



Universidades Lusíada

Santos, Fátima Sofia Félix dos, 1988-

O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde primários

<http://hdl.handle.net/11067/3650>

Metadados

Data de Publicação	2013
Resumo	O presente relatório de estágio descreve um estágio académico de nove meses realizado no gabinete de psicologia, no antigo Centro de Saúde do Cacém, onde foram adquiridas competências profissionais inerentes à prática de psicologia clínica, mais concretamente nos cuidados de saúde primários. A primeira parte deste relatório encontra-se a caracterização do local de estágio, assim como a área abrangida e a população alvo. Na segunda parte são descritos os quadros teóricos relacionados com as ativid...
Palavras Chave	Centro de Saúde do Cacém (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Psicologia clínica da saúde, Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:30:50Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Mestrado em Psicologia Clínica

**O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde
primários**

Realizado por:

Fátima Sofia Félix dos Santos

Orientado por:

Dr.^a Margarida Santos Silva Brígido

Supervisionado por:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria Alexandra Ferreira Valente

Vogal:

Prof. Doutor José António Baião Carochinho

Dissertação aprovada em:

26 de Novembro de 2013

Lisboa

2013



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

O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde primários

Fátima Sofia Félix dos Santos

Lisboa

Setembro 2013



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

O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde primários

Fátima Sofia Félix dos Santos

Lisboa

Setembro 2013

Fátima Sofia Félix dos Santos

O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde primários

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

Supervisor de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientadora de estágio: Dra. Margarida Santos Silva Brígido

Lisboa

Setembro 2013

Ficha Técnica

Autora	Fátima Sofia Félix dos Santos
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisor de estágio	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientadora de estágio	Dra. Margarida Santos Silva Brígido
Título	O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde primários
Local	Lisboa
Ano	2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SANTOS, Fátima Sofia Félix dos, 1988-

O papel do psicólogo clínico nos cuidados de saúde primários / Fátima Sofia Félix dos Santos ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo ; orientado por Margarida Santos Silva Brígido. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

II - BRÍGIDO, Margarida Santos Silva, 1971-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica da saúde
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Centro de Saúde do Cacém (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical health psychology

2. Clinical psychology - Practice

3. Centro de Saúde do Cacém (Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. R726.7.S26 2013

Agradecimentos

Embora este relatório tenha a sua finalidade académica, um trabalho desta natureza, implica a contribuição de muitas pessoas a quem eu desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus Professores que contribuíram pelo meu percurso académico na Lusíada, obrigada pela partilha mágica de conhecimentos;

Aos meus colegas estagiários, Raquel e Nelson, um bem haja pela boa disposição e prontidão. Foi um prazer crescer do vosso lado;

À D. Joana pelo sorriso matinal e pelas canetas emprestadas;

À Dr.^a Rosário e Dr.^a a Sofia pela amizade e disponibilidade manifestadas. Foi imprescindível o vosso apoio; À Dr.^a Marisa pelas toneladas de material partilhado, paciência ilimitada e disponibilidade incondicional;

À Dr.^a Margarida, pelo profissionalismo, pela experiência partilhada e pela paixão e dedicação demonstradas. Já sei o que quero ser quando for grande!

Aos meus amigos, pelo ombro emprestado, obrigado por ouvirem as minhas lamentações e os meus devaneios. Um privilégio ter-vos na minha vida. Em especial à Larissa, pela amizade e audácia perante a vida. Obrigada pelas conversas profundas e ensaios sobre a vida. Encontramo-nos pela Europa, (bt!).

A ti Paulo, pelo teu amor, amizade e companheirismo. Por teres acreditado em mim quando as forças pareciam ter-se desvanecido.

Aos meus pais, pelo apoio, conforto e fé no meu potencial. À minha irmã pelas incontornáveis brincadeiras de infância e conflitos fraternais.

À minha família, os que me acompanham e os que já partiram, sou um pouco de todos vós! Obrigada!

A criança que fui chora na estrada.

Deixei-a ali quando vim ser quem sou;

Mas hoje, vendo que o que sou é nada,

Quero ir buscar quem fui onde ficou.

Ah, como hei-de encontrá-lo? Quem errou

A vinda tem a regressão errada.

Já não sei de onde vim nem onde estou.

De o não saber, minha alma está parada.

Fernando Pessoa, 1933

Resumo

O presente relatório de estágio descreve um estágio acadêmico de nove meses realizado no gabinete de psicologia, no antigo Centro de Saúde do Cacém, onde foram adquiridas competências profissionais inerentes à prática de psicologia clínica, mais concretamente nos cuidados de saúde primários. A primeira parte deste relatório encontra-se a caracterização do local de estágio, assim como a área abrangida e a população alvo. Na segunda parte são descritos os quadros teóricos relacionados com as atividades realizadas com destaque para o aconselhamento psicológico e terapia cognitiva comportamental. Na terceira parte estão apresentados a metodologia utilizada bem como os projetos desenvolvidos na comunidade de promoção da saúde. Quanto há quarta parte estão apresentados dois casos clínicos onde são descritos os processos de acompanhamento psicológico. Na última parte é feito um balanço sobre todo o trabalho realizado, sendo feitas reflexões sobre a prática clínica da aluna.

Palavras – chave: Cuidados de Saúde Primários, Terapia Cognitivo – comportamental, Aconselhamento Psicológico, Psicoterapia de Apoio, Promoção da Saúde.

Abstract

This internship report describes a nine-month academic internship conducted at the office of psychology in the old Health Centre of Cacém, where there were acquired the professional skills necessary to the practice of clinical psychology, specifically in primary care. The first part of this report is the characterization of the internship site, as well as the area covered and the target population. The second part describes the theoretical frameworks related with the activities with emphasis on counselling and cognitive behavioural therapy. In the third part there are presented the methodology used as well as the projects developed in the community of health promotion. As for the fourth part there are two clinic cases present where the counselling processes were described. In the last part is made a balance of all work performed, and done some reflections on the student's own clinical practice.

Key - words: Primary Healthcare, Cognitive Behaviour, Counselling, Supportive Psychotherapy, Health Promotion.

Índice

Introdução.....	1
Caraterização da instituição.....	3
Caraterização da população alvo	9
Enquadramento Teórico	10
Psicologia Clínica: História e atualidade	10
Psicologia da em Portugal.....	12
Papel do Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários	15
Psicoterapias	19
Psicoterapia de Apoio	24
Aconselhamento Psicológico	25
Terapia cognitivo – comportamental	27
Ludoterapia.....	31
As Principais Fases Evolutivas da Criança	34
Teoria da vinculação	37
Teoria do desenvolvimento psicossocial.....	39
Depressão na infância	42
Depressão na adolescência	45
Objetivos de Estágio	48
Metodologias	50
Amostra.....	50

Instrumentos	50
Entrevista Clínica.....	50
As provas Psicológicas.....	55
Procedimento	59
Outras atividades.....	59
Formação	61
Estudo de caso 1 - Rúben	63
Breve descrição do caso	63
Dados anamnésicos da criança	64
História escolar	66
Família	66
História parental	67
Provas psicológicas.....	68
Resumo das sessões	72
Hipótese de diagnóstico	73
Proposta Terapêutica.....	73
Discussão teórica	75
Estudo de caso 2 - Isabel.....	76
Breve descrição do caso	76
Dados anamnésicos da jovem.....	77
História escolar	79

Família	81
História parental	83
Provas psicológicas.....	84
Resumo das sessões	85
Hipótese de diagnóstico	86
Proposta Terapêutica.....	86
Discussão teórica	87
Conclusão	89
Reflexão Final do Estágio	90
Referências	91

Introdução

A elaboração do presente relatório pretende descrever todo o processo de estágio realizado no Centro de Saúde do Cacém (CSC), extensão do Olival, especificamente no Serviço de Psicologia inserido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), obtenção do grau mestre em psicologia clínica na Universidade Lusíada de Lisboa, tendo sido iniciado a 24 de Setembro de 2012 com término a 18 de Junho de 2013.

Os objetivos do estágio centram-se no desenvolvimento de competências, aptidões, conhecimentos e atitudes da prática de psicologia clínica, concretamente em contexto de cuidados de saúde primários, acompanhando todo o ciclo de vida do indivíduo e intervindo em contextos multidisciplinares.

O período de estágio foi dividido em três momentos distintos, começando pela integração e adaptação à instituição. Nesse momento a instituição foi apresentada bem como as suas equipas e valências. Foram providenciados todos os materiais cruciais para a prática de psicologia no Centro de Saúde, incluindo os instrumentos de avaliação, protocolos e os procedimentos inerentes à instituição. Em relação á atribuição de tarefas, estas foram delineadas consoante as necessidade de formação, das preferências da estagiária e as oportunidades oferecidas pela própria instituição.

O segundo momento marcou o início do contato com os utentes através da observação das consultas realizadas pela orientadora com o respetivo esclarecimento e reflexão das mesmas em reuniões. Posteriormente foram atribuídos casos, em que foram realizadas avaliações, entrevistas clínicas e respetivos acompanhamentos e intervenções, com destaque para a psicoterapia de apoio, aconselhamento psicológico e terapia cognitiva comportamental. Durante o período de estágio foram acompanhados quatro

casos, duas crianças e dois adolescentes, no entanto, só serão discutidos dois desses casos, nomeadamente de uma criança de 6 anos e de uma adolescente de 16 anos, ambas com quadro depressivo, onde se poderá observar dois tipos de intervenção distintas. Para além do acompanhamento individual, foram realizados projetos em parceria com a Junta de Freguesia do Cacém e com outras entidades locais, no campo da promoção da saúde e prevenção. Foram também providenciadas formações.

Por último, o terceiro momento corresponde ao processo de conclusão e reflexão sobre o percurso durante o processo de estágio.

Quanto ao conteúdo abordados no relatório, a primeira parte remete para a descrição da instituição e área de influência e da sua recente mudança estrutural. Passando para a abordagem dos conceitos clínicos relacionados com a Psicologia Clínica e Psicologia no Cuidados de Saúde Primários, incluindo os quadros teóricos essenciais para a compreensão dos casos estudados mais à frente. Posteriormente são apresentados os objetivos de estágio bem como todos os projetos desenvolvidos, incluindo formações complementares. Em relação aos dois casos, ambos foram intencionalmente selecionados por abordar um quadro comum, porém em contextos distintos e consequentemente ter-se utilizado intervenções diferentes.

Caraterização da instituição

O Centro de Saúde é uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários que procura a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, direcionando a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade, privilegiando também, a personalização da relação entre profissionais de saúde e os seus utentes, (Diário da República, Despacho normativo, nº97/83 de 28 de Fevereiro). Há um maior relevo das características da atual sociedade, que se destacam os objetivos dos centros de saúde como “o desenvolvimento de atividades específicas dirigidas (...) a grupos dos centros de saúde para desenvolver e contribuir para a investigação em saúde e participar ativamente na formação de diversos grupos profissionais” (Decreto Lei nº157/99 de 10 de Maio).

O Gabinete de Psicologia funciona no antigo Centro de Saúde do Cacém - Olival, inserido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Olival, situando-se na freguesia do Cacém, concelho de Sintra, tendo como Hospital de referência o Hospital Doutor Fernando Fonseca, e está integrado no recém-reformulado Agrupamento de Centros Saúde (ACES) de Sintra.

Os ACES foram criados em 2008 com o Decreto-Lei nº28/2008, tendo carácter de serviço público com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais Centros de Saúde com a finalidade de garantirem a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Com a nova formulação do artigo 4.º do Decreto –Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, na redação introduzida pelo Decreto -Lei n.º 253/2012, de 29 de novembro, os ACES sofrem alterações no que diz respeito ao número de agrupamentos, passando de 22 para 15, bem como a sua extensão geográfica de forma a garantir economias de

escala e concentração de recursos. De acordo com o artigo 2º do Decreto – Lei 253/2012, de 29 de novembro, o ACES Sintra resulta da fusão entre o ACES da Grande Lisboa IX - Algueirão – Rio de Mouro com o ACES da Grande Lisboa X Cacém – Queluz e os Centros de Saúde de Pero Pinheiro e Sintra do ACES da Grande Lisboa VIII – Sintra – Mafra. Com cerca de 413000 utentes, o ACES Sintra tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população do concelho de Sintra, numa área territorial de 319 Km², (ARSLVT, 2013).

O ACES Sintra está dividido em várias unidades funcionais, definidas de acordo com as características geodemografias dos recursos disponíveis e da gestão e utilização em colaboração com outras entidades de saúde (*figura 1*). O ACES Sintra desenvolve atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participa na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Saúde Personalizados **USF**–Unidade de Saúde Familiar, **URAP**–Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, **USP**–Unidade de Saúde Pública.

Especificamente nas instalações do antigo Centro de Saúde do Cacém - Olival tem em funcionamento as seguintes unidades: a UCSP, a UCC (Cacém Care), a USF (Flor de Lótus), o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco do Cacém (NCJR), uma Equipa Local de Intervenção (ELI) e profissionais da URAP.

Quanto aos serviços disponíveis, podemos encontrar os Serviços Administrativos e Biblioteca; Saúde Pública; Consultas de Medicina Geral e Familiar; Cuidados de enfermagem; Saúde Infantil; Vacinação e diagnóstico precoce (teste do Pezinho); Saúde Oral; Saúde Ocupacional; Serviço Social; Psicologia; Equipa de Intervenção Comunitária (Saúde Escolar e Cuidados Continuados); Programa de Diabetes; Consulta de Anti Tabagismo.

O serviço de Psicologia pertence à URAP, que, segundo o decreto - lei 28/2008, corresponde á unidade que presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares, integrando vários profissionais, nomeadamente médicos de especialidades, que não de medicina familiar e de saúde pública, os quais já se encontram integrados noutras unidades funcionais do ACES, como por exemplo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos com competências diferentes.

O mesmo serviço de Psicologia é coordenado pela Psicóloga que exerce funções nas instalações do Cacém – Olival desde 1998, tendo como horário de funcionamento, de segunda a sexta-feira, entre as 8 e as 13 horas. A marcação da primeira consulta, é feita

de modo presencial entregando o utente ou o seu representante a informação clínica, do médico assistente. A par, poderão ser agendadas primeiras consultas pelo próprio psicólogo, após solicitação de outros técnicos de saúde que com ele formam as várias equipas a funcionarem no ACES. Os critérios para o encaminhamento para a consulta são os seguintes:

- Despiste de perturbações do desenvolvimento e do comportamento;
- Avaliação Psicológica;
- Crises pessoais e/ou familiares;
- Disfunções familiares (conjugais);
- Processos de confronto e adaptação à doença e à incapacidade;
- Comportamentos de baixa adesão a tratamentos clínicos, regimes alimentares; estilos de vida, desenvolvimento de autocuidados e medidas de reabilitação;
- Stress induzido pelo confronto com diagnóstico médico ou tratamento.

A primeira consulta, inicia-se com uma triagem, sobre o pedido feito, de forma a se poder decidir sobre o seu encaminhamento. Dado o número de técnicos no Centro de Saúde, nem sempre é possível fazer o acompanhamento com a periodicidade desejável. No caso de psicopatologia, há uma intervenção sistémica e o envolvimento dos respetivos serviços externos que funcionam em articulação com esta unidade, mais especificamente a consulta de psiquiatria dos Hospitais de referência. Já nas crianças e jovens em situação de urgência, o encaminhamento é feito para os diferentes departamentos do Hospital da Estefânia: Unidade de Primeira Infância (UPI) se entre os 0 e os 3 anos, para a Clínica da Lapa dos 3 aos 12 anos e para a Clínica da Juventude dos 13 aos 17 anos. Relativamente aos adultos, o encaminhamento está dependente do seu grau de urgência. Quando urgente, são direcionados para o Serviço de Urgência de

S. José. Noutras situações, são referenciados para o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CINTRA), pelo médico de família.

A seleção da permanência dos utentes em atendimento no serviço de psicologia é feita após a primeira consulta de triagem, baseando-se nas necessidades concretas do pedido. A sua prática deverá incluir a avaliação clínica e conseqüentemente o seu acompanhamento ou não. Neste contexto privilegia-se a promoção do bem-estar psicológico dos utentes e grupos sociais, nas diferentes fases do ciclo de vida, no consultório, nos programas e projetos e todas as atividades que o serviço promove. Tendo sempre presente a otimização dos recursos através de equipas multidisciplinares e da abertura á comunidade, articulando-se com instituições como as escolas, autarquia e hospitais de referência, através da própria URAP e da UCC do Cento de Saúde, (Antunes et al., 2011).

Com a responsabilidade definida na saúde individual e coletiva dos cuidados de saúde primários, na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados na doença, as funções do gabinete de psicologia vão desde à assistência direta, (que se desenvolve através da consulta de psicologia, fazendo parte a avaliação e o acompanhamento), passando pela formação (técnicos de saúde e/ou comunidade, incluindo ainda a autoformação, supervisão e discussão de situações ligadas à assistência direta) e pela investigação (Antunes et al., 2011).

Caraterização da população alvo

A área de influência do antigo Centro de Saúde Cacém - Olival é constituída pelas freguesias de Aqualva, Cacém, S. Marcos e Mira Sintra, tendo uma área aproximada de 10,5km² com 79805 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2011), o que representa a segunda maior densidade populacional do concelho de Sintra.

Em relação à faixa etária da população que recorre às consultas, são mulheres em idade fértil (53,1%), população infanto-juvenil (22,3%) e população idosa (+65 anos 12,5% e +75 anos 40,3%). Os que mais utilizam os serviços de saúde, de acordo com os dados recolhidos pelo próprio Centro de Saúde, são adultos entre os 19 e os 64 anos, com 65,1% de população ativa e com índice de dependência total de 53,4% (idosos 19,2% e jovens 34,2%) e 75,6 % de índice de vitalidade (Antunes et al., 2011). A cidade do Cacém como cidade heterogénea apresenta uma afluência significativa da população imigrante oriunda de diferentes proveniências sociais e culturais e diversas etnias, vindas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), do Brasil e do Leste Europeu e são maioritariamente de classe média baixa, muitos deles beneficiando de apoio da ação social. Esta população é referente a um número elevado de utentes com inscrição esporádica, pois encontra-se, muitas vezes, em situação ilegal no país.

Enquadramento Teórico

Psicologia Clínica: História e atualidade

O conceito de Psicologia Clínica da *American Psychological Association (APA)* em 1935, definia-se de acordo por MacKay (1975), citado por Ribeiro & Leal (1996) pela «finalidade de definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição e análise e observação e, na base duma integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações com vista ao apropriado ajustamento do indivíduo».

Na emergência da Psicologia Clínica de se tornar uma atividade prática e útil, conseguiu encontrar o seu estatuto epistemológico que a compromettesse como ciência e a alicerçasse teoricamente (Ribeiro & Leal, 1996).

A origem da expressão «Psicologia Clínica» é atribuída a Lightner Witmer, doutorado pela Universidade de Leipzig em 1892, tendo sucedido Cattell como director do laboratório de psicologia na Universidade de Pensilvânia. Numa reunião anual da APA em 1896, Whitmer apresenta um novo método de investigação, «*the clinical method in psychology and the diagnostic method of teaching*» (Garfield, 1965), a propósito de procedimentos de avaliação em crianças com debilidades físicas e mentais, (cit. por Ribeiro e Leal, 1996) que era uma das principais preocupações dos pioneiros da psicologia na época.

A Psicologia Clínica como a conhecemos, começou a ganhar consistência após a Segunda Grande Guerra, pela sua intervenção nas vítimas da guerra, focando-se essencialmente nas perturbações mentais, que oscilava entre dois campos de análise, conhecidos hoje como os grandes definidores da Psicologia Clínica: a objetivação e a

medida, os testes; e a proximidade e serviço, comparativamente à psiquiatria, (Ribeiro & Leal, 1996).

As raízes da psicologia científica em Portugal são tão antigas como nos restantes países europeus, no entanto só recentemente é que se assumiu a psicologia como uma profissão moderna e como uma das temáticas a ser estudada nas universidades portuguesas. A partir dos anos 60, os psicólogos clínicos reivindicaram a sua independência perante a psiquiatria, reclamando o espaço que os libertava dos limites da psicometria.

Em Portugal, até meados de 1990 a atuação profissional do psicólogo clínico no sistema de saúde inseria-se na carreira genérica de técnicos superiores. Com o Decreto-Lei 241/94 de 22 de Setembro de 1994, que se definiu a carreira de Psicologia clínica enquanto ramo dos Técnicos Superiores de Saúde com definição das funções, formação e a progressão na carreira, denominando este profissional de «psicólogo clínico». O psicólogo clínico é então definido como «o profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde» (Dec. – Lei 241/94, de 22 de Setembro).

No sistema de saúde, os psicólogos clínicos prestam serviço essencialmente nos centros de saúde, hospitais gerais e hospitais de especialidade, destacando-se as competências exigidas ao Psicólogo Clínico assistente e assistente principal do referido Decreto-Lei: O estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico; O estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento; A participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico; O aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo; A intervenção psicológica e psicoterapia; A responsabilidade pela escolha, administração e

utilização do equipamento técnico específico da psicologia; A integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente; A participação em reuniões científicas; A participação em ações de formação na área da especialidade e afins; A participação em programas de investigação em aspetos relacionados com a sua área profissional; A responsabilização por sectores ou unidades de serviços; A participação em júris de concurso e de avaliação.

Psicologia da em Portugal

A psicologia nos cuidados de saúde primários *é a prestação de serviços psicológicos aos indivíduos, famílias e comunidades, incluindo a promoção da saúde e a prevenção das doenças e a função assistencial*. Esta prestação de cuidados realiza-se na perspetiva da psicologia da saúde que utiliza os modelos biopsicossocial e hermenêutico-discursivo aplicados à saúde, integrando-se nas equipas de cuidados de saúde primários, orienta-se pela colaboração interprofissional e pressupõe uma conceção holística e multidimensional dos processos de saúde e doença, (Teixeira, 2007).

Em Portugal, salvo as exceções nos serviços de psicologia dos hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental dos hospitais gerais, o número de psicólogos nos serviços de saúde não é muito significativo, quer nos centros de saúde, quer nos hospitais centrais e distritais. No entanto, esta situação tende a melhorar, ainda assim, muito longe da realidade de outros países, em que o psicólogo intervém de forma significativa na promoção da saúde, programas de prevenção, humanização dos serviços de saúde e promoção da qualidade dos cuidados (Egger, 1994; Hornung & Gusther, 1994; Schroder, 1994; Blanci & León, 1994, cit. por Trindade & Teixeira, 1998). Segundo Marks, o grande desafio da psicologia da saúde é

compreender o impacto dos contextos culturais, sociopolíticos e comunitários, sendo as diferentes fases do ciclo destacadas por Schmidt, nas (Trindade & Teixeira, 1998).

A saúde é um constructo multifatorial resultante de uma interação complexa entre fatores culturais, psicológicos, físicos, biológicos e espirituais, sendo que a sua promoção e manutenção implica um conjunto de processos psicossociais na interação entre o sujeito, o sistema de saúde e a sociedade

Diekstra (1990) e Weinman (1990) defendem o objeto da psicologia da saúde sendo o sujeito individual e as suas relações com a saúde, a doença, ou a deficiência, e com a sua família, técnicos de saúde, assim como os grupos sociais e os seus obstáculos associados à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Ela debruça-se com questões ligas à aquisição de comportamentos saudáveis, mudança de comportamentos ligados à saúde, adaptação a intervenções médicas indutores de stress, processos de confronto com a doença e as suas consequências (por exemplo a incapacidade), comportamentos de adesão à saúde, qualidade de vida e saúde, qualidade dos cuidados de saúde, perigos ecológicos e saúde e condições de saúde dos técnicos de saúde, (Trindade & Teixeira, 1998), entre outras.

Em relação aos paradigmas teóricos, a psicologia da saúde tem um carácter diversificado, dado ao fato da diversidade de e complexidade de questões que aborda. Dá-se um destaque ao modelo biopsicossocial e às teorias socio cognitivas, de grande importância nos programas de educação e promoção da saúde e na prevenção de doenças, (Teixeira, 1989).

No que toca nos métodos de intervenção, estas incluem essencialmente os modelos e técnicas de aconselhamento psicológico em saúde num primas individual e familiar,, técnicas cognitivas (atenção e reestruturação cognitiva), comportamentais

(ligas ao relaxamento, dessensibilização sistemática, técnicas de reforço, auto monitorização), *biofeedback*, treino de competências sociais, psicoterapia de apoio, intervenção na crise e técnicas de intervenção comunitária. No campo da investigação, a psicologia da saúde interessa-se sobretudo nas novas formas de terapias e intervenções médicas e nas suas implicações psicológicas, bem como no surgimento de novas doenças e comportamentos juntamente com as suas variáveis sociais, culturais e étnicos em saúde e da importância da qualidade de vida nas doenças crónicas.

O papel da psicologia ganha destaque na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções psicológicas tendo sempre em conta os fatores sociais, culturais e ambientais. Aqui destaca-se esta diferença em relação à psicologia clínica, que se traduz numa perspetiva mais individual. O bem estar psicológico e a saúde mental são essenciais na intervenção psicológica nos serviços de saúde, tendo sempre em conta os indivíduos e as comunidades como os principais responsáveis pela manutenção da sua saúde, prevenção e sobrevivência à doença, assim como pela integração social em casos de doenças crónicas e/ou deficiências, sendo os elementos chave na abordagem psicológica em saúde são o sujeito, família, técnicos de saúde e o suporte social que abrange o sistema de saúde e o sistema educativo, mobilizando os dispositivos de segurança social e de suporte comunitário. Nos Centros de Saúde presta-se atenção ao bem estar psicológico dos sujeitos e dos grupos sociais, durante as diferentes fases do ciclo vital, daí ser indispensável a criação de alicerces na comunidade que visem a promoção e a manutenção da saúde, bem como a prevenção de doenças relacionadas com o comportamento, assumindo os fatores psicológicos na saúde e na doença. É importante referir que o trabalho de um psicólogo nos CSP distancia-se do campo da psicopatologia, perturbações psicossomáticas e problemas de

consumo, sendo o seu interesse essencialmente em articular com as equipas de psiquiatria e saúde mental, proporcionando uma abordagem ampla, que inclui:

Contribuição nos programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças;

Intervenção nos processos de adesão a exames e rastreios, no confronto e adaptação à doença e à incapacidade e os seus tratamentos, regimes ou processos de reabilitação inerentes;

Desenvolvimento da informação relacionada com a saúde e processos de comunicação em contextos de saúde;

Comportamentos e fatores na procura dos serviços de saúde;

Qualidade dos serviços de saúde e humanização dos serviços, (Trindade & Teixeira, 1998).

Papel do Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários

Para explicar o papel do psicólogo nos cuidados de saúde primários, é importante referir que geralmente uma equipa é constituída por um médico (de família ou de saúde pública), enfermeiro, técnico de serviço social e outros técnicos nos quais se pode incluir o psicólogo, sendo que as equipas podem variar consoante as funções a desempenhar que poderão ir desde a promoção da saúde a intervenções em problemas específicos, não pondo de parte a investigação e a formação. As contribuições do psicólogo nos cuidados de saúde primários podem-se dividir em 3 áreas: Promoção da saúde, em que se trabalha para a implementação de práticas e políticas de saúde, trabalhando num contexto individual e/ou comunitário, com objetivo de mobilizar os recursos em prol da saúde; Proteção da saúde, na qual se procura implementar medidas de segurança e de prevenção de âmbito mais formal (local de trabalho, escolas, causas ambientais); Serviços preventivos, que junto dos médicos procura-se implementar mudanças nos estilos de vida e na facilitação da adesão aos tratamentos, programas de auto – cuidados (nos casos de doenças crónicas) e a comportamentos saudáveis.

- Aprofundando o campo da promoção da saúde e prevenção, a intervenção psicológica articula-se com as atividades de saúde comunitária (promovidas quer pelo Centro de Saúde, quer pelas organizações comunitárias como as autarquias locais, desde que estas cooperem junto do Centro de Saúde). Aqui o papel do psicólogo centra-se na implementação de práticas de saúde através de ações de formação e educação e de desenvolvimento comunitário ligado a diversas áreas como o tabagismo, o álcool, drogas, prevenção de acidentes entre outras, numa perspetiva da saúde comunitária (desde os modelos teóricos à avaliação). O psicólogo terá que ter em conta a área geográfica abrangida pelo Centro de Saúde, tal como referiu Taylor, Repetti & Seeman (1997), o psicólogo deverá ter em conta as características da comunidade que podem, ou não, ter impacto, sobre a saúde (como a pobreza, condições de habitação, exposição à violência, entre outras). Ainda na promoção da saúde, destaca-se a educação para saúde, que é uma atividade estruturada de caráter multidisciplinar, no qual o psicólogo tem como principais tarefas a avaliação dos comportamentos, para análise e implementação de possíveis programas de intervenção. No domínio da prevenção estão inseridas várias áreas desde a saúde escolar à saúde do idoso, passando pela saúde materna, infantil, ocupacional etc.... Na saúde escolar procura-se implementar numa idade precoce, comportamentos de saúde, implicando assim a promoção da saúde e prevenção da doença, procurando assim a promoção do sucesso escolar. Sendo assim, o psicólogo procura otimizar os recursos afetivos e cognitivos da população, para assim promover o desenvolvimento de competências que conduzam à resistência da pressão social que normalmente levam a comportamentos de risco. Compete ao psicólogo adaptar as intervenções, consoante o desenvolvimento psicológico, tendo em atenção às minorias étnicas e culturais, não excluindo o meio escolar e familiar. Na saúde dos

idosos, esta tem merecido destaque pela situação actual em que atravessamos, em que assistimos a um crescimento considerável da população idosa em Portugal, aumentando assim a necessidade de criação de programas de aconselhamento de saúde (nas áreas do comportamento alimentar, exercício físico e lazer) e de intervenção nas dificuldades de memória, perturbações cerebrovasculares, demências e incontinência, entre outras atividades de carácter específico. Quanto à função assistencial, ela é desenvolvida no âmbito da consulta de psicologia funcionando como consulta de referência para os clínicos gerais/médicos de família, mas também como apoio nos diferentes programas de saúde desenvolvidos no Centro de Saúde. Aqui será importante confrontar o paradigma clínico com os fatores que influenciam o desenvolvimento e a mudanças de comportamentos em saúde, levantando a necessidade de uma intervenção a vários níveis. Esta intervenção distingue-se nos serviços de psicologia mais tradicionais, por ter um número de consultas elevado, onde o seu tempo é curto e os utentes não apresentam geralmente perturbações mentais relevantes, cabendo ao psicólogo contextualizar o problema ao nível psicológico, psicossocial e da saúde, para assim proceder a avaliações e/ou acompanhamento de casos, consoante a necessidade de cada utente. Apesar de ser de carácter individual, o fato de se articular com o Médico de Família, implica que nos debruçemos sobre o ambiente familiar, isto é, considerar todos os fatores que possam estar implícitos na saúde ou na doença. Sendo assim, será importante identificar, o ambiente familiar conflitual ou mesmo violento; suporte afetivo escasso; alternância de controlo parental excessivo com ausência de limites e de apoio estruturante. A maior parte das intervenções individuais são do âmbito do aconselhamento psicológico em saúde ao abrigo de duas perspetivas: da promoção da saúde individual e da prevenção. Sendo que o modelo mais defendido na literatura é o

modelo de orientação cognitivo – comportamental. O aconselhamento psicológico não deverá limitar-se a sujeitos referenciados pelo médico de família, mas sim estar disponível para programas de saúde e para a própria equipa, independentemente dos obstáculos entre os psicólogos e os médicos de família, em que se baseiam nas diferenças de perspetivas na abordagem teórica e na prática dos problemas de saúde, assim como na influencia dominante do estatuto profissional e social dos médicos.

Quanto à reabilitação está orientado para a integração social e profissional de indivíduos com doença crónica incapacitante, com o objetivo de promover uma adaptação o mais satisfatória possível, tanto para o sujeito como para a sua família. A este nível o psicólogo poderá desempenhar funções de mediador entre a equipa de saúde e a equipa de reabilitação, bem como entre a equipa de saúde e os suportes comunitários imprescindíveis para a sua recuperação. Já no campo da investigação, nos quadros de saúde primários é importante que os psicólogos participem em projetos de investigação desenvolvidos pelos Centros de Saúde, uma vez que desempenham um papel fundamental na sensibilização juntos de outros técnicos acerca da necessidade da investigação centrada no paradigma *investigação – ação*. Paralelos aos projetos feitos pelos Centros de Saúde, existe a possibilidade de desenvolver investigação juntos de outras instituições como as escolas, universidades e organizações comunitárias. As áreas de investigação do psicólogo em Centros de Saúde, normalmente prendem-se com as questões ligadas aos fatores psicológicos relacionados com os comportamentos saudáveis e de comportamentos de risco; Fatores psicológicos para a mudança de comportamentos em da saúde; Influência do stress e do suporte social na saúde e doença; Implementação da qualidade de vida relacionada com a saúde. Não se deve descurar da importância da participação em ações de formação contínua, em especial

centrada em aspetos psicológicos ligados às suas intervenções na prestação de cuidados de saúde, como por exemplo: educação para a saúde e prevenção, participação comunitárias, ciclo de vida e saúde, influência social e cultural nos cuidados de saúde, informação e comunicação em saúde, comportamentos de adesão e desenvolvimento de autocuidados, saúde dos idosos, minorias étnicas e culturais, comportamentos de procura de cuidados de saúde e utilização dos serviços de saúde, e qualidade dos cuidados. É imprescindível a participação dos psicólogos no desenvolvimento da qualidade dos cuidados e dos serviços, especificamente através da sua integração e participação em *programas de garantia de qualidade* nos Centros de Saúde, mais concretamente em 4 áreas prioritárias estabelecidas pela Comissão Nacional de Humanização e Qualidade: acessibilidade dos serviços, acolhimento, personalização dos cuidados e continuidade dos cuidados. Os psicólogos são também essenciais para o desenvolvimento de projetos inovadores nos Centros de Saúde ao nível comunitário e da melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. A intervenção psicológica em projetos de cuidados continuados destaca-se pela por ser o tipo de cuidados dirigidos a indivíduos que, não necessitando de internamento, implicam assistência e o acompanhamento continuado, incluindo as necessidades psicológicas dos doentes e famílias envolvidas, tornando possível diferentes formas de intervenção e aconselhamento psicológico, (Trindade & Teixeira, 1998).

Psicoterapias

No presente relatório, serão explicadas as diferentes correntes com ênfase para a psicoterapia de apoio e a psicoterapia cognitivo – comportamental.

As psicoterapias são dos principais instrumentos de trabalho dos terapeutas, traduzindo-se num conjunto de métodos e abordagens resultantes dos diferentes

modelos de conceção e da intervenção. De carácter vasto e complexo, originalmente chamada de “cura pela fala”, a psicoterapia tem as suas raízes na medicina antiga, religião, na cura pela fé e hipnotismo, (Cordioli, 2008). O primeiro século da psicoterapia moderna surgiu com os trabalhos de Freud sobre o inconsciente e da utilização da livre associação. O legado de Freud foi desenvolvido pelos seus seguidores, promovendo notórios desenvolvimentos e fortalecimentos na estrutura da psicoterapia psicodinâmica, (Magnavita, 2002). A partir de então começam a surgir diferentes modelos e métodos sustentados por concepções diferentes sobre os sintomas e funcionamentos mentais, muitas vezes antagónicas e opostas, que confundiam os próprios profissionais e pacientes que procuravam acompanhamento. Consequentemente, era necessário desenvolver métodos de comprovação e de avaliação dos métodos, o que acabou por surgir na década de 1950, a partir da posição de Eysenck, que defendia que os resultados da psicoterapia eram devidos à passagem do tempo, e não das técnicas utilizadas, pondo em questão a veracidade dos modelos existentes, sendo que na mesma altura, Carl Rogers afirmava que os resultados da psicoterapia estavam relacionados com os fatores intrínsecos da relação humana e não com as técnicas em si, (Cordioli, 2008).

Apesar da pluralidade de modelos e concepções, as psicoterapias partilham de alguns elementos. Segundo Jerome Frank (1973), cit. por Cordioli & Cols. (2008), a psicoterapia independentemente do seu modelo, ocorre no contexto de relação de confiança emocionalmente carregada em relação ao terapeuta. Ela ocorre também no contexto terapêutico, no qual o paciente confia no seu terapeuta, na medida em que os objetivos da terapia serão alcançados. Outro aspeto reside na existência de concepções

racionais, esquemas conceituais ou um mito que prevê uma explicação plausível do sintoma/problema e um procedimento ou um ritual para orientar o paciente a resolvê-lo.

Cordioli e Cols (2008) distinguem os modelos em, pelo menos, seis áreas, consoante o seu quadro teórico: Teoria psicanalítica (onde inclui a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica e as psicoterapias de apoio), a terapia interpessoal, a terapia comportamental, a terapia cognitiva, a terapia familiar e de casal e a psicoterapia de grupo.

No primeiro campo, destaca-se a psicanálise onde podemos contar com o vasto campo teórico, constituído pelas ideias iniciais de Freud, as inovações de Anna Freud com a psicologia do ego, em que os conflitos são caracterizados por três instâncias: o id, o ego e o superego, (Gabbard, 2005), em que os conflitos manifestam-se na ansiedade gerada, que por sua vez, vai mobilizar os mecanismos de defesa do ego. Já os sintomas não são mais do que respostas dadas pelo confronto entre os impulsos e a repressão atribuída pelos próprios mecanismos de defesa, que acabam por moldar o carácter do indivíduo. Outro constructo teórico vai ao encontro das relações objetivas de Melanie Klein, que defende que as relações são internalizadas muito precocemente, onde são envolvidas, logo a partir dos primeiros meses de vida, as representações do *self*, do objeto e dos afetos. Os mecanismos de defesa utilizados na fase primitiva do desenvolvimento, são a dissociação e a projecção. Para além destes teóricos, podemos ainda contar com Bowlby e a sua teoria da vinculação de Bowlby, assim como Margareth Mahler com o processo de separação entre outros (Gabbard, 2005).

Na terapia de orientação analítica, ao contrário da própria psicanálise, é o terapeuta que propõe o plano terapêutico assim como os seus objetivos. De acordo

com as escolhas do terapeuta, o paciente é trabalhado no foco selecionado, explorando os seus conteúdos internos mediante as relações com as figuras importantes da sua vida atual e passada. Já a psicoterapia de apoio refere-se a um tipo de terapia menos ambicioso e menos intensivo (Cordioli & cols., 2008) do que as restantes terapias da área psicanalítica, tendo como principais objetivos a diminuição de sintomas, o desenvolvimento de competências e a manutenção ou o restabelecimento do nível de funcionamento após o momento de crise, sendo que o terapeuta assume temporariamente as funções de ego auxiliar e de *holding*.

Noutros registos temos a terapia interpessoal desenvolvida por Gerald Klerman e Myrna Weissmann, na década de 70, com o intuito de tratar a depressão. Esta terapia vai mais ao encontro do paradigma interpessoal e psicossocial de Adolf Meye e Harry Stack Sullivan, que enfatizam a relação com o paciente, valorizando a relação do paciente com o seu grupo social, (Cordioli e cols, 2008). Como tal, o meio social é determinante, contrariando as teses do intrapsíquico e a valorização das experiências passadas dadas pela psicanálise. A teoria intrapessoal, fundamenta-se ainda, na teoria da vinculação e do apego, desenvolvida por John Bowlby (Klerman et al., 1984; Weissman et al., 1994; Weissman; Markovitz; Klerman, 2000; Blanco & Weissman, 2005, cit. por Cordioli, 2008).

A terapia comportamental que bebe dos princípios das aprendizagens para explicar o surgimento, manutenção e a eliminação dos sintomas. Dentro deste modelo, destaca-se, naturalmente, os seguintes modelos teóricos: a teoria do condicionamento de clássico de Pavlov, que desenvolve a associação entre estímulos neutros e estímulos incondicionados; A teoria do condicionamento operante de Skinner, que se debruça sob o impacto dos efeitos de um comportamento no aumento ou diminuição da sua

frequência; a teoria da aprendizagem social de Bandura, revolucionou os modelos de aquisição dos comportamentos mediante a observação de outros indivíduos; e a teoria da habituação, sendo esta um fenómeno comum a todos os seres vivos em que os sintomas de ansiedade ou desconforto diminuem após longos períodos em que o indivíduo permanece em contacto com os mesmos estímulos. Com o objetivo de desenvolver um método para o tratamento da depressão, Aron Beck, propôs a terapia cognitiva, em que entende que as representações negativas que os pacientes faziam de si, do mundo e do futuro (tríade de Beck), seriam as principais razões para o desenvolvimento dos sintomas depressivos. Beck, desenha as primeiras estratégias de intervenção perante as distorções cognitivas. Posteriormente a este modelo, surgiram tratamentos de outras perturbações, sempre focado na atividade mental consciente e/ou pré – consciente, ou seja, tudo o que engloba os pensamentos automáticos, crenças bem como as suas consequências a nível emocional, comportamental e fisiológico.

Posteriormente surge um novo paradigma conceptual, onde a atenção é voltada para o contexto familiar, que é assumido como um sistema vivo de evolução, de carácter complexo e duradouro, cujo todo, deve ser mais do que a simples soma das partes. Os seus fundamentos teóricos, provêm principalmente da teoria geral dos sistemas, do alemão Bertalanffy, da teoria da comunicação, na teoria psicodinâmica (a nível das relações objetais) e na teoria cognitivo – comportamental. Dentro dos modelos teóricos, destacam-se os trabalhos de Ackerman, que atribuiu o conceito de terapia familiar em 1950, ao trabalhar com famílias através de métodos psicodinâmicos, com ênfase nos mecanismos de defesas grupais como a projeção, identificação projectiva, dissociação e nos conceitos da teoria das relações objetais. O objetivo centrava-se no desenvolvimento de insight, ou na abordagem dos conflitos transgeracionais, de

Bowen.. Com o tempo, foram desenvolvidos outros enfoques, como o estratégico, de Haley e Ackerman, para problemas hierárquicos e a nível dos papéis e as reações nas suas mudanças, o comportamental de Patterson e Margolin, para problemas relacionados com as atitudes da família, a comunicação de Bateson em padrões de relacionamento disfuncionais e simétricas, e mais recentemente, a cognitivo – comportamental de Bloch e Harari (Cordioli e cols., 2008).

Psicoterapia de Apoio

A Psicoterapia de Apoio (PA.) é um modelo eclético, sendo provavelmente o mais praticado em instituições privadas e públicas, sendo geralmente administrada a pacientes com psicopatologias mais graves ou com situações mais comprometidas, onde há a possibilidade de integração de outras modalidades de terapia, (Cordioli, Wagner, Cechin, & Almeida, 2008). Maria Rita Mendes Leal (2003), faz referência à psicoterapia de apoio quando a consulta psicológica ocorre em instituição de saúde (hospital ,clínica ou centro) a ação do psicólogo enquadrar-se no contexto da ação de outros, ou seja, deve orientar-se pelo desejo de ajudar alguém a encontrar o caminho com o intuito de promover dentro de si mesmo o seu potencial humano assumindo o compromisso de acompanhar pessoas na busca de liberdade e de realidade interiores aceitando o seu papel de mediador, acompanhando cada passo a percorrer e percorrido, sustentando a confiança na compreensibilidade de vivências. Apesar de não derivar diretamente de nenhuma escola, tira partido das técnicas de empatia, assim como das técnicas descritas por Holmes (cit. por Bateman, Brown & Pedder, 2003, p.113), o amparo e contenção (holding), uma técnica analítica que procura ajudar o sujeito a gerir as suas emoções e desconforto, um terapeuta ativo «real», trabalhar as defesas de forma

positiva, o reforço positivo, apoiar o controlo, reformulação dos problemas e o uso prudente da transferência e contratransferência.

Posto isto, a PA procura a eliminação de sintomas ou de comportamentos não adaptados, tanto em sujeitos que padecem de crises agudas como em portadores de perturbações ou déficits crónicos, procurando também o apoio aos indivíduos durante a ultrapassagem em fases evolutivas ou na superação de déficits maturativos e promover o crescimento psicológico (mais concretamente aquisição de maturidade emocional, autonomia, consolidação de identidade própria, determinação de autoimagem estável e integrada do self e melhorar a capacidade de avaliação do mundo que o rodeia, (Cordioli, Wagner, Cechin, & Almeida, 2008).

Aconselhamento Psicológico

Segundo Schmidt (1999), o aconselhamento psicológico, teve na sua origem os conceitos básicos da teoria traço e fator, estando ligado á apresentação de sugestões, orientações e conselhos baseados em avaliações psicométricas, Dentro desta perspetiva, o conselheiro está veiculando a normas de conduta, valores sociais e atuando de forma diretiva e ativa na avaliação e no julgamento do sujeito.

Trindade & Teixeira (2007) destaca a descrição dada pelo European Association for Counselling, na medida em que caracterizam o aconselhamento psicológico como um processo de tomada de decisões, de confronto de crises pessoais, de promoção das relações interpessoais, de desenvolvimento de autoconhecimento e de autonomia pessoal, em que o carácter psicológico é centrama em sentimentos, pensamentos, perceções e conflitos e a facilitação de mudança de comportamentos. De um modo genérico, o counselling procura um caminho facilitador na adaptação do sujeito perante a sua situação, otimizando os seus recursos relacionados com o seu autoconhecimento.

Carl Rogers, introduziu o paradigma de orientação não diretiva, revolucionando as práticas do aconselhamento, tornando-o mais individual na sua intervenção. Bennet (2002, p.271), definiu dois tipos possíveis de aconselhamento, consoante os seus princípios e dinâmica, podendo ser centrado no cliente, em que o autor define como sendo uma abordagem terapêutica não estruturada desenvolvida por Carl Rogers, onde a relação terapêutica é o elemento central da terapia, não descurando dos elementos chaves inerentes a uma relação terapêutica como a aliança e a empatia. A dinâmica do aconselhamento revela-se centrada no problema, focando-se na mudança no aqui e agora. Bond (1995), citado por Trindade & Teixeira (2007), destacou as diferenças existentes entre psicoterapia e aconselhamento psicológico. Estas diferenças referem-se a aspetos específicos, tais como: o carácter situacional que é centrado na resolução de problemas do sujeito; Mais orientado para a ação do que para a reflexão; Mais centrado na prevenção do que no tratamento; O técnico é como um facilitador na mudança de comportamento e ajudar a mantê-la.

No prisma da saúde, o aconselhamento visa em reduzir os riscos para a saúde através de mudanças concretas do comportamento do sujeito, nomeadamente a adoção de um estilo saudável comportamentos de saúde. Trindade & Teixeira (2007, p.107) definiram os objetivos principais do aconselhamento psicológico em saúde, sendo os seguintes: Fornecer ajuda para dar resposta às necessidades psicológicas dos sujeitos saudáveis e doentes; Promover a mudança de comportamentos relacionados com a saúde; Escutar e assumir as preocupações e o sofrimento e promover o bem-estar psicológico; Identificar as preocupações essenciais que o sujeito tem em relação à saúde e ajudá-lo a lidar com as mesmas; Identificar dificuldades comunicacionais e/ou relacionais com a família ou com os técnicos de saúde e ajudar o sujeito a desenvolver

estratégias para superar essas dificuldades; Acompanhar no processo de tomada de decisões informadas, no quadro das circunstâncias concretas de saúde/doença em que se encontra; Transmitir informação individualizada; Promover o desenvolvimento de competências sociais; Aumentar o autoconhecimento e a autonomia, visando o desenvolvimento pessoal Encaminhar para outros apoios especializados.

Com os objetivos, definem três componentes diferentes a ter em conta na relação clínica no aconselhamento, em função das necessidades específicas do sujeito. A primeira está focada na ajuda para lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões e mudar comportamentos. Outra componente identificada é de natureza pedagógica, relacionada com a transmissão de informação. E uma última dirigida à transmissão de segurança emocional apoio, relacionado com a transmissão de segurança, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal.

Terapia cognitivo – comportamental

Ao realizar psicoterapia de apoio o psicólogo continua a usar uma orientação teórica específica pela qual faz a sua conceptualização do caso e baseia as suas intervenções. Assim sendo, perante as hipóteses de abordagem de caso, recorri aos pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) perante um quadro depressivo, apresentado mais à frente. A TCC agrega pressupostos teóricos e técnicas resultantes de duas principais correntes, a cognitiva e a comportamental, bebendo dos estudos e teorias empíricas emergentes do início do século XX. Na década de 50 e 60 após os primeiros trabalhos acerca da modificação do comportamento, autores como Wolpe, Lazarus, Yates, Eysenck, entre outros, adotaram a terminologia Psicologia Comportamental, entretanto introduzida por Skinner (Wolpe, 1958), assumindo a

aprendizagem como o principal foco para o estudo e intervenção sobre os comportamentos desadaptados.

A psicoterapia cognitiva contemporânea incide nos conceitos do construtivismo psicológico. O modelo cognitivo – construtivista do comportamento humano, que emergiu durante os últimos 10 anos, difere em vários aspetos em relação às teorias psicodinâmicas, pela razão de que o modelo cognitivo não limita o comportamento às experiências precoces ou reguladas por processos inconscientes. Pode também contrastar com as matrizes comportamentalistas, sobretudo na questão de que os comportamentos e emoções não são somente resultado da nossa história ou de fatores ambientais. Em vez disso, os sujeitos são pró-ativos, desenvolvendo sistemas de com significados muito próprios que organiza as suas interações com o mundo. O construtivismo sugere que o conhecimento é relativo, por ser baseado em epistemologias pessoais e culturais e não na realidade objetiva (Mahoney, 1991; Niemeyer, 1993, cit. por Gurman, A. S. & Messer, S. B., 1998). Em termos concretos, os construtivistas entendem que existe, de forma virtual, um número limitado de perspectivas ou interpretações que derivam dos eventos externos. Uma das técnicas que poder ser utilizado em contexto clínico é a Linha da Vida, ou *Time Line* desenvolvida por Richard Bandler (cit. por James & Woodsmall, 1988), com o intuito de mapear os acontecimentos da vida. James & Woodsmall (1988) é a chave para entender a personalidade, mediante as memórias, decisões, experiências, e como elas se relacionam com o mundo exterior.

Assim como as teorias dinâmicas, as teorias cognitivas assumem a importância de se ir ao encontro dos diálogos internos e das motivações, de maneira a identificar e mudar crenças e atitudes não assumidas que contribui para o mal estar do paciente. O

conjunto de variáveis cognitivas, que inclui: intenções, expectativas, memórias, objetivos e distorções, tem como origem nos distúrbios emocionais. Tanto os processos cognitivos, assim como os processos emocionais e comportamentais são de carácter adaptativo. Este tipo de processo desempenha o papel principal na organização de respostas durante o dia – a – dia ou a longo termo. Os processos cognitivos não funcionam de forma independente das regulações comportamentais e emocionais. Em vez disso, são processos integrados no sistema adaptativo (Leventhal, 1984; R. Lazarus, 1991, cit. por Gurman, A. S. & Messer, S. B., 1998). Tal como os sistemas emocionais e comportamentais, não funcionam sem estar dependentes das componentes biológicas e dos contextos sociais.

Existem três variáveis que desempenham um papel indispensável na formação e da manutenção nos distúrbios psicológicos: a tríade cognitiva, os esquemas e as distorções cognitivas (Beck et. al., 1979; Freman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990, cit. por Gurman, A. S. & Messer, S. B., 1998): a) A tríade cognitiva foi proposta por Aaron Beck para descrever os pensamentos negativistas e os sonhos de pacientes com depressão internados (Beck, 1963, cit. por Gurman, A. S. & Messer, S. B., 1998). Beck observou que os conteúdos dos pensamentos destes indivíduos são constituídos por ideias negativas acerca deles próprios, do ambiente e das suas perspetivas futuras. Em contraste, os pacientes com distúrbios de ansiedade, vendo os outros e o mundo como potenciais ameaças, mantendo-os vigilantes e demasiadamente cautelosos perante o futuro. Esta tríade (eu, o outro e o futuro) constitui um quadro de orientação para examinar os pensamentos automáticos e os pressupostos implícitos descritos pelos pacientes e assim orientar a terapia, isto é, antecipando o conteúdo específico dos seus pensamentos nestas três áreas; b) Os esquemas foram originalmente propostos por Kant

e recentemente empregado pelos psicólogos piagetianos ao referirem-se às implicações estruturais cognitivas feitas de abstrações ou ao conhecimento geral sobre os atributos dos domínios dos estímulos (Horowitz, 1991, cit. por Gurman, A. S. & Messer, S. B., 1998), incorporando também as emoções e as valências afetivas” dos eventos (Leventhal, 1984, cit. por Gurman, A. S. & Messer, S. B., 1998). Como Segal (1988) afirmou, os esquemas incorporam os “elementos de reações e experiências passadas que formam um corpo coesivo e persistente de conhecimento, capaz de orientar a percepção e a capacidade de avaliação”. As mudanças ao nível do comportamento e das emoções, é devido à elaboração ou adaptação das crenças existentes e da construções de crenças alternativas. Como Kegan (1982) citado por Gurman e Messer (1998) observou a mudança comportamental e emocional envolve “uma evolução dos significados”. Como era de esperar, os esquemas são desenvolvidos e consolidados durante o decurso da infância, sendo estes reforçados por pessoas próximas, com ligações emocionais. Quando surgem esquemas mal adaptados, ainda que raros em casos de experiências traumáticas, têm propósitos adaptativos, podendo representar internalizações dos padrões de comportamento das figuras parentais; c)As distorções cognitivas são fruto das limitações da nossa capacidade de processamento de informação. As percepções, memórias e pensamentos podem tornar-se distorcidas durante um processo de adaptação. Uma distorção negativa é o ponto central da terapia, tanto que basta uma tarefa para fazer com que o impacto da distorção seja reconhecido. As distorções podem incluir: Os pensamentos dicotómicos (muito comum na patologia borderline e obsessivos - compulsivos); Leitura de mentes (comum em perturbações evitante e paranoide); Raciocínio emocional (comum nas perturbações da ansiedade); Personalização (pensar que tudo o que acontece é dirigido para a pessoa, comum em

perturbações evitante e paranoide da personalidade); super generalização (comum em indivíduos depressivos); Catastrofização (presente nas perturbações da ansiedade e agorafóbicas); Estado “devo” (em casos extremos, podemos encontrar em casos da perturbação obsessiva – compulsiva ou indivíduos com exagerado nível de sentimento de culpa); Abstração seletiva (focar-se só nas partes negativas, ignorar sempre o outro lado da questão (comum nos depressivos)). Existem ainda outras distorções como o perfeccionismo, a desqualificação do positivo, externalização de auto – estima, falácias e crenças irracionais no centro do desejo de controlar os eventos.

Em síntese, a TCC não é uma terapia singular, resultando da combinação de técnicas e de intervenções, com o intuito de se trabalhar competências emocionais e relacionais, resolução de problemas, entre outros, seguindo um paradigma mais diretivo e estruturado, em que o paciente identifica as distorções cognitivas corrigindo-as, isto é, adapta-se consoante os seus recursos disponíveis (Cordioli e cols, 2008).

Ludoterapia

A origem da ludoterapia poderá estar associada às tentativas de se aplicar a terapia psicanalítica em crianças. Ao contrário dos adultos, as crianças não demonstram a capacidade de realizar associações livres (Dorfman, 1992). Ana Freud, começou por introduzir o brincar nas suas sessões, com o intuito de ganhar a confiança da mesma. Melanie Klein (1970), desenvolveu uma nova abordagem, baseando-se nos trabalhos desenvolvidos por Sigmund Freud, entendendo que o lúdico na criança seria tão importante como as associações livres nos adultos. Surgia assim a ludoanálise que procurava reduzir a ansiedade na criança que estaria associada á fantasia inconsciente, dando-lhe uma noção de valor da análise, onde são expressos os conteúdos das fantasias infantis, que estão

relacionadas com os conflitos sexuais, cuja dinâmica deve ser entendida em função do complexo edipiano.

Winnicott foi um pouco mais longe, quando apresentou a sua conceção sobre o brincar, em que não era só uma forma de expressar as fantasias. Por outras palavras, Winnicott entendia que não basta só se ocupar com a análise dos conteúdos da brincadeira, propondo a possibilidade de fazer essa mesma ação. Winnicott considerava o brincar como um aspeto universal do ser humano, e no caso de um sujeito incapaz de brincar, significa que precisa de intervenção (Winnicott, 1968). O mesmo autor defende que o brincar promove o crescimento, na medida em que se desenvolve os relacionamentos grupais, constituindo também um método de comunicação na psicoterapia.

Nos finais dos anos 70, a psicóloga Aberastury (1979) acrescentou que a criança, para além de estabelecer uma transferência positiva e ou negativa com o psicoterapeuta, era capaz de estruturar representações dos seus conflitos básicos através dos brinquedos. Assim a autora destacou o valor diagnóstico da entrevista lúdica, referindo ainda não haver necessidade de uma caixa com material lúdico exclusivo para cada criança, apenas que o brinquedo ofereça oportunidades lúdicas projectivas para o diagnóstico, (Werlang, B. G., 2000).

Werlang (2000) entende que no psicodiagnóstico infantil deve-se entrevistar os pais antes de estar com a criança, com o intuito de registar as informações gerais sobre o problema e a criança. Só então mantém-se o primeiro contato com a criança mediante uma entrevista lúdica, sem esquecer abordar a razão da sua vinda ao psicólogo, o que permite entender as fantasias da criança acerca do processo de avaliação, esclarecendo assim que necessário. Através do lúdico, as crianças exprimem,

de acordo com o seu nível maturativo, emocional, cognitivo e relacional, permitindo a descoberta de si mesma, revelando-se ao outro. O psicólogo deverá procurar estimular a interação, conduzindo a acção de forma a que transmita a compreensão do momento, respeitando e acolhendo a criança, para que ela se sinta aceite e segura. O psicólogo assume também o papel de observador, ao mesmo tempo que procura a compreensão e a formulação de hipóteses, bem como participar na brincadeira.

Em relação à escolha de brinquedos, Werlang (2000) defende que deve ser baseada no momento evolutivo emocional e intelectual da criança. Será através dos mesmos que poderemos observar as manifestações das fantasias das crianças, podendo ser através de brincadeiras organizadas, com sequência lógica, ou comportamentos de fixação, ações lúdicas rígidas.

Ocampo et al (2003), sugere que a caixa lúdica deverá incluir: “papel, lápis pretos e de cor, lápis de cera, tesoura sem ponta, massas de modelar, borracha, cola, apontador, cordel, bonequinhos de tamanhos diferentes, famílias de animais selvagens e domésticos, dois ou três carrinhos e aviõezinhos de tamanhos diferentes que possam funcionar como continentes, xícaras e pires, colher, cubos de tamanho médio, trapos, giz e bola”.

O desenho pode também constituir uma técnica útil como meio de comunicação entre a criança e o clínico. Bédard (2005), considera que para além de ter acesso ao consciente, o inconsciente também emerge através da “simbologia e mensagens ligadas ao desenho” em detrimento da estética deste. João dos Santos (cit. por Branco, 2000), afirma que o desenho e a pintura infantil tem uma base de motivação emocional, como todo o comportamento humano, uma vez que, quando a criança desenha ou pinta é

porque quer imitar alguém procurando identificar-se com a pessoa com quem está afetivamente ligada.

As Principais Fases Evolutivas da Criança

O percurso evolutivo da criança traduz-se, segundo João dos Santos, citado por Branco (2010), concretiza-se por diversas etapas sendo a primeira a passagem do impulso e da emoção aos sons. O conceito de impulso é retratado com o significado atribuído por Freud. O mesmo autor não se baseou apenas no instinto para explicar a sexualidade, debruçando-se sobre o estudo do impulso como um fator propulsivo do aparelho psíquico, permitindo que o indivíduo se oriente de acordo com a energia desencadeada pelos estímulos, tanto internos como externos. João dos Santos chega a criticar a posição de Freud, por este apresentar uma interpretação unilateral não incluindo outros fatores biológicos e por atribuir toda a função de evolução psicológica ao instinto. João dos Santos entende que a dinâmica dos complexos seja o resultado da concordância ou do conflito entre o meio e os impulsos instintivos natos. A segunda etapa corresponde à passagem dos sons aos movimentos globais e desordenados, onde explica a evolução do latente onde começa a relacionar-se com a mãe através de reações elementares, as vegetativas (estados de humor e de ansiedade, mecanismos de defesa do Eu contra a angústia e depressão) e as motoras (as mais expressivas). As reações motoras constituem um dos mecanismos de defesa mais poderosos no ser humano evoluído, ou seja, forma linguagem verbal. A comunicação começa no primeiro mês de forma ocasional, devido ao contato cutâneo da face da criança com o seio materno, transformando-se num sorriso com significado de apreciação em relação aos estímulos externos. João dos Santos acrescenta á afirmação de Spitz de que «o sorriso é o primeiro organizador», de que o sorriso constitui o primeiro sinal de «participação afetiva de

comunhão humana». A criança demonstra a sua tranquilidade através do sorriso perante a expressão materna ou mediante símbolos adquiridos de forma progressiva como os sons, sorriso e palavras. A terceira etapa, passa dos sons e movimentos desordenados ao movimento diferenciado e localizado. Por outras palavras é quando o bebé começa a utilizar o seu corpo com orientação de acordo com os estímulos do meio. As mãos desempenham um papel central, na medida em que se organizam como instrumentos. A partir dos seis meses começam a sentar-se, possibilitando a observar o meio noutra perspetiva, desenvolvendo novas formas de comunicação constituindo assim uma etapa importante na primeira infância. No entanto é no início da marcha que se cumpre a etapa principal. João dos Santos entende que ambas são fulcrais para a estruturação da dinâmica da personalidade, na medida em que o movimento anuncia o pensamento e a reflexão, como defende Wallon (cit. por Branco, 2010).

A quarta etapa constitui a passagem do movimento expressivo, diferenciado e localizado ao gesto e do gesto à mímica e à pantomina, destacando o papel do corpo na comunicação dos conteúdos intrapsíquicos, como por exemplo expressões de dor, tristeza, alegria, que são demonstradas de forma subtil mas que são perceptíveis ao outro.

Na quinta etapa assistimos à passagem da mímica e pantomina à atitude ou movimento em potencial ou cristalizado, onde podemos entender como é que a motórica do bebé evolui até à linguagem do adulto. O bebé começa por apresentar movimentos desordenados e generalizados, em que perante um estímulo do meio as respostas apresentam-se desordenadas e indiscriminadas. No entanto, pode-se verificar a possibilidade do bebé parar a sua agitação motora e de ficar atento ao que se passa. Nessa mesma paragem de movimentos, as posições específicas do corpo designam-se por atitudes ou como definiu Wallon movimento em potencial ou movimento

crystalizado (cit. por Branco, 2010). A coordenação da criança vai-se construindo entre o movimento e a paragem do movimento. No seguimento do pensamento de Wallon, as atitudes e o movimento em potencial são o ponto de viragem na evolução da criança, ou seja, inicia-se a reflexão e o pensamento.

A sexta etapa corresponde à evolução do movimento crystalizado a todas as formas pré – verbais e, destas à palavra sem significado linguístico. Alguns investigadores têm observado a capacidade do bebé de imitar alguns sons dos adultos a partir dos 6 meses. Posteriormente a criança já é capaz de articular palavras simples como «mamã» e «papá» entre outras, não sendo ainda propriamente palavras, mas são providas de significado. Nestes primeiros jogos verbais a criança começa a relacionar sons básicos às respetivas personagens ou objetos. Assim sons emitidos antecedem palavras, bem como os movimentos desordenados antecedem o movimento expressivo e diferenciado. João dos Santos enfatiza a livre expressão a todos os níveis da emoção, afetividade e da palavra para que possibilite um processo completo e equilibrado do pensamento e da linguagem.

A penúltima etapa traduz-se na passagem da palavra significativa ao registo a três dimensões, que retrata a complexidade de representar as ideias e sentimentos, ou em psicologia moderna, as sensações e perceções, a que Freud chamou de «representação das coisas». Com o surgimento da palavra, as ideias e sentimentos são identificados como conceitos. João dos Santos entende que a criança deve-se exprimir por intermédio da psicomotricidade que antecede e culmina a palavra cujo o papel na personalidade é crucial. Para que a criança possa passar da oralidade ao grafismo e deste para a escrita sem problemas, é importante promover atividades de manipulação, de desenvolvimento do traço e desenho para que possa iniciar a compreensão dos sinais,

símbolos e signos da escrita. Esta relação entre a psicomotricidade, palavra, traço, desenho e escrita é importante na expressão das próprias emoções e no desbloqueio de conflitos, uma vez que na segunda infância (dos 3 aos 6 anos) a criança já é capaz de definir as figuras compreensíveis para os outros, e assim o desenho e a pintura passam a integrar as suas emoções e sentimentos.

A última etapa processa-se do desenho aos símbolos gráficos atuais, descrevendo a passagem da linguagem verbal à linguagem escrita que representa para o autor uma cristalização da palavra, havendo também uma cristalização corporal, isto é, a exteriorização corporal é inibida, havendo uma sublimação dos impulsos corporais através de atividade física, como o desporto.

Teoria da vinculação

Um dos temas de grande debate na psicologia do desenvolvimento, está relacionado com a qualidade das relações estabelecidas nos primeiros anos de vida da criança. Essa relação designa-se por vinculação, que representa a ligação emocionalmente estabelecida de longa duração. O objeto de vinculação normalmente são os pais, havendo um elo ligado à retribuição de sentimentos feito por ambas as partes. É importante referir a distinção entre “vinculação”, que corresponde à organização de sentimentos em relação ao objeto, e o “comportamento vincutivo”, que diz respeito ao espaço para que esses sentimentos sejam expressos.

Segundo Schaffer (1996), as vinculações nas crianças caracterizam-se pela sua natureza seletiva, isto é, focam-se num indivíduo em particular que por sua vez vai despertar o comportamento vincutivo distinto, ou seja, que não se revela com outras pessoas. Esse vínculo leva a criança a manter a proximidade desse elemento, pois o mesmo proporciona conforto e segurança. Assim que este elo é quebrado, surge a

angústia de separação, sentindo-se indefeso e desamparado. O sistema vincutivo revela ser uma rede mais complexa de sentimentos, emoções, crenças e atitudes, como tal, há que destacar a qualidade das vinculações das crianças com o seu principal cuidador. Ainsworth, desenvolveu um estudo em que estudou a hipótese de que a qualidade das vinculações eram caracterizadas pela segurança ou insegurança transmitida pelos cuidados da mãe. Ainsworth, Blehar, Waters e Wahl (Schaffer, H., 1996), concluíram que as mães que reagem com maior sensibilidade às investidas do bebé proporcionavam vinculações mais seguras. Já a falta de reação resultaria em dois tipos de insegurança, podendo-se traduzir em mães inseguras/evasivas, que se caracterizam por estarem psicologicamente inacessíveis, uma vez que são introvertidas e negligentes, sendo o tipo de interação insensível e marcado pela rejeição. Quanto ao outro tipo corresponde a uma mãe insegura/resistente em que tendem a serem insensíveis, mas de forma inconsciente, reagindo de forma ambivalente, podendo atender aos pedidos da criança mas também rejeita-los. As crianças são processadores ativos das experiências que enfrentam, assim sendo as crianças refletem e controlam a informação apresentada, avaliando-a. Essa avaliação, parte da formação dos chamados conceitos sociais, correspondendo a instrumentos que lhe dão autonomia para interpretar as suas experiências nas relações com os outros e assim consequentemente formar os seus próprios conceitos, (Schaffer, 1996). Segundo Lewis, M. & Brooks – Gunn, (1979), o período compreendido entre os 3 e os 8 anos de idade, encontram-se os primeiros sinais de auto – reconhecimento. Em caso de uma criança mal tratada, faz referência à relação entre a qualidade de primazia dos relacionamentos sociais e a natureza dos respetivos auto conceitos. Kaufman e Cicchetti, (1989, verificaram que crianças vítimas de maus tratos entre os 5 e os 11 anos exibiam valores de auto estima inferiores, bem como eram

as mais recatadas revelando outras perturbações nas relações de pares, levantando a hipótese de que uma baixa auto estima e relações desorganizadas com outras crianças influenciam-se reciprocamente, levando com as crianças tenham maior probabilidade de se auto excluírem e de apresentarem dificuldades em manter contactos sociais bem sucedidos, aumento o sentimento de fracasso. A rejeição que está presente nas relações parentais tem grandes probabilidades de dar origem a perturbações do desenvolvimento, especialmente no que diz respeito no auto conceitos das crianças, (Schaffer, 1989).

Teoria do desenvolvimento psicossocial

O processo de desenvolvimento também inclui os padrões específicos que sustentam uma dada cultura e naturalmente vai orientar o individuo na resolução dos seus conflitos. Erikson, desenvolveu a teoria do desenvolvimento psicossocial, fazendo o contraste com as teorias defendidas por Freud. Erikson propôs que o desenvolvimento se baseasse no *princípio epigenético*, por exemplo, para que o ego global tenha um desenvolvimento saudável terá que se desenvolver de forma sequencial. Estas partes do ego, constituem as forças do ego identificadas por Erikson que se desenvolvem em 8 fases, onde em cada uma existe um aspeto particular no desenvolvimento do ego, as chamadas crises ou as fases cruciais de passagem para outro estágio. Dessa mesma crise resulta uma força do ego que se desenvolve em relação a um polo oposto ou negativo. Perante um desenvolvimento saudável a extensão da força é maior do que a da fraqueza. Essas forças desenvolvem-se nos relacionamentos com pessoas significativas, começando pela mãe e projetando-se o resto da vida. As fases descritas por Erikson começam no primeiro ano de vida, em que a criança desenvolve a confiança básica e a desconfiança básica. A confiança diz respeito ao sentimento de poder depender dos outros e de que estes responderão às suas necessidades. Vai ao encontro dos cuidados

parentais, em que é crucial haver uma boa maternagem, isto é, a oferta adequada de alimento, atenção e estímulo. Já a desconfiança desenvolve-se na medida em que o bebé não encontra respostas para as suas necessidades, o que poderá condicionar a sua futura adaptação e a continuidade do desenvolvimento do ego nas fases posteriores. A segunda fase refere-se ao segundo ano de vida em que a criança desenvolve um senso de autonomia, onde está incluído um período em que a criança é treinada para o asseio e para o controle das relações interpessoais. Se a vulnerabilidade não teve um suporte, desenvolver-se-á um senso de vergonha e de dúvida que se sobrepõe ao polo da autonomia. O terceiro estágio remete para os 4 e 5 anos de idade, em que a criança começa a construir a sua identidade de acordo com as identificações dos pais. Tal como Freud, Erikson entendia que as crianças nesta fase do seu desenvolvimento estão interessadas na sexualidade e nas suas diferenças sexuais, além de desenvolverem a consciência moral, ou o superego. A criança passa a explorar o desconhecido. Se a fase tiver uma boa resolução a iniciativa da criança prevalece sob os sentimentos de culpa. A quarta fase desenvolve-se no resto da infância até à puberdade, em que a criança está empenhada nas tarefas da escola, desenvolvendo o senso de produtividade. O polo negativo corresponde à inferioridade. A criança ao executar e completar as suas tarefas desenvolve um sentimento de prazer e perseverança. O reconhecimento do adulto desempenha um papel fulcral. Na quinta etapa ocorre a crise de identidade enfatizada por Erikson. Neste período há uma transição entre a infância e as responsabilidades da vida adulta. O adolescente luta para adquirir o senso de identidade. As identificações anteriores estabelecidas na infância tem um impacto importante, mas o jovem terá que desenvolver uma identidade pessoal para além dessas mesmas identificações. A confusão de identidade surge quando não consegue estabelecer uma identidade

coerente, fazendo com que o jovem adote papéis indesejáveis à sociedade. As famílias desempenham um papel importante na resolução de identidade ao possibilitar a combinação apropriada de autonomia e vinculação. A sociedade por ajudar a resolver através da moratória, constituindo um período em que o adolescente tem a liberdade de explorar vários caminhos possíveis para os papéis adultos sem as obrigações da vida adulta. Erikson destaca a exploração, contra às identidades precoces, uma vez que não é possível desenvolver a força do ego nessa fase. Erikson introduziu o conceito de fidelidade neste estágio como a capacidade de ser livre em contradição dos sistemas de valores, ou seja, defende que o adolescente deverá experimentar e questionar antes de mergulhar na vida adulta em que tem que assumir os seus compromissos. A sexta fase refere-se à primeira fase da idade adulta onde ocorre o conflito entre o senso de intimidade e o senso de isolamento. A intimidade envolve a capacidade de nos disponibilizar a nível psicológico a outra pessoa, ao contrário do isolamento que repudia e anula as possibilidades de relações. No sétimo estágio consiste em desenvolver uma força egóica sob as gerações, isto é, tomar responsabilidades de zelar pelos outros sob a forma de progenitor, professor, tutor, entre outros. O polo contrário refere-se ao senso da estagnação. A última fase descrita por Erikson, consiste em resolver a crise entre integridade e desesperança. A integridade corresponde à capacidade de olhar de forma retrospectiva para a vida, analisando a forma como ela foi vivida. A ausência desse senso provoca desesperança e conseqüentemente a negação da morte, uma vez que impediria de realizar aquilo que daria sentido à vida (Cloninger, 1999).

Depressão na infância

A Depressão é definida por Pedro Afonso (2004) como um “estado mental caracterizado habitualmente por sentimentos de tristeza que pode ser acompanhado de fraqueza, anedonia, tendência para o pessimismo, anorexia, ansiedade”.

Na criança só nos dias de hoje podemos contar com inúmeras investigações.

Nos anos quarenta, Spitz chama a atenção da comunidade médica sobre as consequências desorganizadoras após um hospitalização em idades sensíveis da vida do bebé. Muitos autores depois de Spitz mostraram os perigos das separações na baixa infância (Marcelli, 2002).

Em 1934, Klein, introduz o conceito de “posição depressiva” afirmando que ocupa um lugar crucial na evolução psicogenética da criança. Ela surge por volta do sexto mês e regressa no segundo ano de vida, correspondendo ao estágio de percepção do objeto total. Até lá, a criança está protegida da angústia depressiva, devido aos mecanismos de clivagem, projeção e introjeção, isto é, os objetos maus (mãe, má, mau seio, parte má do eu) são separados dos bons e projetados para o meio, enquanto que os objetos bons são incorporados no eu do bebé. As pulsões libidinais e agressivas são ambas separadas do seu objeto de investimento, constituindo assim a fase esquizo paranoide. Com o tempo, o bebé entende a globalidade do objeto. O seio mau, o seio bom, a mãe má e a mãe boa fazem parte do mesmo objeto. A partir daqui a criança vive numa ambivalência de sentimentos, podendo defender-se de um modo patológico, acentuando a clivagem e recusando a sua dependência ou receio pelos objetos maus. No caso de um desenvolvimento normal, a criança ultrapassa o seu sofrimento, e através do processo da reparação consegue recuperar e manter o bom objecto (Marcelli, 1998).

Outro autor de destaque, Spitz, apresentou trabalhos em que as reações das crianças estariam relacionadas com eventos externos e de não resultar do processo maturativo dominado pelo conflito. O autor relata o comportamento de crianças dos 6 aos 18 meses inseridas em ambientes desfavoráveis após uma violenta separação da figura materna. A criança começa por reagir com pequenos choros, passando para um estado de inibição e indiferença, em simultâneo de uma regressão do desenvolvimento e/ou sintomas somáticos, levando a um estado de letargia. Spitz denomina esta reacção de “depressão anaclítica”, que posteriormente Bowlby descreve como “hospitalismo”, defendendo que a idade mais sensível situa-se entre os 5 meses e os 3 anos. Bowlby descreveu 3 fases de comportamento: a primeira fase descreve-a como a fase de protesto em que a criança manifesta o seu desagrado, mas que atenuam passado 2 a 3 dias; na segunda fase há o desespero em que a criança recusa comer, ser tratada, isola-se e torna-se inativa, como se estivesse a passar por um processo de luto; E a terceira fase refere-se ao desligamento, em que a criança já não recusa os cuidados e a presença dos enfermeiros. Perante a presença da sua mãe, poderá não reconhecê-la, podendo mesmo gritar e chorar, (Marcelli, 1998).

Num paradigma etológico, Bowlby compara estas reações com o que observa nos primatas, constituindo assim o ponto de partida para a sua teoria do apego. Bowlby chama a atenção para que não se confunda separação de depressão. Da mesma forma que não se deve confundir sofrimento com depressão. Sandler e Joffe (cit. por Marcelli, 1998), entendem que a resposta depressiva constitui uma reacção afetiva de base, isto é, é uma das respostas possíveis face a um estado de sofrimento, o que significa que a criança poderá apresentar outro tipo de respostas como o evitamento, cólera, raiva entre outras. A reacção depressiva é a última resposta perante um estado de sofrimento

psicológico e físico, traduzindo a perda de bem estar em que está comprometida a relação com o objeto. A perda desse objeto provoca sofrimento e conseqüentemente uma intensa cólera, que se não for descarregada, aumenta o sentimento de impotência e posteriormente a reação depressiva.

No que diz respeito aos sintomas, na literatura apresentam-se de uma forma heterógena. No entanto a realidade clínica demonstra pertinência de determinados grupos de síndromas, especialmente através da descrição do Episódio Depressivo Major pela Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM – IV – TR, 2002, cit. por Marcelli, 1998) da American Psychiatric Association: “ A característica essencial de um Episódio Depressivo Major é um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável em vez de triste.”

Marcelli (1998) descreve o episódio depressivo na criança sendo muitas vezes desvalorizado pelos adultos. Existem alguns sinais de que se deve ter em conta como o abrandamento psicomotor e a inibição motora que podem ser observados por uma certa lentidão, rosto inexpressivo e pouco sorridente. Normalmente a criança cumpre tudo o que lhe propõe, com uma postura indiferente. No entanto, é mais frequente haver agitação sobretudo em tarefas que exijam empenho e concentração. Estes episódios de agitação são intervalados por momentos de inercia e indiferença, existindo episódios de cólera. O interesse ou a permanência nas tarefas são instáveis, em que a criança exprime cansaço. Com isto também exprime a perda de auto estima, sobretudo quando lhe é solicitada uma tarefa. A perda do amor revelada mascara sentimentos de desvalorização e culpa.

A nível cognitivo, observam-se dificuldades no pensar e em concentrar-se, havendo uma fuga, evitação ou recusa do trabalho escolar, muitas vezes confundida com “preguiça”. Em caso contrário, a criança refugia-se nos livros mas não consegue aprender, no entanto memoriza a informação. O sono também sofre alterações, havendo recusas ao deitar, pesadelos e medos particulares.

Depressão na adolescência

Segundo Marcelli (2002), com a idade os sintomas de depressão aproximam-se dos adultos. Especificamente na adolescência destacam-se os sentimentos de perda de auto estima, surgindo as tendências auto punitivas e agressivas. Apresenta-se um quadro de irritabilidade e inibição, acompanhada por fadiga, problemas alimentares, auto imagem e a culpabilidade. De acordo com o mesmo autor, todas as investigações mostram a frequência de perturbações associadas, tais como: A angústia de separação; Comportamentos anti sociais (fuga, luta, roubos); Consumos de produtos (álcool, drogas, tabaco, auto prescrição de medicamentos); Ansiedade generalizada e as fobias.

Existem três fatores importantes neste processo psíquico da adolescência e na psicopatologia das depressões, sendo eles: As perdas experienciadas tanto pelo paciente deprimido como pelo adolescente; A problemática da gestão da agressividade e culpabilidade; O desequilíbrio entre os investimentos objetivos e os investimentos narcísicos. No período da adolescência, o jovem passa por perdas, sejam elas fantasmáticas ou reais, que podem ser comparadas aos processos de luto. Essas mesmas perdas podem ser de diferentes níveis: Perda da quietude do corpo; Perda da estabilidade da imagem do corpo; Perda da bissexualidade potencial; Separação do vínculo infantil com os objetos edipianos.

Relativamente ao primeiro, destaca o surgimento de tensão vindo do interior do corpo, resultante da pulsão sexual e das novas necessidades. Provocando um estado de irritação ou retraimento. Em relação à perda da estabilidade da imagem corporal, o adolescente sofre uma transformação significativa do seu corpo na sua dimensão estática, dinâmica e interativa. Estas alterações alteram o sentido de coordenação, parecendo que se torna menos dotado nas atividades físicas, o que por vezes fá-lo desinvestir dessas mesmas atividades. Com as alterações do corpo e com a busca da identidade, o jovem explora as suas modificações estéticas, distanciando-se dos seus hábitos de infância e dos seus pais. Em relação à terceira perda identificada, o jovem ao sofrer as transformações pubertárias, leva a perder o sentimento de onipotência e da bissexualidade potencial. Mais do que nunca, há uma necessidade de assumir o seu papel de género, havendo por vezes comportamento exacerbados, em que o rapaz se torna mais másculo e a rapariga eleva a sua feminilidade. Neste campo existe um paradoxo, na medida em que a partir dos 12 – 14 anos, o adolescente desenvolve para uma inteligência mais abstrata, recaindo sobre hipóteses e não sobre fatos concretos. Isto é, há uma contradição entre um mundo infinito de possibilidades e um corpo definido de forma irreversível. No que diz respeito à separação do vínculo edipiano, o jovem deverá separar-se da infância rompendo com os vínculos de dependência da família, isto é, perder o objeto primitivo, para se tornar por completo um membro da sociedade, como defendia P. Blos (1967), citado por Marcelli (2002). Posto isto, as idealizações são suprimidas. Da parte do adolescente não idealiza mais os pais, desvalorizando-os. Os pais por sua vez, perdem parte da idealização que tinham em relação à criança. Quanto à idealização que o jovem tem de si, sofre oscilações entre o narcisismo exacerbado e a desvalorização.

Perante a descrição do processo da adolescência, Marcelli (2002), questiona os comportamentos clínicos do adolescente deprimido, uma vez que todos passam pelo processo de perdas mas não desenvolvem um quadro psicopatológico, descrevendo em quatro estados depressivos, sendo eles: A melancolia, a crise ango depressiva, a depressividade e o episódio depressivo major.

A melancolia é um estado instável que corresponde a um estado não depressivo mas com caráter de angústia, em que o jovem manifesta em investir no mundo dos objetos, por entender que há um vazio. Há um desinteresse geral. Já a depressão ango depressiva é mais do que um estado de tristeza e de melancolia que pode durar uma a duas semanas, podendo transformar-se num verdadeiro estado depressivo, manifestando ansiedade, sintomas somáticos, dificuldades no sono, perturbações alimentares e sentimentos de desvalorização com o receio particular relativamente à escola, São também frequentes ideias de morte, como as tentativas de suicídio. A depressividade corresponde à sintomatologia que se insere na semiologia depressiva. No entanto, os sintomas aparecem de forma isolada. Fala-se e «equivalente depressivos» pelo fato de se registarem melhorias através de tratamento farmacológico antidepressivo ou porque a abordagem psicoterapêutica deteta a existência de uma depressividade subjacente ao sintoma. Quanto ao episódio depressivo major, podemos observar uma lentificação motora, em que a expressão mímica é pobre, podendo também apresentar inibido ou hostil. No que toca à lentificação, há uma perda de fluidez do pensamento, bem como o empobrecimento da ligação das ideias. O adolescente apresenta um pensamento rígido, com representações fixas sobre si e o mundo: «tudo é inútil», «não presto, não consigo fazer nada». «não sou bonita/o. Todos gozam comigo», «a culpa é minha» etc... O humor depressivo não é facilmente reconhecido, sem ser questionado ao adolescente,

mas existem sinais de natureza fixa e duradoura de que devemos estar atentos: Há um desinteresse, retraimento social, familiar e afetivo, isolando-se dos seus amigos; Há manifestações de cólera e impulsividade para contrariar esse retraimento, sobretudo quando frustrado; É bastante visível a fadiga e a perda de interesse, desvalorização e o sentimento de indignidade, em que ambos estão relacionados com a escola ou com a relação de pares; As ideias de morte são frequentes, sendo a passagem ao ato muito frequente como forma de afastar os pensamentos ou como renúncia à luta; Registam-se dificuldades na concentração e atenção, havendo até um desinvestimento considerável na escola; Os sinais físicos registados são as perturbações alimentares, tais como a redução, perda de apetite, ou indiferença aos alimentos, havendo comportamentos anoréticos ou bulímicos, o que provoca oscilações de peso; A higienização do sono também é alterada, na medida em que há dificuldades para adormecer, com ciclos do sono interrompidos ou prolongamento do sono matinal, registando-se pesadelos que podem ter caráter repetitivo; Podem ser observados traços psicóticos, na sua forma mais grave, manifestando-se sob a forma de ideias delirantes, (Marcelli, 2002).

Objetivos de Estágio

Face ao exposto, os objetivos para o presente estágio foram orientados sob 4 dimensões: Aquisição de conhecimentos, aptidões, competências e atitudes.

Especificando, a aquisição de conhecimentos abrange o domínio dos processos psicológicos, abrangendo os contextos familiares, sociais e culturais. Inclui também o conhecimento de formas de abordagem de intervenção psicológica, através da promoção de saúde e prevenção da doença junto da comunidade. Ainda na aquisição de conhecimentos, foram trabalhadas as técnicas de entrevista e o estabelecimento da

comunicação, com o intuito de recolher informação clínica, abordando as fases do ciclo de vida do sujeito.

No que diz respeito às aptidões desenvolvidas, o estágio proporcionou desenvolver tarefas de avaliação e de intervenção psicológica, incluindo o tratamento da informação clínica necessária á avaliação dos casos num contexto multidisciplinar. Sendo importante também planear, executar e avaliar os diferentes programas de promoção da saúde e prevenção.

Quanto às atitudes, ter a capacidade para reconhecer as próprias necessidades de formação, procurando reforçar os seus conhecimentos. Promover um espírito de autonomia nos sujeitos, como aspeto crucial na intervenção psicológica.

Relativamente às competências, o estágio permitiu: analisar os modelos psicológicos adequados a cada atividade de promoção de saúde, prevenção e intervenção; Aperfeiçoar as técnicas de entrevista clínica e de recolha de histórias clínicas; Desenvolver competências no processos de avaliação psicológica, incluindo a elaboração de relatórios e informações clínicas; Desenvolver intervenções comunitárias; Trabalhar terapias como o aconselhamento e o apoio psicológico.

Metodologias

Amostra

Os casos apresentados neste relatório correspondem a uma criança de 7 e a uma adolescente de 16 anos, onde são descritos os seus dados, bem como a sua problemática e intervenção à luz dos conteúdos teóricos desenvolvidos. Todos os nomes apresentados são fictícios a fim de preservar a identidade dos sujeitos.

Instrumentos

Entrevista Clínica

A entrevista clínica representa uma das principais técnicas, podendo ser apresentada sob diferentes formas consoante o objetivo específico da entrevista e da orientação do entrevistador, que por sua vez determinará as suas estratégias, alcances e limites, (Tavares, 2002). Segundo Craig (1991), vai mais longe ao dizer que a entrevista pode ser influenciada tanto pelo paciente como pelo terapeuta, entendendo que as expectativas e a perceção do paciente em relação ao seu terapeuta irá determinar a forma como participa na entrevista. Quanto ao terapeuta, os fatores vão para além da sua orientação teórica, incluindo os seus valores e crenças pessoais.

Segundo Turk e Kerns (1985), citado por Ribeiro (1998) a entrevista” representa o contacto inicial entre o psicólogo e o sujeito constituindo uma das técnicas mais ajustadas para recolher informação, sendo também, um complemento aos resultados obtidos através de outras técnicas de avaliação psicológica (Ribeiro, 1998). Para que a entrevista seja um instrumento por excelência, existem um conjunto de técnicas facilitadoras para a obtenção de informação. Estas mesmas técnicas não têm filiação teórica, querendo isto dizer que independentemente da orientação teórica do terapeuta, existem técnicas utilizadas durante a entrevista que promovem a própria relação

terapêutica enquanto nos focamos nos conteúdos mencionados pelo entrevistado. Da listagem de técnicas desenvolvidas, Leal (2008), enfatiza o trabalho de Craig (1998) que propõe designações e conteúdos para as técnicas de entrevista mais utilizadas, sendo elas: O questionamento, que é uma das técnicas mais usadas por psicólogos,

consistindo na colocação de questões ao paciente, sendo algumas diretas, como por exemplo, a recolha de dados ou a razão da vinda do paciente. No entanto, e porque se pretende que a entrevista clínica seja mais do que um questionário, é importante que se estabeleça uma interação para se ter acesso a dimensões da personalidade do sujeito, e que, por isso mesmo, evita-se uma sucessão de perguntas, que poderá gerar uma atitude passiva por parte do entrevistado; A técnica da generalização pode ser utilizada através do questionamento, só devendo ser utilizada após a obtenção de informações relevantes,

Com o intuito de fazer entender a importância da problemática, e assim mostrar ao paciente de que reage da forma semelhante em situações diferentes; A reflexão, que tem como objetivo fazer compreender ao entrevistado de que é ouvido e compreendido, sendo que o uso desta técnica exige que o entrevistador seja hábil ao reproduzir o material cognitivo/emocional do entrevistado; A focagem, que pode ser vista como a técnica oposta à generalização uma vez que pretende limitar o conteúdo da entrevista a um aspeto específico, assim como esclarecer aspetos que se contradizem para serem devidamente esclarecidos perante o entrevistado; A clarificação, que se faz através da utilização de outras técnicas com o intuito de compreender conteúdos ambíguos ou vagos, ajudando a tornar mais claro

o que foi dito anteriormente, uma vez que a simples visualização do problema tem uma componente terapêutica; O ecoar, a repetição simples de uma palavra ou

interrogação feita pelo paciente, pelo qual se visa demonstrar a atenção e reconhecimento emocional do clínico. Através da repetição, evita-se uma “fuga” ao assunto por parte do entrevistado; A reformulação, constitui a técnica onde o terapeuta repete as palavras do paciente de uma forma diferente, mais clara e articulada, promovendo a compreensão e o esclarecimento, dando a entender ao paciente de que está a ser ouvido; O silêncio em contexto clínico pode ser aplicado de várias formas, uma vez que pode resultar da inibição ou passividade do entrevistado. Outro tipo de silêncio que pode surgir é o regressivo que resulta da sequência de perguntas diretas fazendo com que o paciente se sinta incomodado. A posição do entrevistado pode ser defensiva quando o sujeito está em consulta contrariado, sentindo que está a perder o seu tempo ou não simpatiza com o terapeuta, e vê no silêncio uma forma de resistência. Quando o silêncio se apresenta como pausa, significa que a pessoa sente que esgotou um assunto e fica à espera da próxima pergunta ou então ser um silêncio reflexivo quando o paciente está a pensar no que está a ser dito ou a tentar lembrar-se de alguma coisa; A confrontação, que é utilizada para comparar ou colocar em confronto aspetos diferentes de um mesmo tema. Serve para esclarecer o entrevistador acerca do entrevistado, e também para clarificar dimensões específicas da personalidade do entrevistado. Pode gerar situações de retração por parte do entrevistado; A racionalização, que é o processo do qual o terapeuta ajuda o entrevistado que se encontra fragilizada a dar um sentido coerente, social e moral a um sentimento, pensamento ou comportamento; A autorrevelação, que é uma técnica delicada, na medida em que pressupõe a exposição do terapeuta em consulta. Sendo uma técnica que deve ser utilizada o mínimo de vezes possível utilizando apenas termos afetivos e

abstratos, não revelando aspetos específicos da sua vida pessoal; A interpretação, que pressupõe um certo grau de experiência clínica do

psicólogo, ao pretender trazer à consciência necessidades ou motivações inconscientes no sujeito, dando sentido a algo dito anteriormente que à partida não teria grande significado. Está condicionada pelo quadro de referência teórico e pelos aspetos culturais do entrevistador. É a partir do material recolhido na entrevista, que se obtém conclusões; A provocação, que deve ser utilizada cautelosamente uma vez que pressupõe ir ao encontro das defesas do paciente e pretende “provocar” uma nova reflexão no paciente; A exploração, que se distingue-se do questionário uma vez que vai ao encontro das causas e consequências, processos de funcionamento e das estratégias utilizadas. Apresenta-se de forma interrogativa para explorar áreas da vida, ou áreas importantes do pensamento ou sentimentos do entrevistado. A exploração serve para o entrevistador perceber a compatibilidade do sujeito com uma tarefa nova; A reestruturação cognitiva, que pretende reorganizar o material, expressa-lo de outra forma; Serve para verificar a facilidade do entrevistado aderir a outros pontos de vista; Esta técnica é utilizada quando o entrevistado tem uma visão negativa dos acontecimentos; O humor, constitui uma técnica que o terapeuta poderá recorrer para reduzir a ansiedade do paciente, podendo ser inclusivamente uma forma de criar uma aliança entre o terapeuta e o paciente, através da desdramatização e distanciamento de problemas. Contudo requer cuidados na sua utilização, pois o paciente poder sentir que não está a ser levado a sério e sentir-se ridicularizado.

Através destas técnicas procura-se obter e explorar conteúdo, bem como desenvolver a relação entre entrevistado e terapeuta. Para que a entrevista decorra de forma fluida e confortável, é importante que o entrevistador tenha interiorizado as

técnicas, mas mais do que isso interiorizar as competências descritas como fundamentais, segundo Nelson – Jones, (1983), cit. por Leal (2008), que é a capacidade de observar, a capacidade de escutar, a capacidade de desenvolver uma atitude empática e, segundo Winnicott (1969), cit. por Leal (2008), o controlo das intervenções.

Especificamente sobre a relação entre o sujeito e o terapeuta, Coimbra de Matos (2004) afirma que o crescimento ou desenvolvimento mental desenvolve-se na relação com o objeto, fazendo referência à unidade psicológica: o par. A aliança terapêutica, isto é qualidade da interação desenvolvida entre o terapeuta e o sujeito, corresponde ao que se chama de transferência positiva, ou como Freud entendeu, a ligação ou vinculação, ou mesmo como um esforço conjunto entre o terapeuta e o cliente, (Ribeiro, 2009).

Por natureza somos animais narcísicos, com necessidade de valorização pessoal. A valorização externa vem com o olhar valorizador, identificador e unificador do outro, o chamado narcisismo dependente. O oposto refere-se à capacidade de auto – valorização que se desenvolve através das experiências de sucesso, o narcisismo autárquico. Coimbra de Matos (2004), defende a importância da dimensão narcísica na psicologia e psicopatologia, por outras palavras, na saúde e doença mental, reforçando que “na realidade, não há doença mental sem défice de amor próprio ou desequilíbrio na sua regulação”. É numa relação de intimidade implícita partilhada que o processo terapêutico se desenrola. É através da empatia ou, segundo Coimbra de Matos (2004), a identificação projetiva com fins de conhecimento, que se adquire conhecimento sobre o funcionamento mental do paciente, sob as diferentes dimensões das emoções, atitudes, impulsos e perspetivas, memórias e antecipações, o estado mental e a sua dinâmica interna, a sua identidade e relação de objeto.

A empatia implica dois tipos de identificação: a homóloga/concordante (ao próprio paciente) e a identificação complementar (ao objeto do paciente). Através destes dois tipos de identificação consegue-se aceder ao objeto infantil do passado e ao objeto significativo do presente, permitindo assim uma compreensão do estado mental numa perspetiva vasta. Através da relação vai-se construindo em prol da saúde e do crescimento mental. A repetição dos elementos patológicos na transferência são trabalhados afim de serem dissolvidos e assim através da relação com o terapeuta, o individuo conseguir pouco a pouco, transferir-se para o exterior, permitindo ao paciente novas experiências e a viver o seu quotidiano no seu novo paradigma mais relacional e espontâneo. Na relação terapêutica, a natureza da relação é assimétrica, estando a importância e a responsabilidade do lado do terapeuta, levando ao fato da falência do envolvimento responsivo do sujeito pelo objeto ser a principal causa da perturbação da vinculação.

As provas Psicológicas

O Questionário de Auto – avaliação para Jovens (Achenbach, 1991; Fonseca e col., 1999), derivado do Child Behavior Checklist (CBCL), de Achenbach, (1991) na versão portuguesa traduzida e adaptada por Fonseca e colaboradores (1999) é um questionário de auto avaliação para jovens entre os 11 e os 18 anos, sendo constituído por descrições de comportamentos problemáticos em que se cotam a partir de 0 (a afirmação não é verdadeira), 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira) ou 2 (a afirmação é muito verdadeira), tendo em conta os últimos 6 meses. As questões foram elaboradas com o intuito do jovem fazer uma análise de si mesmo e em relação às suas competências ou necessidades.

Os 113 itens estão dispostos em 8 categorias: comportamento antissocial, problemas de atenção/hiperatividade, ansiedade/depressão, isolamento, queixas somáticas e problemas de pensamento/esquizoide. Para extrair estas categorias, Achenbach realizou várias análises fatoriais com amostras clínicas, dada a variabilidade das respostas aos itens ser superior nesta por comparação às amostras normativas, resultando em 8 síndromas. O autor efetuou, ainda, análises fatoriais de segunda ordem, que permitiram extrair dois fatores – um fator designado de “externalização (fatores relacionados com o ambiente) e outro fator designado de “internalização” (fatores relacionados com o self). Para além dos comportamentos problemáticos, este instrumento contém ainda um grupo de itens relativos a um conjunto de competência escolares, de atividades e sociais, (Achenbach, 1991).

Quanto à prova das Matrizes Coloridas Progressivas de Raven (Raven, 1947), constitui um dos instrumentos de avaliação da inteligência não verbal existindo em três versões: Geral (Standard Progressive Matrices - SPM) constituída por 60 itens (12 em cada série – A, B, C, D e E), a forma especial ou colorida (Coloured Progressive Matrices – CPM) com 36 itens (12 em cada série – A, Ab e B) e a forma avançada (Advanced Progressive Matrices – APM) composta por 48 itens (12 numa série – Set I e 36 noutra – Set II).

A prova é constituída por um conjunto de tarefas não-verbais, com o objetivo de medir a aptidão do sujeito a apreender relações entre figuras. Quanto às instruções da prova, o individuo necessita de indicar a figura que considera resolver a sequência apresentado.

A forma colorida das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), versão utilizada no presente relatório, é constituído por uma matriz de figuras geométricas e/ou

abstratas, em que cada matriz tem uma lacuna que deve ser preenchida por apenas uma das 6 a 8 figuras/respostas que se encontram no fundo da página. Através das respostas é possível avaliar a capacidade de raciocínio e de resolução de problemas face a um conjunto de alternativas.

O primeiro autor a debruçar-se sobre o desenho infantil foi Ricci, em 1887, em que analisou os vários estágios da evolução do desenho da figura humana. Apesar de ter realizado um notório trabalho neste campo, Ricci focou-se nos aspetos estéticos e na evolução da cor e nas suas relações com a arte primitiva (Campos, 2009).

Ao aplicar esta prova solicita-se ao sujeito que desenhe a sua família e a seguir, que nomeie as figuras desenhadas. Corman (1961) propôs um questionário para ser aplicado após a representação da família elaborada pelo sujeito, com o intuito de identificar os elementos, classificando-os (o melhor, o pior, o preferido, o mais feliz, o mais zangado etc...)

Corman (1961), destaca três dimensões de interpretação do desenho de uma família, nomeadamente, o nível gráfico, o das estruturas formais e do conteúdo. Em que o nível gráfico inclui a amplitude, força e ritmo do traçado, a localização da página e o movimento do traçado, sendo que esta dimensão é maior ou mais restrita associa-se com a expansão vital ou inibição, em que a força do traçado representa a força dos impulsos ou inibição dos instintos, sendo possível o sujeito enfatizar um elemento, por exemplo, desenhando um maior do que outro. Quanto à localização está associada ao espaço que o sujeito ocupa na folha, por exemplo, a parte superior representa a expressão da fantasia e a inferior a ausência desta (zona de depressão). O lado esquerdo está relacionado com o passado e o direito com o futuro, enquanto os espaços vazios significam zonas proibidas. Ao nível das estruturas formais, a representação da figura

humana é assumida como “o esquema corporal do sujeito, sendo possível avaliar a sua maturidade (no entanto pode haver influencia de aspetos emocionais além dos cognitivos e a presença de perturbações do esquema corporal). Quanto ao nível de conteúdo refere-se a aspetos projetivos, em que se deve analisar se o desenho obedece ao princípio da realidade (representação exata da família real), ou resulta da fantasia do sujeito, em que projeta tendências pessoais em personagens distintas. O autor destaca quatro parâmetros a avaliar no desenho: a valorização da personagem principal, a desvalorização de um personagem, a distância entre as figuras e a presença de representações simbólicas.

O Teste de Aperceção Temática Infantil (Bellak & Bellak, 1981), constitui uma técnica projetiva de avaliação da personalidade destinada a crianças entre os três e os dez anos, tendo como objetivo, segundo Montagna (1989), obter conteúdo emocional através da interpretação da resposta da criança e assim entender o seu mundo vivencial. Ou seja, tenciona-se conhecer a estrutura afetiva da criança, a dinâmica das suas respostas perante os problemas, os seus desejos e as estratégias de resolução adotados.

A prova é constituída por 10 cartões, com ilustrações de animais familiares e selvagens, a preto e branco com tons esbatidos. Monica Boekholt (2000) afirma que a análise e interpretação da prova tem de ter em conta o conteúdo manifesto (os pormenores que se observam na imagem) e latente de cada prancha. Segundo Bellak & Bellak, (1949), citado por Murray et al, (2001), a prova contém temáticas relacionadas com a “alimentação, linguagem, rivalidades fraternas, atitudes face aos pais, fantasias agressivas, aceitação do mundo adulto, medos, masturbação, comportamentos de índole diversa, assim como atitude dos pais face aos problemas infantis”.

Procedimento

Os trabalhos a desenvolver no estágio foram definidos consoante as expetativas e objetivos, tendo sido propostas tarefas de assistência direta que acompanhasse as diferentes fases do ciclo de vida, tendo no entanto só acompanhado crianças e adolescentes. Outra tarefa proposta foi o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção junto da comunidade, nomeadamente a comunidade escolar. Foi também acordado a participação em formações e projetos de investigação/ação. A supervisão foi garantida pela Psicóloga do Centro de Saúde, numa periodicidade semanal, afim de monitorizar e orientar todo o trabalho a ser desenvolvido.

A primeira semana de estágio foi dedicada à integração e adaptação, tendo sido permitida a observação do trabalho desenvolvido pela Psicóloga orientadora, nomeadamente em consultas, avaliações e reuniões com equipas locais. A partir de então foram atribuídos casos, com uma periodicidade de consulta semanal.

Relativamente ao horário estabelecido, as horas de estágio decorriam, geralmente, da seguinte forma: Segunda feira (das 9 horas às 14 horas), terça feira (das 9 horas às 17 horas), quarta feira (das 9 horas às 14 horas), com a reunião de supervisão ser geralmente às segundas feiras do período da tarde. Devido à diversidade de atividades a desenvolver, os horários foram ajustados de acordo com os projetos e disponibilidade dos utentes e estagiários, podendo ser observado no diário de estágio (Anexo A).

Outras atividades

O presente estágio possibilitou a participação em diversas atividades complementares à formação, nomeadamente em projetos de promoção da saúde, projeto de avaliação e ações de formação.

Conclusão

Com o término desta etapa académica, conclui-se que houve uma evolução significativa na prática clínica, especificamente nos cuidados de saúde primários, numa perspetiva multidisciplinar, abordando as diferentes etapas do ciclo de vida. Para além da prática, este estágio proporcionou oportunidades de aquisição de conhecimentos, a nível da promoção e proteção de saúde e prevenção de doença, tendo como foco a otimização do bem estar psicológico dos indivíduos e grupos.

Através dos programas desenvolvidos, foi-me possível integrar equipas multidisciplinares, trabalhando em equipa em prol de uma comunidade. Relativamente às metodologias, as consultas psicológicas trouxeram oportunidades de autonomia e aperfeiçoamento da utilização das técnicas de recolha de informação, entrevista, avaliação e intervenção. Há que destacar também, as evoluções registadas no campo das relações terapêuticas, uma vez que constitui uma aptidão que só trabalhada se pode melhorar.

Mediante a formação eclética proporcionada pela Universidade, foi-me possível aprofundar duas metodologias diferentes, ainda que em quadros semelhantes. Graças ao acompanhamento e disponibilidade da orientadora, foi-me possível autonomizar, dando os primeiros passos na prática clínica.

Reflexão Final do Estágio

Através da realização deste estágio, foi-me permitido colocar em prática todo o conhecimento adquirido ao longo da minha formação, constituindo uma mais valia no campo da prática clínica. Além da interiorização das metodologias, tive contato com a realidade de diferentes instituições, nomeadamente os serviços de saúde, escolas, instituições de solidariedade social, proporcionando um vasto leque de experiências nos mais diversos contextos.

Há que destacar todo o empenho e dedicação das equipas de intervenção com quem eu tive oportunidade de trabalhar, nomeadamente a Junta de Freguesia do Cacém, a Equipa Local de Intervenção e o próprio gabinete de psicologia, uma vez que os recursos humanos são limitados, no entanto, tive o privilégio de aprender que com pouco pode-se fazer muito, principalmente num meio de grandes carências sociais.

Como desafio pessoal, este estágio teve um impacto significativo, na medida em que nos coloca em situações de vulnerabilidade perante os casos reais, que tanto teimavam em não “sair” dos livros e dos artigos científicos. Posto isto, a supervisão fora imprescindível, de uma forma sempre atenta e calorosa. Os “puxões de orelhas” fizeram-me certamente crescer dia a dia, sentindo-me mais autónoma perante os desafios.

Referências

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 Child Behaviour Checklist 4-18, YSR and TRF Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2013). *USF Flor de Lótus foi inaugurado em Sintra*. Retirado de <http://www.arslvt.min-saude.pt/NoticiasEventos/Noticias/conteudos/Paginas/USFFlordeLotusfoiinauguradaSintra.aspx>.
- Afonso, P. (2004). *Será Depressão ou simplesmente Tristeza...?*. Cascais: Principia.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV – TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, C., Borges, C., Brígido, M., Ferreira, M., Ferreira, R., & Silva, A. (2011). URAP do ACES – Cacém/Queluz. Poster apresentado no 9º Encontro para a promoção da Saúde na Escola.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bédard, N. (2005). *Como interpretar os desenhos das crianças*. Mem Martins: Cetop.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi.
- Branco, M., E., C. (2010). *João dos Santos: Saúde mental e educação*. Lisboa: Coisas de ler.

-
- Campos, D. (2009). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Vozes.
- Clerget, S. (1999). *Não estejas triste meu filho: Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Âmbar.
- Cloninger, S., C. (1999). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordioli, A. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas,
- Cordioli, A., Wagner, C., Cechin, E., & Almeida, E. (2008). Psicoterapia de apoio. In A. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3ª ed., pp. 188 – 201). Porto Alegre: Artmed.
- Corman, L. (1961). *O teste desenho de família*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Craig, R. (1991). *Entrevista clínica e diagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.
- Dorfman, E. (1992). Ludoterapia. In C. R. Rogers (Org.), *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes
- Gurman, A. S. & Messer, S. B. (Eds.). (1998). Essential psychotherapies – theory and practice. New York: Guilford.
- indicações e contra-indicações. In A. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3ª ed., pp. 19 – 41). Porto Alegre: Artmed.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 3 de Novembro de 2012 em <http://www.ine.pt>.
- James, T. & Woodsmall, W. (1988). *Time line therapy and the basis of personality*. California: Meta Publications.
- Klein, M. (1970). *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Leal, I. (2008). *A entrevista clínica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.

-
- Leal, M, R. (2003). *A psicoterapia Como Aprendizagem – Um processo dinâmico de transformações*. Lisboa: Fim de Século Editora.
- Magnavita, J. (2002). Psychodynamic Approaches to Psychotherapy: A Century of Innovations. In Florence K. (Ed.), *Coprehensive Handbook of Psychotherapy* (Vol.1, pp. 1 – 3). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi
- Matos, A. C. (2004). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ministério da Saúde (1994). Decreto-Lei nº241/94. *Diário da República - I Série, n.º22º, 5671 – 5672*.
- Ministério da Saúde (1999). Decreto-Lei n.º157/99, Disposições Gerais dos Centros de Saúde. *Diário da Republica – I Série, n.º108, 2424-2435*.
- Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º28/2008, Agrupamentos de Centros de Saúde. *Diário da Republica – I Série, n.º38, 1182-1189*.
- Ministério da Saúde (2012). Decreto-Lei nº253/2012, Reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. *Diário da República – I Série, n.º229, 6757 a 6767*.
- Ministério dos Assuntos Sociais (1983). Despacho Normativo n.º97/83, Regulamento dos Centros de Saúde. *Diário da República – I Série, n.º93, de 22 de Abril, 1439-1453*.
- Montagna, M. (1989). *Análise e Interpretação do CAT: Teste de Apercepção Temática Infantil*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

-
- Murray et al (2001). *TAT, CAT-A, CAT-H, Y SAT: Técnicas proyectivas: manual de aplicación*. Madrid: Tea Ediciones.
- Ocampo, M., Arzeno, M., Piccolo, E., et al. (2003). *O Processo psicodiagnóstico e as técnicas proyectivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Raven, J. C. (1947). *Coloured Progressive Matrices Sets A, Ab, B*. Oxford: Oxford Psychologists Press Ltd.
- Ribeiro, E (2009). *Aliança terapêutica – da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilíbrios.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, 4 (XIV), 589 – 599.
- Ribeiro, L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Saffi, F., Savoia, M., & Neto, F. (2008). Terapia cogitovo – comportamental. In A. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3ª ed., pp. 292 – 295). Porto Alegre: Artmed.
- Schmidt, M. L. S. (1999). Aconselhamento psicológico e instituição: algumas considerações sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. In Morato, H.T.P. (coord.). *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. (pp. 91 – 115). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schaffer, H. R. (1996). *Desenvolvimento Social da Criança*. Lisboa: Instituto Piaget..
- Teixeira, J. A. C. (2007). Notas Didáticas. *A psicologia e o Centro de Saúde do séc. XXI*, 311 – 313.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2 (XVI), 217 – 229.

Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa:

Climepsi.

Werlang, B. G. (2000). Entrevista lúdica. In J. Cunha, et al. (Eds.), *Psicodiagnóstico –*

V (5ª ed., pp. 96 – 100). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1968). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford

University Press.

Lista de Anexos

ANEXO A – Diário de estágio

ANEXO B – Programa do projeto “Eu, tu e todos os que conhecemos”

ANEXO C – Certificados de participação e publicações em encontros e congressos

ANEXO D – Exemplos de sessões (Caso Rúben)

ANEXO E – Teste Desenho da Família (Caso Rúben)

ANEXO F – Resultados das Matrizes Progressivas de Raven (Caso Rúben)

ANEXO G – Exemplos de sessões (Caso Isabel)

ANEXO H – Resultados dos Questionários de Auto – avaliação para Jovens (Caso Isabel)

Anexos

Anexo 1

Diário de estágio

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
1º Dia 24/Set	14H – 17H	Apresentação dos estagiários; Conhecimento das instalações.	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Cuidados de Saúde Primários - Prevenção - Investigação – ação - URAP (Unidade de recursos assistenciais partilhados)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
2º Dia 01/Out	14H – 17H	Apresentação dos estagiários ao Concelho Clínico; Agrupamento X e as suas valências; Discussão do decreto lei 21/2008; Introdução aos projetos do “Cacém care”	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Presidente do Conselho Clínico - Estagiários	- Conselho Clínico - USF (Unidade Saúde Familiar) - UAESP (Unidade de Apoio às Emergências de Saúde Pública) - URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) -UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
3º Dia 2/Out	9H – 13H	- Revisão da prova WISC - Correção de uma WISC	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- WISC - TC (Velocidade de processamento de informação) - TA (Acertos= precisão/eficácia) - TC – E (Carateres processados) - TA – E (Índice de concentração) - Fator I (Compreensão verbal) - Fator II (Organização perceptiva) - Fator III (Velocidade de processamento)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
4º Dia 3/Out	9H – 13H	Presença numa consulta de psicologia; Discussão do caso e levantamento de dados	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Anamnese - Sintomas - Padrões de relação - Núcleo Familiar

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
5º Dia 8/Out	14H – 16H	Revisão de instrumentos de avaliação;	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Inquérito dos limites (WISC) - Entrevista clínica como principal instrumento.

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
6º Dia 10/Out	9H – 13H	Cotação de uma WISC	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Resultados padronizados - Classificação qualitativa numa WISC

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
7º Dia 12/Out	10H30- 13H30	- Apresentação do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos”	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Psicóloga responsável pelos projetos comunitários - Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém - Enfermeiro da Saúde Escolar - Estagiários	- Prevenção - Sexualidade no 1º ciclo

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
8º Dia 17/Out	9H - 17H	- Primeiro contato com os familiares do R. e marcação da entrevista para recolha de dados - Reunião com a Psicóloga CSC - Presença na cerimónia protocolar de assinatura do acordo entre CLL e o ELI - Sintra	CS Cacém Centro Lúdico das Lopas	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Primeiro contato - (ELI) Equipa Local de Intervenção

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
9º Dia 19/Out	9H – 13H	- Discussão do 1º caso (enquadramento e consulta do processo); - Esclarecimento de dúvidas - Revisão de conceitos	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Entrevista clínica na 2ª infância - Entrevista em contexto de serviços de saúde

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
10º Dia 22/Out	14H – 17H	- Receção dos estagiários	CS Cacém	- Diretora do Centro de Saúde - Psicóloga CSC - Enfermeiro da Saúde Escolar - Estagiários	- Expetativas do estagiário - Pro atividade - Reorganização dos agrupamentos de saúde

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
11º Dia 23/Out	10H – 13H	- Levantamento de novas ideias para o projeto de promoção e desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” (planeamento das sessões).	CS Cacém	- Psicóloga responsável pelos projetos comunitários - Estagiários	- Projetos de Educação para a Saúde - Promoção da Saúde - Educação Sexual

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
12º Dia 24/Out	9H – 13H	- Consulta caso Rúben - Reunião com os colegas - Síntese de artigos - Supervisão	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Entrevista clínica - Anamnese - Clarificação - Reformulação - Escuta ativa - Empatia - Cuidados de Saúde Primários

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
13º Dia 29/Out	10H – 13H	- Revisão de conceitos; - Supervisão	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Entrevista na 2ª infância - Entrevista lúdica através do desenho
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
14º Dia 31/Out	09H – 13H	- Atendimento (Caso Rúben) - Reunião de supervisão - Planificação do projeto “Eu, tu e todos os que conhecemos”	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Psicóloga responsável pelos projetos comunitários - Estagiários	- Entrevista na 2ª infância - Entrevista lúdica - Educação sexual no 1º ciclo
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
15º Dia 05/Nov	9H – 13H	- Supervisão dos casos - Revisão de conceitos	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Entrevista com crianças - A importância da entrevista lúdica
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
16º Dia 07/Nov	9H – 17H	- Atendimento (Caso Rúben) - Definição de estratégias do Projeto de promoção e desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” - Atendimento (Caso Isabel)	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Psicóloga responsável pelos projetos comunitários - Estagiários	- Entrevista na 2ª infância - Desenho da família - Educação sexual no 1º ciclo - Entrevista com adolescente - Entrevista de recolha de dados - O lugar dos pais nas entrevistas

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
17º Dia 09/Nov	9H – 17H	Salão Paroquia de Sta. Maria e S. Miguel - Sintra	Oradores (ver programa em anexo)	- Superior interesse da criança - CPCJ - Responsabilidade parental - Risco vs. Perigo	

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
18º Dia 12/Nov	9H – 13H	-Consulta (Caso Rúben) - Treino WISC	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Estagiários	- Desenho da família - Dinâmica e relações familiares - Entrevista com crianças - Importância das rotinas em crianças - WISC

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
19º Dia 13/Nov	14H – 17H	- Supervisão dos casos; - Planeamento dos projetos para o ano letivo 2012/2013	CS Cacém	- Psicóloga CSC - Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém - Estagiários	- Desenho da família - Entrevista com crianças - Conceptualização do caso - Projetos comunitários na área da sexualidade, saúde, relações e família)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
20º Dia 14/Nov	10H – 13H	- Reunião com a Psicóloga da JFC e Psicóloga responsável pelos projetos comunitários a propósito dos projetos abertos à comunidade	CS Cacém Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho	- Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém - Estagiários	- Projetos comunitários na área da sexualidade, saúde, relações e família)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
21º Dia 19/Nov	9H – 13H	- Consulta Caso Rúben - Participação no “Dia Internacional dos Direitos da Criança” no Agrupamento de Escolas Ribeiro de	CS Cacém Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho	- Psicóloga CSC - Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém - Estagiários	- Vinculações parentais - Relação de pares - Promoção de valores sociais em escolas

Carvalho

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
22° Dia 20/Nov	10H – 13H	- Reestruturação do projeto de promoção e desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos”.	CS Cacém	- Psicóloga responsável pelos projetos comunitários - Estagiários	- Projetos comunitários na área da sexualidade, saúde, relações e família)
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
23° Dia 21/Nov	14H – 16H	Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiária	- Primeira consulta (adolescente) - Técnicas de entrevista : questionamento, reflexão, clarificação, reestruturação)
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
24° Dia 26/Nov	09H – 13 H	Consulta Rúben Supervisão	CS Cacém	Estagiários	Matrizes Coloridas de Raven
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
25° Dia 27/Nov	10H-17H	Reunião com Professores Revisão conceitos Consulta caso Isabel	EB de Colaride CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Afetividade nos processos de aprendizagem Relações familiares Técnicas de entrevista: Reflexão, clarificação, reestruturação, exploração.
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
26° Dia 04/Dez	10H-17H	Reunião: Projeto Violência no Namoro Consulta caso	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Projeto para comunidade escolar Questionário YSR Escala de Connors Relações familiares Níveis de permissividade em contexto de entrevista

Isabel

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
27° Dia 05/Dez	10H – 14H	Brainstorm de ideias para Projeto da Violência no Namoro; Reestruturação do Projeto de promoção e desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos”	CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Estagiários	Projeto para comunidade escolar
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
28° Dia 10/Dez	09H - 13H	Consulta Rúben Supervisão	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Relação de pares
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
29° Dia 11/Dez	09H – 17H	Reunião com a Psicóloga da ELI Supervisão Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga da ELI Estagiários	Intervenção precoce Intervenção na família
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
30° Dia 12/Dez	10H - 13H	Supervisão	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	CAT Perturbações do sono Linha da vida (em psicologia)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
31º Dia 19/Dez	9H – 14H	Consulta Rúben Organização processos	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	CAT Conteúdo manifesto e latente

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
32º Dia 07/Jan	09H - 13H	Consulta Rúben Reunião Supervisão	CS Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga da ELI Estagiários	CAT Conteúdo manifesto Conteúdo latente Ludo

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
33º Dia 09/Jan	12H - 17H	Supervisão Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	CAT Conteúdo manifesto Conteúdo latente Linha da vida

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
34º Dia 14/Jan	9H - 13H	Consulta Rúben Revisão	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Lúdico

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
35º Dia 15/Jan	14H - 17H	Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Linha da vida Consumos Distúrbios alimentares Alterações do sono

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
36º Dia 16/Jan	10H 12H 18H 20H	Reunião Apresentação do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que	CS Cacém Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho	Psicóloga CSC Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Comunidade Estagiários	Prevenção Educação sexual

conhecemos”
aos
encarregados
de educação

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
37º Dia 21/Jan	9H - 13H	Consulta Rúben	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	O jogo, o lúdico e expressão criativa no desenvolvimento

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
38º Dia 22/Jan	9H - 18H	Desenvolvimento do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” Consulta caso Isabel Consulta Ricardo	Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Professores das turmas do 1ºA e 1ºB Estagiários	As emoções, afetos e definição de família Promoção de desenvolvimento emocional Linha da Vida História de vida Ansiedade Síndrome de la Tourette

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
39º Dia 23/Jan	10H - 13H	Supervisão	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Léxico emocional Linha da Vida Ansiedade Síndrome de la Tourette

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
40º Dia 28/Jan	9H - 13H	Consulta Rúben	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Léxico emocional Álbum da família

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
41° Dia 29/Jan	14H 17H	Consulta caso Isabel Consulta Ricardo	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Áreas contextuais no futuro História de vida Dificuldades associadas a sintomas de ansiedade

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
42° Dia 01/Fev	10H - 13H	Reunião	CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Estagiários	Violência no namoro Projetos de prevenção

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
43° Dia 04/Fev	9H - 13H	Consulta Rúben Consulta Ana	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Léxico emocional Suporte familiar Caixa de ludo

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
44° Dia 05/Fev	9H-16H	Desenvolvimento do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” Consulta caso Isabel	Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Professores das turmas do 1ºA e 1ºB Estagiários	Definição de família; Hábitos de higiene; Promoção de desenvolvimento emocional Depressão Doença Bipolar Erickson

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
45° Dia 06/Fev	13H-17H	Reunião Supervisão	CS Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Estagiários	Estrutura familiar Desenvolvimento infantil Ludo para o estabelecimento da relação

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
46° Dia 8/Fev	9H-13H	Estruturar a Acção de Sensibilização sobre Violência no Namoro	CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Estagiários	Violência nas relações de namoro Dating Relationships Inventory (CADRI) (Wolfe, Scott, Reitzel-Jaffe, Wekerle, Grasley ...Straatman, 2001)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
47° Dia 14/Fev	10H – 15H	Acção de Sensibilização sobre Violência no Namoro	Escola Secundária Gama Barros	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Enfermeira da Saúde Escolar Professores e alunos Estagiários	Violência nas relações de namoro

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
48° Dia 18/Fev	9H – 15H	Consulta Rúben Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Caixa de ludo Desenho livre Suporte familiar na criança

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
49° Dia 19/Fev	14H – 18H	Consulta caso Isabel Consulta Ricardo	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Consumos Comportamentos de risco Psicopatologia na adolescência SCL 90

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
50° Dia 20/Fev	9H – 13H	Supervisão	CS Cacém	Estagiários	Papel do psicólogo Isabel Trindade & Isabel Mesquita SNS

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
51º Dia 25/Fev	9H-13H	Consulta Rúben Consulta Ana	~ CS Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga da ELI Estagiários	Léxico emocional Enurese noturna Ludo

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
52º Dia 26/Fev	9H – 18H	Desenvolvimento do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” Consulta caso Isabel Consulta Ricardo	Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Professores das turmas do 1ºA e 1ºB Estagiários	Definição de família; Hábitos de higiene; Promoção de desenvolvimento emocional Comportamentos de risco na adolescência

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
53º Dia 04/Mar	9H – 13H	Consulta Rúben Reunião pós consulta	CS Cacém	Estagiários Psicóloga da Eli	Caixa de ludo

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
54º Dia 05/Mar	9H – 18H	Desenvolvimento do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” Consulta caso Isabel Consulta Ricardo	Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Professores das turmas do 1ºA e 1ºB Estagiários	Noção de cuidados e afectos Diferenças de género Promoção de desenvolvimento emocional Comportamentos de risco na adolescência Conflitos e dinâmica familiares

Dia	Hora	Ordem de trabalhos	Local	Intervenientes	Palavras chave
55° Dia 11/Mar	9H – 14H	Consulta Ana Reunião	CS Cacém	Estagiários Psicóloga responsável pelos projetos comunitários	Inventário de Conflitos nos Relacionamentos de Namoro Adolescentes (CADRI); Reestruturação da sessão do Projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos”
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
56° Dia 13/Mar	11H – 18H	Reunião Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Poster CSC Comportamentos de risco na adolescência Conflitos e dinamica familiares Relações Conflitos e identidade
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
57° Dia 18/Mar	9H – 14H	Consulta Rúben Reunião Organização dos processos	CS Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga ELI Estagiários	Autonomia nas AVD Caixa de ludo
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
58° Dia 19/Mar	13H – 18H	Consulta caso Isabel (Faltou) Consulta Ricardo	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Dificuldades associadas

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
59° Dia 20/Mar	9H – 18H	11° Encontro para a Promoção da Saúde Escolar	Centro Cultural Olga Cadaval - Sintra	Estagiários	Saúde Escolar Promoção da Saúde Programas de saúde nas escolas Educação e prevenção
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
60° Dia 25/Mar	9H – 15H	Consulta Ana Reorganização dos casos	CSC	Estagiários Psicóloga CSC	
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
61° Dia 26/Mar	12H – 18H	Consulta caso Isabel (Faltou) Consulta Ricardo (Faltou) Reorganização dos casos	CSC	Estagiários Psicóloga CSC	
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
62° Dia 01/Abr	9H 15H	Consult Rúben Reunião: Resultados Projeto Violência no Namoro	CSC	Estagiários Psicóloga CSC	Projetos na comunidade Promoção Saúde

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
63° Dia 02/Abr	9H – 18H	Desenvolvimento do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” Consulta caso Isabel Consulta R18	Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Professores das turmas do 1ºA e 1ºB Estagiários	
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
64° Dia 04/Abr	9H – 13H	Reorganização dos processos	CSC	Estagiários Psicóloga CSC	
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
65° Dia 08/Abr	9H – 13H	Consulta Ana Supervisão	CSC	Estagiários Psicóloga CSC	
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
66° Dia 09/Abr	9H – 18H	Reunião com Psicóloga JFC Consulta caso Isabel Consulta R18	CSC	Estagiários Psicóloga JFC Psicóloga CSC	Avaliação Pré - escolar

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
67° Dia 15/Abr	9H – 18H	Consulta Rúben Consulta Ana Reunião Psicóloga JFC	CSC	Estagiários Psicóloga JFC Psicóloga CSC	Resolução de conflitos Desenho da Família

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
68° Dia 16/Abr	9H – 16H	Desenvolvimento do projeto de promoção de desenvolvimento emocional: “Eu, tu e todos os que conhecemos” Consulta caso Isabel	Agrupamento de Escolas Ribeiro de Carvalho CS Cacém	Psicóloga responsável pelos projetos na comunidade Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Professores das turmas do 1ºA e 1ºB Estagiários	Segurança e risco Bom e mau toque Prevenção

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
69° Dia 19/Abr	9H – 17H	Avaliação Prontidão Escolar	Escola básica nº2 do Cacém	Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Estagiários	Desenho da figura humana Matrizes Progressivas de Raven

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
70° Dia 22/Abr	9H – 17H	Avaliação Prontidão Escolar Consulta Ana	Escola básica nº2 do Cacém CS Cacém	Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Estagiários	Desenho da figura humana Matrizes Progressivas de Raven Ludoterapia

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
71° Dia 23/Abr	10H - 18H	Reunião planeamento de sessão Consulta caso Isabel Consulta Rúben	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Dinâmica familiar Resolução de conflitos

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
72° Dia 29/Abr	09H - 15H	Consulta Rúben Consulta Ana	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Competências Sociais (cooperação e responsabilidade)

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
73° Dia 30/Abr	09H - 17H	Avaliação Prontidão Escolar Consulta caso Isabel	Escola básica nº2 do Cacém CS Cacém	Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Estagiários	Desenho da figura humana Matrizes Progressivas de Raven

Dia	Hora	Ordem de trabalhos	Local	Intervenientes	Palavras chave
74° Dia 02/Mai	9H – 16H	Revisão de processos Avaliação da prontidão escolar	Escola básica nº2 do Cacém CS Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga da Junta de Freguesia do Cacém Estagiários	Desenho da figura humana Matrizes Progressivas de Raven
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
75° Dia 06/Mai	13H - 17H	Consulta Rúben	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Enquadramento e evolução dos sintomas.
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
76° Dia 07/Mai	10H30 - 17H30	Consulta caso Isabel Revisão processos	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Resolução de problemas Gestão emocional
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
77° Dia 10/Mai	9H -17H	Avaliação da prontidão escolar	Escola básica nº2 do Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Desenho da figura humana Matrizes Progressivas de Raven
<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
78° Dia 13/Mai	9H – 13H	Consulta Rúben	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Identificação das emoções básicas

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
79º Dia 14/Mai	9H - 17H	Supervisão Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Aconselhamento terapêutico Cuidados de saúde primários

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
80º Dia 20/Mai	9H – 17H	Consulta Ana Reunião Consulta Ricardo	CS Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga da ELI Estagiários	

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
81º Dia 21/Mai	12H30 17H30	Consulta caso Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	Noção e aceitação do corpo Ansiedade na mudança

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
82º Dia 27/Mai	9H – 18H	Consulta Rúben Consulta Ana Supervisão Reunião CPCJ	CS Cacém CPCJ - Cacém	Psicóloga CSC Psicóloga da ELI Presidente da CPCJ – Cacém Estagiários	Empatia e distinção de emoções Princípios organizadores da identidade da criança Projeto de vida Vulnerabilidades e recursos nos processos de responsabilidade parental

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
83° Dia 28/Mai	9H – 16H	Reunião com Professores (Caso Rúben) Consulta caso Isabel	EB de Colaride CS Cacém	Professores das turmas das crianças (Caso Rúben) Psicóloga da ELI Psicóloga CSC Estagiários	Articulação com as escolas Ponto de situação escolar

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
84° Dia 11/Jun	9H – 16H	Consulta Ana Revisão dos casos	CS Cacém	Professores das turmas das crianças (Caso Rúben) Psicóloga da ELI Psicóloga CSC Estagiários	Articulação com as escolas Ponto de situação escolar

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
85° Dia 17/Jun	9H – 16H	Consulta Rúben Revisão dos casos	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	

<i>Dia</i>	<i>Hora</i>	<i>Ordem de trabalhos</i>	<i>Local</i>	<i>Intervenientes</i>	<i>Palavras chave</i>
86° Dia 18/Jun	10H – 16H	Organização de documentos Consulta Isabel	CS Cacém	Psicóloga CSC Estagiários	

Anexo B

Programa do projeto “Eu, tu e todos os que conhecemos”

1º Sessão			
Actividades		Objectivos	Materiais
BOLA SALTITONA	Com a bola nas mãos cada um diz o nome e a brincadeira preferida, passando de seguida a bola a outro, até que todos se tenham apresentado. Termina com um dos elementos da equipa que apresenta o projecto.	Apresentação da equipa, dos elementos do grupo e do projecto	· Bola de espuma
JOGO DO PICOLÉ	Apresentar às crianças o Extraterrestre Picolé, que vem de um planeta onde todos nascem de um casulo já adultos e por isso não tem família. A nave do Picolé parte dentro de 30 minutos, tempo em que as crianças devem ajudá-lo a compreender como funcionam as coisas no planeta terra. Juntar as crianças em círculo para explicar ao Picolé, o que é uma família, a amizade e os afectos. De dentro da mochila do Picolé vão sendo retirados cartões que abordam as diferentes temáticas e indicam sobre o que a criança deve falar ou o que deve fazer (pequenas actividades interactivas que ajudam na dinâmica do jogo). Os elementos da equipa devem utilizar as respostas das crianças para discutir a função, importância e diversidade de afectos que se estabelecem entre as pessoas e a particularmente nas famílias.	Compreender as diferentes relações de afecto, as funções da família e a sua importância.	· O ET Picolé; · Relógio de cozinha; · Cartões do ET Picolé (ver em anexo)

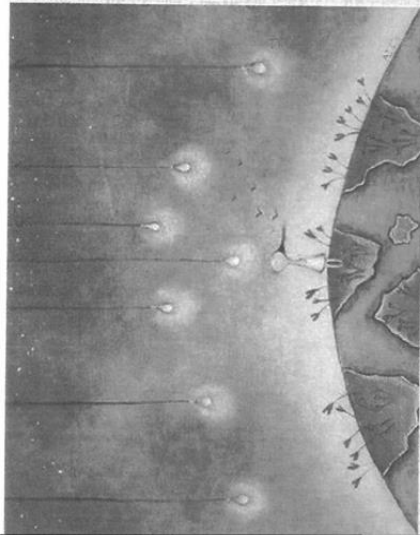
Tarefa entre sessões			
A MINHA FAMÍLIA	Distribuir pequenos cartões com os nomes das crianças e pedir que em conjunto com os pais desenhem a sua família	Abordar as relações de parentesco e as diferentes famílias	Cartões de cartolina (10,5 x 7,5 cm)
2º Sessão			
A MINHA FAMÍLIA (Parte II)	Apresentação dos diferentes desenhos e discussão dos diferentes modelos de família	Abordar as relações de parentesco e as diferentes famílias	
VAMOS TOMAR BANHO	<p>• Juntam-se todos os elementos do grupo numa roda e é-lhes explicado o jogo: “Agora vamos todos tomar banho, para não nos esquecermos de nenhuma parte do corpo, já que é importante ter todo o corpo limpinho, cada um de vocês vai indicar à vez uma parte do corpo que falta lavar, mas não vale repetir”.</p> <p>De seguida começa-se a mimetizar a situação: “Vamos então tirar a roupa e molharmo-nos com o chuveiro. Agora agarramos o sabonete e vamos lá...Lava, lava, lava, esfrega, esfrega, esfrega, com cheirinho a limão”.</p> <p>Dar oportunidade a cada uma das crianças para indicar uma parte do corpo, sem esquecer os órgãos sexuais.</p>	<p>Conhecimento das diferentes partes do corpo humano.</p> <p>Sensibilização para a importância dos cuidados de higiene</p>	
BATALHA NA ALDEIA DA ROUPA BRANCA	Dividir a turma em duas equipas, atribuindo um estendal de roupa a cada uma das equipas. Durante cinco minutos as equipas devem pensar em regras de higiene que são anotadas pela coordenadora e trocadas por uma peça de roupa simbólica. Ganha a equipa que tiver o estendal com mais peças, No final são apresentadas e discutidas todas as regras referidas pelas crianças.	Estabelecer regras de higiene e a sua importância para o bem-estar e prevenção das doenças	<ul style="list-style-type: none"> . Dois estendais; . Fitas de tecido; . Molas . Folhas e canetas; . Relógio de cozinha . Autocolante vencedor
Tarefa entre sessões			

QUANDO EU NASCI	As crianças devem perguntar aos cuidadores como foram os dias logo depois de terem nascido, que cuidados foram precisos, o que era mais giro, o que era mais difícil? Cada criança deve trazer um objecto de quando era bebé (roupa, foto, brinquedo) para apresentar na aula.	Conhecimento dos cuidados a ter com o recém-nascido	. Ficha “Quando eu nasci” (ver em anexo)
3º Sessão			
QUANDO EU NASCI (Parte II)	Breve apresentação e discussão dos objectos trazidos pelas crianças, que deve ser orientada pelas aplicadoras de forma a criar estabilidade na turma.	Conhecimento dos cuidados a ter com o recém-nascido	
A MAMÃ PÔS UM OVÔ	Brainstorming sobre a reprodução e o nascimento; Leitura (acompanhada de música) e discussão do livro “A mamã pôs um ovo” abordando a reprodução	Conhecimento dos mecanismos de reprodução	. História . Música (ambas em suporte digital)
Tarefa entre sessões			
CORTA, CORTA DIFERENÇAS	Pedir aos rapazes que tragam quatro recortes de revistas ou desenhos que relacionem com as raparigas e vice-versa	Sensibilização para os estereótipos de género	. Ficha “Corta, corta diferenças”
4º Sessão			
SOMOS DIFERENTES E AINDA BEM	Separar a turma em rapazes e raparigas. Usando o contorno do corpo de uma das crianças de cada equipa pedir para que desenhem o corpo de um rapaz (a equipa das raparigas) e o corpo de uma rapariga (a equipa dos rapazes). No final devem decorar o desenho com os recortes trazidos de casa, discutindo em turma o papel dos estereótipos de género nas escolhas feitas pelas crianças.	Conhecimento das partes do corpo humano e das diferenças entre rapazes e raparigas; Sensibilizar para os estereótipos de género;	. Duas folhas de papel A1; . Marcadores; . Cola; . Revistas (caso as crianças não tragam os recortes de casa)
Tarefa entre sessões			
DESENHO SENTIMENTOS	Pedir às crianças que façam um desenho sobre os sentimentos e que com a ajuda dos cuidadores	Estimular a comunicação em	Ficha “Desenho sentimentos”

	elaborem uma lista de sentimentos.	família sobre emoções	
5º Sessão			
DESENHO SENTIMENTOS (Parte II)	Pedir às crianças que apresentem os seus trabalhos, usando-os para abordar os diferentes sentimentos e a forma como os podemos identificar	Discutir a identificação emocional e aumentar o vocabulário emocional.	
CARTAZ DOS SENTIMENTOS	É apresentado às crianças em roda um saco com diferentes situações, que deve circular enquanto toca uma música. Assim que a música pára, a criança que tem o saco na mão deve retirar um cartão situação e decidir a que cartaz (previamente colocados no quadro): Feliz, Triste, Assustado ou Zangado, pertence. O jogo continua até que todas tenham retirado um cartão, no final os cartazes são discutidos.	Abordar os diferentes sentimentos e a forma como os podemos identificar Discutir formas de identificação emocional e aumentar o vocabulário emocional.	<ul style="list-style-type: none"> . Cartaz de cada uma das emoções básicas; . Cartões situação . Música (em suporte digital)
Tarefa entre sessões			
TRIM, TRIM...O MEU NÚMERO É ASSIM	Decorar o número de telefone do pai, da mãe ou de alguém responsável	Prevenção de situações de risco	Ficha "Trim, trim... o meu número é assim"
6º Sessão			
TRIM, TRIM...O MEU NÚMERO É ASSIM (Parte II)	Verificar se todas as crianças sabem um número de contacto a usar em caso de necessidade. Sublinhar a comunicação com a família como forma de protecção	Prevenção de situações de risco	
JOGO DA GLÓRIA	Dividir a turma em três grupos que através do "jogo da glória" vão explorando as questões do bom e mau toque e da prevenção do abuso. Categorias: Bom ou mau toque	Análise de situações e resolução de problemas. Promoção da segurança	<ul style="list-style-type: none"> . Jogo da glória (suporte digital); . Piões de jogo . Cartas de sorte e azar . Dado

Anexo B

Certificados de participação e publicações em encontros e congressos



CERTIFICADO

Certifica-se que Fátima Félix dos Santos, participou no Encontro **“Superior Interesse da Criança”** que teve lugar a 8 e 9 de Novembro de 2012, no Salão Paroquial da Igreja de Stª Maria e S. Miguel, em Sintra.
A Comissão Organizadora

A Presidente da CPCJ Sintra Ocidental

Teresa Villas

COMISSÃO DE PROTECÇÃO
DE CRIANÇAS E JOVENS DE
SINTRA OCIDENTAL



A Presidente da CPCJ Sintra Oriental

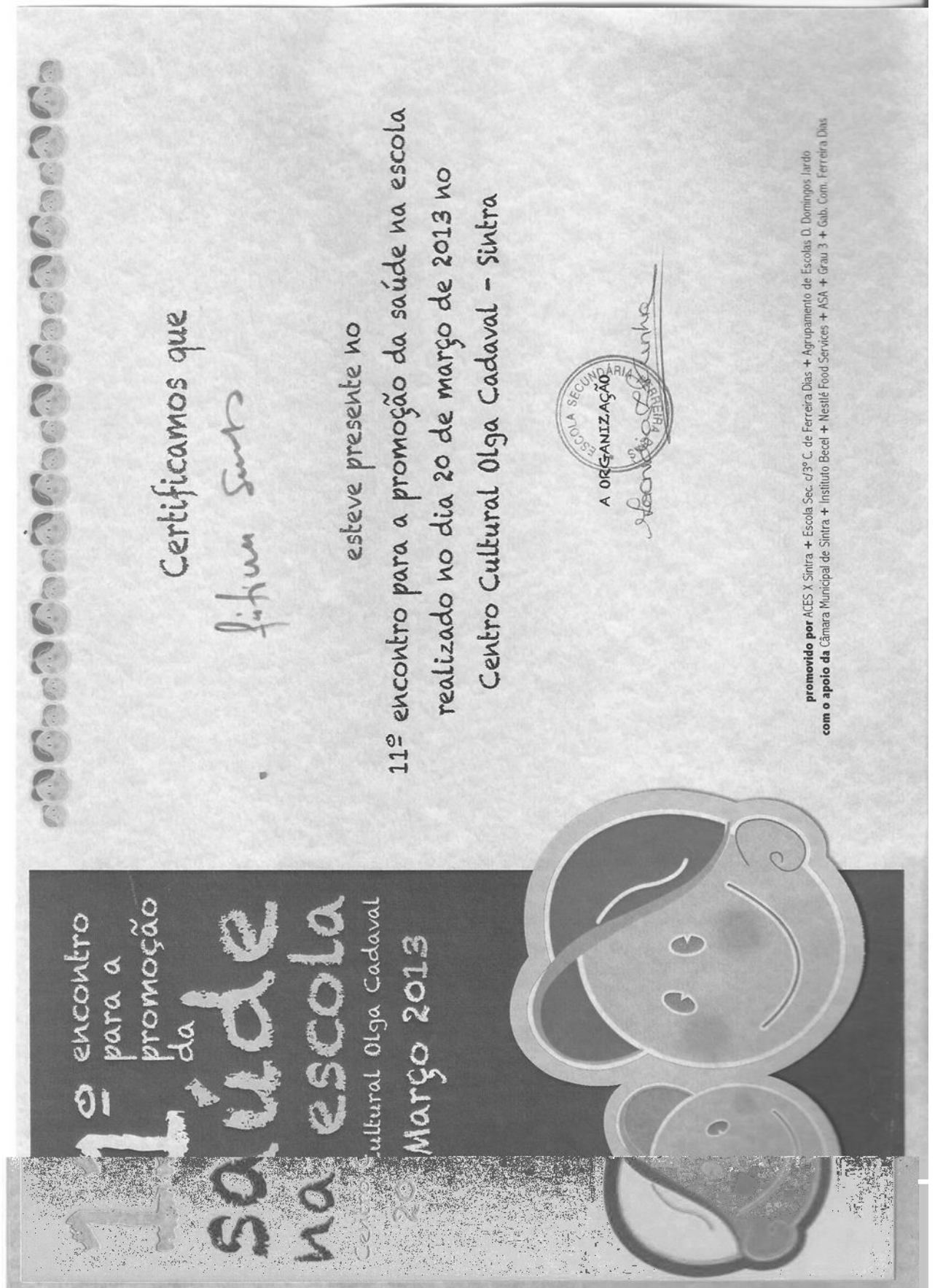
Helena Vitória



A Coordenadora da ECJ-Sintra

Dina Macedo







Universidade Lusíada de Lisboa

CERTIFICADO

Certificamos que
Fátima Santos

apresentou uma comunicação Poster com o Título
«ACES SINTRA»
no IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE que se realizou
nesta Universidade, nos dias 10 e 11 de Abril de 2013.

O Reitor da Universidade Lusíada de Lisboa

(Prof. Doutor Diamantino Freitas Gomes Durão)

O Director da Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais

(Prof. Doutor Carlos César Lima da Silva Motta)

A Directora do Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação

(Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos)

