



Universidades Lusíada

Graça, Cláudia Soraya Sulana da, 1986-

A ação do psicólogo clínico no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS

<http://hdl.handle.net/11067/1803>

Metadados

Data de Publicação	2016-01-13
Resumo	O psicólogo clínico desempenha variadíssimas funções dentro do ramo da psicologia clínica. A diversidade de lugares e contextos em que estes desempenham atividade e o vasto leque de problemáticas sobre as quais eles concentram sua atenção são exemplo disso (Nietzel, Bernstein & Milich, 1994). Desta forma, o presente relatório tem por objetivo, dar a conhecer as atividades realizadas por um psicólogo clínico em contexto de estágio no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS) da U...
Palavras Chave	Promoção da saúde, Psicologia clínica - Prática profissional, Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-17T02:13:22Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**A ação do psicólogo clínico no Gabinete de Apoio
Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS**

Realizado por:

Cláudia Soraya Sulana da Graça

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Prof.^a Doutora Maria Alexandra Ferreira Valente

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:

11 de Janeiro de 2016

Lisboa

2015



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

**A ação do psicólogo clínico no Gabinete de Apoio
Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS**

Cláudia Soraya Sulana da Graça

Lisboa

Outubro 2015



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

**A ação do psicólogo clínico no Gabinete de Apoio
Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS**

Cláudia Soraya Sulana da Graça

Lisboa

Outubro 2015

Cláudia Soraya Sulana da Graça

A ação do psicólogo clínico no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS

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: Prof. Doutora Maria Alexandra Ferreira Valente

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora	Cláudia Soraya Sulana da Graça
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Prof. Doutora Maria Alexandra Ferreira Valente
Título	A ação do psicólogo clínico no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

GRAÇA, Cláudia Soraya Sulana da, 1986-

A ação do psicólogo clínico no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS / Cláudia Soraya Sulana da Graça ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Maria Alexandra Ferreira Valente. - 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 - VALENTE, Maria Alexandra Ferreira, 1983-

II - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Promoção da saúde
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e Estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Health promotion

2. Clinical psychology - Practice

3. Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RA427.8.G73 2015

Agradecimentos

Foram várias as pessoas que me ajudaram no decorrer desta etapa da minha vida, e às quais, não poderia deixar de agradecer pelo apoio incondicional.

Em primeiro lugar, queria agradecer aos meus familiares que sempre me apoiaram nos mais diferentes momentos e decisões. Um agradecimento muito especial à minha mãe, pelo seu apoio e paciência incondicionais.

A todos os meus professores, o meu profundo agradecimento pela orientação, inspiração e em alguns casos também pela paciência. Ainda em especial, gostaria de agradecer à Professora Doutora Túlia Cabrita pela sua disponibilidade e orientação.

À minha orientadora, Professora Doutora Alexandra Valente pela compreensão e incentivo constante. Pelas suas palavras e pelo processo de aprendizagem que me proporcionou.

Gostaria de agradecer também à Casa de São Bento, pelo carinho com que me acolheram e permitiram a minha entrada naquela grande família.

Às minhas companheiras de estágio Joana Santos e Raquel Ferreira, pela união e crescimento pessoal que esta experiência proporcionou a todas nós.

Aos meus amigos, que ouviram atentamente todos os meus desabafos e dúvidas e que estiveram ao meu lado nos dias de pouco descanso, ou nos dias em que me permiti fazer uma pausa.

A toda a equipa da casa Cássefazem Cássepagam, que provavelmente nunca soube a diferença que aqueles bocadinhos faziam naqueles dias, os meus sinceros agradecimentos por todos os momentos de descontração e "boa vibe" nas manhãs de Quarta-Feira. É com muito apreço que lhe agradeço também o apoio na reta final, quando percebi que eles percebiam mais da impressão deste trabalho do que eu.

Por fim, gostaria ainda de mostrar gratidão a todas as pessoas que de alguma maneira, marcaram esta etapa tão importante do meu percurso acadêmico.

Epígrafe

"Não existe exercício melhor para o coração, do que se inclinar e levantar pessoas."

(John Andrew Holmes)

Resumo

O psicólogo clínico desempenha variadíssimas funções dentro do ramo da psicologia clínica. A diversidade de lugares e contextos em que estes desempenham atividade e o vasto leque de problemáticas sobre as quais eles concentram sua atenção são exemplo disso (Nietzel, Bernstein & Milich, 1994).

Desta forma, o presente relatório tem por objetivo, dar a conhecer as atividades realizadas por um psicólogo clínico em contexto de estágio no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS) da Universidade Lusíada de Lisboa (ULL). As supracitadas atividades foram desenvolvidas em várias linhas de atuação da psicologia clínica e da saúde, com ênfase na prática de consultas externas de avaliação e acompanhamento psicológico, no desenvolvimento/aplicação de programas de promoção de competências em instituições parceiras, nomeadamente o Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora das Dores (CCPNSD) e a Casa de São Bento e ainda, na cooperação com investigações científicas desenvolvidas pelo gabinete.

Todo este processo possibilitou o desenvolvimento de competências profissionais da prática clínica, atendendo às características duma relação de ajuda com o utente, assim como, a consciencialização ética sobre os procedimentos envolvidos na prestação de cuidados psicológicos.

Palavras-Chave: Psicologia clínica e da saúde, psicólogo clínico, acompanhamento psicológico, promoção de competências.

Abstract

Clinical psychologist performs an extensive range functions within the field of clinical psychology. The diversity of places and contexts in which they play activity and the wide range of issues on which they focus their attention are example of it (Neitzel, Bernstein & Milich, 1994).

Thus, this report aims to disclose the activities carried out by a clinical psychologist in traineeship context in the Psychological Support and Health Promotion Office (Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde - GAPPS) of Lusíada University of Lisbon (ULL) during the academic year 2014/2015 between November 2014 and July 2015.

The above activities have been developed in various lines of action of clinical psychology and health, with emphasis on practical outpatient evaluation and counseling, development / application of skills promotion programs at partner institutions, including the Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora das Dores (CCPNSD) and the Casa de São Bento and yet, in cooperation with scientific research developed by the office.

This whole process has enabled the development of professional skills of clinical practice, given the characteristics of a helping relationship with the patient, as well as the ethical awareness of the procedures involved in providing psychological care.

Keywords: clinical psychology and health, counseling, promotion of skills.

Índice

Introdução.....	2
Enquadramento Institucional.....	6
O GAPPS.....	6
Características, objetivos e valências do GAPPS	7
A Casa de São Bento	9
Caracterização da população-alvo	10
Enquadramento Teórico	12
A Psicologia Clínica e o Método Clínico	12
A Psicologia Clínica e da Saúde.....	15
A Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e modelo.....	17
O Psicólogo Clínico em Ação	18
A Intervenção Psicológica	20
A relação de ajuda	20
A entrevista psicológica e a observação	22
A avaliação psicológica e as provas psicológicas	23
A Regulamentação Ética	26
Caracterização das Patologias	28
O Desenvolvimento Biopsicossocial.....	28
As Perturbações Disruptivas, do Controlo de Impulsos e da Conduta.....	30
A perturbação de Oposição Desafiante em Foco.....	33
A Terapia Cognitivo-comportamental na POD.....	37
Ansiedade e Depressão: uma díade comum	38
A depressão.....	39
A terapia cognitivo-comportamental na ansiedade e depressão.....	40
Objetivos do Estágio.....	42
Método.....	44
Participantes.....	44
Instrumentos Utilizados.....	46
Prova do Desenho da Família.....	46
Child Apperception Test (CAT-A).....	48
Sistema de Avaliação Empiricamente Validado de Achenbach - ASEBA	49
Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R)	50
Inventário de Depressão para Crianças (CDI).....	50
Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	51

Procedimentos	52
Outras Atividades Desenvolvidas no Estágio.....	54
Casos Clínicos	56
Caso Clínico 1	58
Estruturação Clínica do Caso	67
Discussão do caso.....	74
Caso Clínico 2	76
Estruturação Clínica do Caso	81
Discussão do Caso	84
Conclusão	86
Referências Bibliográficas.....	88
Anexos	106
Anexo I - Modelos de Anamnese	
Anexo II- Provas Psicológicas.....	
Anexo III- Tabelas das Atividades/Carga Horária do Estágio	
Anexo IV- Certificados, Diplomas e Comunicações.....	
Anexo V- Plano de sessões de Promoção de Competências	
para Idosos.....	

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização da população clínica em acompanhamento individual

Tabela 2 - Caracterização do grupo infantil de promoção de competências

Tabela 3 - Caracterização do grupo de promoção de competências da Casa de São Bento

Introdução

O presente relatório tem por objetivo, descrever e caracterizar as atividades realizadas no estágio curricular, para a obtenção do grau de Mestre em psicologia clínica. Tendo o mesmo, sido realizado no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS) da Universidade Lusíada de Lisboa (ULL), durante o ano letivo de 2014/ 2015 entre o mês de Novembro de 2014 e Julho de 2015.

Tendo em conta a abrangência do próprio estágio, os conteúdos apresentados são o reflexo do trabalho do psicólogo clínico inserido num órgão que tanto presta serviços à comunidade universitária, como se empenha em promover estilos de vida saudáveis e a prevenir linhas potenciadoras de patologia, estendendo a sua ação à comunidade em geral. Pretende-se assim, caracterizar a ação clínica ao nível da prevenção, do tratamento e do processo de manutenção.

Apoiado nas valências do respetivo gabinete, foram estruturados objetivos de trabalho que por sua vez, serviram de âncora para o desenvolvimento das atividades de estágio e que incidiram sobretudo sobre a observação clínica de casos, avaliação e respetivo acompanhamento em contexto individual e ainda, a realização de ações de prevenção e correção de comportamentos de risco. Este estágio privilegiou a prestação de serviços à população-alvo do gabinete onde esteve inserido, à exceção do atendimento à população académica, que por motivos éticos da profissão não foi realizado. Não obstante as sessões de supervisão, orientação e reuniões entre estagiárias, este estágio englobou também ações de desenvolvimento e atualização técnica como congressos e conferências científicas na área da psicologia clínica.

O atendimento individual foi veiculado tendo por base os princípios éticos e deontológicos da profissão, onde o respeito pelo individuo na sua singularidade e a

proteção da confidencialidade do processo foram aspetos tratados com a devida atenção.

Todo o processo avaliação psicológica assumiu o propósito de complementação de dados mais precisamente, sobre a forma com que os sintomas influenciavam os indivíduos quer a nível de gravidade, quer a nível da autonomia e bem-estar subjetivo. Contudo, não se descurou o papel da avaliação enquanto despiste de hipóteses de diagnóstico, a fim de se encontrar um diagnóstico âncora que permitisse uma formulação de plano de intervenção adequado a cada caso.

A orientação teórica predominante nos processos de intervenção foi a orientação cognitivo-comportamental, muito embora se identifique uma linha humanística subjacente ao uso da relação profissional enquanto fator potenciador de mudança.

Relativamente à estrutura do relatório, podem ser identificadas algumas secções. A primeira diz respeito ao enquadramento contextual e técnicos das instituições que acolheram o estágio, bem como a caracterização da população-alvo e problemática subjacentes de cada local.

Segue-se o enquadramento teórico, que abrange uma revisão literária sobre os conteúdos pertinentes à compreensão do estágio, nomeadamente a psicologia clínica, a área da psicologia clínica e da saúde e a orientação teórica predominante, assim como o seu desenvolvimento em território nacional. Ainda nesta parte, são mencionados os temas vinculados à prática da psicologia clínica, nomeadamente as atividades do psicólogo, tendo em conta as principais técnicas e métodos cientificamente apontados para um processo de trabalho clínico de qualidade. Reforçam-se ainda as diretrizes deontológicas da profissão descritos pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Numa fase final desta segunda parte, procede-se ao breve enquadramento teórico do desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, fazendo-se uma alusão a algumas

problemáticas decorrente deste processo que é tão singular para cada um dos indivíduos. Aqui, descortinam-se algumas entidades nosológicas, que se afiguraram pertinentes esclarecer para a melhor compreensão dos casos clínicos.

Na terceira parte do relatório, faz-se então a descrição empírica do estágio enunciando os objetivos do processo. Faz-se ainda a exposição do método, abrangendo a caracterização da população-alvo, técnicas e instrumentos utilizados. Ainda nesta parte, são então apresentados os dois casos clínicos onde figura o entrecruzamento das informações e resultados aferidos, assim como o delineamento terapêutico para ambos. Os casos são formulados respeitando a exploração anamnésica, o resumo da avaliação psicológica, identificação dos fatores de manutenção e reiteração dos comportamentos disfuncionais e evolução terapêutica dos casos, terminando com uma discussão dos mesmos.

Na última parte deste relatório, está apresentada a conclusão com a súmula dos resultados obtidos durante o processo de estágio bem como, a análise dos mesmos face aos objetivos inicialmente propostos e ainda, uma breve reflexão própria sobre todo o processo de aprendizagem profissional e pessoal decorrente do referido estágio. Em anexo, são apresentadas as informações complementares das atividades referidas ao longo deste relatório, figurando o final deste documento.

Enquadramento Institucional

O GAPPS

Inserido na estrutura do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação (IPCE) da Universidade Lusíada de Lisboa (ULL), dirigido atualmente pela Professora Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos, é criado em 2009 o Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS), funcionando como um órgão especializado para dar resposta às crescentes exigências do mundo académico, visando necessidades específicas dos alunos e privilegiando a investigação e implementação de projetos de desenvolvimento global para a comunidade universitária (GAPPS, 2010/2011).

Ao realizar-se uma análise retrospectiva da história do GAPPS apurou-se que, o mesmo foi criado em Novembro de 2009, baseando-se no pressuposto da prestação de apoio psicológico especializado na superação das problemáticas relativas ao mundo académico, na prevenção e tratamento de problemas de foro psicológico, desempenho escolar, desenvolvimento pessoal e sócio-emocional dos indivíduos. Surge primeiramente designado como Gabinete de Apoio Psicológico (GAP), mas no decorrer do ano letivo de 2010/2011 o GAP, alterou a sua nomenclatura para Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS), associando desta forma, a valência da área da promoção da saúde aos seus objetivos de trabalho, assumindo como missão *"prevenir e zelar pelo bem-estar sócio-emocional e qualidade de vida da comunidade académica, sempre numa perspetiva de otimização e promoção da saúde"* (GAPPS, 2010/2011).

Mais recentemente, o GAPPS estendeu a sua intervenção à comunidade em geral, proporcionando também atendimento à população não universitária, por meio de consultas externas por marcação, trabalhando sempre em concordância com os

princípios e objetivos da Universidade Lusíada e, seguindo as linhas orientadoras apontadas por vários institutos da área da Saúde, nomeadamente a RESAPES-AP, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Direção Geral de Saúde com especial enfoque nas áreas de "Uma juventude à descoberta de um futuro saudável" e "Desenvolver uma abordagem abrangente em saúde mental" (GAPPS, 2010/2011).

Características, objetivos e valências do GAPPS

O GAPPS constitui-se como um espaço por excelência de contacto com um psicólogo, num ambiente de confiança, empatia, onde as consultas são realizadas com carácter de confidencialidade e sigilo profissional (GAPPS, 2010/2011).

Com localização física nas instalações da ULL, é no complexo conhecido como "Ar Líquido" onde se realizam as consultas. Aqui, o GAPPS dispõe de uma sala de espera e duas salas preparadas para o atendimento individualizado de utentes, respeitando as normas de proteção de identidade e confidencialidade de atendimento. Todos os serviços prestados por este gabinete são isentos de pagamento e estes, englobam a prática da psicoterapia de apoio; o apoio a situações de crise; a orientação e aconselhamento psicológico; os grupos terapêuticos; e ações de promoção da saúde e de hábitos e estilos de vida saudáveis na ULL e na comunidade externa á ULL (Universidade Lusíada de Lisboa, s/d).

Desta forma, assume como principais objetivos a prevenção, o cuidado pelo bem-estar e a promoção de qualidade de vida da comunidade académica, através da realização de atendimento individualizado ou mesmo do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde junto dos alunos o nível de informação sobre os meios/recursos à disposição do estudante, quer ao nível da comunidade universitária quer no âmbito da sociedade civil em geral (GAPPS, 2010/2011).

O GAPPS tem como principais valências de estudo e intervenção, as áreas de apoio psicológico que supõe a avaliação psicológica, a psicoterapia de apoio, as intervenções clínicas, a orientação e aconselhamento vocacional e a intervenção em grupos terapêuticos; a área de investigação que compreende a aplicação de questionários com vista a conhecer melhor a população da ULL e planear intervenções adequadas; e a área da promoção da saúde que engloba as ações de promoção de saúde e de hábitos e estilos de vida saudáveis, quer por realização de sessões para os alunos da Universidade, quer pela implementação de programas de promoção de competências pessoais e sociais, junto à população indicada para intervenção pelos parceiros GAPPS (GAPPS, 2010/2011).

Dentro de todos os préstimos oferecidos pelo GAPPS à comunidade académica e à comunidade em geral, este gabinete foi criando ao longo dos tempos uma vasta rede de parceiros sociais e institucionais, com quem desenvolve atividades e faz um intercâmbio de serviços. Isto permite ao GAPPS estender as suas atividades aos mais variados contextos de intervenção psicológica, e também a um maior número de indivíduos. Desta rede de parceiros GAPPS, encontram-se instituições como o Projeto Aventura Social, a FMH, a Santa Casa da Misericórdia e o Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora das Dores em Caxias (CCPNSD), onde está integrado o estágio apresentado neste relatório.

Caracterização da população-alvo

O GAPPS tem como principal população-alvo estudantes universitários, docentes e funcionários da universidade, compreendendo desta forma, toda a população em contexto universitário, na faixa etária correspondente ao início da formação académica, profissional ou até à cessação das funções desempenhadas no respetivo contexto. Para além desta população específica, o GAPPS presta atendimento também à comunidade em geral por meio de consultas externas, que abrange todas as faixas etárias, classes socioculturais e sintomatologia clínica (GAPPS, 2010/2011).

A Casa de São Bento

A Casa de São Bento surge da necessidade de extensão das atividades do CCPNSD às camadas mais jovens da comunidade, atuando sobretudo ao nível da prevenção primária e secundária de comportamentos de risco, nomeadamente delinquência e consumo de drogas, potenciados pelo desajuste familiar, escolar e social destes jovens (Ramos, 2012/13).

Os objetivos de intervenção vigentes na missão da Casa de São Bento são: prevenir os comportamentos de risco, estimulando o desenvolvimento de processos de aprendizagem de competências pessoais e sociais; contribuir para a prevenção da marginalização e delinquência juvenil, oferecendo às crianças e jovens objetivos imediatos e concretos; promover a aquisição de estilos de vida saudáveis, oferecendo aos jovens a ocupação saudável dos seus tempos livres; estreitar a relação entre a escola e as famílias, apoiando e orientando o percurso escolar; apoiar e orientar as famílias na sua missão de educar; e acompanhar e encaminhar as crianças/jovens em situação de risco, redesenhando o projeto pessoal dos mesmos, num momento de maior vulnerabilidade relativamente às variáveis ambientais e estabelecendo contacto com

outras instituições de intervenção (Ramos, 2012/13).

No que concerne à constituição da sua equipa técnica, a Casa de São Bento dispõe atualmente de duas assistentes sociais e um grupo de voluntários. As maiores dificuldades identificadas são: a ausência de técnicos a trabalhar integralmente na casa, de forma a acompanhar todo o processo de intervenção na comunidade e o espaço físico da Casa de São Bento, tendo em conta que apenas dispõe de três salas para acolher cerca de 56 jovens de diferentes faixas etárias, faz-se recurso ao espaço da capela cedido pela Sagrada Família onde se realizam as atividades específicas para os diferentes grupos de crianças (Documentos Internos da Casa de São Bento, s/d).

Caracterização da população-alvo

De encontro aos objetivos da realização deste estágio e às valências do GAPPS, o estágio apresentado direciona-se em três ramos de atuação: a intervenção psicológica, a promoção da saúde e a investigação. Dentro destes, o estágio circunscreve-se ao desenvolvimento de atividades e práticas junto a diferentes tipos de população-alvo.

No caso da primeira vertente indicada, a população-alvo compreende a população infantil na faixa etária dos 7 aos 10 anos de ambos os géneros. Na sua maioria, são crianças provenientes de famílias desestruturadas e apresentam essencialmente problemáticas ao nível de comportamentos sociais desadequados. No âmbito da promoção da saúde, a ação direciona-se a adolescentes entre os 12 anos e os 16. Esta população é caracterizada como jovens procedentes de famílias desestruturadas com um padrão recorrente de práticas de comportamentos de risco e consumos, negligência e reclusão, apresentando também, um baixo índice de qualificações académicas e rendimento económico abaixo da média (Ramos, 2013).

No que concerne à investigação, foi levado a cabo um estudo sobre os fatores

promotores da qualidade de vida e envelhecimento ativo, que compreendeu a população sénior entre os 50 anos de idade e os 75, de ambos os géneros, com diferentes graus de escolaridade, com e sem doença crónica, trabalhadores e reformados.

Enquadramento Teórico

A Psicologia Clínica e o Método Clínico

Etimologicamente, a terminologia clínica/o, provém do latim *clinicus*, com derivação do grego *klinicos*, cujo significado é o que visita o doente na cama (Alves, 2011). Este termo foi naturalmente adotado pela tradição médica, cuja influência sobre a psicologia clínica é inegável, albergando o conceito de atendimento individualizado aos indivíduos que padeciam de lesão ou doença física (Hegenberg, 1998). Desta perspetiva o modelo médico, assenta numa visão organicista, direcionada para a busca e interpretação de sintomas que possam explicar e fundamentar o quadro clínico apresentado pelo paciente, possibilitando ao clínico estabelecer a terapêutica adequada (Aguar, 2001; Araújo, 2007).

Posteriormente, o método clínico é adaptado e aplicado ao domínio prático da psicologia, usando a mesma estrutura de sistematização de informações sobre o indivíduo, figurando desta estrutura os métodos de observação naturalista, o estudo de caso, a entrevista clínica e a aplicação de instrumentos psicológicos (Araújo, 2007). Este conceito em psicologia é enriquecido por autores como Lagache e Piaget que, particularmente introduz a ideia da dinâmica de interação entre o observador e o observado na mesma medida (Queiroz & Lima, 2010). É de salientar que, a adoção do método clínico em psicologia foi um dos principais fatores que contribuiu para que a psicologia clínica se estabelecesse definitivamente enquanto ciência autónoma (Carmo, 2013) mas também, para que se diferenciasse da clínica médica (Pedieli, 1999), constituindo-se assim, um método por excelência da psicologia clínica (Brito, 2008).

A primeira referência que é feita à psicologia clínica enquanto área de especialização, é no ano de 1896 pelo psicólogo infantil Lightner Witmer, também

fundador da primeira clínica psicológica na Pensilvânia (Schultz & Schultz, 2008; Stricker & Widiger, 2003). Witmer apresentou ao comitê da American Psychological Association (APA) em Dezembro de 1896, um novo método de investigação e instrução intitulado "*The clinical method in psychology and the diagnostic method of teaching*" (Witmer, 1896, 1897 cit. por Bray & Kehle, 2011, p.13), onde alertou para a adoção do método clínico e para a formação de alunos para uma nova profissão, a de perito psicológico, a qual, não teve grande aceitação por parte dos membros vigentes da associação (Ribeiro & Leal, 1996; Stricker & Widiger, 2003). Em 1907 volta a fazer o apelo, desta vez publicamente, na edição inaugural do jornal - "*a clínica psicológica*" (Witmer, 1907, pp. 1-9) e estabelece o primeiro currículo escolar de pós-graduação para psicólogos através do curso de formação que lecionava na universidade da Pensilvânia, marcando o início formal da formação especializada em psicologia clínica (Hersen & Gross, 2008).

Apesar dos esforços de Witmer para resgatar a psicologia do contexto experimental de laboratório e transpô-la para um contexto mais ecológico de aplicação, só em 1935, a APA instaura uma secção autónoma de psicologia clínica, afirmando que a psicologia clínica visa aferir as capacidades e características do comportamento do indivíduo, recorrendo a métodos de medição, análise e observação para uma posterior integração dos resultados, fornecendo assim, recomendações específicas para o ajustamento do indivíduo (MacKay, 1975 cit. por Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Quando se tenta definir psicologia clínica, encontra-se um vasto leque de conceções produzidas ao longo dos anos por vários autores sem no entanto, se chegar a uma consensualidade. Rodnick (1985) define a psicologia clínica como o ramo da psicologia que se ocupa da análise, tratamento e prevenção de incapacidades

psicológicas humanas, reforçando a eficácia e o ajustamento pessoal. Já Anzieu (1983) cit. por Brito (2008) dá também o seu contributo e define a psicologia clínica como uma psicologia individual e social, normal e patológica que diz respeito a todos os seres humanos de todas as faixas etárias e Pedinielli (1999) complementa, [...] "devendo ser pensada como uma atividade prática e simultaneamente, como um conjunto de métodos e práticas.

De forma breve, pode-se constatar que a própria definição de psicologia clínica vem evoluindo ao longo dos tempos sendo hoje definida pela APA como:

"o campo da psicologia que integra a ciência, teoria e prática para entender, prever e atenuar desajustes, incapacidades e desconfortos, bem como para promover a adaptação humana, ajuste e desenvolvimento pessoal. A psicologia clínica enfoca os aspetos intelectuais, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais do funcionamento humano ao longo da vida, em diferentes culturas, e em todos os níveis socioeconómicos." (APA, Division 12 Society of Clinical Psychology, 2012).

Em Portugal, a psicologia clínica começa a ganhar expressão em 1910, vinculada às ciências da educação, em 1912 com a reforma dos estudos universitários são fundados primeiros laboratórios experimentais nas Faculdades de Letras da Universidade de Coimbra em 1912 e ulteriormente na Universidade de Lisboa em 1930 (Abreu, 1990). Sequencialmente, assiste-se à criação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) em 1963 e na década de 70, são abertos ao ensino os cursos de psicologia nas universidades estatais, nomeadamente Lisboa, Porto, Coimbra e na década de 80, na Universidade do Minho. As abordagens, metodologias e quadros teóricos foram-se diferenciando atendendo respetivamente às diferentes formações dos professores de cada instituição de ensino (Ribeiro & Leal, 1996).

Desta forma, a psicologia clínica assume um papel de extrema importância nas sociedades modernas, atendendo não só as necessidades específicas do indivíduo, mas

também às exigências da realidade duma sociedade em constante mudança, integrando para isso, todo rigor científico resultante do aperfeiçoamento de práticas que, por sua vez se fundamentam em princípios teóricos desenvolvidos cuidadosamente ao longo do tempo (Ordem dos Psicólogos, 2012).

A Psicologia Clínica e da Saúde

A prática da psicologia clínica, esteve durante algum tempo vinculada ao âmbito psiquiátrico, quer no contexto hospitalar, como no de clínica privada. Pelo que, se torna inegável a sua ligação aos conceitos de prestação e cuidados de saúde do ponto de vista biomédico (Ribeiro e Leal, 1996).

Com início em 1948 com a apresentação da proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), o mundo assiste a uma reconceptualização do sistema de saúde - Segunda Revolução da Saúde - onde se passa a perceber a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social completo, em oposição à visão tradicional de ausência de doença (Matos, 2004). Desta forma, a saúde tem como principal ator o próprio indivíduo, que é ativo nas atividades quotidianas e construção do seu meio (Wu, 1973), sendo influenciado simultaneamente por aspetos psicológicos, como os sentimentos e emoções e por aspetos comportamentais como os hábitos salutareis, a procura de cuidados médicos, etc., que assumem igual importância, quando comparados aos aspetos fisiológicos, na manutenção e promoção da saúde (Bishop, 1994).

Em consequência desta nova perceção, desenvolveram-se outros campos de conhecimento e estudo, como a medicina psicosomática de onde derivaram a medicina comportamental e a psicologia da saúde (Brannon & Feist, 2010). A psicologia da saúde tem a sua origem formal em 1973 (Ribeiro, 2011), e em 1978 é formada a divisão de psicologia da saúde da APA - Divisão 38 - (Wallston, 1996), fundamentada no modelo

biopsicossocial (Engel, 1977; Schwartz, 1982), que supõe uma visão holística do indivíduo, tendo em conta uma abordagem multifatorial de causas e efeitos face à saúde e à doença (Baum, Reverson & Singer, 2011; Bishop, 1994).

Em 1980, Matarazzo (1980) define psicologia da saúde como um campo de psicologia que faz recurso aos conhecimentos das várias áreas da psicologia, com o fim de promover e proteger a saúde, prevenir e tratar a doença, identificar a etiologia e propor diagnósticos relacionados com a saúde, doenças e/ou disfunções associadas e ainda, fazer análises que levem à melhoria do sistema de cuidados de saúde.

Na sua vertente prática, a psicologia da saúde intervém sob duas perspetivas: uma apoiada no modelo biopsicossocial, incidindo a nível da clínica médica e cujas ações estabelecem-se como ferramentas operacionais do contexto e circunscrevendo-se ao campo do acompanhamento das diferentes fases de evolução da doença; e outra vinculada ao modelo clínico - a intervenção da psicologia clínica da saúde - que corresponde à prática dos psicólogos clínicos que fazem recurso a um vasto leque de intervenções terapêuticas (Fischer & Tarquinio, 2006).

Em Portugal, apenas em 1995 foi criada a Sociedade Portuguesa de Saúde (Ribeiro & Leal, 1996) e desde então, tem-se vindo a assistir à expansão da área, através do interesse crescente no desenvolvimento de projetos de investigação, na aplicação de medidas de colocação de mais psicólogos nos serviços de saúde, na inclusão da psicologia clínica na carreira dos técnicos superiores de saúde (DL n.º 241/94, do Ministério da Saúde) e realização de congressos nacionais de saúde (Teixeira, Cima & Cruz, 1999).

A Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e modelo

Inicialmente como reação à psicanálise surge, o comportamentalismo seguindo o pressuposto básico da relação entre eventos observáveis, particularidades dos estímulos e respostas observáveis e mensuráveis, como explicação para o processo de aprendizagem e reiteração de comportamentos nos organismos (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2011).

Na década de 70, cresce a preocupação com os aspetos cognitivos do comportamento, encontrando-se fortes evidências terapêuticas com o recurso à terapia cognitiva que fundamenta a existência de pensamentos no limiar dos processos conscientes e que ocorrem de forma rápida e espontânea como uma interpretação imediata de qualquer situação (Knapp & Beck, 2008).

Estes pensamentos que ocorrem de forma irrefletida, são pensamentos automáticos (PA) e estão na base de outros pensamentos disfuncionais mais profundos - os esquemas cognitivos - que influenciam de forma significativa a conceptualização dos estímulos ambientais, constituindo assim uma crença central que molda o padrão de pensamento dum indivíduo, promovendo por sua vez, as distorções cognitivas (Clark, Beck & Alford, 1999). Assim, a teoria cognitivo-comportamental assenta no pressuposto de que, a etiologia dos comportamentos e estados disfuncionais dos indivíduos, derivam invariavelmente da presença de esquemas de pensamentos disfuncionais (Beck, 2011).

Desta forma, com a evolução dos conceitos, as técnicas comportamentalistas associaram-se às teorias cognitivistas, resultando no que conhecemos hoje como terapia cognitivo-comportamental (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2011).

A terapia cognitivo-comportamental baseia-se numa constante formulação de problemas dos pacientes e uma conceptualização individual de cada paciente,

recorrendo para isso, a uma aliança terapêutica sólida que supõe uma colaboração e participação ativa do utente. É, para além disto, fortemente focada no problema explorando as contingências do momento presente (aqui e agora), incutindo no indivíduo a responsabilidade do seu próprio processo terapêutico de aprendizagem, ensinando-os a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais (Beck, 2011).

Demonstrando fortes evidências de resposta terapêutica em diversas patologias, a terapia cognitivo-comportamental tem vindo a aperfeiçoar as técnicas instrumentais de trabalho para resultados significativos num breve período de tempo, consagrando-se numa das terapias mais utilizadas e com mais indicadores terapêuticos de sucesso (Knapp & Beck, 2008).

O Psicólogo Clínico em Ação

Remontando ao período em que estabeleciam as primeiras linhas de trabalho em psicologia clínica, os psicólogos clínicos exerciam funções na dimensão psicométrica ou na dimensão dinâmica essencialmente nos hospitais psiquiátricos, instituições para indivíduos com deficiência intelectual incapacitante e alguns trabalhos no âmbito da orientação infantil (Lubin & Levitt, 2009). Com a evolução da ciência e a regulamentação da profissão, surgiram as especializações nas mais diversas áreas da psicologia, tendo estas sido agrupadas em categorias de ação: mudança de comportamento, abrangendo as diferentes psicoterapias; avaliação psicológica; e consulta psicológica (Jacobs, 1983).

Mais recentemente, Pedinielli (1999) propõe agrupar as funções do psicólogo clínico em torno de três polos: a avaliação e diagnóstico, o exercício das psicoterapias, e o trabalho institucional, onde contempla as intervenções pontuais e o aconselhamento

psicológico. Segundo Carr (2012), subjacentes a estas funções existem elementos que se encontram sempre presentes na atividade do psicólogo clínico, como o trabalho direto seja com clientes, familiares, grupo de suporte, etc.; o trabalho indireto com outros profissionais da área ou outras atividades que contribuam para melhorar os seus serviços; a administração e gestão de listas, horários, relatórios, reuniões, entre outros; a investigação quer seja de campo ou teórica; e o desenvolvimento profissional contínuo.

Cada uma das categorias de ação acima descritas encerra as suas estratégias e métodos próprios de ação, e a escolha dos mesmos é concordante com a orientação teórica do psicólogo, as características do utente, o objetivo da ação e a finalidade do processo (Arzeno, 1995; Ocampo *et al.*, 1995).

No GAPPS as funções desempenhadas pelo psicólogo clínico passam pela avaliação psicológica e formulação de hipótese diagnóstica, psicoterapia de apoio ou aconselhamento e ainda formulação de propostas de intervenção e subsequente processo. No *setting* comunitário, para além das funções acima mencionadas, o psicólogo no GAPPS, exerce ainda atividades de promoção de competências pessoais e sociais de forma a promover a saúde e reduzir comportamentos de risco. Salienta-se ainda no campo da investigação, o papel de investigador que supõe a aplicação de questionários e recolha dos dados dos projetos que estejam a decorrer (GAPPS, 2010/2011).

A Intervenção Psicológica

Em psicologia clínica, a intervenção psicológica pode ser vista como qualquer conjunto de ações planejadas, com o intuito de produzir resultados - manutenção, alteração ou transformação - relativamente às contingências dum sistema biopsicossocial (Adelman & Taylor, 1994). A intervenção psicológica assume várias formas, distinguindo-se principalmente a nível de duração do processo, da profundidade da intervenção, o tipo de técnicas utilizadas e dos conteúdos trabalhados (Reeves, 2013).

Como tal, todas as formas de intervenção exigem muito mais do que uma concordância de estratégias bem coordenadas e orientadas, exigem também perícia profissional, na aplicação dos princípios empiricamente validados de forma a desenvolver uma formulação de diagnóstico sólida, a formação de uma aliança terapêutica corretiva e o planeamento do tratamento adequado, atentando ao contexto sociocultural de um indivíduo (Australian Psychological Society, 2015).

Phares (1992) admite desta forma, a relação profissional de ajuda enquanto veículo para a intervenção psicológica, como método de indução de alterações comportamentais, cognitivas e/ ou emocionais do indivíduo, tendo como finalidade a prevenção, o reforço de competências e/ou a melhoria de sintomas (Kendall & Norton-Ford, 1982).

A relação de ajuda

A relação de ajuda tem vindo a ser percebida como um fenómeno decorrente dos encontros entre técnicos da saúde e indivíduos em sofrimento e, onde se reconhece a importância da qualidade da relação estabelecida nesses mesmos encontros. Caracterizada pela empatia e a aceitação incondicional das características do indivíduo,

a relação, tem vindo a ser apontada como o principal instrumento de trabalho dos clínicos (Woolfe 1996).

Rogers (2001) entende por relação de ajuda, as relações em que se procura promover em outros, o desenvolvimento pessoal e estimular a capacidade ativa de enfrentar os problemas quotidianos usando eficazmente os recursos internos disponíveis. No entanto, as relações profissionais de ajuda distinguem-se de todas as outras, ao apresentarem características de genuinidade, aceitação e empatia por parte do terapeuta, o que por outro lado, produzirá no indivíduo maior compreensão e aceitação sobre o seu mundo interno e o levará a produzir mudanças no mundo externo.

A perspetiva do homem enquanto ser livre e com poder de reação ativa face às suas necessidades e demandas não só permite o processo de mudança, como impulsiona do indivíduo a estar mais consciente dos seus recursos, expandindo o seu espaço vital de compreensão e resolução de circunstâncias que, de alguma forma, proporcionem o seu desequilíbrio psicológico e desajustamento social. Para isso, mais do que o uso de técnicas ou instrumentos utilizados no processo, é a atitude do terapeuta que constitui a chave para a ativação de mudança pessoal (Santos, 2004).

Não obstante, apesar do destaque dado à relação de ajuda nos processos de intervenção psicológica enquanto impulsionador de mudança comportamental, reconhece-se a importância dum quadro conceptual de técnicas, métodos e estratégias organizadas para o desenvolvimento da prática de qualquer tipo de intervenção de ajuda (Woolfe & Strawbridge, 2010).

A entrevista psicológica e a observação

Sendo parte integrante do método clínico (Bénony & Chahraoui, 2002), a entrevista clínica, geralmente marca o início do processo de avaliação (Dobson & Dobson, 2011; Tavares, 2012). Como se pôde aferir, existem vários tipos de entrevista (Garrett, 1972; Keats, 1999; Tavares, 2000), variando sobretudo em função da estruturação, do meio ambiente emocional, dos objetivos e até da fase da relação estabelecida (Ribeiro & Leal, 1997). No contexto de avaliação, a entrevista tem como principais objetivos: ser um mediador fiável para coadjuvar no processo de determinação do diagnóstico do utente, em vez dos problemas que este queira focar (Dobson & Dobson, 2011) num menor período de tempo possível e ainda, propiciar e estabelecer uma boa relação de trabalho com o utente (Morrison, 1995).

A entrevista clínica é por isso, vista como um dos mais importantes métodos de recolha de dados no processo de avaliação (Groth-Marnat, 2009), e é definida por Keats (1999) como uma interação controlada, com direção e objetivo específico e que implica uma troca verbal e não verbal (Pope, 1979), onde existe a predominância de colocação de questões, envolvendo o entrevistador e o entrevistado numa relação dinâmica.

Craig (1989) enuncia alguns dos tipos de entrevistas psicológicas, no entanto dessas, Leal (2008) indica quais as mais utilizadas na prática clínica e são elas: a entrevista de recolha de dados, a entrevista de estudo de caso, a entrevista de avaliação, do estado mental, a entrevista de pré e pós teste, a entrevista breve de avaliação, a de conclusão e a de investigação. Subjacente a esta temática, encontra-se outro dos métodos de avaliação psicológica importantíssimo, o método da observação clínica (Ferreira & Mousquer, 2004).

Para o psicólogo clínico, as técnicas de observação direta são fundamentais para o

registo e a alteração do comportamento a modificar (Britto, Oliveira & Sousa, 2003). Uma vez que, tomando por base de análise o comportamento do utente durante a sessão, é possível formar uma hipótese de generalização da sua conduta quando este se encontra em situações semelhantes (Dobson & Dobson, 2011). A observação direta, fundamenta-se no registo pormenorizado dos detalhes verbais e não verbais apresentados pelo utente para classificar relações complexas, como as relações entre um terapeuta e seu cliente (Britto, Oliveira & Sousa, 2003).

Danna & Matos (2006) afirmam que na prática clínica, recorre-se à observação ao investigar a queixa do utente, visando sempre identificar o que significam as manifestações apresentadas, a sua frequência e os contextos em que estas ocorrem. Para isso, o psicólogo deve prestar especial atenção aos conteúdos verbais e não verbais do utente, assim como a relação entre eles (Taylor-Powel & Steele, 1996), quer no decorrer das entrevistas, quer na situação de execução de provas psicológicas.

A avaliação psicológica e as provas psicológicas

A avaliação psicológica está vinculada à prática da psicologia de forma abrangente, nos seus mais variados contextos e campos de aplicação (Almeida, Diniz, Pais & Guisande, 2006). No entanto, tem sido entendida como uma secção da psicologia que se destina à criação e aplicação de provas psicológicas, o que é claramente, uma visão redutora do conceito uma vez que, este figura uma área fundamental de integração entre teoria e prática, permitindo a objetivação e operacionalização de teorias psicológicas (Primi, 2003). Deve-se por isso ter em conta, que o processo de avaliação psicológica é na verdade mais amplo e complexo do que o universo das provas de avaliação (Primi, 2010).

Desta forma, é legítimo definir o conceito de avaliação psicológica como um

procedimento da prática clínica que contempla um conjunto de técnicas que visam recolher informação útil sobre a causa de sofrimento, as características do indivíduo, seus recursos e fragilidades, de forma a compreender mais fielmente o seu funcionamento global (Trull & Prinstein, 2013). Este procedimento tem como principal objetivo, conferir ao psicólogo uma base de trabalho fidedigna para a posterior tomada de decisão sobre o processo (Dobson & Dobson, 2011; Ribeiro & Leal, 1997). Do conjunto de técnicas acima mencionadas, figuram as entrevistas, as observações clínicas, as provas psicológicas, as técnicas de dinâmicas de grupo, entre outras (Almeida, 2004; Conselho Federal de Psicologia, 2007; Chiodi & Wechsler, 2008).

Como anteriormente referido, é comum haver alguma associação do conceito de avaliação psicológica ao uso e aplicação de instrumentos. No entanto, é seguro afirmar que as provas psicológicas representam apenas um dos recursos utilizados no processo de avaliação (Graham & Lilly, 1984; Neto, 2011). Segundo Rappaport, Schafer, Gill, & Holt (1968), a aplicação de provas no processo de avaliação consiste numa tentativa de obter amostras sistematizadas de determinados comportamentos verbais, perceptuais e/ou motores evidenciados no quadro controlado numa situação *standartizada*.

Neste sentido, os testes psicológicos são definidos por English & English (1958) como um conjunto de situações apresentadas a um determinado indivíduo, elaboradas de forma padronizada ou controlada para ulterior resposta, visando a aferição de uma amostra representativa do seu comportamento, quando este se encontra perante uma exigência ambiental específica. Contribuindo para identidade profissional do psicólogo clínico (Simões, 2005), todos os instrumentos cientificamente validados para o auxílio da tomada de decisão num processo avaliativo, encerram três elementos importantes: a objetividade, a *standartização* e a amostra de comportamento, sendo estes, os elementos

que conferem legitimidade e fiabilidade dos resultados aferidos (Anastasi, 1976; Domino & Domino, 2006; Malki, 2008).

Apesar de toda a margem de segurança existente em torno dos instrumentos, erros e enviesamentos podem ocorrer, quer pela falta de adequação das características técnicas e psicométricas dos mesmos, quer por uma utilização incorreta das ferramentas em questão (Diniz, Almeida & Pais, 2007). Esta temática encontra-se envolta numa controvérsia gerada, sobretudo em torno dos problemas específicos de cada instrumento, do uso inadequado dos mesmos e do deficit na formação profissional relativamente a esta área (Noronha, 2002).

Assim como existem inúmeros tipos de provas psicológicas, existem também diversas formas de as classificar, seja em função da sua estrutura, finalidade, modo de administração, foco de avaliação, entre outras (Domino & Domino, 2006). Fosse este um assunto central neste trabalho, poder-se-ia proceder-se a uma análise alongada sobre o tema, não o sendo, opta-se por categorizar as provas psicológicas relativas à área de avaliação em: testes de inteligência; inventários de personalidade; testes de habilidades cognitivas; testes de atitudes, valores e interesses; testes de avaliação psicopatológica; e testes que avaliam o funcionamento normal e positivo (Domino & Domino, 2006).

Dentro desta vasta paleta de provas e atentando aos intentos mais comuns para o seu uso - classificação diagnóstica, descrição, predição, planeamento de intervenções e acompanhamento - cabe ao psicólogo após análise cuidada do caso, aferir quais os instrumentos e técnicas são necessárias para a estruturação e direcionamento do processo em curso (Concelho Federal de Psicologia, 2013).

A Regulamentação Ética

Inerente à atividade do psicólogo, estão os princípios éticos que norteiam a prática da profissão regulamentados no termos do artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Psicólogos Portugueses e aprovado pela Lei n.º 57/2008 de 4 de Setembro, estabelecendo como princípios gerais: o respeito pela dignidade e direitos da pessoa; a competência; a responsabilidade; a integridade; e a beneficência e não-maleficência (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2011).

O psicólogo clínico enquanto profissional da saúde mental compromete-se a respeitar a singularidade de cada pessoa de forma incondicional, independentemente de quaisquer características inerentes à pessoa, promovendo a sua autonomia em todas as áreas da sua vida. É também responsável ativo pelo exercício da sua função de acordo com os dogmas regentes da profissão, tendo por base uma formação pessoal e técnica adequada, bem como, a constante atualização dos seus saberes de forma a prestar o melhor serviço ao utente. O psicólogo clínico aceita a responsabilidade pelas consequências dos seus atos e atividades junto às pessoas, à profissão e à sociedade em geral, exercendo a profissão com integridade de valores (OPP, 2011).

O psicólogo tem ainda o dever ético de minimizar e resolver quaisquer conflitos de interesse que possam advir das inúmeras situações da atividade, bem como agir sempre de acordo com os melhores interesses do utente, assumindo-se como profissional ao serviço do bem-estar da pessoa humana. Envolvendo nestes pressupostos, o direito ao consentimento livre e informado e a preservação da privacidade e confidencialidade da pessoa ou dos dados aferidos no decurso da atividade (OPP, 2011).

Caracterização das Patologias

O Desenvolvimento Biopsicossocial

A primeira etapa de vida de um indivíduo é marcada pelo ritmo de evolução acentuado, inigualável a qualquer outro período, quer a nível psico-fisiológico como a nível da integração e adequação dos estímulos ambientais (Caldeira da Silva, 2014).

O desenvolvimento humano, encerra fatores específicos que variam de pessoa para pessoa. Freiberg (1992) enuncia quatro determinantes que influenciam este processo sob uma perspetiva ecológica de sistemas e são estes: a hereditariedade, que figura o conjunto de características difundidas na carga genética dos indivíduos; o meio, que se refere às condições externas que influenciam o sujeito; a família, representando o primeiro meio social da pessoa e principal estrutura afetiva de referência; e a comunidade, entidade que infere os valores culturais e normativos do meio em que o indivíduo se desenvolve.

Posto isto, foram desenvolvidas ao longo do tempo, teorias explicativas do processo de desenvolvimento, algumas mais centradas em aspetos cognitivos, outras em aspetos sociais. Denote-se que, o desenvolvimento humano e os processos de aprendizagem, bem como o desenvolvimento dos padrões estáveis de comportamento são processos complexos e singulares para cada indivíduo, com vários fatores intervenientes e que, não se processam de forma contínua, podendo ocorrer momentos de regressão que precedem a aquisição duma competência (Caldeira da Silva, 2014).

À luz dum entendimento comportamentalista, estes processos realizam-se em função do continuum estímulo - resposta - aprendizagem e, ao qual está subjacente o conceito fundamentado por Skinner (1975) ao qual chama contingência, que diz respeito às interações ocorridas entre um organismo e o seu meio ambiente e que envolve

sempre três elementos: a ocasião na qual ocorreu a resposta; a própria resposta; e as consequências reforçadoras. As relações entre elas constituem as contingências de reforço, que por sua vez, reiteram ou extinguem a resposta fortalecendo um determinado padrão comportamental.

Em paralelo à explicação comportamentalista, Piaget introduz os conceitos de equilíbrio e desequilíbrio, fundamentando que o equilíbrio diz respeito a um estado de relativa estabilidade entre os processos cognitivos de assimilação e acomodação de estímulos externos. Para cada informação/estímulo que desequilibrar esta harmonia, deve existir uma acomodação da nova aprendizagem/resposta a fim de reestabelecer o equilíbrio (Freiberg, 1992).

Atentando aos inúmeros processos de aprendizagem ocorridos na história de vida dum indivíduo, fato que o permite evoluir nos degraus do seu desenvolvimento biopsicosocial, Erikson fundamenta a teoria psicossocial. Estabelecendo que em cada um dos patamares de desenvolvimento, aos quais denomina de estágios, ocorre um conflito/crise do ego. Essa crise, por sua vez, pode ser resolvida de forma positiva, sendo o estágio transposto com sucesso, ou de forma negativa retendo o indivíduo nesse estágio de desenvolvimento e dessa forma, a personalidade do indivíduo vai sendo estruturada em concomitância com as experiências de cada crise (Freiberg, 1992; Rabello & Passos, 2008).

Em última análise, pode-se afirmar que o indivíduo desenvolve-se de forma progressiva, conservando alguns padrões de interação previamente apreendidos e simultaneamente construindo e adequando outros, quando acontecem ruturas de padrões quer por acontecimentos inesperados, quer por questões relativas ao próprio processo,

ocorre simultaneamente um salto qualitativo que leva o indivíduo a entrar num novo estágio de desenvolvimento (Sifuentes, Dessen & Oliveira, 2007).

Períodos transitórios entre estágios, marcados por dificuldades na adaptação do indivíduo ao meio ambiente no transcurso do desenvolvimento humano, potenciam períodos de maior vulnerabilidade ao surgimento de distúrbios do comportamento e, eventualmente de psicopatologias (Whitbourne, 2001). Fonseca (2004) elabora o conceito de linhas de fratura, analogamente ao conceito de crise, para caracterizar estes períodos que podem levar a um estado de descompensação psíquica e, por onde emergem as nuances neuróticas, depressivas, *borderline* ou psicóticas do indivíduo. É importante salientar ainda que, a linha entre a normalidade e os estados patológicos é ténue e, interpõe uma compreensão articulada entre a predisposição genética e o confronto com acontecimentos de vida traumáticos (Fernandes, 2008; Fonseca 2004).

Algumas patologias são mais frequentes, mas não totalmente circunscritas a fases iniciais do desenvolvimento e outras a fases mais tardias, podendo estar relacionadas num continuum evolutivo ou não (APA, 2014). Em seguida, procede-se à particularização das patologias trabalhadas no âmbito deste estágio, figurando-se pertinente um enfoque teórico sobre as mesmas.

As Perturbações Disruptivas, do Controlo de Impulsos e da Conduta

As perturbações disruptivas, do controlo de impulsos e da conduta, estão na base de todo um conjunto de comportamentos socialmente inadequados que, cada vez mais assolam a nossa sociedade tornando-se motivo de crescente preocupação e alvo pertinente de investigação. Alguns dos comportamentos característicos destes transtornos como mentir, argumentar excessivamente, faltar às aulas, são também comportamentos considerados normais no processo de desenvolvimento dos jovens

Barros & Silva, 2006).

A fronteira entre normal e patológico, estabelece-se de acordo com a frequência em que estes ocorrem, se de forma pontual ou recorrente. Uma vez que estes comportamentos, se verificarem de forma recorrente estamos perante um quadro sindromático, que representa um desvio do padrão de comportamento esperado para pessoas na mesma faixa etária e de género em determinada cultura (Bordin & Offord, 2000).

Sabe-se, de acordo com dados da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente (Steiner & Dunne, 1997), que a prevalência de perturbações disruptivas na população geral de crianças e adolescentes americanos encontrava-se entre os 1.5% e os 3.4%, estimando-se cerca de 40% dos mesmos, desenvolveriam uma personalidade anti-social, em adultos. Em Portugal, não existem ainda dados estatísticos organizados, que nos forneçam pistas acerca da prevalência destas patologias entre a população geral dos nossos jovens (Benavente, 2001). Não obstante, este assunto tem vindo a ser cada vez mais debatido despertando a atenção pela proliferação de casos, que cada vez mais emergem na nossa sociedade, nos mais variados contextos (Homem, Gaspar, Santos, Azevedo & Canavarro, 2013).

Esta temática tem gerado algumas controvérsias relativamente à sua classificação, diagnóstico e terapêutica adequada (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Na base destas, estão as dificuldades de definição e das diversas classificações formuladas, sem limites claros para alguns tipos de problemas de comportamento, que têm vindo a prejudicar a análise dos comportamentos considerados desviantes ou disruptivos, bem como as intervenções necessárias para preveni-los (Barrias, 2014). Isto é observável, na medida em que é possível encontrar diferentes problemas de comportamento numa mesma

categoria, envolvendo dimensões distintas de análise como é exemplificado no DSM - 5.

Ainda assim, vários teóricos parecem concordar no ponto em que o diagnóstico destas perturbações pressupõe um padrão repetitivo e persistente de comportamento, o qual prejudica outros e existe uma violação de regras sociais (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). As linhas de investigação também se dividem, quanto à terapêutica indicada para estes casos, uma vez que a escolha da intervenção adequada vai depender da análise funcional das variáveis implicadas em cada caso, e da orientação teórica do terapeuta (Barletta, 2011).

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) (APA, 2013), caracteriza as perturbações disruptivas, do controlo de impulsos e da conduta como condições que envolvem problemas de autocontrolo das emoções e dos comportamentos, envolvendo sempre a violação dos direitos de outrem ou o conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade. Como categorias diagnósticas para o grupo das perturbações disruptivas, do controlo de impulsos e da conduta, o DSM-5 (APA, 2013) enuncia as perturbações: perturbação de oposição desafiante - 313.81 (F91.3); perturbação explosiva intermitente - 312.34 (F63.81); a perturbação da conduta; perturbação da personalidade antissocial - 301.7 (F60.2); a piromania - 312.33 (F63.1); a cleptomania - 312.32 (F63.2); outra perturbação disruptiva do controlo de impulsos e da conduta especificado - 312.89 (F91.8); e outra perturbação disruptiva do controlo de impulsos e da conduta não especificado - 312.9 (F91.9).

Os transtornos disruptivos, do controlo de impulsos e da conduta foram associados ao espectro da externalização, que por sua vez, está vinculado à dimensão de

personalidade comumente intitulada de desinibição, em oposição ao espectro da internalização - retraimento. A organização latente de determinadas perturbações, como os distúrbios de humor depressivo unipolar, de ansiedade, do uso de substâncias e da conduta antissocial, é melhor explicada quando sob a perspectiva do modelo estrutural de internalização e externalização, podendo ser esta, a justificação do alto nível de comorbilidade verificado entre as perturbações descritas neste parágrafo (APA, 2002; 2014; Cardoso, Jorge & Lara, 2014).

A perturbação de Oposição Desafiante em Foco

A perturbação de oposição desafiante (POD) é caracterizada por um padrão global e recorrente de desobediência, desafio e atitude hostil face figuras de autoridade ou nas interações do jovem (Serra-Pinheiro, Schmitz, Mattos & Souza, 2004).

As causas etiológicas apontadas para o desenvolvimento desta perturbação, são multifatoriais, havendo uma interdependência entre fatores de predisposição genética, cognitivos e ambientais, admitindo-se uma forte influência do ambiente familiar e do contexto escolar no aparecimento e evolução da mesma (Carrias, 2014). Embora possa surgir em qualquer idade, é frequente denotar o seu aparecimento até aos 8 anos de idade (Pardilhão, Marques & Marques, 2009).

Estima-se ainda que POD seja mais prevalente no sexo masculino em idade escolar, caracterizada nesta população por comportamentos de oposição e heteroagressivos, com evolução para comportamentos anti-sociais na adolescência, e no sexo feminino, a sintomatologia recai sob atitudes de manipulação com evolução para desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco na adolescência, sendo menos evidentes as manifestações de agressividade (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 1997).

São comuns como principais manifestações clínicas birras frequentes, a argumentação excessiva com adultos, recusa recorrente em cumprir os pedidos e regras, de forma deliberada incomodar e ou provocar os outros, culpar frequentemente os outros pelos seus erros ou mau comportamento, ser muito sensível, ter pouca paciência e zangar-se com os outros facilmente, manifestar uma atitude rancorosa e vingança, ter dificuldade em manter ou fazer amigos e/ ou ter problemas constantes na escola (Ferreira, Nogueira & Boavida, 2011).

Na classificação do DSM-5 (APA, 2013), a POD está inserida no grupo nosológico das perturbações disruptivas do controlo de impulsos e da conduta e caracteriza-se por um padrão persistentemente desafiante, de desobediência e hostilidade ou de índole vingativa face a figuras de autoridade e em relação a colegas (AACAP, 2009), estabelecendo-se que, em crianças com idades inferiores a 5 anos, o comportamento deverá ocorrer na maioria dos dias e, em crianças com mais de 5 anos pelo menos uma vez por semana, persistindo por um período de pelo menos 6 meses em ambos os casos (Critério A).

Os sintomas estão agrupados em três diferente grupos: humor irritável, comportamento desafiante e índole vingativa. Para que o diagnóstico possa ser estabelecido, o DSM-5 (APA, 2013) determina que pelo menos 4 dos sintomas presente nesses grupo sejam manifestados pelo jovem.

No primeiro grupo citado - humor irritável, está descrito que, frequentemente o jovem: a) *perde a calma*; b) *é sensível ou facilmente incomodado*; c) *é raivoso e ressentido*. Relativamente ao grupo - comportamento desafiante, enuncia-se que o jovem de forma recorrente: d) *questiona figuras de autoridade*; e) *desafia acintosamente ou recusa-se a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade*;

f) *incomoda deliberadamente outras pessoas*; g) *culpa outros pelos seus erros ou mau comportamento*. No último grupo - índole vingativa, o manual descreve que o sujeito: h) *foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses* (APA, 2002; 2013).

Para o estabelecimento do diagnóstico é ainda necessário que se verifiquem prejuízos clinicamente significativos no contexto social do jovem (família, grupo de pares, colegas de trabalho) ou impactos negativos no seu funcionamento social, académico, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). E ainda que, estes comportamentos não sejam melhor explicados por outra perturbação clínica ou que se preencham os critérios para perturbação disruptiva da desregulação do humor (Critério C). Para o diagnóstico rigoroso da patologia, deve-se especificar o nível de gravidade dos sintomas: leve, se os comportamentos estão presentes em apenas um contexto; moderada, se os comportamentos forem manifestados em pelo menos dois contextos; e grave, quando os comportamentos estejam presentes em três ou mais ambientes (APA, 2002; 2013).

É comum os jovens portadores deste distúrbio, apresentarem fortes variações de humor, baixa tolerância à frustração e irritabilidade, imprudência e/ou temperamento explosivo, baixa auto-estima e ficam facilmente frustrados (Barkley & Bentley, 1998). Estima-se ainda que, as crianças este diagnóstico, têm risco acrescido de desenvolver comorbilidade com a perturbação da hiperatividade, com a perturbação da conduta, assim como, com sintomas internalizantes e externalizantes (depressão e ansiedade) e dificuldades relacionais a nível familiar e social e insucesso académico (APA Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents, 2006; Rockhill, Collet, McClellan & Speltz, 2006).

Neste tipo de casos, é imprescindível destacar a importância de uma avaliação bem estruturada e da análise funcional das várias áreas de funcionamento, incidindo sobre a análise das dificuldades de adaptação comportamental ao meio e os excedentes comportamentais, o que a literatura refere como comportamentos internalizantes, referentes à forma como a criança percebe e integra os conceitos da realidade e suas dinâmicas internas que determinam os comportamentos externalizantes, todo o comportamento disruptivo que a criança manifesta (Costa & Marinho, 2002).

As contingências mais pertinentes na POD, a serem analisadas são as interações entre a criança e os seus cuidadores, uma vez que a criança faz a sua aprendizagem em função dos comportamentos modelo que tem à sua volta. O círculo familiar é o primeiro contexto em que a criança está inserida, sendo aí que ela começa a fazer a sua organização subjetiva da realidade, então quando a criança começa a apresentar comportamentos ditos inadequados, é necessário perceber a origem e as razões pela quais estes comportamentos se tornam evidentes (Barletta, 2011). Quanto aos instrumentos mais utilizados apontam-se a Child Behavior Checklist (CBCL) para crianças (Kronenberger & Meyer, 1996 cit. por Friedberg & McClure, 2001, p. 321) e o Youth Self-Report (YSR) para adolescentes (Koch & Gross, 2005).

Relativamente às abordagens terapêuticas na POD, não se verificam evidências empíricas significativas na eficácia do tratamento desta patologia através da abordagem farmacológica, exceto nos casos em que a perturbação de hiperatividade também está presente no diagnóstico. Pelo que, no caso da POD o tratamento é delineado através das intervenções psicossociais, que têm vindo a dar provas de eficácia. Estas, por sua vez fazem recurso à terapia comportamental, à terapia familiar, à terapia sistémica e incluem técnicas de modificação comportamental no lar, na escola, acompanhamento residencial

e abordagens de intervenção combinada. (APA Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents, 2006).

Reforça-se ainda que o tratamento indicado junto a estes casos, deve estabelecer-se de forma abrangente intervindo em várias dimensões da vida do jovem. O trabalho individual junto à criança, revela-se infrutífero se não for possível modificar variáveis referentes ao lar, ou mesmo ao contexto escolar da mesma (Carrias, 2014). Na opinião de Kaplan, Sadock & Grebb (1997) a eficácia do tratamento para a PC deve assentar em três dimensões: intervenção familiar, intervenção individual com enfoque na promoção de comportamentos pró-sociais e uma intervenção académica em contexto escolar. Goldstein, Gershaw & Sprafkin (1997) identificam ainda, a pertinência de uma intervenção de pares tendo a modelagem como elemento terapêutico e corretivo do comportamento disfuncional.

A Terapia Cognitivo-comportamental na POD

O início de uma terapia com jovens com POD, não se revela uma tarefa fácil uma vez que a sua motivação para a mudança é baixa, impreterivelmente estes jovens buscam a mudança nos outros, uma vez que apresentam uma forte tendência para evitar as responsabilidades e consequências dos seus atos. Desta forma, cativá-los e mantê-los comprometidos com a terapia é fundamental para o sucesso dos resultados (Friedberg & McClure, 2015).

A teoria cognitivo-comportamental assenta no pressuposto básico de que os pensamentos, sentimentos e ações estão interligados, ela procura auxiliar o utente na auto-monitorização destes padrões, identificando os esquemas disfuncionais visando a mudança do seu comportamento. Das várias técnicas terapêuticas usadas pela terapia cognitivo-comportamental, identificam-se quatro técnicas fundamentais, das quais se

enunciam a mudança no contexto ambiental (aplicação de consequências positivas e negativas) e a modelação (de pares, adultos) como técnicas comportamentais e, a resolução de problemas sociais (promoção de competências pró-sociais), a reestruturação cognitiva (identificação de pensamentos automáticos, análise racional) e auto-regulação (foco na regulação emocional) no polo cognitivo (Baker & Scarth, 2002).

Relativamente às limitações da terapia cognitivo-comportamental apontam-se questões inerentes à dificuldade em garantir que os jovens generalizem as competências adquiridas para além do *setting* terapêutico (Kendall, Reber, McLeer, Epps, Ronan, 1990, cit. por Frick, 2001), assim como atestar que as competências ganhas se mantenham após o término da intervenção (Lochman, 1992).

Ansiedade e Depressão: uma díade comum

Apontadas como as perturbações psicológicas mais comuns das sociedades modernas (Barbee, 1998; Copt, 2006), os contornos que envolvem estas duas perturbações aparentemente dispare, não são tão claros como os sistemas de classificação nosológica os apresentam. Na verdade, embora se conheçam estas perturbações com classificação e sintomatologia distintas, não é incomum a sua comorbilidade.

Neste sentido, a Anxiety Disorders Association of America (ADAA) indica que pelo menos metade das pessoas com diagnóstico de depressão, são também diagnosticadas com um transtorno de ansiedade, ou ainda que os indivíduos com quadros depressivos, experienciam em algum ponto, sintomas de ansiedade (ADAA, 2015). Holmes (1997), afirma que a depressão é acompanhada de ansiedade, especialmente numa fase primária de desenvolvimento, sobrepondo-se depois a esta.

A depressão

Classificada no grupo das perturbações do humor, a depressão é caracterizada pela experimentação de estados de tristeza, vazio ou desesperança, perda da capacidade de sentir prazer de forma generalizada, redução do interesse pelo ambiente e alterações ao nível das funções fisiológicas (sono, apetite e interesse sexual) (ADAA, 2015; Del Porto, 1999).

Etiologicamente, apontam-se fatores biológicos, psicológicos e ambientais (Canale & Furlan, 2006) para o aparecimento desta patologia. Segundo o ministério da saúde, a depressão afeta pelo menos 20% da população portuguesa e é associada a mais 1200 mortes por ano em Portugal, na sua maioria por falta de acompanhamento e tratamento adequados (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo Ramos (1984), quando se menciona o tema depressão é necessário fazer a discriminação entre a depressão inibida, caracterizada fundamentalmente pelo desinteresse marcado sem grande preocupação com a doença e/ou sintomas e, a depressão ansiosa que se distingue pela preocupação excessiva com a patologia, exibindo sintomas de agitação e ansiedade. A depressão é uma patologia derivada duma desregulação do humor e pode ainda, ser classificada como depressão unipolar e bipolar onde se observam mudanças nos ciclos de humor (Carlson, 2002), endógena quando a sua etiologia é orgânica, determinado por um quadro genético (Canale & Furlan, 2006) e situacional quando decorrendo da exposição a circunstâncias adversas prolongadas ou eventos traumatizantes (Corrêa, 1995).

Muitos foram os modelos explicativos que foram surgindo ao longo do tempo para conferir uma base teórica consistente para a compreensão e tratamento dos quadros depressivos. Neste sentido, destacamos o modelo explicativo cognitivo da depressão de

Beck (1967) inicialmente assente na assunção de três conceitos chave para compreender o funcionamento do estado de depressão e são estes: a) a tríade cognitiva, que tem como primeiro elemento a tendência de perceber as experiências de forma negativa (visão negativa do mundo), seguido da forma negativa do indivíduo se perceber a ele próprio (visão negativa de si) e por último, a percepção do futuro também no espectro negativo (visão negativa do futuro), promovendo um padrão de interpretação e antecipação negativas de eventos e expectativas, que por sua vez, geram comportamentos depressivos que mantêm e reforçam este ciclo (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008); b) Os esquemas, que são estruturas cognitivas de pensamento que ganham domínio progressivamente com o desenvolvimento da perturbação e que, por sua vez são constituídos pelos c) erros ou distorções cognitivas entendidos como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações (Beck, 1967).

A terapia cognitivo-comportamental na ansiedade e depressão

Vista como uma das intervenções mais eficazes no tratamento destas patologias, (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti & Grandi, 2004), a TCC nestes casos foca-se sobretudo em habilitar o utente a identificar, contrariar e mudar pensamentos desadaptativos, sentimentos, percepções e consequentemente o seu comportamento através das várias técnicas cognitivas e comportamentais (Knapp & Beck, 2008).

Em ambos os casos, é necessário aceder-se às crenças centrais dos esquemas disfuncionais de forma a promover a reestruturação cognitiva. Para isso pode recorrer-se a técnicas específicas como o curtograma, o diálogo socrático, registo de pensamentos disfuncionais, a técnica da seta descendente, exame de evidências, entre outras (Matos & Oliveira, 2013).

A identificação dos pensamentos disfuncionais e emoções é o primeiro passo para a reestruturação cognitiva dos indivíduos que apresentem esta sintomatologia. Após a identificação dos pensamentos automáticos, são então identificadas as crenças centrais e intermediárias visando a construção de modelos alternativos de pensamento/comportamento, baseados na escolha consciente. A reestruturação cognitiva deve possibilitar o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas, promovendo assim a autonomia e capacidade de adaptação do utente (Oliveira, 2011).

Objetivos do Estágio

Integrado no GAPPS, este estágio esteve vinculado a três componentes pertinentes na atividade do psicólogo clínico, nomeadamente o desenvolvimento de competências ao nível do exercício da avaliação psicológica, da prática da psicoterapia de apoio ou aconselhamento a utentes da comunidade e ao levantamento de dados no âmbito de investigações a decorrer. Os objetivos de estágios propostos foram naturalmente, de encontro às principais valências de ação do GAPPS, como já referido no enquadramento institucional. Sendo estes: a) o desenvolvimento de competências ao nível da prática do aconselhamento psicológico, intervenção comunitária e avaliação psicológica; b) desenvolvimento de atividades na área da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis; c) participação na construção e dinamização de atividades de sensibilização que sejam realizadas pelo GAPPS; d) desenvolvimento de competências pessoais, de relacionamento e de trabalho; e) colaboração nos projetos de investigação desenvolvidos pelo GAPPS.

Inicialmente, tomou-se contato com o gabinete e parceiros institucionais a fim de integrar a equipa vigente em ambos os contextos. Observando as necessidades específicas de cada contexto, foi perceptível quais os campos de ação e respetivas populações-alvo que pediam uma abordagem de nível primário (preventiva) ou por lado, de nível secundário (terapêutico) de acordo com os pressupostos da psicologia da saúde. Neste sentido, surgiram os objetivos secundários de expansão de conhecimentos da prática clínica ao contexto comunitário e o desenvolvimento de competências interventivas na promoção de estilos de vida saudáveis e diminuição de comportamentos de risco.

Na componente de avaliação psicológica e do apoio psicológico, estabeleceu-se

como espectável o manuseamento de técnicas empíricas de diagnóstico, entrecruzamento de dados e formulação da respetiva hipótese diagnóstica, assim como a elaboração de um plano terapêutico e subsequente acompanhamento clínico, salientando-se dois casos, cujo processo é desenvolvido no presente relatório.

Relativamente à dimensão da promoção estilos de vida saudáveis, fixou-se o desenvolvimento e aplicação de programas de promoção de competências pessoais e sociais, junto às populações identificadas. A investigação assentou maioritariamente na recolha de dados junto à população sénior, por meio duma entrevista qualitativa, contribuindo para o apuramento dos resultados do estudo sobre os fatores promotores da qualidade de vida e envelhecimento ativo.

Método

Participantes

Considerando os diferentes contextos de trabalho que estiveram envolvidos neste estágio, a população assistida abrangeu utentes de sexo masculino e feminino de todas as faixas etárias e de especificidade clínica e não-clínica.

Em situação de acompanhamento individual estiveram cinco utentes, cuja caracterização é apresentada na tabela abaixo exposta.

Tabela 1

Caracterização da população clínica em acompanhamento individual

	Idade	Etnia	Naturalidade	Local de atendimento	Escolaridade	Dificuldades
Rui	7	Caucasiana	Portuguesa	GAPPS	3º ano	Emocionais
João	8	Caucasiana	Portuguesa	Casa São Bento	1º ano	Desenvolvimentais
Lara	9	Caucasiana	Portuguesa	Casa São Bento	4º ano	Comportamentais
Ana	34	Caucasiana	Ucraniana	GAPPS	9º ano	Emocionais
Maria	58	Caucasiana	Portuguesa	CCPNSD	7º ano	Emocionais

Relativamente ao grupo, posteriormente formado como medida de intervenção de um dos casos, integraram sete crianças dos 9 aos 10 anos. Esta população específica é apresentada mais abaixo na tabela 2.

Tabela 2

Caracterização do grupo infantil de promoção de competências

	Idade	Etnia	Naturalidade	Escolaridade
Miguel	9	Africano	Portuguesa	4º ano
Ricardo	9	Caucasiana	Portuguesa	3º ano

José	10	Africano	Portuguesa	4º ano
Lara	9	Caucasiana	Portuguesa	4º ano
Rita	9	Caucasiana	Portuguesa	4º ano
Sara	10	Africana	Portuguesa	5º ano
Marta	10	Africana	Portuguesa	5º ano

Inicialmente foram identificados dois grupos para beneficiar do projeto de promoção de competências pessoais e sociais. O primeiro, diz respeito a uma população sénior e foi constituído por 6 elementos do sexo feminino, na faixa etária dos 60 anos.

O segundo grupo, foi constituído por adolescentes entre os 12 e os 15 anos, indicados pela assistente social da Casa de São Bento. Esta medida foi tomada como intervenção primária, sobre uma população não-clínica, mas em risco de desenvolver comportamentos de risco. O grupo está sucintamente caracterizado na tabela que se segue.

Tabela 3

Caracterização do grupo de promoção de competências da Casa de São Bento

Sexo	Idade	Etnia	Naturalidade	Escolaridade
Masc.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Masc.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Masc.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Masc.	15	Africana	Portuguesa	7º ano
Masc.	15	Caucasiana	Portuguesa	7º ano
Masc.	15	Caucasiana	Portuguesa	8º ano
Masc.	15	Caucasiana	Portuguesa	8º ano

Fem.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Fem.	15	Caucasiana	Espanhola	7º ano
Fem.	15	Caucasiana	Portuguesa	8º ano

Os dois estudos de caso analisados e descritos neste relatório, dizem respeito à criança do sexo feminino, caucasiana, de nove anos de idade, frequentadora do 4º ano e sinalizada pela assistente social da Casa de São Bento com problemáticas comportamentais. E à adulta de 34 anos de idade, caucasiana, de naturalidade ucraniana, em situação profissional de desemprego, que voluntariamente requisitou os serviços do GAPPS.

Instrumentos Utilizados

Prova do Desenho da Família

Encontrando o seu lugar junto às técnicas projetivas, o teste do desenho que inicialmente fora utilizado para avaliar o QI em provas de inteligência, demonstrou-se uma forma de representação e expressão da organização interna da criança (Meridieu, 2006). Enquanto técnica de estudo de personalidade, o desenho da família tem vindo a ser desenvolvido ao longo dos anos. No entanto, a sua codificação só foi estabelecida por Porot (1952), propondo a análise de três elementos base: a composição da família; as valorizações e desvalorizações dos elementos constituintes; e que posição indivíduo ocupa no seu contexto familiar (Killian, 1984). Corman (1970 cit. por Ortega, 1981), elaborou um também um método de análise que compreende três níveis: a) gráfico; b) das estruturas formais; c) de conteúdo.

A aplicação da prova é semelhante às outras provas de desenho, sendo administrada individual ou coletivamente, como forma de avaliação inicial ou de

intervenção terapêutica em situação de face-a-face, em que o(s) examinado(s) deverá ter as condições de conforto necessárias para a execução da tarefa (Buck, 2003). O tempo de aplicação varia entre os 10 e os 15 minutos e o material empregue é uma folha de papel branca de 18X21cm; vários lápis número 2 ou mais macio, afiado; uma borracha; lápis de cor: vermelho, verde, amarelo, azul, castanho, preto, roxo e laranja para o caso sejam pedidos o desenho colorido (Buck, 2003; Campos, 2002).

Inicia-se a prova verbalizando uma instrução simples e concreta: *Eu quero que faça o desenho da sua família. Faça o melhor que conseguir. Pode apagar o quanto quiser e demorar o tempo que precisar. Apenas faça o melhor possível* (Buck, 2003; Ortega, 1981). No decorrer da prova o examinador deverá estar atento essencialmente às verbalizações do examinado e à ordem de representação das figuras, assim como, os eventuais retornos (Ortega, 1981). Após o término da tarefa, o examinador deve explorar com o indivíduo o desenho indagando sobre quem são as pessoas que desenhou, se todos os parentes estão representados, quem falta e porquê e o que pensou quando estava a desenhar (Buck, 2003).

Relativamente à interpretação de resultados, a análise segue assente em dois eixos: o da ordem das figuras desenhada e o da interpretação dos traços do desenho da família. O primeiro, requer uma apreciação cuidada de cada figura em relação à dimensão, traço, localização, investimento gráfico, etc., e a omissão do próprio que pode ser total ou apenas uma representação de desvalorização (desenhando-se em ultimo lugar, desinvestimento na representação). Já o segundo, atenta na qualidade e especificidades da linha e dos grafismos (Buck, 2003; Campos, 2002). Apela-se ainda para que a interpretação desta prova seja feita de forma cuidada e sempre em análise global dos dados aferidos, sem privilegiar ou isolar itens na leitura dos resultados

(Campos, 2002).

Child Apperception Test (CAT-A)

O teste de aperceção infantil com figuras de animais (Child Apperception Test - CAT-A), foi criado por Bellak e Bellak em 1949, para aplicação a crianças dos 3 aos 10 anos de idade, e surge como uma extensão do teste de aperceção temática (TAT) (Dupree & Prevatt, 2003). A prova consiste em 10 pranchas de animais em situações do dia-a-dia das crianças e, para cada prancha, a criança elaborar histórias a partir das imagens apresentadas através do estudo da perceção de estímulos padronizados.

No início da prova, antes de amostrar as pranchas à criança o entrevistador deve apresentar as instruções da prova em voz alta: "*Vamos fazer um jogo no qual deverá contar-me uma história sobre cada figura. Conte-me o que está a acontecer, o que os animais estão a fazer agora.*" Quando necessário e no momento oportuno, deve-se perguntar: "*O que aconteceu antes? O que acontecerá depois?*" (Bellak e Bellak, 1992a, p.6).

Cada uma das pranchas envolve um conteúdo latente, a prancha 1 remete para problemas relativos à oralidade em geral; a prancha 2, remete para o medo da agressão ou para a efetivação da autonomia da criança e identificação do filho com pai ou com a mãe; a prancha 3, encerra conteúdos relativos à figura paterna; a prancha 4, encerra conteúdos relacionados com a figura materna e rivalidade fraterna; a prancha 5, remete para a cena primária e temas de manipulação entre as crianças; a prancha 6: remete para a cena primária e conteúdos de ciúmes na relação triangular; a prancha 7, pretende aceder aos medos de agressão e estratégia de *coping*; a prancha 8, pretende explorar a perceção da criança no sistema familiar; a prancha 9, acede aos medo primários (medo do escuro, abandono); e a prancha 10, remete para situações de transgressão e punição

acendendo às concepções morais da criança e problemáticas relativas à anuidade em geral (Santos, 2011).

O CAT-A, tem-se mostrado uma das principais provas de avaliação psicológica em crianças características psicométricas.

Sistema de Avaliação Empiricamente Validado de Achenbach - ASEBA

O modelo ASEBA pressupõe uma abordagem abrangente de avaliação de diferentes dimensões do funcionamento da criança ou adolescente, através do testemunho de diferentes informadores em contextos distintos da vida do indivíduo. Desta forma, Achenbach desenvolveu a bateria ASEBA que engloba múltiplos recursos que podem ser aplicados em função da faixa etária do jovem. As provas com aplicação adequada ao período escolar são: a *Child Behavior Checklist for ages 6-18* (CBCL), a ser respondida pelos pais, familiares ou cuidadores institucionais; o *Teacher's Report Form* (TRF) destinada aos professores do jovem, e o *Youth Self-Report* (YSR) a ser preenchido pelos jovens a partir dos 11 anos de idade (Dias & Lima, 2014).

No decorrente processo foi utilizado apenas a CBCL e o TRF, uma vez que a criança a quem foi aplicada esta bateria ainda não figurava da faixa etária de aplicação da YSR. A estrutura destas três provas é idêntica e consiste em 118 itens com descrições comportamentais, pontuados numa escala tipo Likert de 3 pontos (0- Não é verdadeira; 1- Algumas vezes verdadeira; 2- Muitas vezes verdadeira) para os últimos 6 meses e no caso do TRF, 2 meses. Os itens estão agrupados em síndromas (isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de atenção, problemas de pensamento, comportamento agressivo e comportamento delinquente), o que permite não só a comparação das pontuações das diferentes provas nos 8 síndromas, mas também a criação dum perfil com ponte de corte estabelecido no percentil 98

(Rodrigues, 2005/08).

Para além destas subescalas, a CBCL, o TRF e o YSR permitem ainda a aferição das escalas mais amplas de segunda ordem de internalização e externalização, sendo também possível aferir a pontuação total. A cotação das provas pode ser feita manualmente e a administração é feita de forma individual (Dias & Lima, 2014).

Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R)

A *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (Reynolds & Richmond, 1978; versão portuguesa de Fonseca, 1992), é um instrumento de medida da ansiedade constituído por 37 itens de resposta dicotómica (Sim- 1 ponto; Não- 0 pontos) e que inclui as subescalas de ansiedade manifesta (28 itens) e mentira (9 itens) para aferição de desejabilidade social. A administração pode ser feita de forma individual ou coletiva à população infantil do 3º ao 12º ano de escolaridade. A sua cotação varia entre os 0 e os 37 pontos, supondo que, quanto maior a pontuação, maior é a ansiedade-traço (Dias e Lima, 2014; Santos, 2010).

Tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Fonseca (1992), apresenta uma consistência interna de $\alpha=0,78$, uma fidelidade teste-reteste de $r=0,68$, validade discriminante e validade concorrente (Fonseca, 1992).

Inventário de Depressão para Crianças (CDI)

O *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1985, 1992; versão portuguesa de Marujo 1994), é constituído por 27 itens que visam avaliar o humor disfórico (6 itens), os problemas no relacionamento interpessoal (4 itens), a ineficácia (4 itens), a anedonia (8 itens) e a baixa auto-estima (4 itens). Cada item contém 3 frases que, de acordo com a gravidade dos sintomas obtém a pontuação: 0- ausência de sintoma; 1- sintoma leve; e 2- sintoma claro. A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os

itens e à semelhança da CMAS-R, quanto maior a cotação maior a gravidade dos sintomas, sendo o seu ponto de corte estabelecido aos 16 pts para a população portuguesa (Costa, 2011; Dias & Lima, 2014).

A versão adaptada para a população portuguesa do CDI (Marujo, 1994) e o posterior estudo de validação de Dias e Gonçalves (1999), demonstraram valores elevados de consistência interna (Alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,84) (Dias & Lima, 2014; Santos, 2010).

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Este instrumento pretende avaliar os índices de depressão e ansiedade em utentes com patologia física e em contexto hospitalar, fazendo uma seleção clara apenas dos sintomas psicológicos. Os itens da prova foram escolhidos de forma a não espelhar sintomas relacionados com outra patologia física ou distúrbio emocional, sendo assim, eliminados itens como: a perda de apetite e alterações do sono (Pais-Ribeiro, 2007). Embora tenha sido criada para ser utilizada em doentes em contexto hospitalar, esta prova tem vindo a ser largamente utilizada na investigação e prática clínica, com o propósito de avaliar os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997).

A HADS é uma escala de auto-administração, de preenchimento rápido (2-5 min.) constituída por 14 itens de resposta tipo Likert de 4 pontos, em que figura a classificação: 0-baixo; 2- moderado; e 3-elevado. Para cada item, existem quatro possibilidades de resposta, sendo expectável que o utente escolha a resposta que melhor represente o seu estado durante a última semana. Encontra-se dividida em duas subescalas uma visa aferir os níveis de ansiedade (7 itens) e a outra, os níveis de depressão (7 itens). A cotação final de cada subescala varia de 0 a 21, e resulta do

somatório dos valores dos itens das subescalas correspondentes, indicando que valores mais elevados significam níveis mais altos de ansiedade e depressão (Martins, 2011).

Foi estabelecido pelos autores da prova, Zigmond e Snaith (1983), que as pontuações obtidas entre 8-10 para cada subescala é indicador de uma possível perturbação clínica, e entre 11-21, uma provável perturbação clínica, sugerindo o valor de 8 como ponto de corte (Snaith, 2003). Os mesmos, consideram ainda que a severidade das perturbações podem ser classificadas como: normal de 0 a 7 pts; leve de 8 a 10 pts.; moderada de 11 a 15 pts.; e severa de 16 a 21 pts. (Snaith & Zigmond, 1994, cit. por Pais Ribeiro, 2007). Relativamente às suas características psicométricas, apresenta uma elevada consistência interna, com um alfa de Cronbach que varia entre os 0,80 e 0,90 para as duas subescalas (Brandberg, Bolund, Sigurdardottir, Sjoden, & Sullivan, 1992; Herrmann & Buss, 1994; Martin & Thompson, 2000) e 0,82 para o total da escala (Martin & Thompson, 2000) (Sousa & Pereira, 2008).

Procedimentos

Tendo sido realizada uma reunião formal com a coordenadora e supervisora clínica do GAPPS, onde nos foram dadas a conhecer as dinâmicas internas do gabinete, o presente estágio curricular teve início a dia 1 de Outubro de 2014.

Durante o mês de Outubro, no período de acolhimento, foram realizadas sessões de esclarecimento sobre temas pertinentes para o contexto clínico, nomeadamente a entrevista motivacional, o *mindfulness* em contexto psicoterapêutico, as técnicas de comunicação terapêutica e relaxamento e programa de promoção de competências. Neste sentido, as estagiárias beneficiaram de informação sobre técnicas clínicas, que alargaram os seus conhecimentos académicos.

Num segundo momento do mês de Outubro, efetuou-se a consulta, treino e manejo de instrumentos de avaliação psicológica, de forma a capacitar as estagiárias de algumas experiência de aplicação das provas, aquando se realizassem os processos de avaliação. Foram também realizadas revisões de literatura para apoio a projetos decorrentes no gabinete, tendo enfoque nos temas: o papel do psicólogo na doença crônica com adultos e idosos, mais particularmente no doente reumático e, também os comportamentos auto-lesivos na adolescência. Considera-se pertinente, realçar que esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências a nível de pesquisa literária, assim como serviu de atividade de inserção na instituição num período de adaptação à realidade de estágio.

Os processos de avaliação e intervenção individual tiveram início com o procedimento de triagem realizado pela supervisora clínica do GAPPS, seguindo-se o respetivo encaminhamento dos casos para os psicólogos que integram a equipa técnica do gabinete no final de Outubro.

No início do mês de Novembro, realizaram-se também as reuniões formais com a assistente social do CCPNSC, e com a assistente social da Casa de São Bento, onde foram apresentados e discutidos os projetos elaborados para cada população, bem como, se acordaram questões ligadas ao funcionamento interno, horários, recursos físicos e instrumentais de cada um dos locais.

No decorrer do estágio, mais precisamente no mês de Fevereiro, iniciou-se o processo de mentoria no Centro de Desenvolvimento Comunitário do Bairro dos Lóios, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Após o período inicial de adaptação aos diferentes contextos acima referidos, esteve organizado semanalmente, sendo que Segundas, Terças e Quartas estiveram

vinculadas ao horário de atendimento e Quintas e Sextas, destinavam-se à reunião de estagiárias e discussão de casos. Para uma melhor compreensão apresenta-se tabela descritiva em anexo III, no final deste documento.

O término das atividades de estágio na Casa de São Bento efetuou-se no início do mês de Junho, paralelamente ao fim do ano letivo e, conseqüentemente a um menor índice de frequência das crianças na instituição. Relativamente ao CCPNSC, a prática clínica finalizou-se no início do mês de Julho e, por último no GAPPS, no fim do mês de Julho.

Outras Atividades Desenvolvidas no Estágio

O referido estágio englobou a prática de diferentes atividades que caracterizaram este percurso e o tornaram mais rico e dinâmico.

Estas atividades incluíram preparação de consultas, organização e participação em eventos científicos, realização de mentoria de pares, entre outras.

De forma facilitar a leitura e compreensão do processo de estágio a descrição destas atividades e o detalhe da carga horária dispendida com cada uma delas pode ser consultada na tabela correspondente, em anexo III.