

Universidades Lusíada

Orrico, Daniela Filipa Prata Costa Barros, 1990-

Gabinete de intervenção comunitária

<http://hdl.handle.net/11067/2645>

Metadados

| | |
|---------------------------|---|
| Data de Publicação | 2017-01-10 |
| Resumo | O presente relatório tem como objetivo desenvolver e comunicar o estágio curricular no âmbito do mestrado em psicologia clínica realizado na Instituição Privada de Solidariedade Social NucliSol Jean Piaget, tendo como principal trabalho de estágio o serviço à comunidade em que está inserida na Freguesia de Marvila, mais nomeadamente no Bairro do Condado e no Bairro do Armador. Pretende-se assim, dar a conhecer o papel do psicólogo clínico num contexto institucional realizando e prestando o seu s... |
| Palavras Chave | Nuclisol Jean Piaget - Ensino e estudo (Estágio), Promoção da saúde, Psicologia clínica - Prática profissional |
| Tipo | masterThesis |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULL-IPCE] Dissertações |

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-11-11T01:18:19Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Gabinete de intervenção comunitária

Realizado por:

Daniela Filipa Prata Costa Barros Orrico

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Co-orientado por:

Mestre Cláudia Maria Serpa Garcia

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Relatório aprovado em:

29 de Novembro de 2016

Lisboa

2016



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

Gabinete de intervenção comunitária

Daniela Filipa Prata Costa Barros Orrico

Lisboa

Outubro 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Gabinete de intervenção comunitária

Daniela Filipa Prata Costa Barros Orrico

Lisboa

Outubro 2016

Daniela Filipa Prata Costa Barros Orrico

Gabinete de intervenção comunitária

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

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

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

Orientador de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Co-orientadora de estágio: Mestre Cláudia Maria Serpa Garcia

Lisboa

Outubro 2016

Ficha Técnica

| | |
|----------------------------------|---|
| Autora | Daniela Filipa Prata Costa Barros Orrico |
| Coordenadora de mestrado | Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos |
| Supervisora de estágio | Prof. ^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita |
| Orientador de estágio | Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo |
| Co-orientadora de estágio | Mestre Cláudia Maria Serpa Garcia |
| Título | Gabinete de intervenção comunitária |
| Local | Lisboa |
| Ano | 2016 |

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

ORRICO, Daniela Filipa Prata Costa Barros, 1990-

Gabinete de intervenção comunitária / Daniela Filipa Prata Costa Barros Orrico; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita; orientado por António Martins Fernandes Rebelo, Cláudia Maria Serpa Garcia. - Lisboa : [s.n.], 2016. - 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 - GARCIA, Cláudia Maria Serpa, 1980-

III - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Promoção da saúde
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Nuclisol Jean Piaget - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Health promotion

2. Clinical psychology - Practice

3. Nuclisol Jean Piaget - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RA427.8.O77 2016

Dedico este trabalho:

Ao meu avô, que sempre sonhou com este dia.

A todas as minhas estrelinhas. Desse vosso lugar, emanaram energia para que eu me
recarregasse.

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada foram muitas as pessoas que se cruzaram na minha jornada e que de uma maneira ou de outra influenciaram o trajeto que estaria a ser percorrido por mim.

É fundamental agradecer aqueles que fizeram de mim quem eu sou hoje, como filha, como mulher e, principalmente, como pessoa. Agradeço aos meus pais, não só por me possibilitarem a realização deste mestrado mas também por muitas outras oportunidades que, aos meus olhos, podem ter exigido muitos sacrifícios, incluindo o da vida.

Agradeço à minha restante família, que vivendo direta ou indiretamente, querendo o meu bem ou não, deu-me todo o tipo de motivação para nunca parar.

Agradeço o esforço sempre visível para nos acompanhar da melhor forma à supervisora de estágio, Prof.^a Doutora Túlia Cabrita, e também, à coordenadora de mestrado Prof.^a Doutora Tânia Gaspar.

Ao meu orientador de estágio Prof. António Rebelo, a quem eu agradeço profundamente o acompanhamento realizado ao longo do ano. Foi um prazer!

À orientadora local, Mestre Cláudia Garcia, agradeço ter-me guiado para o início da jornada de trabalho. Aprendi mais do que esperava, em muitos sentidos. Obrigada!

Às minhas colegas de estágio, Maria Gonzaga Ribeiro e Isabel Barros. Tornaram o meu estágio “*a piece of cake*”. E se for para ir... Vamos todas!

Agradeço à Nucli”Ser”Saudável, ter-me recebido como se sempre tivesse feito parte do projeto. Acrescentou, em muito, no trabalho complementar do meu estágio.

Agradeço aos meus colegas que concluíram esta etapa no ano anterior, e com quem percorri a maior parte do caminho, todo o apoio dado e todas as vezes em que foi

dita a frase “se precisares, já sabes!”. Mesmo que não tenha usufruído da vossa ajuda, o apoio observado foi fundamental para me sentir amparada.

Às minhas colegas companheiras desta guerra. Jéssica Gomes, que foi com quem dividi lágrimas, suor e conquistas; à Filipa Campos da Silva, que me fez rir mesmo quando o desespero parecia inevitável. À Laura Coruche, já caminhamos juntas à tanto tempo que o agradecimento não tem tamanho.

Aos meus amigos, àqueles que realmente acreditam em mim. Que estejam sempre por perto.

À Brhama Kumaris, e à paz que sempre me transmitiu e onde sempre sei que a vou encontrar todas as vezes que precisar.

Ao Outdoor Training Camp, que me permitiu deixar muitas das minhas frustrações e acumulações de ansiedade. Serão sempre o meu “campo de batalha”.

À minha estrelinha, sei o quanto querias estar presente (em corpo) hoje. Mas chega-me a tua bela Alma. Obrigada!

A ti, que foste quem me deu mais motivação quando tudo parecia uma confusão, que me ouviu lamuriar no tempo inicial e me fez rir quando precisei.

Isto não é uma conquista minha. É uma conquista NOSSA!

MUITO OBRIGADA!

*“Atribuo um enorme valor ao facto de poder permitir-me a mim mesmo
compreender outra pessoa”*

Carl Rogers

Resumo

O presente relatório tem como objetivo desenvolver e comunicar o estágio curricular no âmbito do mestrado em psicologia clínica realizado na Instituição Privada de Solidariedade Social NucliSol Jean Piaget, tendo como principal trabalho de estágio o serviço à comunidade em que está inserida na Freguesia de Marvila, mais nomeadamente no Bairro do Condado e no Bairro do Armador. Pretende-se assim, dar a conhecer o papel do psicólogo clínico num contexto institucional realizando e prestando o seu serviço para a promoção de saúde a fim de influenciar para o desenvolvimento positivo da comunidade, aumentando e melhorando a autoconfiança e o autoconhecimento de cada um. Esta mostra irá abordar o acompanhamento psicológico na infância e na idade adulta, tendo como meio de pesquisa o desenvolvimento humano e as diferentes fases por que passamos. Incidiremos de igual forma à intervenção realizada na comunidade de forma a trabalhar na mudança do pensamento com o objetivo de melhorar os hábitos de vida sedentários e pouco saudáveis para uma melhor qualidade de vida da comunidade, acreditando que cada um de nós é responsável para que essa mudança se verifique.

Palavras-Chave: Psicologia clínica; Psicoterapia de apoio; Contexto Comunitário; Promoção de Saúde; Avaliação psicológica

Abstract

This report aims to develop and communicate the traineeship in the master's degree in clinical psychology held at Private Social Solidarity Institution NucliSol Jean Piaget, the main stage of labor service to the community in which it operates in Marvila parish, more particularly in Condado and Armador neighborhood. The aim is to give to know the role of the clinical psychologist in an institutional context performing and providing their service for health promotion in order to influence for positive community development, increased and improved self-confidence and self-knowledge of each. This work will address the psychological counseling in childhood and adulthood, and as a means of research human development and the different stages that we go through. We will focus equally to the intervention carried out in the community in order to work on changing the thinking with the objective to improve the sedentary lifestyle and unhealthy for a better quality of community life, believing that each of us is responsible for this improvement occurs.

Key-Words: Clinical psychology; Psychology support; Community context; Health promotion; Psychological evaluation

Lista de Tabelas

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 Participantes no acompanhamento individual de psicologia | 41 |
| Tabela 2 Cronograma de atividades complementares ao estágio | 47 |
| Tabela 3 Plano terapêutico desenvolvido para trabalhar com a Maria | 61 |
| Tabela 4 Plano terapêutico desenvolvido para trabalhar com a Isabel | 79 |

Lista de Abreviaturas

- APA** - *American Psychological Association*
- CAT-A** - *Children Apperception Test* – Versão Animal
- CML** - Câmara Municipal de Lisboa
- CPCJ** - Comissão de Proteção para Crianças e Jovens
- CSF** - Comissão Social de Freguesia
- GAPPS** - Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção de Saúde
- IPSS** - Instituição Particular de Solidariedade Social
- NJP** - NucliSol Jean Piaget
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- P.ex.** - Por exemplo
- PDAH** - Perturbação com Défice de Atenção e Hiperatividade
- TAT** - *Thematical Apperception Test*
- TCC** - Terapia Cognitiva Comportamental
- UDI** - Unidade de Desenvolvimento para a Integração

Índice

| | |
|--|-------|
| Agradecimentos | VIII |
| Resumo | XII |
| Abstract..... | XIV |
| Lista de Tabelas | XVI |
| Lista de Abreviaturas..... | XVIII |
| Índice | XX |
| Introdução | 1 |
| Caracterização da Instituição..... | 5 |
| Caracterização da População Alvo | 7 |
| Enquadramento Teórico | 9 |
| Psicologia clínica | 9 |
| Psicologia da saúde | 10 |
| Psicologia comunitária em contexto de promoção de saúde..... | 11 |
| O psicólogo clínico em contexto institucional | 13 |
| Empatia como meio de ligação psicólogo-cliente | 13 |
| A psicologia clínica em Portugal | 14 |
| Intervenção em psicologia | 15 |
| A entrevista em psicologia | 15 |
| A observação em psicologia..... | 16 |
| Avaliação psicológica e as provas psicológicas..... | 17 |
| Abordagem cognitivo-comportamental | 18 |
| Abordagem cognitivo-comportamental: intervenção com crianças | 20 |
| Psicoterapia de apoio..... | 22 |
| Aconselhamento | 24 |
| Psicoeducação | 25 |
| Desenvolvimento humano | 25 |
| Perturbações do desenvolvimento humano..... | 28 |
| Ansiedade | 28 |
| Perturbação de pânico..... | 30 |
| Perturbações contextuais do desenvolvimento humano | 31 |
| Divórcio e o seu impacto na criança | 31 |
| Estratégias de <i>coping</i> | 32 |
| <i>Bullying</i> | 34 |
| Ética e deontologia do psicólogo | 35 |

| | |
|---|-------------------------------------|
| Objetivos do Estágio..... | 37 |
| Método..... | 39 |
| Participantes..... | 39 |
| Procedimentos..... | 42 |
| Atividades complementares de estágio | 44 |
| Instrumentos..... | 48 |
| Children Apperception Test - Animal Version (CAT-A) | 48 |
| Desenho da Família..... | 49 |
| Inventário de Ansiedade de Beck..... | 50 |
| Estudos de caso..... | Erro! Marcador não definido. |
| Estudo de caso 1 – Maria | Erro! Marcador não definido. |
| Identificação | Erro! Marcador não definido. |
| Apresentação do problema..... | Erro! Marcador não definido. |
| História pessoal e familiar..... | Erro! Marcador não definido. |
| História escolar..... | Erro! Marcador não definido. |
| História clínica | Erro! Marcador não definido. |
| Resultados da avaliação | Erro! Marcador não definido. |
| Desenho da Família | Erro! Marcador não definido. |
| CAT-A..... | Erro! Marcador não definido. |
| Hipótese de diagnóstico | Erro! Marcador não definido. |
| Plano terapêutico | Erro! Marcador não definido. |
| Estratégias realizadas durante a intervenção com Maria | Erro! Marcador não definido. |
| Diário pessoal | Erro! Marcador não definido. |
| Visionamento do filme da Walt Disney “Divertidamente” .. | Erro! Marcador não definido. |
| Visionamento das curta-metragens sobre o bullying “A história do Pedro; A história da Alice; A história do Marco” | Erro! Marcador não definido. |
| Evolução terapêutica | Erro! Marcador não definido. |
| Discussão do caso 1 – Maria..... | Erro! Marcador não definido. |
| Estudo de Caso 2 - Isabel..... | Erro! Marcador não definido. |
| Identificação | Erro! Marcador não definido. |
| Apresentação do problema..... | Erro! Marcador não definido. |
| História pessoal e familiar..... | Erro! Marcador não definido. |
| História profissional | Erro! Marcador não definido. |
| História clínica | Erro! Marcador não definido. |

| | |
|---|-------------------------------------|
| Resultados da avaliação | Erro! Marcador não definido. |
| Inventário de Ansiedade de Beck | Erro! Marcador não definido. |
| Hipótese de diagnóstico | Erro! Marcador não definido. |
| Critérios do DSM-V | Erro! Marcador não definido. |
| Planto terapêutico..... | Erro! Marcador não definido. |
| Estratégias utilizadas durante intervenção | Erro! Marcador não definido. |
| Linha da vida | Erro! Marcador não definido. |
| Lista de “aspetos que gosta em si” - Autoconceito | Erro! Marcador não definido. |
| Crenças sobre o “Autoconceito”..... | Erro! Marcador não definido. |
| Evolução terapêutica | Erro! Marcador não definido. |
| Discussão caso 2 – Isabel | Erro! Marcador não definido. |
| Conclusão global..... | Erro! Marcador não definido. |
| Conclusão final..... | Erro! Marcador não definido. |
| Reflexão..... | Erro! Marcador não definido. |
| Referências Bibliográficas..... | Erro! Marcador não definido. |

Introdução

O relatório apresentado pretende mostrar o trabalho desenvolvido no decorrer do estágio curricular sediado na Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) NucliSol Jean Piaget (NJP), tendo como finalidade a avaliação prática do 2º ano de mestrado em psicologia clínica do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação inserida na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Lusíada de Lisboa.

Como base teórica, e para melhor apresentar o trabalho realizado, a pesquisa enquadrou-se em articular sobre temas como a psicologia clínica e o papel do psicólogo num contexto de instituição, mais concretamente, numa intervenção comunitária. O psicólogo clínico tem, no seio da instituição, um trabalho realizado em conjunto com profissionais de outras áreas sociais, educativas e da saúde conseguindo, desse modo, ampliar a intervenção realizada na população, com o objetivo de promover e melhorar a mecânica da comunidade e, por consequência, os seus hábitos.

Todo o trabalho de pesquisa teve por base o contexto em que o estágio foi concebido, o trabalho realizado e a intervenção psicológica apresentada nos casos desenvolvidos no presente relatório.

Em relação à intervenção realizada, a pesquisa teórica teve o seu foco uma abordagem centrada no modelo cognitivo-comportamental, a psicoterapia de apoio, que demonstra ser o método de intervenção mais eficaz no contexto que é apresentado, e a psicoeducação, com o objetivo de assegurar as intervenções feitas com a comunidade através das atividades apresentadas. É articulada uma intervenção realizada com as crianças, sendo está muito distante do método utilizado com adultos. Requer a utilização de instrumentos e meios de interação para que melhore a interação psicólogo-cliente.

Essa mesma intervenção terá sido realizada na freguesia de Marvila não só no bairro do Condado e no bairro do Armador mas também em parceria com outras organizações como a CPCJ Lisboa Oriental e Santa Casa da Misericórdia, abrangendo outras zonas da alta de Lisboa. Para tal, houve a necessidade da reestruturação de um projeto social intitulado Estilos de Vida Saudáveis que tem como objetivo chegar ao público-alvo através de ações informativas, *workshops* e eventos sociais, a fim de dar conhecimento à comunidade de como poderá proceder para melhorar a sua qualidade de vida e dos seus.

A intervenção comunitária tem como foco trabalhar as necessidades que a população apresenta, capacitando-a para que possa melhorar os seus hábitos de vida, tornando-o ativo no desenvolvimento do seu bem-estar físico, psicológico e socioeconómico. Cada um de nós, indivíduos, organizações, somos responsáveis para esse melhoramento acreditando que melhorar as problemáticas individuais leva ao aumento da qualidade de vida da população estando, desse modo, a trabalhar para a promoção de saúde no geral.

A intervenção individual realizava-se pela inscrição dos indivíduos, quer por sinalização, quer diretamente pelo cliente, tendo sido aberto um gabinete de intervenção comunitária enquanto a intervenção coletiva tinha como recurso ações de informação e sensibilização ocorrendo quinzenalmente e laborando a psicoeducação dos indivíduos. Pretendia-se dar resposta a dúvidas e inseguranças sobre diversas questões de saúde pública, não só a nível físico – melhorando os hábitos alimentares e o sedentarismo – mas também abordando questões de saúde psicológica – como a depressão, ansiedade, autorregulação, entre outros.

Por este trabalho se inserir no estudo de caso de um adulto e outro estudo de caso com uma criança, foi necessário realizar pesquisa que verificasse as diferentes

fases do desenvolvimento humano e, conseqüentemente, as perturbações associadas ao mesmo. Serão também abordadas questões éticas e deontológicas do psicólogo, sendo uma questão importante que visa assegurar o bom profissionalismo e salvaguardar o trabalho do psicólogo.

Num segmento mais prático, serão apresentadas todas as atividades mais práticas desenvolvidas nos meses de estágio curricular, atividades complementares e as intervenções individuais realizadas, descrevendo mais detalhadamente os estudos de caso da Maria – uma criança de 10 anos estando, no momento da intervenção, a adaptar-se a uma nova realidade familiar pois, os seus pais estariam em processo de divórcio, tendo também sido relatados episódios de *bullying* durante o 4º e o 5º ano escolar. - e da Isabel – uma mulher de 38 anos, tendo sido a própria a efetuar a sua inscrição no gabinete que afirmou como motivo de consulta ter sofrido episódios de ataque de pânico nos últimos tempos e que sentia que se estariam a agravar. Ambos os casos serão apresentados mais detalhadamente, expondo a sua evolução e abordando as perturbações que terão sido observadas.

Como critérios para escolha do local de estágio foi, por um lado, o facto de a instituição ter como uma das suas valências a educação podendo proporcionar um trabalho mais próximo com crianças e, por outro lado, o facto de poder realizar uma intervenção na comunidade tendo como oportunidade a experiencia ao desenvolver um diagnóstico às necessidades da freguesia e, assim, promover projetos que possam, de alguma forma, ir ao encontro das respostas pretendidas para a saúde pública.

Com este relatório, pretende-se de algum modo representar o trabalho que se realiza no contexto comunitário, a evolução pessoal e profissional que o serviço pode transmitir e as respostas que podemos desenvolver às necessidades de uma comunidade como a de Marvila.

Caracterização da Instituição

A instituição NucliSol Jean Piaget, Associação para o Desenvolvimento da Criança, Integração e Solidariedade é uma Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS – estando dividida em 15 Unidade de Desenvolvimento e Integração – UDI – distribuídas por Portugal. Tem atividade com colaboração ao Instituto Piaget, no entanto, focalizada para a educação do ensino não superior (NucliSol Jean Piaget, 2016).

Esta instituição teve o seu início no ano de 1983, tendo apenas sido configurada para a sua designação atual no ano 1992, sendo inicialmente designada apenas por NucliSol. O seu trabalho está focalizado na criação e organização de centros, creches, escolas e jardins-de-infância, centros de acolhimento e acompanhamento de crianças e adultos marginalizados, deficientes ou em situação de risco, centros de apoio a famílias económicas e socialmente carenciadas, centros de proteção e acompanhamentos de idosos, inválidos e indivíduos sem capacidade para o trabalho, centros de apoio e proteção na saúde preventiva e curativa (NucliSol Jean Piaget, 2016).

As valências em funcionamento na freguesia de Marvila (Chelas) estão situadas nas UDI do Bairro do Condado – anteriormente designada de Zona J - e do Bairro do Armador – popularmente conhecida como Zona M (Regulamento, NJP B. Armador).

Na unidade do Bairro do Condado, a sua principal atividade está direcionada para o ensino básico, creche e jardim-de-infância. No B. do Armador, as suas valências educacionais têm o foco no âmbito de creche e jardim-de-infância. Ambas têm, igualmente, trabalho orientado para o apoio à comunidade através de uma cantina social que dispõe de refeições diárias (almoço e jantar) para famílias económica e socialmente carenciadas (NucliSol Jean Piaget, 2016).

Por ser uma instituição de caris social, todas as mensalidades são ajustadas ao rendimento do agregado família. Com o intuito de promover a integração da criança no ambiente escolar, disponibilizam em cada ano letivo vagas (10%) pré destinadas a alunos com necessidades educativas especiais (NucliSol Jean Piaget, 2011).

A UDI do B. Armador teve as suas portas abertas no dia 1 de Outubro de 2001, com a funcionalidade da creche nesse momento. Foi em Setembro de 2003 que deu início as atividades direcionadas ao ensino pré-escolar. O seu edifício é cedido pela Câmara Municipal de Lisboa, tendo sido observada a necessidade da existência de uma creche no local (NucliSol Jean Piaget, 2011).

No B. Armador, a equipa de funcionamento e organização é composta por 1 diretor, 3 educadoras, 13 auxiliares de educação, 1 professora de expressão musical e 1 professor de ginástica, tendo ao seu encargo 41 crianças distribuídas pelos berçários, salas de 1 ano, salas de 2 anos, salas de 3 anos e salas de 4, e salas de 5-6 anos. Conta, também, com a colaboração de 1 psicóloga, 1 terapeuta da fala e 1 psicometrista (NucliSol Jean Piaget, 2011).

A UDI do B. Condado teve início no princípio dos anos 1980 com a valência de berçário (a partir dos 3 aos 12 meses) e uma sala de creche até 2 anos de idade. Em 1985, a UDI dá continuidade ao seu trabalho, adicionando 3 novas salas destinadas a crianças de 3, 4 e 5 anos e em 1992 abre uma sala de Atividades de Tempos Livres (ATL). No ano 2000, é iniciada a atividade educativa para o 1º ciclo (NucliSol Jean Piaget, 2016).

A UDI do B. Condado, tem ao seu dispor 4 salas de ensino básico do 1º ciclo, 6 salas creche, 6 salas de pré-escolar, ateliês de trabalhos dos serviços de apoio, gabinete de direção, apoio psicopedagógico (NucliSol Jean Piaget, 2016).

Caracterização da População Alvo

As UDI - quer do bairro do Armador, quer do bairro do Condado - encontram-se situadas na freguesia de Marvila, sendo um dos bairros mais típicos da zona oriental do concelho de Lisboa (NucliSol Jean Piaget, 2011).

A UDI do B. Armador tem como população alvo, as crianças e famílias moradoras de bairros pré fabricados dos antigos bairros do Relógio, Quinta Marquês de Abrantes e Quinta do Levy, e de bairros com necessidades socioeconómicas existentes na periferia da freguesia de Marvila como a Quinta da Montanha, Quinta dos Cravos, Azinhaga das Teresinhas, Pote d'água, Quinta das Flamengas e Quinta da Holandesa (NucliSol Jean Piaget, 2011).

Muitos dos utentes que dispõe das respostas dadas pelo serviço social e comunitário da NJP, encontram-se numa situação socioeconómica pouco estável e que muitas são as famílias reestruturadas e adaptadas a um conceito monoparental. Existe um elevado número de famílias na comunidade circundante à instituição têm como meio de financiamento o rendimento social de inserção ou o subsídio de desemprego, podendo ser fácil encontrar famílias cujo seu rendimento total não se enquadra nos gastos básicos e necessários (NucliSol Jean Piaget, 2011).

A nível de saúde mental, é elevado o número de utentes que apresentam algum tipo de perturbação mental ou de respostas emocionais à recorrente exposição de stresse socioeconómico. Muitos dos indivíduos da comunidade revela já ter tido ou estar no momento a receber algum tipo de intervenção psicológica, sendo muito desse acompanhamento realizado no Centro Hospitalar de Psiquiatria de Lisboa. As perturbações mais observadas na comunidade são ansiedade, depressão, perturbações de personalidade – nomeadamente esquizofrenia – ou do humor – bipolaridade (NucliSol Jean Piaget, 2011)

A população que tem usufruto das duas unidades tem origem de diversas áreas incluindo imigrantes oriundos do norte do país e das ex-colónias, famílias com necessidade de realojamento, e de bairros desgastados. Na sua composição, as famílias e seus agregados apresentam, em grande parte, condições socioeconómicas de estatuto baixo, sendo os seus rendimentos, insuficientes para os hábitos e condições de vida satisfatórias (NucliSol Jean Piaget, 2016).

É uma população que apresenta hábitos de vida pouco saudáveis (a nível quer da alimentação, saúde, sedentarismo) com recursos sociais limitados e de autoestima significativamente baixa tendendo mesmo para todo o tipo de comportamento de risco. Não deixa, assim, de sobressaltar casos de “extrema luta” e de desvio desses comportamentos de sério risco para a saúde pública (NucliSol Jean Piaget, 2016).

Enquadramento Teórico

Psicologia clínica

A psicologia clínica teve o seu pico durante a II Guerra Mundial, altura em que muitos soldados e civis, vítimas de guerra, acusavam necessidades e cuidados no campo da saúde mental. Clínico tem origem no latim *Clinicus* que vem do grego *Klinicos* e que significa: o que visita o doente na cama. Esta é a perspetiva que se tem da medicina e foi a primeira perspetiva que a psicologia clínica começou a ter do seu trabalho (Leal, 1999). Esse fenómeno decorria nos Estados Unidos tendo, no entanto, já uma base do seu método inserido noutras áreas da saúde e das ciências sociais. A formação intensiva de profissionais da área de psicologia clínica ganha a sua força durante pós Segunda Guerra Mundial (1947-49) quando a uma comissão proveniente da *American Psychological Association* – APA - propõe a modificação e iniciação de formações de psicologia geral, de métodos de diagnóstico, de psicologia do comportamento, etc., incluindo um ano de estágio para aperfeiçoamento da prática (Pedinielli, 1999). Tem no seu papel a relação que o profissional estabelece com o seu cliente, sendo assim a sua intervenção importante para articular, entender e diminuir a problemática que, ao indivíduo, causa dor e sofrimento e assim ser parte ativa na descodificação do que lhe está a ser apresentado (Ribeiro & Leal, 1996). Tal como muitas outras áreas, tem muito a dever a outras disciplinas científicas, como por exemplo, a sociologia e a medicina. Nos dias de hoje, é igualmente possível encontrarmos psicólogos clínicos a atuar em diversas áreas, pouco clínicas à primeira vista, e nem por isso estarão a deixar de exercer a sua profissão (Cheshire & Pilgrim, 2004).

A psicanálise tem um papel importante na origem e evolução da psicologia clínica. Prévost diz-nos que, de modo a conseguir salvar-se da pressão exercida pela medicina e pela psicologia experimental, a psicologia clínica alia-se à psicanálise que

podia, no entanto, não ser a sua melhor forma de se destacar na sociedade tendo em conta o conflito que existia dentro das teorias psicanalíticas e dos críticos dessa época, que viam a psicanálise como uma disciplina pouco científica, ao contrário da psicologia clínica (Cit. Em Pedinielli, 1999).

Psicologia da saúde

Nos anos setenta, os psicólogos clínicos se deparam com um dilema em relação à promoção de saúde sendo que, uns se denominavam psicólogos clínicos da saúde mental e psicopatologia, e outros se começavam a debater com a importância de todo o sofrimento e de todas as doenças, quer físicas quer mentais, começando a psicopatologia a ser uma preocupação, entre muitas outras (Leal, 1999).

Nos tempos que correm, é errado afirmar que a psicologia clínica, que visa tratar a doença mental e psicopatológica e o sofrimento de foro emocional, da psicologia da saúde, que tem como foco a doença física podendo esta, naturalmente, afetar a estabilidade emocional do indivíduo (Ribeiro & Leal, 1996).

A psicologia da saúde tem-se mostrado necessária em muitas áreas, colaborando com outros profissionais de saúde. Em Portugal, a psicologia da saúde tem vincado o seu trabalho em centros de saúde, hospitais, maternidades, entre outros, com o objetivo de promover e prevenir para os cuidados de saúde, onde se vê que a informação sobre a doença e tratamento mostra-se cada vez mais importante (Trindade & Teixeira, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1986), durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Ottawa, Canadá, diz-nos que a promoção de saúde é trabalhada na comunidade através da estruturação de projetos que visem aumentar e estimular a população para um esforço conjunto, pretendendo que haja um investimento que abranja o comércio, as instituições de cariz social, escolas, centros de saúde e que aumente a saúde comunitária. Assim, espera-se que a

capacitação da comunidade seja feita, de forma ativa, por todos os indivíduos que habitam e ou trabalham nela.

A questão de promoção de saúde tem-se mostrado bastante importante no que toca a informar para a prevenção mas, também, para o tratamento, para diminuir a dúvida, para ajudar no processo de conhecimento e adaptação de uma doença recentemente diagnosticada. É importante que numa organização, quer habitacional, de trabalho ou outra, o maior número de pessoas esteja envolvida na promoção de saúde com o fim de aumentar a melhora do bem-estar de todos (Fischer & Tarquino, 2010).

Psicologia comunitária em contexto de promoção de saúde

A psicologia comunitária teve o seu início nos anos 60, altura em que começou a haver uma preocupação com a inclusão dos indivíduos que sofriam de doenças mentais na comunidade. Ornelas (1997) fala-nos a cerca da mudança do modelo biológico e individual para uma abordagem educacional e de promoção de saúde para o desenvolvimento da comunidade como sendo um serviço pelo qual todos devem dar o seu contributo oferecendo a oportunidade para qualquer indivíduo possa ter o seu papel inserido na comunidade. A OMS (1986), afirma que a promoção de saúde não deve ser vista como uma responsabilidade única do profissional/setor de saúde mas sim, uma problemática trabalhada a nível multidisciplinar tendo como maior preocupação capacitar e dar a conhecer os meios e caminhos certos para que o indivíduo se torne parte ativa na melhora da sua qualidade de vida quer a nível pessoal, quer social sendo esse processo necessário para que o bem-estar físico, mental e social do indivíduo melhore e, conseqüentemente, a qualidade de vida da comunidade tenha um aumento positivo.

A psicologia comunitária é trabalhada através de várias teorias. Referindo a teoria da crise, vista como a forma como o indivíduo experiencia vários momentos da

sua vida sendo que a pressão do meio e do individuo levam ao sofrimento (crises) tendo como consequência uma pobre e desvalorizada vida comunitária e socialização. Outra teoria tem como visão uma ideia ecológica afirmando que o sujeito é influenciado pelo meio e que irá levar a refletivas consequências no seu comportamento a nível da comunidade (Rappaport & Seidman, 2000).

A Teoria do *empowerment* tem início nos finais da década de 70 sendo, na sua maioria, referida quando falamos em intervenção feita com e na comunidade. Esta é uma teoria que está frequentemente associada a conceitos como ajuda mútua, sistema de suporte natural, organização comunitária, entre outros. É visto como um dos mais importantes objetivos de estudo da psicologia comunitária, tendo interesse em conhecer melhor a relação que os indivíduos têm com a comunidade e os seus contextos sociais e políticos. Com o *empowerment* prevê-se que o individuo ganhe conhecimento sobre todos esses contextos, sendo que ao saber questionar e observar pode aumentar a sua contribuição para a comunidade e tomar decisões que ajudem no desenvolvimento da mesma (Ornelas, 2008).

A comunidade é onde são observados os processos do quotidiano da população e os seus hábitos mais comuns (Campos, 2005). Muito do trabalho do psicólogo na sua intervenção na comunidade é feito através de instituições que fazem parte da sua dinâmica e que prestam serviços para o desenvolvimento da mesma pela intervenção psicossocial, tendo como base as teorias e práticas da psicologia clínica e da educacional (Freitas, 2005).

O *empowerment* deve ser trabalhado “a nível individual, organizacional e comunitário” (p. 51) Ou seja, a capacidade que se trabalhar com o individuo para que tenha maior independência e autonomia na sua vida e que possa ser parte integrante no desenvolvimento da sua comunidade. Por sua vez, as organizações devem aumentar as

respostas dadas ao nível do trabalho e das necessidades da comunidade, aumentando, também, os seus recursos através da interligação com outras organizações, promovendo o melhoramento da comunidade (Ornelas, 2008).

O psicólogo clínico em contexto institucional

A evolução da psicologia clínica, desde os anos 60, é marcada pela entrada do trabalho do psicólogo no domínio público e ao serviço de diversas instituições, quer universidades, escolas ou centros de saúde. O trabalho do psicólogo clínico no contexto de instituição prevê que seja de uma intervenção pouco singular, tendo em conta os outros profissionais que lá trabalham e a cooperação multidisciplinar que esse serviço exige, e também a diversidade de população inserida nas determinadas instituições e a sua comunidade. Espera-se, por isso, que o profissional de psicologia clínica se adapte ao *modus operandi* da instituição em que se insere (Pediñelli, 1999).

Algumas das instituições onde o psicólogo clínico exerce a sua profissão são as IPSS que pretendem, de forma gratuita e sem fins lucrativos dar respostas às necessidades que uma determinada sociedade/comunidade apresenta (Leal, 1999).

O psicólogo clínico é visto como parte integrante de uma equipa multidisciplinar onde transmite o seu contributo através da promoção e intervenção na saúde mental, sendo possível uma interação com outros profissionais de diversas áreas, onde o seu contributo é através de diagnóstico, tratamento, ensino e treino, investigação e prevenção (Brito, 2008).

Empatia como meio de ligação psicólogo-cliente

Podemos definir empatia como a capacidade que temos de ver a o mundo do outro como se fossemos nós a vivê-lo mas sem nunca nos esquecermos da suposição que essa característica acarreta. Este meio de comunicação com o outro passa por algumas fases que se mostram importantes na ligação psicólogo-cliente. A primeira fase

é vista como a forma como respondemos/damos feedback ao que nos é transmitido pelo cliente (de forma verbal e não verbal), a confiança que conseguimos devolver é importante no estabelecimento de uma empatia. Um segundo momento tem uma dimensão maior, onde o profissional deve saber desvendar situações e emoções não relatadas pelo cliente e ter o cuidado de ajudar o cliente a interpretar e codificar os sentidos mais subjetivos do que se está a ouvir (Patterson & Eisenberg, 2003).

É importante que quando falamos em empatia não a relacionemos com a simpatia. A primeira exige que o profissional consiga compreender os desejos e questões do outro, portanto a intuir, e até mesmo a pensar de igual forma ao sujeito que está presente à nossa frente (Bénony & Chahrquoi, 2002).

Rogers (1980), fala sobre a empatia como sendo uma forma do psicólogo conseguir ajudar o seu cliente. Ouvir o outro é algo que demonstra ser importante, fazer a escuta ativa do que ele nos está a relatar é ainda mais importante, ajudando o cliente a refletir sobre o que acaba de nos dizer, tendo em conta que nos centramos no seu quadro de referência para que pudéssemos fazer essa mesma contribuição.

A psicologia clínica em Portugal

Como em toda a Europa, a psicologia teve o seu início de vida em Portugal por volta da primeira década do século XX. Foi na faculdade de Coimbra que se criou o primeiro laboratório de psicologia e onde se iniciaram as pesquisas em psicologia experimental e psicopedagógica (Jesuíno, 1994).

A psicologia clínica teve o pico da sua história ditada pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), que abriu as suas portas em 1974, tendo o maior número de estudantes de psicologia no decorrer dos anos 80 e 90, sendo muitos os universitários não-psicólogos, formados em áreas como filosofia e medicina, a criar um grande número de profissionais da área clínica até essa época (Leal, 1999).

Apenas após a revolução de 1974 é que a psicologia teve o seu ensino superior oficializado com a inauguração de novas faculdades em Lisboa, no Porto e em Coimbra criando-se assim uma nova geração de psicólogos em Portugal (Jesuíno, 1994).

Intervenção em psicologia

O método clínico deve ser colocado em prática tendo em conta a individualidade, ou seja, cada caso deve ser visto como único não tendo como objeto uma população, sendo que os factos observados são relacionados com o objeto estudado – O cliente. Através deste método tem-se o objetivo de reconhecer os estados, aptidões e comportamentos para que, então, se possa propor uma psicoterapia mais específica. Assim, pode-se afirmar que o método clínico recorre a meios para obter toda a informação necessária (como testes, observação, entrevista, etc.) e ao estudo aprofundado, se assim o exigir, de cada caso tendo sempre em conta o contexto em que cada resposta é dada (Pediñelli, 1999). Assim, método clínico serão todos os recursos usados para a obtenção de uma informação que levará a um diagnóstico específico. Recorre-se, não só, a testes e a avaliação psicométrica mas também à análise do discurso do sujeito, da observação conseguida, sendo este método o conjunto de um todo (Leal, 2008)

A entrevista em psicologia

A entrevista é o instrumento mais importante e, por isso, o mais utilizado em psicologia clínica, tendo o seu protagonismo em contextos de avaliação ou de psicoterapia. O discurso que o sujeito nos dirige (e até mesmo toda a linguagem não-verbal) deve ser tida como informação sempre importante para a construção do caso que nos é apresentado. A finalidade da entrevista, quando falamos em terapia, é de deixar o cliente falar e exprimir tudo, dando-lhe a liberdade necessária para isso enquanto o

psicólogo tem como principal objetivo a escuta e a captação de informação na deteção e estruturação de um provável problema (Pedinielli, 1999).

A entrevista clínica em psicologia é, no entanto, não só para escuta e observação das informações dadas e posteriormente estruturadas mas, também, onde é realizada a avaliação ao sujeito (por meio de provas e escalas psicológicas), a formulação de um possível diagnóstico ou até mesmo para investigação clínica. É, deste modo, um material bastante diversificado no trabalho do profissional (Bénony & Chahrquoi, 2002).

No início das entrevistas e do acompanhamento realizado com o cliente, os objetivos a cumpridos e metas a serem alcançadas, com o intuito de compreender melhor o problema, de que forma poderá ser trabalhado e, por fim, estabelecer um plano terapêutico com o sujeito. Para tal, a recolha de informação no decorrer da entrevista deve ser analisado ao pormenor (Tavares, 2000)

A observação em psicologia

Na observação em psicologia, devemos ter sempre em conta não só a linguagem verbal que nos dá muita informação supostamente legendada mas ter, principalmente, em conta aquilo que é latente e que realmente requer uma observação mais precisa e trabalhada para que possamos descodificar o que o cliente, à partida, não nos informa (Ciccone, 2000). A observação é vista como a capacidade de nos concentrarmos num fenómeno e podermos distinguir o que acontece. Em psicologia clínica é utilizada para identificar e descrever diversos comportamentos sendo, assim, mais um método de recolha, agrupando a informação obtida (Pedinielli, 1999). Muitas vezes falamos de observação direta em psicologia e tal afirmação pode levar a algumas questões, pressupondo que uma observação será sempre direta. Podemos ver que em contexto de sessão de psicologia, a observação quase sempre se enquadra a um contexto de

acompanhamento de crianças e à observação dos seus comportamentos tendo em conta o meio em que se insere (Ciccone, 2000).

Avaliação psicológica e as provas psicológicas

A avaliação em psicologia tem como principais objetivos o diagnóstico sintomático e sindromático, onde se pretende avaliar uma problemática/perturbação e a compreensão das características psicológicas de cada um, como os mecanismos de defesa e de *coping*, a representação de si, reação a determinados acontecimentos e estímulos, etc. Assim, a avaliação psicológica está dividida em qualitativa, que irá ter como objetivo compreender o problema apresentado e orientar o cliente para um modelo terapêutico mais adequado; e quantitativa, que pretende avaliar as perturbações podendo tentar prevenir ou diminuir a sua evolução (Bénony & Chahrquoui, 2002).

A avaliação psicológica é realizada maioritariamente através da entrevista e da observação meticulosa que é feita ao cliente. Durante a entrevista é, então, realizada uma anamnese que consiste em obter o máximo de informação sobre o historial clínico, pessoal, etc. do cliente e da sua família a fim de entender e excluir hipóteses de um diagnóstico. Na realização dos testes e provas psicológicas, realizadas para complementar e auxiliar ao diagnóstico, temos de ter em conta a informação que recebemos na anamnese que realizamos inicialmente para que, de seguida, possamos escolher o instrumento que melhor se adegue à sintomatologia apresentada – entre eles temos, por exemplo, os testes projetivos - CAT, Rorschach, etc.- e os testes de personalidade - MMPI, 16-PF, etc. (Dalgarrondo, 2008).

No caso de uma avaliação realizada com a criança, além da observação e da entrevista, é necessário analisar e perceber os problemas e que áreas estão afetadas a fim de proceder, caso seja importante para realizar o plano terapêutico, às provas e baterias de testes de avaliação psicológica. Deve-se ter em conta que os motivos e problemas

que levam uma criança a ser acompanhada por um psicólogo são, geralmente, apresentados por terceiros (pais, professores, médicos de família, etc.) e que a criança poderá não ver como um problema significativos. É, portanto, necessário verificar o verdadeiro problema apresentado no decorrer das sessões realizadas (Patterson & Eisenberg, 2003).

Abordagem cognitivo-comportamental

A perspectiva cognitiva teve a sua evolução em meados do século XX e muitos foram os autores que desenvolveram teorias sobre esta nova abordagem (Leal, 2005). Foi nos últimos vinte anos que as teorias cognitivas e comportamentais se uniram na intervenção com os clientes. Em conjunto, ambas as abordagens trabalham para modificar algum sintoma que não coincide com a realidade de um indivíduo. Utilizam teorias de aprendizagem (abordagem comportamental) em comunhão com o trabalho para a mudança de sintomas internos negativos – como os pensamentos automáticos – que geram emoções negativas – ansiedade, depressão, etc. (abordagens cognitivas) (Fischer & Tarquino, 2010).

A avaliação com abordagem cognitiva-comportamental define-se pelo estudo dos comportamentos observados tendo em conta as estruturas cognitivas do sujeito. A avaliação a nível de terapia cognitiva, visa incluir e/ou transformar novos pensamentos e cognições e, de igual forma, emoções. É, assim, importante entender que a observação feita a todos os comportamentos, cognições e emoções do indivíduo, são apenas uma pequena parte do que realmente são os acontecimentos e reações significativas vivenciados pelo mesmo tendo, também, em conta que essas respostas irão variar em relação ao contexto e às características das situações em que se encontra (Gonçalves, 2000).

Na abordagem comportamental, o profissional deve ter em conta se o cliente não estará, no momento em que decorre a terapia, a passar por um episódio de psicose ou depressão. Tal, poderia dificultar a cooperação esperada do cliente para a terapia.

Assim, podemos concluir que os melhores resultados no tratamento de um comportamento disfuncional, caso seja uma problemática do presente, e fácil de prever, como por exemplo, as fobias, perturbações da ansiedade, perturbação obsessiva-compulsiva, etc. (Neto & Andrade, 2008).

Quando estudamos as terapias comportamentais verificamos que a sua origem está ligada às teorias da aprendizagem, tendo como teorias principais o condicionamento clássico condicionamento operante e a modelagem (Leal, 2005).

Beck (1997) diz-nos que no decorrer de uma terapia cognitiva comportamental, o psicólogo pode utilizar as diversas técnicas que têm como objetivo trabalhar para a modificação, afetando, desse modo, o pensamento, o comportamento e o humor do cliente. Como exemplo dessas técnicas, temos: A resolução de problemas, que consiste em realizar uma lista de problemas, trabalhar com o cliente cada um deles e tentar encontrar soluções positivas para os mesmos. É importante que este não seja um trabalho realizado apenas em sessão, sendo que o psicólogo deve estimular o cliente a realizar uma agenda onde irá relatar os problemas decorridos durante a semana ou a previsão de problemas para a semana que se segue, e, ao longo deste processo o psicólogo dá como objetivo ao cliente a procura de soluções positivas para os problemas que então surgem; o relaxamento que, como a maioria das técnicas do modelo cognitivo-comportamental, devem ser ensinadas e praticadas com o cliente durante a sessão para que então ele possa utilizar como recurso, ajudando a reduzir a ansiedade e conseguindo entender melhor os pensamentos ansiosos que ocorrem; a focalização para o que se está a fazer no momento em que surgem os pensamentos automáticos negativos

pode ser uma estratégia viável para o melhoramento da ansiedade. No entanto, deve-se ter em conta a dificuldade desta técnica e perceber se, no passado pode ter dado resultado ou não com o cliente; entre muitas outras técnicas.

As perturbações de ansiedade têm vindo a aumentar ao longo dos tempos na população geral, tendo uma incidência significativa ao longo da vida do sujeito (Cottarux, 1991). No entanto, ao ser feita uma abordagem de forma correta, e sempre com o objetivo de atingir o alívio do sofrimento do cliente, é possível chegar a um diagnóstico positivo e com boas hipóteses de recuperação (Neto, 2008).

A estratégia das tarefas para casa existe a perceção de que os clientes que as praticam, durante o tempo de intervalo entre sessões, têm mais progressos do que aqueles que não as fazem. As tarefas para casa consistem em dar algumas atividades ao cliente para que ele trabalhe o comportamento, o pensamento e as emoções (enquanto vai apontando informações em diários ou agendas) de forma a ajudar a dar ênfase ao que tem sido trabalhado em sessão e aumentando a sua educação para a mudança dos pensamentos e comportamentos negativos (Beck, 1997).

Abordagem cognitivo-comportamental: intervenção com crianças

A TCC foi a primeira teoria a ter em conta os problemas que surgiam nas crianças e adolescentes, tendo como base principal as teorias da aprendizagem. Utilizando o condicionamento, tanto de Skinner como o modelo de Pavlov, espera-se que a criança desintegre alguns comportamentos desadequados da sua estrutura atual tendo, também, uma influência no seu contexto cognitivo (Marcelli, 2005). Nos seus primórdios, esta abordagem era utilizada para tratar problemas comportamentais que os adultos viam como incómodos (p.ex. impulsividade em contexto de sala de aula, Perturbação com Défice de Atenção e Hiperatividade, entre outros) sendo que, só mais tarde começou a ter um foco em problemas como a depressão e a ansiedade. A TCC na

abordagem com crianças deve ter em conta entrevistas quer com os pais como com os professores, observação sobre o comportamento disfuncional da criança e a avaliação familiar (Asbahr & Ito, 2008).

A intervenção feita com crianças pode ser muito mais complexa do que quando é feita com adultos principalmente porque com a última população a entrevista de recolha de dados é feita totalmente com o recurso da linguagem verbal e observação da linguagem não-verbal, já com as crianças, essa informação requer o uso de instrumentos onde, através da experiência profissional, devemos analisar e interpretar o que nos é dado. É, também, importante ter em conta ao que é normal na criança e ao que poderá ser patológico, para que não se faça uma avaliação precipitada (Bénony & Chahraoui, 2002).

No trabalho com a criança, o psicólogo deve estimular a capacidade de brincar conseguindo, dessa forma, aceder aos processos cognitivos da mesma. Ao estudar fases de desenvolvimento da criança – mais concretamente as teorias de Piaget – as operações formais, ou a capacidade para construir um pensamento mais abstrato e conseguir desenvolver melhores conceções da sua realidade é realizada após os 12 anos de idade, sendo para o indivíduo, o momento mais fácil para conseguir relatar o que sente e o que pensa (Patterson & Eisenber, 2003).

Realizar sessões de psicologia com crianças requer muito treino e dedicação por parte do profissional pois, pode tornar-se bastante difícil estabelecer a relação psicólogo-criança-pais (família). É necessário ter um conhecimento claro e abrangente do desenvolvimento bio-psico-social da criança o que, para tal, é importante uma entrevista de investigação inicial onde será requerida a presença da/as pessoa/as responsável/eis pela criança e ou, a pessoa que procurou o encaminhamento da criança à consulta. Numa questão de observação da dinâmica familiar podemos ter em conta, por

vezes, a facilidade com que conseguimos estabelecer contacto ou requerer a presença de um familiar da criança (como p. ex. o pai) e a motivação que apresenta para o acompanhamento da criança, externo às sessões (Marcelli, 2005).

Psicoterapia de apoio

A psicoterapia de apoio pretende ser uma terapia cujo foco será as queixas que o cliente apresenta e o sofrimento emocional pelo que o mesmo está a passar (Leal, 2005).

A psicoterapia de apoio é um modelo, geralmente, mais adotado por profissionais de saúde mental em início de carreira. Este é um modelo cujos seus pressupostos têm um pé nas escolas: psicodinâmica, cognitiva, comportamental, etc. É, por isso, uma psicoterapia muitas vezes ignorada e pouco utilizada por se pensar, durante muito tempo, que não seria uma teoria com bases originais e, principalmente, por ser necessário o conhecimento de mais de uma teoria, não sendo assim possível obter resultados positivos no melhoramento de uma problemática. Sendo, afinal, uma psicoterapia bastante fiel no tratamento de derivadas psicopatologias, é importante que o profissional que a use tenha bastante cautela, pois, as suas medidas de intervenção, como o aconselhamento ou o controle ativo, quando indevidamente utilizados poderão levar a uma regressão ou dependência por parte do cliente (Wagner & Cechin, 2008).

A psicoterapia de apoio é a mais antiga das psicoterapias, sendo já existente mesmo antes de esta ter ganho esse nome. É importante para o profissional em início de carreira saber distinguir a psicoterapia de apoio do apoio emocional que qualquer outra pessoa poderia oferecer, como por exemplo um padre ou um amigo (Leal, 1999).

Este campo desenvolveu-se a partir da abordagem analítica de Freud. A psicoterapia de apoio pretende, através do contexto dinâmico da problemática do cliente e pela sua transferência e contra transferência, ajudar e utilizar os seus próprios recursos

psíquicos para que volte a restabelecer o equilíbrio emocional do indivíduo (Brito, 2008).

Num contexto institucional, e onde é possível trabalhar com um variado número de pessoas, a psicoterapia de apoio mostra ser a mais eficaz e a que de modo mais pontual exerce melhor o seu papel, mesmo que seja indicada uma outra psicoterapia direcionada para a problemática apresentada (Leal, 1999).

A psicoterapia de apoio, inicialmente sugerida para clientes com descompensações psicóticas, têm tido resultados positivos com indivíduos que estarão a sofrer de crises agudas, como por exemplo, o luto, uma doença física ou crónica (Wagner & Cechin, 2008).

Recorrendo a este tipo de psicoterapia, podemos agrupar a sua duração e a sua finalidade em três modalidades: A psicoterapia de apoio de longa duração que pressupõe uma periodicidade semanal ou quinzenal ao longo da vida, sendo dirigida a indivíduos com perturbações da personalidade, doenças crónicas, doenças psiquiátricas com medicação, etc.; a psicoterapia de apoio de curta duração, também conhecida como intervenção na crise, mais utilizadas em indivíduos normalmente adaptados que, em contextos pouco habituais e de extrema pressão psicológica e emocional, cujos seus próprios recursos parecem, à partida, pouco eficazes na resolução do problema que decorre; e a psicoterapia de apoio de media duração, mais utilizada em contexto de instituição, e em que tendo uma situação dolorosa mas adaptativa, sugere um acompanhamento com profissionais de saúde mental. Sendo esta última a que, no decorrer do estágio curricular apresentado e, tendo em conta o seu contexto, foi que se sobrepôs (Leal, 2005).

Aconselhamento

Num processo de aconselhamento, tem-se em conta dois tipos de objetivos: processuais – que se esperam atingir durante as sessões que se realizam – e os resultantes – que têm como foco o que se pretende que o cliente atinja fora do momento das sessões. Estes últimos objetivos terão como influência o trabalho realizado no decorrer das sessões, ou seja, os objetivos processuais, traçados para o trabalho que se realiza no decorrer das sessões através de tarefas e estratégias e onde se pretende que sejam melhoradas as respostas e reações do cliente (Patterson & Eisenberg, 2003).

Neste tipo de abordagem, apresentada por Rogers (2005), o psicólogo tem como objetivo intervir na vida do cliente de forma a garantir que ele está a trabalhar para obter a mudança esperada. É um método que requer bastante cuidado e que deve-se ter em conta os limites do trabalho do psicólogo, sabendo de antemão a dependência que poderá causar.

Para que a intervenção realizada pelo aconselhamento seja feita de forma segura é necessário seguir um determinado número de passos. Em primeiro lugar, o profissional e o cliente devem estabelecer o acordo necessário do início das sessões, de seguida, e trabalhando em conjunto, devem entender em que momento e de que forma se encontra o cliente para que depois consigam estruturar planos adequados para a sua evolução - com o objetivo de atingir o comportamento, capacitar para a tomada de decisão, melhorar as suas competências para ser bem-sucedido, diminuir preocupações emocionais, etc. (Patterson & Eisenberg, 2003).

Esta técnica, inserida no modelo de psicoterapia de apoio, usada com o devido profissionalismo, visa levar o cliente a melhorar aspetos de saúde de forma mais invasiva, reduzindo sintomas ou prevendo/evitando alguma crise, com o objetivo de

fortalecer a sua capacidade de satisfação interna através de recursos externos (Leal, 2005).

Psicoeducação

Esta é uma abordagem que, apesar de não ter uma conotação de psicoterapia, é o auxílio para informar e aumentar o conhecimento em relação a diferentes perturbações e ou dissociações do aspeto psicológico. Além de poder informar sujeitos que são recentemente diagnosticados, pode dar o mesmo conhecimento a familiares e cuidadores (Moreno & Alencastre, 2003). Uma das características da psicoeducação é esta poder realizar-se em grupo, onde todos os participantes têm a oportunidade de partilhar uma experiência, dividindo os seus conhecimentos práticos de uma causa e dessa forma, realizarem uma aprendizagem ativa (Lebon, 1997). É uma abordagem clínica e comunitária que demonstra ser um auxílio para que, ao conhecer os sintomas e aumentando o conhecimento da doença mental, o sujeito possa formar estratégias de *coping* que estejam presentes no evoluir da perturbação e possam dar respostas mais rápidas e eficazes (Lukens & McFarlene, 2004).

Desenvolvimento humano

Desenvolvimento humano está diretamente ligado às palavras mudança – porque para o desenvolvimento do ser humano é necessário que ocorra algum tipo de mudança significativa – e aprendizagem – pois essa mudança poderá ocorrer com a informação que o indivíduo consegue captar do meio ambiente em que se insere. Podemos afirmar que o desenvolvimento do Homem ocorre desde o dia que nasce até ao dia da sua morte. Essa mudança ocorre não só a nível físico e motor como também a nível cerebral, mudando e desenvolvendo as capacidades cognitivas – como a memória, o raciocínio, etc. - (Papalia, Camp & Feldman, 1996).

No estudo do desenvolvimento, as teorias que têm como objetivo analisar a continuidade da vida até à morte começaram a ganhar o seu território. Tornou-se importante perceber como se desenvolve o ser humano na idade adulta, podendo afirmar-se que a mudança quer biológica, quer comportamental do indivíduo dá-se até ao fim dos seus dias mesmo que essas mesmas mudanças sejam representadas por perdas de capacidades já adquiridas, como é natural durante o envelhecimento. Uma das teorias mais importantes sobre esse tema é a perspetiva *lifespan* – ciclo de vida (Muir, 2004).

A psicologia do desenvolvimento é reconhecida como a área que estuda as mudanças biológicas e comportamentais que o ser humano sofre durante o seu crescimento. Por sua vez, a perspetiva *lifespan* tem como objeto de estudo analisar e compreender os fatores determinantes e influentes para que essas mudanças ocorram. Esta perspetiva tem como foco não só a observação do desenvolvimento ocorrido durante os primeiros anos de vida até à adolescência como, também, as mudanças que ocorrem durante a idade adulta até à sua morte (Lefrançois, 1996).

No desenvolvimento cognitivo, podemos referir várias características que definem esse processo e que foram estudadas ao longo dos tempos principalmente com foco na evolução da criança. Quando falamos em aprendizagem (que é uma das influências do desenvolvimento do pensamento), referimo-nos a uma “*mudança do comportamento de um organismo*” (p. 19) e que irá aumentar a sua estrutura interna, assimilando novas informações do meio. A maturação refere-se a mudanças internas/do organismo, e que em nada são influenciadas pelo ambiente. São evoluções que acontecem por razões biológicas (Troade & Martinot, 2009).

Piaget trabalhou na sua teoria do desenvolvimento cognitivo afirmando que o sujeito utiliza estruturas internas, não sendo estas inerentes, de forma adquirir

informação nova que, ao serem similares a estruturas já existentes, se vão organizando (Cit. em Troadec & Martinot, 2009). Deste modo, as teorias de desenvolvimento de Piaget tinham como base abordar as diferentes fases do desenvolvimento da criança – denominando-as estádios - sendo que, tudo o que será assimilado numa fase irá transitar para a fase seguinte e terá influência na construção das estruturas internas do indivíduo. Espera-se que, cada uma das fases se realize de forma equilibrada e que tenha um processo significativo no desenvolvimento do ser humano (Treca & Bidault, 2005).

Especificamente no estádio operatório concreto, a criança está menos virada para si, conseguem ter um pensamento mais lógico o que permite resolver problemas e ponderar diferentes aspetos. No entanto, a criança da fase do pensamento concreto ainda não terá a capacidade de ter um pensamento relacionado com as questões reais, com questões do momento. Também a capacidade de raciocínio indutivo e dedutivo ainda está a ser estruturado. A criança deduz de uma forma geral, agrupando as categorias e atribuindo uma dedução verdadeira. Na indução, a criança faz um raciocínio generalista, com o intuito de afirmar que se uma certa amostra tem um comportamento, a categoria completa terá esse mesmo comportamento – “O meu peixe nada. O peixe da minha prima também nada. Então todos os peixes nadam” (Papalia, Olds & Feldman, 2001)

O indivíduo tem diferentes fases da vida e estas requerem diferentes riscos para si. De forma a aumentar a prevenção, todos nós temos meios e valências que nos levam a uma proteção direta para a ameaça eminente. Estes métodos são denominados de fatores de proteção sendo fundamentais para a adaptação do ser humano a mudanças repentinas e drásticas. Além destes fatores, recorreremos aos denominados de risco que são referentes ao conjunto das emoções, contexto familiar e social, educação, entre outros. Todos estes fatores perfazem a nossa capacidade de resposta a um problema que, ao se aparentar grave e de futuras consequências negativas, tornaram o indivíduo

resiliente às mesmas, ou seja, capaz de agir e reagir ao estímulo/momento e voltar ao seu comportamento normal. A exposição a essas situações acarretam uma modelagem que, muitas vezes, poderá levar a respostas preocupantes e de maiores cuidados (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2007).

Perturbações do desenvolvimento humano

Ansiedade

A ansiedade representa ser um fenómeno de difícil caracterização. Apesar de ser importante monitorizar e controlar, só deve ser vista como uma perturbação se esta tiver interferência com o raciocínio e o quotidiano do indivíduo. Podemos até classificar a ansiedade como importante para a proteção que o ser humano utiliza para as ameaças do ambiente que o rodeia (Rees, 1974).

É por isso importante fazer uma distinção de outra emoção como o medo. Enquanto a ansiedade é uma sensação de que o momento que se vive é mais perigoso do que realmente é (sendo na sua maioria desproporcional à realidade, e até sentir perigo por algo que ainda não ocorreu), o medo terá uma conotação mais proporcional com o momento vivido e o perigo que este pode acarretar, sendo que na maioria das vezes o medo é controlado e tem uma explicação racional. Já a ansiedade, sendo a sua base emocional, o sujeito que passa por essa sensação procura, insensatamente, uma razão para o que está a sentir, retirando a sua explicação emocional (Horney, 1969).

O ser humano tem a capacidade de viver momentos com excessiva ansiedade durante alguns períodos de forma a poder resolver e utilizar os meios que tem para tentar solucionar a problemática que o perturba no momento. Não é fora do comum passarmos por momentos que nos deixam mais ansiosos e nem devemos banaliza-los, essa capacidade é o que leva o ser humano a lutar ou fugir. No entanto, é nos momentos de maior ansiedade que o indivíduo tem a tendência a recorrer a mecanismos de defesa

de forma a conseguir superar ou entender o que se passa, sendo esse processo normal quando falamos de situações que nos fazem sentir ameaçados (Bateman, Brown & Pedder, 2003).

Quando falamos em ansiedade e verificamos os sintomas que esta apresenta, podemos referir um lado psicológico – p. ex. os pensamentos constantes de perigo quer físico, quer social – e um lado somático, que é a demonstração física da ansiedade que se sente refletindo dores corporais, suores ou formigueiros (Fischer & Tarquino, 2010).

A ansiedade, estando dentro das sensações negativas, é aquela cuja sua perceção recai, na maioria das vezes, para uma resposta fisiológica oferecendo uma linguagem não-verbal. Como por exemplo, quando nos sentimos em situação de elevada ansiedade, uma das respostas dadas pelo nosso corpo será a da respiração demasiado acelerada ou a os nossos movimentos serem mais descoordenados. Tais sintomas, poderão ser reconhecidos pelo próprio como algo mais grave, podendo aumentar e intensificar a sua resposta (Freud, 1976).

O DSM-V (2013) classifica as perturbações de ansiedade como sendo um conjunto de intensidade de ansiedade e de medo que irão influenciar o comportamento do sujeito, sendo o medo a forma como o indivíduo reage a uma ameaça próxima sendo ela real e previsível, já a ansiedade é uma antevisão de uma ameaça que ainda não ocorreu podendo até mesmo nunca acontecer. Devemos ter em conta o desenvolvimento normal do ser humano, sendo que tanto o medo como a ansiedade devem ter em conta esse aspeto e também a intensidade e frequência em que ocorrem.

As perturbações de ansiedade podem estar divididas em episódios de ansiedade duradouros e persistentes, que caracterizam a ansiedade generalizada, e em episódios onde a ansiedade ocorre de forma repentina e podendo ter uma maior ou menor

intensidade (ataques de pânico) que ocorridas de forma constante, caracterizam a perturbação de pânico (Dalgalarondo, 2008).

Perturbação de pânico

A perturbação de pânico é caracterizada por uma grande frequência de episódios de pânico com elevada intensidade de ansiedade. É uma perturbação cujos sintomas físicos e biológicos levam o sujeito a sentir desconforto podendo ocorrer uma despersonalização que é vista como uma sensação de perda de controlo, leveza corporal, etc. Devido aos sintomas desta perturbação se assemelhar a um ataque cardíaco, os indivíduos que sofrem episódios de pânico têm a sensação de que poderão morrer a qualquer momento ou de poderem “enlouquecer”. É uma perturbação cuja ocorrência é repentina tendo o seu pico de forma rápida e uma duração curta (Dalgalarondo, 2008).

Apesar de ser comum ocorrer episódios de ataques de pânico em quase todas as perturbações de ansiedade, a perturbação de pânico distingue-se por esses episódios ocorrerem de forma inesperada e sem qualquer explicação aparente. Deve-se ter em conta tais sintomas não estarem associados a substâncias como a cafeína que, ao serem ingeridas, têm semelhantes reações fisiológicas (Barlow, 2002).

O DSM-V (2013) caracteriza a perturbação de pânico ocorrendo de uma forma inesperada e violenta. O fato de existir um episódio de ataque de pânico isolado não poderá levar ao diagnóstico de perturbação de pânico sendo, além da intensidade, a frequência com que ocorrem importantes para a sua avaliação.

Apesar de inesperada, alguns estímulos afetivos parecem desencadear um episódio de pânico tornando-o cada vez mais intenso. Pode ocorrer, por exemplo, em situações em que o sujeito tem um sofrimento extremo em relação a momento ocorrido, causando um bloqueio emocional e cognitivo que leva à resposta de pânico (Beck & Emery, 1985).

O CID-10 (2007) caracteriza esta perturbação como ocorrendo de forma inesperada, em qualquer lugar ou situação, levando o indivíduo a ter medo constante de que ocorra um ataque novamente. Teremos de ter em conta se os recorrentes ataques de pânico poderão ocorrer relacionados com outra perturbação (p.ex. fobia) pois, nesse caso, será importante focalizar a terapia para a fobia apresentada em primeiro lugar. Deve-se ter também em conta a frequência dos episódios de pânico tendo como objetivo a sua distinção de um ataque de pânico isolado ou o diagnóstico de perturbação de pânico oficial.

Muitos dos indivíduos que sofrem da perturbação de pânico descrevem não só uma preocupação constante de ocorrência de um novo ataque de pânico mas também de uma preocupação recorrente da sua condição de saúde física e mental, tendo sempre uma antevisão dramática para uma sensação física ou emocional pouco significativa. São também suscetíveis ao uso descontrolado de drogas (DSM-V, 2013).

Esta é uma perturbação cuja sua prevalência é maior no sexo feminino em que cada três pessoas, duas serão mulheres e sendo menos recorrente em crianças e no idoso, recorrentemente entre os 20 e os 24 anos de idade (Barlow, 2002; DSM-V, 2013).

Perturbações contextuais do desenvolvimento humano

Divórcio e o seu impacto na criança

Nos dias de hoje, são muitas as famílias reestruturadas onde a criança vê-se na necessidade de se adaptar a uma nova realidade (Marcelli, 2005).

Sabemos de antemão que o divórcio, ocorrendo de forma pacífica ou não, é um episódio de extrema intensidade e stresse para as famílias. Por isso, é importante ter em conta o desenvolvimento psicossocial da criança no episódio de bastante instabilidade emocional e no momento do reajuste familiar, sendo o conflito entre os pais um dos

fatores mais preocupantes para a instabilidade psicológica, emocional e social da criança (Raposo, Figueiredo, Lamela, Nunes-Costa, Castro & Prego, 2011).

Os efeitos nocivos do divórcio para a criança podem depender da forma como a criança está inserida nesse desentendimento, da sua maturidade, idade e sensibilidade. Durante este processo, o papel que os pais têm pode ser posto em causa, principalmente quando um deles fica com a custódia integral e o outro torna-se parte secundária na vida ativa da criança. A possibilidade de um dos progenitores se tornar um “pai/mãe-amigo”, aumenta ainda mais a confusão estabelecida no reestruturar da família da criança (Marcelli, 2005).

Benetti (2006) no seu estudo sobre o impacto que o conflito conjugal tem no desenvolvimento da criança, mostra que este tem influência no contexto, frequência e intensidade com que o conflito se dá, podendo ter grandes consequências no desenvolvimento psicológico e emocional do ser que está, ainda, numa grande assimilação de novas e significativas informações.

Estratégias de *coping*

Coping tem como definição a capacidade de adaptação ou controlo de um problema que leva o individuo a vivenciar várias emoções negativas e a passar por um momento de extremo sofrimento. A forma como o *coping* atua podem ter um foco mais para o problema – que tem como objetivo alterar o problema vivido através de procura de formas para o resolver ou confrontando-o diretamente - ou com foco na emoção que se está a viver – que visa usar métodos para suportar essas mesmas emoções (evitar, distrair, negar, dramatizar) (Fischer & Tarquino, 2010).

Em condições de ansiedade extrema e dor intensa, tendemos a responder com uma defesa ao momento e emoção que estamos a vivenciar. É normal, e por isso nem sempre preocupante, que de um acontecimento possamos ter uma reação pouco usual,

sendo sempre necessário entender o limite dessa reação e vê-la como algo “anormal” e, possivelmente, patológico (Baterman, Brown & Pedder, 2003).

Freud (1964), fala-nos sobre a perspectiva psicanalítica dos mecanismos de defesa – paralela às estratégias de *coping* - afirmando que o ego é o responsável por este processo, ou seja, ele responde a momentos dolorosos e ansiedade demasiado extrema utilizando determinados mecanismos, nomeadamente a recusa, protegendo-se assim de agressões externas, ideias dolorosas e afetos desconfortáveis.

Algumas das estratégias de *coping* ajudam o ser humano a proteger a integridade do seu ego para que o individuo defenda-se de uma modificação das suas representações base (Ménéchal, 2002).

A utilização destas estratégias como forma de defesa podem ter um fim positivo ou não. Isso irá depender do contexto e da forma como as usamos, sendo que estas se podem tornar pouco saudáveis e aumentar o sofrimento emocional por não chegar ao resultado pretendido de adaptar o sujeito ao problema que se está a viver (Fischer & Tarquino, 2010).

A ansiedade e o sofrimento que esta provoca levam o individuo a necessitar de fugir, não confrontando diretamente a situação que o leva ao elevado nível de stresse. É então, a fuga, uma das estratégias usadas pelo ser humano e que, em muitos casos, poderá levar a fobias e problemas de ansiedade mais graves. Muitas vezes, outros tipos de mecanismos defensivos – como a negação, a repressão ou a projeção - são usados, como forma de evitar que a dor sentida aumente, podendo tornar-se insuportável (Rees, 1974).

Através da psicoterapia espera-se que o indivíduo use as estratégias de *coping* para organizar todas as situações que lhe estão a causar dor. O profissional mostra ao

cliente a necessidade e a importância de resolver problemas do seu inconsciente de forma que não surjam mais como um problema (Brito, 2008).

Bullying

Este tipo de agressão é realizada entre pares, de forma a utilizar a força física, a humilhação psicológica, pressão, ou qualquer tipo de violência, não tendo nenhum motivo aparente, sendo situações recorrentes onde existe um desequilíbrio de poder, sendo que a agressão se poderá realizar individualmente ou em grupo. As consequências que este tipo de agressão poderão trazer quer para o agredido, para o *bullie* ou para alguém que testemunhe a agressão poderão ser graves e de curto a longo prazo (Neto, 2005). O impacto do *bullying* poderá levar a vítima a sofrer efeitos negativos quanto ao seu desenvolvimento e comportamento, afeta a sua autoestima e também ao insucesso escolar. Quanto ao agressor, algumas das consequências do ato que comete pode levar para que no futuro tenha um comportamento criminoso, desleixando a sua formação educativa. Num estudo realizado por Santos e Veiga (2012), mostra que a agressão exercida sobre os alunos do sexo masculino têm uma abrangência mais física e verbal, em quanto que as alunas do sexo feminino sofrem de um tipo de agressão mais a nível social.

Este fenómeno pode ser estudado através da teoria dos sistemas dinâmicos, explicando as relações estabelecidas entre pares e a forma como essas mesmas relações evoluem e têm a capacidade de mudança. Ao haver uma ligação entre um sujeito que é naturalmente agressor e outro que é mais propício a sofrer agressões, a sua relação facilmente irá criar um tipo de padrão que levará a um comportamento recorrente de agressão física, psicológica e social, sendo que a situação é influenciada pelo suporte social de cada um, pelas emoções sentidas no momento e pelos comportamentos que serão apresentados (Pepler, Craig & O'Connell, 2004).

Relacionando a idade à probabilidade, é mais comum que as crianças mais novas tenham sofrido, pelo menos, uma vez deste tipo de agressão sendo, também, muito comum que numa faixa etária mais baixa haja mais crianças agressoras (Carvalhosa, Lima & Matos, 2012).

Ética e deontologia do psicólogo

O conceito de ética é estudado há milhares de anos, sendo que, todo o indivíduo é composto por um tipo de comportamento bom e mau. A ética vem, deste modo, aproximar o sujeito a uma conduta que trabalhe os direitos e os deveres de cada um (Riccou, 2004).

O cliente é todo e qualquer sujeito, grupo, organização ou profissional que recorra aos serviços do psicólogo, estando este a receber uma intervenção paga ou pro-bono (Francis, 2004).

Como forma de proteção do trabalho exercido pelo psicólogo e da intervenção feita ao cliente e, posteriormente à criação da Ordem dos Psicólogos Portugueses, foi criado o Código de Deontologia dos Psicólogos Portugueses. Este documento tem por finalidade guiar o psicólogo no exercício da sua função, tendo em conta um código que pretende limitar a má prática do profissional, e inculcando a excelência na prestação do seu serviço. Descreve princípios gerais: A) Respeito pela dignidade e direitos da pessoa; B) Competência; C) Responsabilidade; D) Integridade e E) Beneficência e Não-Maleficiência, sendo estes (princípios gerais) de interesse a todas as vertentes de psicologia e os princípios específicos: 1) Consentimento informado; 2) Privacidade e confidencialidade; 3) Relações Profissionais; 4) Avaliação psicológica; 5) Prática e intervenção psicológica; 6) Ensino, formação e supervisão psicológica; 7) Intervenção e 8) Declarações públicas, que visam atribuir regras de conduta ética ao psicólogo (OPP, 2011).

Quando nos dirigimos a um cliente menor, ou seja, a uma abordagem com crianças ou adolescentes, temos de ter em conta a sua capacidade de autonomia para autorizar, conceder ou entender o acordo estabelecido entre o psicólogo-cliente. No entanto, mesmo sendo menor de 18 ou até mesmo estando numa fase de pré adolescente, o sujeito deve ser informado dos seus direitos e de um acordo de confidencialidade estabelecido logo à partida (Ricou, 2004).

Objetivos do Estágio

No desenvolvimento do estágio e para melhor conduzir o trabalho do estudante na obtenção de grau de Mestre em psicologia clínica, foi dado como proposta objetivos gerais de estágio que asseguram o trabalho do aluno na instituição em que se insere.

Desse modo, como objetivos gerais, são propostos: a) proporcionar ao aluno um contato direto com as práticas profissionais e formas de intervenção ligadas às competências desenvolvidas ao longo do curso; b) desenvolver capacidades de utilização de instrumentos teóricos e metodológicos adequados à abordagem de problemas concretos; c) Incrementar o grau de maturidade, preparação e de relacionamento humano dos alunos para o desenvolvimento profissional futuro; d) fomentar e apoiar o intercâmbio Escola-Mundo do trabalho.

No trabalho desenvolvido na instituição em que o aluno se insere, no caso a NucliSol Jean Piaget, são propostos objetivos específicos de trabalho que visam o desenvolvimento profissional e pessoal no contacto com a população. São propostos os objetivos específicos: a) promover o autoconhecimento; b) promoção de estilos de vida saudáveis; c) reflexão sobre crenças; d) análise dos encargos com a alimentação, tabaco e álcool; e) promoção de estratégias para a mudança do comportamento pouco saudável.

Método

O estágio curricular apresentado teve o seu início em outubro de 2015 tendo decorrido até julho de 2016. Durante esse período foram desempenhadas várias tarefas e atividades que complementam o trabalho do psicólogo clínico num contexto de instituição e com o objetivo de promover a saúde da comunidade em que está inserida.

No desenvolvimento deste capítulo serão descritos, de uma forma mais generalizada, todos os participantes da intervenção psicológica individual, das atividades realizadas com funcionários, famílias e utentes da NucliSol Jean Piaget e com a comunidade em geral. Serão também descritas atividades realizadas de forma autónoma e extras ao estágio.

Finalmente, serão descritos de forma detalhada dois estudos de caso que tiveram como objetivo a avaliação, observação e o seguimento de um plano terapêutico, bem como serão relatados todos os procedimentos decorridos.

Participantes

Na realização do presente estágio, e como se pode observar na Tabela 1, decorreram 21 intervenções individuais de psicologia, efetuados no âmbito do projeto Estilos de Vida Saudáveis. Foram programadas sessões individuais realizadas semanalmente de dezembro a abril e quinzenalmente de maio a junho. Os participantes seriam na sua maioria do sexo feminino (80,95%) sendo que apenas 19,05% dos casos seriam do sexo masculino, podendo ser notória a diversidade da faixa etária que recorreu a este serviço.

No desenvolvimento do estágio foi feita uma parceria com a CPCJ Lisboa Oriental, onde seriam encaminhados os casos com necessidade de um acompanhamento psicológico. Notando-se uma necessidade de trabalhar as competências parentais de muitos dos casos encaminhados pela CPCJ Lisboa Oriental, foi estabelecida uma

parceria entre o projeto Estilos de Vida Saudáveis e o projeto a decorrer no âmbito da candidatura feita em parceria com a Aventura Social, Associação ao programa da Câmara Municipal de Lisboa BIP/ZIP, denominado Aventura da Parentalidade, onde o objetivo seria trabalhar essas mesmas competências parentais dos participantes e promover a qualidade de tempo familiar, encontrando estratégias adequadas a cada caso. Os participantes encaminhados pela CPCJ Lisboa Oriental mostraram, na sua maioria, pouco interesse em participar dos serviços de psicologia sendo recorrente a ausência ou o pedido de adiamento da sessão por parte dos participantes. A esse encaminhamento, seria prestada uma ponte de ligação entre as instituições, realizando-se feedback periodicamente para responder à sinalização efetuada descrevendo a interação, o desenvolvimento e a motivação do indivíduo ou famílias a usufruir da intervenção.

Por ter havido sinalizações ou pedidos de atendimento feitos por membros da mesma família - maioritariamente casais - houve a necessidade de procura de outros serviços que pudessem ir ao encontro do estipulado pelo gabinete de psicologia – nomeadamente ao GAPPS, sediado na Universidade Lusíada de Lisboa – tendo sido observada alguma resistência para um encaminhamento fora da freguesia de Marvila.

Uma das atividades propostas pelo projeto Estilos de Vida Saudáveis, seria a dinamização de sessões de sensibilização e *workshops* práticos (Anexo G), onde era visível participação ativa da comunidade com uma média de 11 pessoas presentes, sendo a faixa etária compreendida entre os 19 e os 63 anos de idade. Estas sessões seriam destinadas essencialmente a pais, famílias, funcionários da NJP e à restante comunidade de Marvila.

Tabela 1.*Participantes do acompanhamento individual de psicologia.*

| Nome | Idade | Sexo | Encaminham. | Motivo | Nº Sessões | Dropout |
|--------|-------|------|--------------|---|------------|-------------|
| L.P. | 24 | M | CPCJ | Trabalhar comportamento agressivo | 1 | Encaminhado |
| B.S. | 19 | F | CPCJ | Depressão pós-parto | 3 | Desistência |
| F.L. | 63 | F | A própria | Isolamento e baixa autoestima | 16 | |
| M.P. | 65 | F | CPCJ | Trabalhar comportamento controlador face neta | 14 | |
| Maria | 10 | F | A mãe | Divórcio parental; Vítima de <i>bullying</i> | 16 | |
| M.S. | 38 | M | CPCJ | Filhos vítimas de abuso sexual por terceiro; Trabalhar competências parentais | 1 | Encaminhado |
| R.R. | 41 | F | CPCJ | Diagnosticada doença oncológica; Recebe filhos institucionalizados, de companheiro, em sua casa | 6 | Desistência |
| M.V. | 12 | F | A mãe | Trabalhar comportamento agressivo; possível depressão | 10 | |
| M.S. | 37 | F | A própria | Depressão; Luto não-patológico | 11 | |
| M.F. | 63 | F | A própria | Isolamento; Problemas socioeconômicos; Depressão | 16 | |
| G.A. | 11 | M | A professora | Comportamento agressivo; Necessidade de regras educativas pelos pais | 8 | |
| M.T. | 8 | F | O professor | PDAH | 9 | |
| M.C. | 57 | M | O próprio | Baixa autoestima; Trabalhar competências sociais; Desemprego involuntário | 11 | |
| J.C. | 55 | F | O marido | Depressão; Diagnosticada doença oncológica pela 2ª vez | 1 | Encaminhado |
| A.A. | 15 | F | A mãe | Comportamento obsessivo-compulsivo | 2 | Encaminhado |
| P.S. | 61 | F | A própria | Diagnosticada com fibromialgia; episódios de ansiedade recorrentes | 1 | Encaminhado |
| A.C. | 16 | F | A mãe | Baixa autoestima; absentismo escolar; comportamentos de risco | 8 | |
| M.C. | 35 | F | A própria | Ataques de pânico recorrentes | 8 | |
| Isabel | 38 | F | A própria | Ataques de pânico recorrentes | 21 | |
| M.A. | 14 | F | CPCJ | Absentismo escolar; negligência familiar | 6 | |
| E.N. | 15 | F | CPCJ | Absentismo escolar; comportamentos de risco | 6 | |

Procedimentos

A intervenção psicológica individual realizada no desenvolvimento do estágio curricular teve lugar nas instalações da NJP do B. Condado – que ocorriam às terças-feiras das 10h às 18h e quintas-feiras das 14h às 17h - e do B. Armador – sendo às quartas-feiras das 10h às 17h e quintas-feiras das 10h às 13h, ambas localizadas na zona de Chelas, freguesia de Marvila. Esta intervenção resultou no acompanhamento de 21 casos, com uma média de 9 sessões de acompanhamento por paciente, sendo que 5 dos participantes tiveram a necessidade de um encaminhamento por já haver intervenção realizada com outro membro da mesma família.

O objetivo do acompanhamento de psicologia é, não só a promoção de hábitos diários saudáveis, mas todas as problemáticas do quotidiano, comuns a todos nós, e preocupações individuais gerais.

O início da intervenção dá-se com o preenchimento da ficha de inscrição (Anexo E¹) realizada pelo próprio cliente ou pelo indivíduo/entidade que realiza o pedido.

Posteriormente é estabelecido contacto telefónico sendo acordado o dia e hora em que as sessões irão ocorrer.

Em todos os casos, na primeira sessão tem lugar a recolha de informação para construção da anamnese, sendo que quando o cliente é ainda menor é solicitada a presença de um responsável/cuidador podendo também participar no estabelecimento de acordo de ética profissional e das provenientes regras para a intervenção.

Posteriormente é realizada uma avaliação psicológica recorrendo a diversas entrevistas semiestruturadas, aplicação de provas para auxiliar na construção de uma hipótese de diagnóstico e, com o seguimento desse processo, é construído um plano terapêutico onde são expostos os problemas apresentados e estabelecidos objetivos para diminuir os sintomas ou situações de conflito apresentados.

No decorrer do estágio curricular foi proposto pela orientadora da NucliSol Jean Piaget, Mestre Cláudia Garcia, a execução de um projeto com o intuito de promover hábitos mais saudáveis, intitulado Estilos de Vida Saudáveis. Após um diagnóstico feito na comunidade de Marvila, era notável a necessidade de um programa que visasse a melhoria das condições de saúde da população da freguesia. Esperou-se que com o projeto de promoção de estilos de vida saudáveis o enfoque fosse o desenvolvimento do autoconhecimento e a partir daí o incentivo a adaptação de novos estilos de vida o que, em última instância, se traduz numa maior auto estima e confiança.

Foi construído um cronograma de tarefas – Anexo F – onde o objetivo seria oferecer informação teórica e sensibilizar para questões de saúde pública não só física como psicológica, realizando-se encontros cívicos e prática proveniente de *workshops* de nutrição e de atividade física.

Posteriormente à realização de reuniões para formulação desse mesmo projeto, foi decidido que seria feita uma parceria com um projeto já existente na NJP denominado Nucli”Ser”Saudável que, já prestando um serviço semelhante aos pretendidos, iria mostrar-se ser uma mais-valia para o novo projeto. Tendo como objetivo a organização do que seria dinamizado no projeto, foram realizadas reuniões onde se estabeleceu que os encontros cívicos e com caris mais teóricos iriam decorrer uma vez por mês – quarta-feira pelas 18h30 – e que as atividades que requeressem uma componente prática teriam lugar quinzenalmente, decorrendo às quintas-feiras pelas 18h.

Com o objetivo de incluir toda a comunidade no trabalho para o desenvolvimento de Marvila, foi considerado pertinente realizar dois eventos sociais tendo a solidariedade como forma de aumentar a entreaajuda e estimular para o aumento do bem-estar de todos. Realizou-se um baile de carnaval solidário, no dia 5 de fevereiro

de 2016, onde se pretendia que cada pessoa levasse um bem alimentar não perecível como forma de “pagamento” para poder participar do baile, sendo proposto que, em forma de cooperar com a organização, cada grupo levasse algo que pudesse fazer parte do lanche para o evento. Os alimentos doados foram entregues à associação Mais Sorrisos que tem como objetivo ajudar indivíduos que têm como teto o céu e como casa o relento – Ajudam com refeições, cobertores, produtos de higiene, etc.

No mês de abril, e com o intuito de mais uma vez contribuir para a solidariedade da comunidade, realizou-se uma recolha de roupas (de todas as idades) e brinquedos que seriam posteriormente entregues à Santa Casa de Lisboa. Com este evento foi proporcionada uma sessão que visava abordar o tema com os mais jovens – Salas dos 4 e 5 anos – iniciando o seu conhecimento pela causa.

Ambos os eventos se mostraram muito satisfatórios, tendo a ajuda de pessoas dos bairros do Condado e do Armador mas, também, de habitantes de bairros da periferia.

Atividades complementares de estágio

Durante os 9 meses de estágio, também foram realizadas atividades complementares (Tabela 2) como participação em seminários, fóruns e congressos, a dinamização de ações de sensibilização com crianças, entre outras, que no seu conjunto demonstraram ser importantes para a formação académico-profissional que se estava a desenvolver, sendo um aumento do conhecimento da área trabalhada.

Através de um convite efetuado pela coordenadora de ATL Nanda Malanho da Escola Básica Maria Rosa Colaço, no Feijó – Almada, foi realizada uma ação de sensibilização intitulada Todos Juntos Por Uma Alimentação Saudável: Com Amor, realizada no dia 29 de Março (Anexo H), com o objetivo de dinamizar atividades com crianças entre os 3 e os 10 anos. Nessa ação, pretendeu-se promover uma alimentação

mais saudável e a prática regular de atividade física, que foram trabalhadas através de atividades práticas com as crianças – Realização de um jogo de apresentação (nome, prato preferido, o que mais gosta de fazer); Realização de um painel com duas mascotes Sr. Brócolo e Sra. Vida; Realização de jogos tradicionais. Teve, igualmente, o objetivo de trabalhar as emoções quer as já conhecidas pelas crianças, quer novas emoções e as diversas formas de as demonstrar. Foi realizada uma atividade que abordaria a família e os diversos tipos e formas de criar uma melhor vinculação com as mesmas. Para estimular atividades com as famílias, foi entregue um calendário, onde cada dia representaria uma tarefa diferente a realizar em conjunto – Anexo H¹. Esta ação de sensibilização teve a colaboração e parceria com os projetos Vincula-te e Todos In desenvolvidos, respetivamente, pelas estagiárias de serviço social Isabel Barros e Maria Gonzaga Ribeiro.

No seguimento do sucesso observado com a ação de sensibilização na escola de Almada, e estando a realizar-se o mês de prevenção dos maus-tratos na infância, foi-nos proposto pela Mestre Cláudia Garcia dinamizar atividades nas UDI da NJP de Lisboa (Lumiar, Galinheiras, Armador, Campo d’Ourique e Condado). Ações de sensibilização que visassem precaver as crianças de abusos e agressões realizadas contra si e os seus pares.

Nos dias 13 e 14 de abril foi apresentado o VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente, onde além da participação na plateia das palestras, foram apresentados dois pósteres (Anexos K e L) onde se pretendeu de forma sucinta dar a conhecer o trabalho realizado no decorrer do estágio curricular.

No dia 13 de abril houve a apresentação de pósteres no fórum da empregabilidade realizado no ISCTE-IUL, onde se pretendia demonstrar alguns dos projetos desenvolvidos na NJP.

No início do estágio, e solicitado pela Orientadora Cláudia Garcia, foi estruturado um manual informal que explicasse o desenvolvimento psicossocial e a aprendizagem da criança dos 0 aos 12 anos de idade (Anexo C), sendo este dirigido aos pais e cuidadores de crianças da comunidade de Marvila, no âmbito da comissão de freguesia de Marvila, EIXO 5 – Famílias e Parentalidade.

O projeto Aventura da Parentalidade – projeto de candidatura ao programa BIP/ZIP – é realizado em parceria com a Aventura Social, Associação onde serão dinamizadas sessões de formação semanal e atividades práticas mensalmente como o objetivo de promover competências parentais, sociais e pessoais e trabalhar o bem-estar entre pais e filhos. As sessões semanais seriam realizadas às quartas-feiras das 18h às 19h30. As atividades práticas teriam lugar no último sábado de cada mês e teriam como objetivo promover o tempo de qualidade familiar e trabalhar a relação entre os pais (ou cuidadores) e os filhos.

O projeto teria como público-alvo pais, cuidadores, profissionais do ramo da educação, etc. sendo a população da comunidade o público prioritário.

Na tabela seguinte serão apresentadas, cronologicamente, as atividades realizadas no desenvolvimento do estágio.

Tabela 2*Cronograma de atividades complementares ao estágio*

| Dia | Atividade | Local |
|----------------|--|--|
| 28 out | Seminário “Ser Positivo” CSF – Marvila | Salão de Festas Vale Fundão – Marvila |
| 13 nov | Formação de mentoria | Universidade Lusíada de Lisboa |
| 3 dez | Plenário “Rede Social” | Câmara Municipal de Lisboa |
| 26 jan | Formação “Inovação Social”, Agência Animar.com | Salão de Festas Vale Fundão – Marvila |
| 10 mar | Formação: Igualdade, género e famílias | Auditório NucliSol Jean Piaget |
| 29 mar | Ação de sensibilização “Todos juntos por uma alimentação saudável, com amor” | Escola Maria Rosa Colaço – Feijó/Almada |
| 13 e 14 abr | Congresso internacional de psicologia da criança e do adolescente | Universidade Lusíada de Lisboa |
| 13 abr | Fórum da empregabilidade | ISCTE-IUL |
| 21 abr | Ação de sensibilização para o Mês da prevenção dos maus-tratos na infância: “Comer, brincar: Saber amar” | NJP UDI Galinheiras |
| 26 abr | Ação de sensibilização para o Mês da prevenção dos maus-tratos na infância: “Comer, brincar: Saber amar” – Contexto sala de aula | NJP UDI Armador |
| 28 abr | Ação de sensibilização para o Mês da prevenção dos maus-tratos na infância: “Comer, brincar: Saber amar” – Atividades com as famílias | NJP UDI Armador |
| 19 mai | Seminário de Serviço Social: “Construir pontes para incluir” | Fórum Romeu Correia – Almada |
| 28 mai | I Fórum da cidadania das crianças | ISCTE-IUL |

Instrumentos

No decorrer das intervenções realizadas no estágio e com o objetivo de complementar a avaliação feita, foram utilizados diferentes instrumentos que, não sendo a parte significativa do seguimento realizado, contribuíram com uma importante ajuda para esmiuçar e entender as problemáticas que iam sendo apresentadas.

Children Apperception Test - Animal Version (CAT-A)

Desenvolvida por Leopold e Sonya Bellak e posteriormente por Ernest Kris, nos finais da década de 40, a *Children Apperception Test – Animal Version*, é uma prova que está incluída no leque das projetivas sendo direcionada a crianças dos 3 aos 8-10 anos e teve a sua construção cerca de 12 anos após a prova, também projetiva, TAT – *Thematic Apperception Test*, sendo mais direcionada para adultos. É constituída por 10 cartões com imagens ilustrativas de animais, sendo que um dos motivos para esta representação ser o facto de que era perceptível pelo teste projetivo de Rorschach que as crianças tinham tendência a dar respostas direcionadas mais para os animais do que para os humanos (Boekholt, 2000). Demonstrando essa resposta dada pelas crianças, houve a necessidade de desenvolver um instrumento semelhante ao outro já existente (TAT), que não sendo tão rigoroso, não apresentava uma avaliação real às projeções da criança (Murray & Cols., 2001).

A administração da prova é mostrando cada prancha – da primeira até à décima – onde se pede à criança que conte uma história sobre o que está representado. Antes de iniciar a prova, e com o intuito de retirar a ansiedade nas respostas dadas pela criança, é-lhe dito que se irá iniciar um jogo que consiste em contar uma história sobre cada prancha – “*vamos fazer um jogo onde quero que contes uma história sobre cada figura que se apresenta no cartão*”. No momento certo, e para aumentar as respostas dadas

pela criança, serão feitas questões sobre o que aconteceu antes, depois ou durante o que a criança já relatou (Murray & cols., 2001).

Desenho da Família

O desenho é um dos instrumentos de avaliação utilizados com as crianças que mostra não só tem a finalidade de desenvolver a imaginação como, também, representa ser uma forma de terapia do individuo, estando ele a entoar as suas emoções ao desenvolve-lo no papel. Este método de avaliação tem o objetivo de auxiliar o profissional na recolha de informação sobre a identidade que a criança representa sobre o seu contexto familiar (Bernaud, 2000).

Muitos foram os autores que desenvolveram esta técnica como meio de captação de informação da criança. Louis Corman, em 1967, diz-nos que este teste poderá demonstrar toda a temática familiar, bem como a perceção da visão da criança quanto à sua posição no seu meio. Como forma de administração do teste, pede-se à criança que desenhe uma família da sua imaginação e posteriormente formula-se um questionário sobre as personagens desenhadas – quem são? Quem é mais ou menos feliz? Quem seria se fizesse parte dessa família? Etc. Posteriormente, pede-se à criança que desenhe a sua família, e seguindo o conceito do desenho anterior, fazem-se questões sobre as personagens que desenhou (Freitas & Cunha, 2009).

No desenvolvimento da prova é esperado que o psicólogo tenha em conta a linguagem verbal que a criança vai dando e observar o seu comportamento ao executar o desenho (Campos, 1981).

Inventário de Ansiedade de Beck

O inventário de ansiedade de Beck (BAI) é composto por 21 itens que se traduzem em sintomas comuns da ansiedade e onde o grau de intensidade e/ou frequência de cada um deles é medido através de uma escala de intensidade dos mesmos sintomas – Nada; Levemente, não me incomodou muito; Moderadamente, foi muito desagradável mas consegui aguentar; Severamente, quase não consegui aguentar. É pedido que o cliente preencha a ficha tendo em conta episódios ocorridos durante a última semana. A sua avaliação é composta pela soma das respostas dadas (variando de 0 a 3 pontos) sendo que a tradução desse resultado varia entre normal (0-9), moderadamente leve (10-18), moderadamente severo (19-29) e severo (30-63) (Cunha, 2001).

