ampla que dita, entre outras coisas, o que é ensinado, como é que as pessoas devem ser tratadas, como se devem comportar, e que objetivos devem alcançar. Como ultimo sistema temos o *cronossistema* que é referente á dimensão temporal, ou seja, é relativo às mudanças que ocorrem no individuo ou em qualquer contexto ecológico pode influenciar a direção que o desenvolvimento pode tomar. Tendo como exemplo o divorcio dos pais e o impacto que posse ter no individuo, se este se passar durante a infância o sentimento de culpa que esta possa acartar, vai ser muito superior do que se acontecer se o individuo estiver na fase da adolescência. As famílias são sistemas sociais complexos e são consideradas o núcleo da vida da criança, sendo que o desenvolvimento da mesma vai depender muito do funcionamento da família em que está inserida. As crianças e os jovens cujos *microssistemas* foram ou são negligenciados têm um impacto muito grande a nível da personalidade dos mesmos, afetando a forma como se desenvolvem, a forma como eles se autopercecionam, os padrões relacionais que criam, visto que têm como base o

disfuncional e consideram isso o normal, logo é isso que têm tendência a procurar. O funcionamento da família também vai depender dos meios envolventes, das suas condições financeiras, da sua cultura, entre outras coisas e se influencia a família, esta por sua vez, vai influenciar o desenvolvimento da criança (Shaffer, 2005).

Fatores de proteção e de risco

Existem dois grandes fatores psicossociais determinantes e preditores da qualidade de vida do sujeito e da sua saúde, tanto mental como física, estes são categorizados como os fatores socio ambientais e os fatores de personalidade (Fischer & Tarquinio, 2010).

Os primeiros são referentes ao conjunto de ações de fatores externos ao sujeito, podendo desempenhar um papel de proteção ou de risco (ex: categoria social, idade, características socioculturais, entre outros). O segundo fator é referente às características da personalidade do individuo que defende que existem determinados perfis da personalidade que são mais suscetíveis a ter influencia sobre a saúde e outros menos (Fischer & Tarquinio, 2010).

Tendo em conta que fatores de risco são a possibilidade de sofrimento de uma perca ou dano, de sumição a um perigo ou exposição a uma ferida com consequências na adaptação e em possíveis patologias futuras, e que os fatores de proteção são caracterizados como todos os que promovem a autoestima, a autoconfiança e a autoeficácia através de relações de vinculação seguras e estáveis ou do sucesso de realização de tarefas; os que reduzem o impacto do risco através do envolvimento e exposição a essa mesma situação e da alteração do significado do mesmo; os que diminuem a probabilidade de aumento de reações negativas à exposição ao risco; e por ultimo os que promovem novas situações e oportunidades de desenvolvimento pessoal (Ramos, 2004). Então podemos concluir que tanto os fatores socio ambientais como os de personalidade tanto podem ser considerados como sendo fatores de risco ou como

fatores de proteção, ou seja, se a situação financeira for precária então pode ser um fator de risco, se for abundante pode ser um fator de proteção, se os pais sofrerem de problemas psicológicos, patologias ou não souberem lidar com o stress, estes são considerados um fator de risco, se estes pelo contrário, tiverem uma boa capacidade de cooping e não sofrerem de nenhum problema psicológico ou patologia então estes são considerados um fator de proteção (Ramos, 2004).

Estatísticas em Portugal

Segundo PORTUGAL. Instituto para o Desenvolvimento (2000) averiguou, em 2000 as problemáticas vividas pelas crianças e jovens antes do acolhimento eram caracterizadas por: 3% de *trabalho precoce*, 15% *mendigar/pedir esmola*, 19% *inexistência de casa ou abrigo*, 57% de *fome* e 6% de *outras situações problemáticas*. Sendo que 15.7% sofreram *de falta de interesse e carinho*, 11.1% de *maus tratos físicos e psicológicos*, 11.3% os *pais sofriam de doenças graves*, 21.7% os *pais estavam separados*, e 3.2% *sofriam de influência a condutas desviantes*. 4.0% *assistia a discussões graves entre os pais*, 12.7% *tinham escassez de recursos económicos*, 2.3% *tinham pais que sofriam de deficiência física/mental*, 8.2% *sofria de delinquência* e 9.5% *de outras situações problemáticas.*

No ano de 2014 foram caracterizadas 10.903 crianças e jovens no sistema de acolhimento, das quais, 8.470, ou seja, 77.7% encontravam-se em situação de acolhimento e as restantes 2.433, ou seja, 22,3% cessaram a situação de acolhimento (Instituto da Segurança Social, I.P, 2015).

Tendo assinalado as situações de perigo que levaram ao seu acolhimento das mesmas, como sendo as seguintes apresentadas, por ordem decrescente relativamente à percentagem de predominância do motivo para a institucionalização: *a falta de supervisão e acompanhamento familiar* (sendo que 60% das mesmas a criança é deixada

só, entregue a si ou a um irmão considerado igualmente criança, por largos períodos de tempo); *exposição a modelos parentais desviantes* (em que 35% das mesmas, os pais expõem a criança a padrões de condutas desviantes ou antissociais, embora não o façam consciente ou intencionalmente); *negligência dos cuidados de educação e saúde* (em que 32% e 30%, respetivamente, das mesmas, apresentam situações de ausência de cuidados de rotina necessários); assinalam-se ainda a *ausência temporária de suporte familiar* (11,2%); *a prática de comportamentos desviantes* (9,36%); e *a exposição a mau trato físico* (7,36%) (Instituto da Segurança Social, I.P, 2015).

Foi diferenciado um subgrupo de crianças e jovens que entraram em acolhimento no ano 2014 (ano da avaliação) e que se encontravam acolhidas em Lar de Infância e Juventude (LIJ), Centro de Acolhimento Temporário (CAT) ou Apartamentos de Autonomização, totalizando um universo de 2.143 crianças e jovens entre os 0 e os 20 anos de idade. Foi averiguado que, neste subgrupo, as problemáticas principais que levaram ao acolhimento dos mesmos são coincidentes, partilhando algumas distinções a nível dos 3 principais fatores sendo que, como causa principal temos a *falta de supervisão e acompanhamento familiar*, seguidamente a *negligência ao nível da saúde* e em terceiro lugar temos a *exposição a modelos parentais desviantes* (Instituto da Segurança Social, I.P, 2015).

Relativamente aos projetos de vida das crianças e jovens, as instituições acolhedoras devem estar encarregues dos mesmos visto que são encarados como sendo fulcrais para a obtenção de um desenvolvimento e crescimento saudável e para a integração em sociedade das crianças e dos jovens acolhidos, independentemente das condições prévias em que viviam e da ausência de relacionamentos familiares ou das disfuncionalidades dos mesmos. Foi constatado que 392 (4,6%) das crianças e jovens encontram-se sem projeto de vida, 501 (5,9%) o acolhimento é inferior ou igual a 6 meses e 125 (1,5%) são

referentes a situações em que o projeto de vida foi necessário ser redefinido. Sendo que em 32% dos casos o projeto de vida delineado é para a autonomização, 30% para a reintegração na família nuclear, e 10, 5% para a adoção. É de notar que 8% dos casos tem como projeto de vida o acolhimento permanente, que envolve crianças e jovens com problemas de suade física, mental ou incapacidades que vão precisar de cuidados institucionais para além da maioridade, tendo todas as hipóteses de integração em meio natural de vida esgotadas. Averiguou-se, ainda, que a presença de planos alternativos existe em 21% dos casos (Instituto da Segurança Social, I.P, 2015).

Neste estudo foi também constatado a existência de um elevado número e diversidade de problemáticas associadas a crianças e jovens em situações de acolhimento, abrangidas pela Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) (Instituto da Segurança Social, I.P, 2015).

Objetivos Propostos

Os objetivos propostos neste estágio são os seguidamente apresentados: Em primeiro lugar o de desenvolvimento de um método de avaliação de determinadas competências sociais e pessoais e de medição do nível de autonomia dos jovens inseridos, atualmente e no futuramente, nos apartamentos de autonomia, para que seja possível quantificar a sua evolução ao longo da sua participação no projeto e para habilitar o mesmo de uma medição de funcionamento, para que seja possível a implementação de mudanças com o propósito de promover o seu melhor funcionamento.

O segundo objetivo proposto é o de promoção de determinadas competências sociais e pessoais das jovens atualmente inseridas no projeto, através de uma primeira entrevista individual, para a definição prévia das competências a serem trabalhadas e seguidamente da aplicação de um programa de promoção dessas mesmas competências, através de dinâmicas de grupo e sempre que necessário, de apoio psicológico individual.

Método

Tendo em conta os objetivos deste estudo de caso foram utilizados 2 métodos para os atingir, o de avaliação psicológica, que consistiu na elaboração e aplicação de um questionário (Anexo 1 ao 7 do Apêndice 3) que permitisse avaliar algumas competências sociais e pessoais e os níveis de autonomia dos jovens para que fosse possível medir a evolução dos mesmos, ao longo do projeto. De seguida, tendo em conta os resultados da avaliação e a informação recolhida em entrevistas individuais, foi definido que a intervenção psicológica seria feita através da elaboração e execução de um programa de promoção de competências.

Participantes

Tabela 2

Entrevistas individuais executadas ao longo do estágio

Nome	Idade	Motivo	Prática	Contexto	Nº Sessões
Túlipa	18	Preparação para a saída da instituição e entrada nos apartamentos	Exercícios de autoconhecimento	Institucional	2
Trepadeira-elefante	18	Preparação para a saída da instituição e entrada nos apartamentos	Entrevista não estruturada	Institucional	1
Flor	20	Averiguação de competências a trabalhar	Entrevista Semiestruturada	Domiciliário	2
Orquídea	20	Averiguação de competências a trabalhar	Entrevista Semiestruturada	Domiciliário	1
Dente de Leão	20	Averiguação de competências a trabalhar	Entrevista Semiestruturada	Domiciliário	2

Tabela 3

Entrevistas e dinâmicas de grupo executadas ao longo do estágio

Nome	Idade	Motivo	Prática	Contexto	Nº Sessões
Flor	20	Trabalhar o autoconhecimento individual e a coesão do grupo	Programa de promoção de competências – Dinâmicas de grupo	Domiciliário	5
Orquídea	20	Trabalhar o autoconhecimento individual e a coesão do grupo	Programa de promoção de competências – Dinâmicas de grupo	Domiciliário	10
Dente de Leão	20	Trabalhar o autoconhecimento individual e a coesão do grupo	Programa de promoção de competências – Dinâmicas de grupo	Domiciliário	9
Cravo	20	Trabalhar o autoconhecimento individual e a coesão do grupo	Programa de promoção de competências – Dinâmicas de grupo	Domiciliário	6
Girassol	20	Trabalhar o autoconhecimento individual e a coesão do grupo	Programa de promoção de competências – Dinâmicas de grupo	Domiciliário	6

Instrumentos

O instrumento utilizado para a execução deste estudo de caso foram entrevistas individuais semiestruturada, 1 sessão de grupo, uma compilação de questionários desenvolvido durante o estágio (Anexo 1 e 3, e desde o 5 ao 15 do Apêndice 3) e o *Questionário de Autonomia nos Adolescentes* - Adaptado de Noom, 1999, por Graça, J., Calheiros, M., & Martins, A., 2010 (em que o item 6 foi retirado) (Anexo 2 e 4 do Apêndice 3, tendo estes sido adaptados do Anexo 1), um manual de promoção de competências também elaborado no estágio, constituído por 10 dinâmicas de grupo. Foram utilizados diversos materiais durante as dinâmicas, como lápis, lápis de cor, canetas de cor, folhas A4 e folhas em formato de pergaminho.

Procedimentos

O presente estágio teve a duração de 450 horas práticas e 30 horas de investigação. Somando o total de 480 horas sendo que o seu inicio foi a 29 de Outubro de 2014 e finalizou a 23 de Setembro de 2015.

Este estágio foi caracterizado por diversas atividades, podendo ser divididas segundo o respetivo local de intervenção visto que estas tiveram lugar na sede da instituição (Fundação o Século em S. Pedro do Estoril), mais especificamente nos escritórios de técnicos do lar de acolhimento intitulado por Casa do Mar e no consultório médico, e nos apartamentos de autonomia da Instituição, intitulados por Casas da Ponte.

Na Instituição o horário era todas as quartas e quintas das 10 às 17h, sendo que as atividades englobaram:

- Ajudar em atividades de artes manuais para a concretização de alguns eventos da fundação;

Atividades estas que envolveram a conceção de origamis para servirem de presente para os convidados, de um evento organizado pela fundação, levarem e de flores em papel para se pendurar no refeitório para marcar o início da primavera.

- Assistir na execução de atividades organizadas pela instituição;

Estando presente num evento sobre o livro, explicando como se executava uma tarefa desenvolvida pela diretora da Casa do Mar que teve como objetivo o de promover a imaginação das pessoas que participavam no mesmo (as pessoas tinham de retirar de um globo giratório varias palavras e depois tinham de as juntar e acrescentar algumas palavras para no final se formar uma historia com todas as frases dos participantes)

- Auxiliar as jovens com os trabalhos

Se necessário, ajudando as jovens e crianças a fazerem os trabalhos de casa

- Intervir em contexto de campo e/ou intervenção na crise

A intervenção neste contexto é feita de uma forma esporádica e encontra-se dependente das necessidades da organização e dos indivíduos que nela residem ou trabalham, logo, o seu encaminhamento é feito no momento e com os mais diversos motivos e origens.

Podendo provir por parte da instituição em si, quando esta necessita de algum tipo de auxílio a nível de projetos ou eventos, por parte dos técnicos quando necessitam de uma opinião profissional ou de ajuda com algum assunto tanto a nível pessoal como relacionado com as crianças ou jovens institucionalizados ou por parte das crianças ou jovens quando necessitam de falar ou de ajuda com algum problema de forma esporádica e espontânea tendo uma propensão maior para acontecer visto que, o fato de o encontro não se dar num consultório facilita a comunicação e promove o sentimento de conforto visto que a instituição é a da criança ou jovem.

- Auxiliar em brainstorms do bootcamp,

O Bootcamp de autonomia consistiu num projeto que foi executado por duas estagiarias da Instituição e teve como objetivo a promoção de autonomia de jovens que atingiram os 18 anos nesse ano e que, consequentemente, vão ter de sair da Fundação no ano seguinte, para que estes consigam ter uma base de conhecimentos essenciais para a sua vivencia no mundo exterior, sendo que foram organizadas algumas reuniões para se fazer um brainstorm das atividades que se iriam por em prática, como, durante quanto tempo e quem é que as iria executar.

- Atendimento a dois jovens que têm como objetivo ser integrados nos apartamentos Casas da Ponte;

Estes jovens estão inseridos num dos lares de acolhimento da instituição e como atingiram os 18 anos de idade estavam a necessitar de algum auxílio a nível de apoio e de

questões sobre o funcionamento do projeto de autonomia, visto que pretendem ir para os apartamentos no ano seguinte.

Foram elaboradas algumas sessões individuais com cada um com o intuito de tornar a sua passagem, para uma vida totalmente autónoma, o mais calma, informada e prepara-los o máximo possível para o que se poderão deparar. Foram esclarecidas algumas questões e falou-se sobre medos e ansiedades que tivesse com o intuito de acalmar os sintomas dos mesmos (estas sessões tiveram lugar num posto médico da instituição e por vezes foi necessário ficar até às 19h para haver compatibilidade com os horários dos jovens).

- Organizar processos e ficheiros relativamente ao projeto dos apartamentos de autonomia.

As atividades que tiveram lugar nos apartamentos de autonomia passaram-se, maioritariamente todas as quartas, das 20h às 21.30h, podendo vir a prolongar-se até às 23h, dependendo das dinâmicas e do que as jovens necessitavam.

Estas atividades consistiram em:

- Estabelecimento de objetivos e método de intervenção;

Tendo sido definidos dois objetivos em que o primeiro consistia na elaboração de um questionário que permitisse avaliar a autonomia e algumas competências sociais e pessoais e a sua evolução nas jovens, ao longo do seu percurso no projecto e o segundo consistiu na elaboração de um programa de promoção de competências (em que o questionário serviu de medidor da evolução tendo sido usado como pré e pós-teste)

- Elaboração de uma pesquisa extensiva;

Sobre lares de acolhimento e o seu impacto nos jovens institucionalizados, e quais as suas características psicológicas, e os seus padrões relacionais.

- Recolha de informação;

Para definir as competências a serem trabalhadas, foi executada uma recolha de informação através da comunicação com a pessoa responsável pelo projeto e de 3 entrevistas individuais, semiestruturadas a três das jovens (a Flor, a Dente de Leão e a Orquídea), de seguida, de acordo com essa informação, formulou-se o questionário que resultou na junção de dois.

- Desenvolvimento de um questionário de autonomia e de competências sociais e pessoais;

Tendo como objetivo o de qualificar a evolução dos jovens ao longo do seu percurso no projeto e durante a aplicação de um programa de promoção de competências (pré e pós-teste).

Para isso formulou-se o questionário que resultou na junção de dois, em que o primeiro foi elaborado especificamente para este tipo de projetos, sendo constituído por perguntas de respostas maioritariamente fechadas e por algumas abertas, e o segundo questionário, já existente, foi o *Questionário de Autonomia nos Adolescentes* - Adaptado de Noom, 1999, por Graça, J., Calheiros, M., & Martins, A., 2010 (Anexo 1), em que o item 6 foi retirado para um ajustamento à população, devido a verbalizações de dificuldade de compreensão do item e por, segundo Graça, J., Calheiros, M., & Martins, A., 2010, este item conter um elevado nível de saturação (Anexo 2 e 4 do Apêndice 3, sendo que os itens do Anexo 4 foram convertidos para a 3ª pessoa do singular). Este questionário teve como objetivo a definição das competências a serem trabalhadas nas dinâmicas e tendo em conta que será aplicado em diversos momentos (o primeiro à entrada do jovem nos apartamentos, de seguida, uma vez por ano e por ultimo quando sair do projeto), este instrumento servirá como método de avaliação da evolução de qualquer jovem que estiver inserido no projeto das Casas da ponte.

- Elaborar e executar um programa de promoção de competências.

Sendo caracterizado por um tipo de intervenção a nível psicológico para que as competências que os questionários e as entrevistas demonstravam estar em falta, fossem trabalhadas com as jovens.

O Programa de Promoção de Competências é constituído por 9 sessões de dinâmicas de grupo, que devido à disponibilidade das jovens, foram executadas com um espaçamento de 15 dias entre elas.

Primeiramente foi feita uma entrevista de grupo, onde se explicou às jovens o plano de intervenção, em que é que ele consistia e qual é que era a sua finalidade. Nessa mesma entrevista foram aplicados os questionários e através do resultado dos mesmos foram definidas e elaboradas as atividades das dinâmicas. Foram então, elaboradas tendo como foco o desenvolvimento do autoconhecimento, e da coesão entre o grupo.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de um manual de avaliação da evolução de jovens em apartamentos de autonomia (Apêndice 3) e um manual de promoção de competências (Apêndice 4) para jovens quês se encontrem em contexto de grupo com quem passem longos períodos de tempo juntos (Ex: a morarem, ou a trabalharem juntos), que necessitem aprofundar o autoconhecimento e a coesão entre eles.