



Universidades Lusíada

Santos, Lídia Manuela Frango, 1978-

O psicólogo clínico no contexto de intervenção de um gabinete de aconselhamento psicológico universitário

<http://hdl.handle.net/11067/3653>

Metadados

Data de Publicação	2013
Resumo	Este trabalho reflete o estágio académico do mestrado em psicologia clínica, realizado no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve como principal objetivo adquirir competências profissionais e interpessoais, essenciais à prática da profissão, através da realização de atividades em contextos institucionais e áreas diferenciadas, nomeadamente: a) intervenção clínica baseada na terapia de apoio, através do acompanhamento psicológic...
Palavras Chave	Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e estudo (Estágio), Aconselhamento no ensino superior, Estudantes universitários - Psicologia, Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:17:05Z 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

O psicólogo clínico no contexto de intervenção de um gabinete de aconselhamento psicológico universitário

Realizado por:
Lídia Manuela Frango Santos
Orientado por:
Mestre Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos
Supervisionado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof.^a Doutora Gina Maria Quinás Tomé
Vogal: Prof.^a Doutora Maria Leonor Janeiro Segurado de Falé Balancho

Dissertação aprovada em: 20 de Dezembro de 2013

Lisboa

2013

Agradecimentos

A elaboração do presente relatório não teria sido possível sem o contributo de todos os que me acompanharam ao longo deste percurso de aprendizagem e descoberta.....

.....Um sentido agradecimento à professora doutora Tânia Gaspar pela dedicação, atenção, disponibilidade e orientação.....

.....Apresento um agradecimento especial à minha orientadora Dra. Teresa Santos, pela disponibilidade incondicional, pela dedicação e exigência crescente e, pela partilha de conhecimentos essenciais à condução deste trabalho.....

.....À professora doutora Luísa Carrilho pela orientação e sugestões ao longo do trabalho....

.....A toda a equipa do GAPPS – ULL, pelo apoio e partilha.....

.....Ao Paulo e à Ilda pela amizade, por todas as gargalhadas e convívio, por todos os momentos de partilha de ideias e pelo encorajamento face às adversidades.....

.....Aos meus pais, pelo incentivo e dedicação e, a ti..., a minha mais profunda gratidão pelo carinho, compreensão e força, que me permitiram resistir às frustrações e angústias que naturalmente surgiram.

Índice

Introdução.....	10
Caracterização da Instituição.....	11
Universidades Promotoras de Saúde em Portugal.....	11
O contexto do GAPPS na Universidade Lusíada de Lisboa.....	12
Princípios Orientadores e Objetivos.....	14
Valências do GAPPS.....	14
Caracterização da População Alvo.....	17
Enquadramento Teórico.....	18
A psicologia Clínica.....	18
A psicologia da Saúde.....	21
O papel do psicólogo clínico.....	23
O processo de avaliação psicológica.....	25
A Terapia de Apoio.....	34
Técnica da terapia de apoio.....	36
A relação terapeuta – paciente.....	37
Modelo Cognitivo – Comportamental.....	39
Técnicas cognitivo – comportamentais.....	42
O desenvolvimento Sócio - Afetivo: Infância, Adolescência e Fase Adulta.....	44
O desenvolvimento na primeira e segunda infância.....	44

A importância das relações afetivas na interação social.....	52
Depressão pós parto e interação mãe – bebé.....	55
O papel do pai.....	58
O desenvolvimento na adolescência.....	59
O jovem adulto e a transição para o ensino superior.....	64
Objetivos do Estágio.....	69
Metodologia.....	70
Amostra.....	70
Instrumentos.....	72
Procedimentos.....	80
Outras atividades desenvolvidas.....	82
Resultados.....	83
Estudo de Caso A.....	83
Dados da Identificação.....	83
Motivo do pedido.....	84
Genograma	84
Observação Clínica e recolha de dados anamnésicos	84
História do Problema atual.....	85
Dados do desenvolvimento.....	85
Percurso Escolar e Socialização.....	86
História/ Dinâmica Familiar.....	87

Avaliação Psicológica.....	88
Resultados.....	88
Hipótese Diagnóstica.....	92
Proposta de Intervenção Terapêutica.....	93
Análise e Progressão das Sessões.....	94
Discussão do Caso.....	95
Estudo de Caso B.....	98
Dados da Identificação.....	98
Motivo do pedido.....	98
História do Problema Atual.....	98
Dados da Observação Clínica.....	98
Genograma.....	99
Antecedentes e História Familiar.....	99
História Pessoal.....	100
Avaliação Psicológica.....	102
Resultados.....	102
Hipótese Diagnóstica.....	104
Proposta de Intervenção Terapêutica.....	105
Análise e Progressão das Sessões.....	105
Discussão do Caso.....	107

Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais.....	109
Avaliação Quantitativa e Qualitativa.....	109
Discussão.....	112
Investigação.....	113
Conclusão.....	113
Reflexão Final.....	115
Referências.....	117
Anexos.....	124
Anexo A - Relatório escola / Caso A	
Anexo B - Relatório de avaliação psicológica GAPPS / Caso A	
Anexo C - Provas psicológicas / Caso A	
Anexo D - Sessões de Intervenção Clínica / Caso A	
Anexo E - Provas psicológicas / Caso B	
Anexo F - Sessões de Intervenção Clínica / Caso B	
Anexo G - Programa de Competências Pessoais e Sociais / Manual	
Anexo H - Programa de Competências Pessoais e Sociais / Artigo	
Anexo I - Programa de Competências Pessoais e Sociais / Poster	
Anexo J - Universidade Lusíada de Lisboa / Open Day	

Índice de Tabelas

Tabela 1- Casos clínicos alvo de intervenção no GAPPS.....	71
Tabela 2- Atividades desenvolvidas / carga horária.....	82
Tabela 3- Médias do Grupo 1 nas medidas de pré / pós teste.....	110
Tabela 4- Resultados globais do Grupo1 e do Grupo2 nas medidas de pré e pós/teste...	113

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição dos participantes por idades.....	72
Gráfico 2- Distribuição dos participantes por género.....	72
Gráfico 3- Respostas assertivas por dimensão social no pré / pós teste.....	110
Gráfico 4- Satisfação com o programa de competências pessoais e sociais.....	111

Resumo

Este trabalho reflete o estágio académico do mestrado em psicologia clínica, realizado no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve como principal objetivo adquirir competências profissionais e interpessoais, essenciais à prática da profissão, através da realização de atividades em contextos institucionais e áreas diferenciadas, nomeadamente: a) intervenção clínica baseada na terapia de apoio, através do acompanhamento psicológico individualizado de dois casos clínicos apresentados através do método de estudo de caso, sendo os respetivos diagnósticos classificados de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR)* e os resultados analisados e interpretados com base nas teorias cognitivo-comportamentais; b) intervenção comunitária, no âmbito da promoção de saúde, realizada numa escola secundária com adolescentes com problemas de comportamento, através da implementação de um programa de promoção de competências pessoais e sociais; e, por fim, c) investigação através da elaboração de um artigo de carácter científico, baseado nos resultados da intervenção comunitária. As intervenções realizadas parecem sugerir resultados positivos face aos objetivos propostos. Na intervenção clínica individualizada, os resultados apresentam uma diminuição da sintomatologia face às problemáticas apresentadas e a adequação da terapia de apoio à população-alvo. No que diz respeito à intervenção comunitária, no âmbito da promoção de saúde, os resultados globais refletem um aumento significativo das competências pessoais e sociais nos adolescentes. Pode concluir-se que os objetivos de estágio foram alcançados e a experiência promoveu a aquisição de conhecimentos e competências importantes para o futuro desempenho profissional dentro da área da psicologia clínica.

Palavras chave: modelo cognitivo-comportamental, promoção de saúde, psicologia clínica, terapia de apoio.

Abstract

The present work is the result of the internship within the academic Master's degree in clinical psychology, carried out in the Office of Psychology Counseling and Health Promotion at the University Lusíada. The main objective of the study was to acquire professional and interpersonal skills, which are essential to the practice, by conducting activities in institutional settings and different areas, namely: a) clinical intervention based on supportive therapy, through individual psychological counseling of two clinical case reports presented here by the “case study” method, with the respective diagnoses classified according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR) where the results were analyzed and interpreted based on cognitive-behavioral theories, b) Community intervention in the context of health promotion, held in a secondary school with adolescents with behavioral problems, through the implementation of a program to promote personal and social skills, and, finally, c) research, through the preparation of a scientific article, based on the results of the community intervention study. Overall, the interventions seem to suggest positive results in light of the proposed objectives. In the case of the individualized clinical intervention, the results pointed to a decrease in symptoms in face of the problems presented and showed the appropriateness of supportive therapy to the target population. With regard to community intervention, in the context of health promotion, the overall results reflected significant increases in personal and social skills among adolescents. In conclusion, the proposed objectives were largely achieved and the internship experience allowed acquiring knowledge and skills relevant to future professional performance within the field of clinical psychology.

Keywords: cognitive-behavioral model, health promotion, clinical psychology, support therapy.

Introdução

O presente relatório resulta do estágio curricular do mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa, no ano letivo de 2012/2013, realizado com vista à obtenção do grau de mestre, no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde da Universidade Lusíada de Lisboa - GAPPS-ULL.

O estágio incidiu em três áreas distintas: intervenção clínica individualizada, intervenção comunitária e investigação científica. A intervenção clínica individualizada consistiu no acompanhamento de vários casos clínicos, no entanto apenas dois serão apresentados em pormenor. O método clínico aplicado foi o estudo de caso e os dados foram recolhidos através da observação clínica, entrevista clínica e aplicação de provas psicológicas. Os resultados obtidos foram analisados de acordo com o modelo teórico cognitivo-comportamental e os diagnósticos classificados segundo DSM-IV-TR (APA, 2002). A intervenção comunitária, no âmbito da promoção de saúde teve como principal objetivo a elaboração de um manual de promoção de competências pessoais e sociais para posterior implementação de um programa para adolescentes com problemas de comportamento. Por último, a investigação científica incidiu sobre a construção de uma base de dados em SPSS e posterior inserção e tratamento dos mesmos, com vista à elaboração de um artigo de carácter científico com base os resultados da aplicação do programa de promoção de competências pessoais e sociais.

No que diz respeito a este documento, o mesmo encontra-se organizado em quatro partes principais. A primeira parte compreende a caracterização da instituição, tendo em conta os seus princípios orientadores, principais valências e população alvo. A segunda parte é constituída pelo enquadramento teórico, o qual pretende sustentar a intervenção realizada no âmbito do estágio, nomeadamente a análise e discussão dos casos clínicos e a intervenção na comunidade no âmbito da promoção de saúde. Seguidamente são explanados os principais objetivos do estágio e metodologias utilizadas no âmbito das intervenções acima

descritas, bem como os dois estudos de caso, resultantes da intervenção clínica individualizada e os resultados da intervenção comunitária no âmbito da promoção de saúde/da implementação do programa de promoção de competências pessoais e sociais. Por último, são apresentadas as conclusões com base nas atividades desenvolvidas e uma breve reflexão ao nível da experiência pessoal e profissional adquirida.

Caracterização Da Instituição

Universidades Promotoras de Saúde em Portugal

Nas últimas décadas, Portugal tem sido palco de crescente interesse por parte da comunidade académica na realidade social, económica e política das instituições do ensino superior, traduzindo-se, genericamente, na preocupação com a definição e clarificação da missão destas instituições, tendo em conta a variabilidade dos contextos políticos, económicos e sociais envolventes. Associam-se a esta preocupação, mudanças verificadas na própria estrutura do ensino superior português, sendo a mais recente a adaptação ao processo de Bolonha (Pereira, Castanheira, Melo, Ferreira & Vagos, 2010).

Em Portugal, os serviços psicológicos no ensino superior são ainda limitados, uma vez que se deparam com vários obstáculos, essencialmente lacunas ao nível do apoio financeiro, institucional e de recursos humanos, bem como a ausência de regulamentação própria, que permita o enquadramento formal destes serviços. Porém, as linhas orientadoras dos mesmos inserem-se na resolução da Assembleia da República n.º 71/2000 de 7 de Novembro, que foca a necessidade de intervenção ao nível dos fatores e comportamentos de risco da adolescência e juventude, bem como definição de necessidades de diagnóstico e implementação de estruturas de apoio, tais como criação de gabinetes de apoio aos alunos nas universidades e ligados a centros de psicologia (Pereira et al, 2010).

Estes serviços estão assim associados a departamentos de universidades, departamentos de psicologia de instituições superiores, serviços de estrutura geral ou serviços sociais. A maioria é totalmente financiada pelas instituições, outros conseguem ter formas próprias de obtenção de

receita, através de pagamento de consultas, consultoria, treino ou investigação. Incluem-se nestes serviços também as atividades de supervisão. Apesar da sua diversidade os serviços partilham objetivos comuns, tais como o suporte à comunidade universitária na promoção do bem-estar físico e psicológico; a promoção de desenvolvimento pessoal e social dos alunos; e a promoção da saúde na comunidade académica, com ênfase na saúde dos alunos.

O contexto do GAPPS - Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde na Universidade Lusíada de Lisboa

Neste contexto, em 2009, o Instituto de Psicologia e Educação da Universidade Lusíada de Lisboa criou o GAP- Gabinete de Aconselhamento Psicológico, tendo como principal objetivo proporcionar apoio psicológico especializado à comunidade universitária (estudantes, docentes e funcionários), sendo que em 2010, o nome GAP foi alterado para GAPPS, associando ao aconselhamento psicológico, a promoção de saúde, pretendendo assim contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e do bem estar emocional e social dos utentes. Tornou-se igualmente pertinente criar a valência de apoio à comunidade, sendo que, para além da vertente do apoio psicológico, o GAPPS estabeleceu parcerias com diversas instituições, como é o caso da Junta de freguesia de Belém, da Casa Pia de Lisboa ou da Escola Secundária Marquês de Pombal.

Desta forma, o GAPPS integra-se nos objetivos propostos pelas linhas orientadoras internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), que identificam a necessidade de implementação de políticas de prevenção e de promoção da saúde mental, nomeadamente através da área “Promoção da saúde mental para todos”, e das diretrizes definidas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 especificamente nas áreas:

- Uma juventude à descoberta de um futuro saudável, que remete para o aumento da qualidade de cuidados prestados aos jovens e para o reforço das atividades de redução de comportamentos de risco, dando prioridade a intervenções que incentivam a adoção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura. São *settings* prioritários a família, os locais de lazer, o local de trabalho e as unidades de saúde.

- Saúde Mental, reforçando a necessidade de desenvolver uma abordagem abrangente em saúde mental, uma vez que esta percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, sendo fundamental a articulação com outros setores e áreas, nomeadamente, a Segurança Social, o Trabalho, a Justiça, a Defesa, o Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil, as Autarquias, as ONG e a comunicação social.

O GAPPS surge também por forma a integrar a rede RESAPES - Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior. Esta é uma associação de carácter profissional e científico, sem fins lucrativos compreendendo profissionais envolvidos no âmbito do Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES, 2002).

Relativamente ao funcionamento, o GAPPS funciona de 2^a a 6^a feira entre as 9h e as 20h, as marcações são efetuadas pelo telefone e o serviço é gratuito. A população atendida recorre ao GAPPS por iniciativa própria, por divulgação realizada na ULL e através de contactos de amigos/familiares. A equipa do GAPPS integra técnicos/supervisores de casos clínicos (psicólogos clínicos), psicólogo educacional, estagiários académicos do Mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, estagiários profissionais com Mestrado em psicologia clínica, e psicólogos clínicos de várias áreas teóricas (provenientes de protocolos realizados com a Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial e Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves) (Santos & Gaspar, 2010; Santos, Albergaria & Gaspar, 2011).

De acordo com o relatório de atividades de 2010/2011 (Santos, Albergaria & Gaspar, 2011), a média de idades dos utentes que recorria ao GAPPS era de 29 anos, oscilando entre os 7 e os 51 anos, sendo maioritariamente provenientes dos concelhos de Lisboa, seguido por Setúbal, Sintra, Leiria, Madeira, Beja, Porto, Faro, Oeiras, Castelo Branco e Aveiro. Ainda nesse ano letivo os alunos eram oriundos dos cursos de Arquitetura (43%), Direito (17%), Psicologia (12%), Recursos Humanos (6%), Serviço Social (6%), Mestrado Musicoterapia (6%), Jazz Música Moderna (4%), Turismo (2%), Comunicação Multimédia (2%) e Design (2%).

Princípios Orientadores e Objetivos

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar sócio-emocional da comunidade universitária (estudantes, docentes e funcionários);
- Realizar atendimento específico individualizado nas áreas de aconselhamento psicológico, terapia de apoio, apoio em situações de crise e orientação vocacional;
- Proceder, quando necessário ao encaminhamento para outras áreas no âmbito da intervenção multidisciplinar ;
- Desenvolver atividades /sessões de promoção da saúde junto dos alunos;
- Criar sinergias de colaboração na comunidade externa à ULL, estabelecendo parcerias com várias instituições;
- Desenvolver metodologias de avaliação dos hábitos e estilos de vida dos alunos da ULL;
- Aumentar o nível de informação sobre os meios/recursos à disposição do estudante, quer ao nível da comunidade universitária quer no âmbito da sociedade civil em geral.

(Santos & Gaspar, 2010; Santos, Albergaria & Gaspar, 2011).

Valências do GAPPS

- Apoio Psicológico Individualizado/Intervenções Clínicas (entrevista clínica, avaliação psicológica, orientação e aconselhamento psicológico, terapia de apoio/acompanhamento psicológico, apoio em situações de crise) nas seguintes áreas:
 - Baixo rendimento/Insucesso académico;
 - Dificuldades de aprendizagem, concentração, atenção e memória;
 - Dificuldades na integração/relacionamento social e escolar/ isolamento social;
 - Problemas com o desenraizamento geográfico e transição para o ensino superior;
 - Perturbações emocionais: depressão, ansiedade (perante exames, apresentação de trabalhos, etc.), fobias, situações de pânico;
 - Perturbações do comportamento;
 - Situações de doença (transitória ou crónica), hospitalização e adesão a tratamentos;

- Processos de perdas e situações de luto;
- Perturbações do comportamento alimentar (Bulimia, Anorexia, Obesidade);
- Perturbações do sono;
- Perturbações de personalidade;
- Perturbações psicossomáticas
- Perturbações obsessivo-compulsivas;
- Consumo/Abuso de substâncias tóxicas;
- Perturbação de stress pós-traumático;
- Dificuldades na organização do trabalho de estudo, na gestão do *stress* e do tempo;
- Desmotivação e dificuldades na definição de objectivos profissionais e pessoais;
- Encaminhamento de alunos para serviços especializados em áreas que se encontram fora das competências do GAPPS.

A intervenção clínica realizada centra-se na Terapia de Apoio, que procura integrar/reabilitar competências comprometidas, com o objetivo de manter e/ou restabelecer o equilíbrio psicológico do indivíduo, obter alívio e diminuição dos sintomas, reforçar as defesas e melhorar a adaptação intra e interpessoal. Procura ainda promover o crescimento e maturidade emocionais, através da aquisição de autonomia, melhoria da capacidade de julgamento da realidade e consolidação de identidade própria e de uma auto-estima estável e integrada do *self*.

A intervenção implica uma perspetiva abrangente e holística, podendo ser usados modelos e técnicas de intervenção, dependentes da situação e características de cada utente. Contudo, destacam-se alguns quadros teóricos de referência (cognitivo-comportamental, existencial e sistémico), com predominância do uso de técnicas cognitivo – comportamentais. Estas são diretivas, estruturadas e limitadas no tempo, tendo como objetivos principais aumentar a auto - consciência sobre emoções, pensamentos e comportamentos, bem como implementar/melhorar o repertório de competências pessoais e sociais, no relacionamento consigo próprio e com os outros. O contexto do GAPPS abrange problemáticas multifacetadas e complexas, integrando

questões pessoais e de desenvolvimento, do foro psicopatológico e de natureza académica.

- A avaliação psicológica procura compreender um determinado comportamento ou situação, sendo realizada nas seguintes áreas: avaliação da personalidade; avaliação intelectual, cognitiva e sócio – emocional; avaliação de aptidão para a aprendizagem escolar; avaliação das competências básicas para a aprendizagem escolar.
- A Orientação e Aconselhamento Vocacional procura proporcionar apoio especializado a jovens e adultos na construção e implementação de projetos de vida de âmbito académico e profissional, tendo em conta os seus interesses e competências. As sessões incluem uma 1ª fase de avaliação, onde se avaliam os interesses, a diferenciação cognitiva, seguindo-se o auto-conhecimento, a exploração e, finalmente, a tomada de decisão. As sessões podem ser individualizadas, havendo a possibilidade de se criarem grupos de trabalho para o efeito.
- As ações de Promoção de Saúde e de Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis em várias áreas de entre as quais: promoção de atividade física e de alimentação saudável; prevenção de comportamentos de risco nas áreas da sexualidade e dos consumos; promoção de competências sociais e assertividade; lidar e prevenir a violência/*bullying*.

O Ciclo de Sessões de Promoção de Saúde tem como principal objetivo a realização de sessões para os alunos da Universidade, onde são debatidos temas e desenvolvidas atividades, e, onde, através da reflexão e partilha, os alunos tenham oportunidade de adquirir informações que contribuam para a adoção de comportamentos mais saudáveis. No final de cada sessão, é passado um questionário de satisfação, que é analisado para a melhoria de futuras sessões. Os temas podem ser sugeridos pelos participantes, de modo a poder responder às necessidades dos alunos.

- O Apoio à comunidade é efetuado através das áreas de: intervenção clínica/terapia de apoio; orientação e aconselhamento vocacional; apoio a escolas, através de atendimento individualizado, realização de workshops sobre temas pertinentes e implementação de programas no âmbito da promoção de saúde; estabelecimento de protocolos de colaboração

com instituições na comunidade.

- A área da Investigação – Intervenção/Ação | Internacionalização tem como principais objetivos a aplicação de questionários com vista a conhecer melhor a população da ULL e planear intervenções adequadas; a colaboração com investigações internacionais no âmbito dos estudantes do ensino superior, com vista à realização de documentos científicos publicáveis e a colaboração com outros GAP (rede RESAPES-AP), procurando partilhar experiências e contribuir para um identidade comum entre os serviços de psicologia nas universidades (Santos & Gaspar, 2010; Santos, Albergaria & Gaspar, 2011).

Caracterização da População Alvo

O Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - GAPPS, encontra-se inserido na Universidade Lusíada de Lisboa - ULL e destina-se a alunos, docentes e funcionários desta instituição bem como a utentes da comunidade em geral, em particular os que estão inseridos nas instituições com as quais o GAPPS tem protocolos, nomeadamente Junta de freguesia de Santa Maria de Belém, Escola Secundária Marquês de Pombal de Lisboa, Casa Pia de Lisboa, entre outras. Os atendimentos destinam-se assim a diversas faixas etárias.

Enquadramento Teórico

A Psicologia Clínica

Até meados do séc. XX, o termo clínico constituiu-se como uma forma de adjetivar as práticas com objetivos terapêuticos, em que os diagnósticos eram estabelecidos à “cabeceira do doente”, e por extensão, na relação frente a frente, sem outro apoio que não fosse a sabedoria do clínico, o conhecimento e entendimento do seu doente e a correta leitura dos sinais e sintomas por ele apresentados (Leal, 2008).

A criação do conceito “ Psicologia Clínica “ é atribuída a Lightner Witmer que, em 1896 apresentou, na reunião anual da *American Psychological Association* (APA), um novo método de avaliação e instrução que intitulou ” O método clínico em psicologia e o método diagnóstico no ensino”. A expressão “clínico” pretendia então sublinhar, em oposição ao trabalho desenvolvido em laboratório, o trabalho prático e direto do psicólogo com pessoas e o seu empenhamento numa função social útil (Garfield, 1965 citado por Leal 2008).

Esta perspetiva da psicologia clínica não se inspirava apenas na designação já utilizada na medicina, mas também nos procedimentos de avaliação que eram utilizados em crianças com debilidades mentais e físicas. No entanto, para lá da sua relevância social, a psicologia clínica necessitava de uma base teórica de suporte para alcançar um estatuto científico. Nesse sentido tornou-se necessário recorrer à formalização dos dois conceitos que acabavam por ser centrais: o método clínico e o raciocínio clínico. O método clínico remonta à Antiguidade Clássica e surge como alternativo a um método experimental. A tradição médica assentou nele e revelou-o como “O Método” a utilizar nas ciências aplicadas ao comportamento humano, e, em psicologia, o método clínico integrava, para além da observação direta e minuciosa da entrevista, também as situações experimentais que se pretendiam tão objetivas quanto possível (Ribeiro & Leal, 1996).

No que diz respeito ao raciocínio clínico Goldman (1991, citado por Leal, 2008), sugere diversas fases: 1) consiste na investigação das queixas através da análise da história e

da observação; 2) recolha de dados a partir de técnicas de diagnóstico apropriadas, e adequadas em termos de utilidade, validade e fidelidade, que são designadas em psicologia como testes psicológicos; 3) integração dos dados recolhidos nas duas fases anteriores de modo a conhecer adequadamente o estado do cliente; 4) estimação dos custos e benefícios da necessidade de realizar mais testes ou de iniciar o processo terapêutico; 5) discussão das várias opções com o cliente e início do processo terapêutico.

A psicologia clínica podia definir-se então como uma atividade clínica que decorria do método clínico e do raciocínio clínico, e, o psicólogo clínico seria entendido como aquele que prestava um serviço direto e personalizado a um seu “doente”. Esta proximidade de sentidos e práticas, em relação a uma fase de medicina ainda muito centrada no indivíduo, surgiu do facto de psicólogos profissionais trabalharem, muitas vezes, em ambientes médicos e desenvolverem atividades que acabavam por ser semelhantes ou complementares (Leal, 2008).

Com o intuito de encontrar um estatuto científico para a psicologia clínica, em 1920, foi estabelecido o primeiro comité de certificação em psicologia clínica pela *American Psychological Association* (APA), e interrompido sete anos depois devido ao pouco interesse que pareceu despertar (Shakow, 1975, citado por Leal, 2008). Apenas em 1935, se estabeleceu uma divisão de Psicologia Clínica da APA e se declarou que “...a Psicologia Clínica tem por finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição, análise e observação e, na base de uma integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e historial social, fornecer recomendações com vista ao apropriado ajustamento do indivíduo” (MacKay, 1975, p.75, citado por Leal, 2008).

No entanto, nesta época, a psicologia clínica alicerçava-se ainda, como atividade, em torno da medição. Só após a II Guerra Mundial se desenvolveu e adquiriu notoriedade, na contribuição para a resolução dos problemas das vítimas da guerra, tanto na Europa como

nos Estados Unidos da América, focando sobretudo as perturbações mentais mas também os inúmeros problemas de ajustamento relacionados com limitações físicas ou problemas emocionais. Desta forma, e até aos anos 70, as definições mais marcantes do que era a psicologia clínica, destacavam a análise, observação e medição dos comportamentos dos indivíduos tendo como principal objetivo “o ajustamento”, sendo que, a partir desta altura e tendo em conta a progressiva institucionalização da psicologia em geral e da psicologia clínica em particular, as preocupações com as definições do que era, ou devia ser, a psicologia clínica começaram a desaparecer (Ribeiro & Leal, 1996).

Começaram então a surgir um conjunto de psicologias, como a psicologia da saúde, a psicologia legal, a psicologia desportiva, a psicologia ambiental, entre outras, que se acrescentavam às mais clássicas psicologia educacional e psicologia do trabalho. Nesses novos contextos de aplicação de psicologia, em que o trabalho clínico era apenas umas das possibilidades de intervenção, estas psicologias temáticas vieram, de alguma forma, redefinir a função social do psicólogo (Leal, 2008).

No que respeita a Portugal, a psicologia clínica merece esse nome de forma mais generalizada a partir dos anos 60 por via das congregações religiosas que no ano de 1963 criaram o Instituto de Psicologia Aplicada (ISPA) e a Psicologia Científica é localizada por Abreu (1990, citado por Leal, 2008) no início do século com a criação dos primeiros laboratórios de psicologia experimental nas Faculdades de Letras das Universidades de Coimbra em 1912-14 e, posteriormente, na de Lisboa em 1930. Na mesma época refere a criação do instituto de Orientação Profissional.

A década de 70 vê nascer os cursos de psicologia nas Universidades estatais, com os primeiros licenciados a aparecerem no final da década. Com efeito, nesta década foram inauguradas em Lisboa, Porto e Coimbra as três faculdades de Psicologia e de ciências de Educação que iniciam, simultaneamente, a criação do ensino superior oficial em Psicologia e a segunda geração de psicólogos portugueses. Surge entretanto no Minho, uma quinta escola

de Psicologia, e, na década de 80 multiplicam-se os cursos de Psicologia em inúmeras escolas privadas. No que diz respeito ao contexto de intervenção da psicologia clínica, a mesma exerceu-se tradicional e predominantemente em dois contextos específicos diferenciados: em clínica privada e em contexto hospitalar. Apesar das diferenças que comportavam, ambas se inseriam num quadro de prestação de cuidados de saúde (Ribeiro & Leal, 1996).

A psicologia da saúde.

Tendo em conta as críticas ao modelo biomédico, reconhecendo-se que uma parte importante dos problemas com que lidava o médico não - psiquiatra eram de índole psicológica ocorreu, na década de 70, uma alteração na forma de conceitualizar o sistema de saúde em geral e os cuidados de saúde, em particular, originando uma nova forma de pensar a Saúde, que por sua vez deu origem a uma nova área de interesse na Psicologia que se passou a denominar Psicologia da Saúde (APA Task Force on Health Research, 1976, citada por Ribeiro & Leal, 1996).

Pode então considerar-se que a psicologia da saúde, resulta das contribuições específicas de áreas como a psicologia clínica, a psicologia comunitária, a psicologia social, ou a psicobiologia, dando relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença (Simon, 1993, citado por Teixeira, 2004).

De acordo com Ribeiro e Leal (1996), a psicologia da saúde pode ser entendida como a aplicação dos conhecimentos e métodos dos campos práticos da psicologia na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo, bem como na prevenção avaliação e tratamento de perturbações mentais ou físicas, nas quais as influências psicológicas podem facilitar o alívio do “*distress*”.

Desta forma, considera-se que a psicologia da saúde se foca em várias dimensões, entre as quais, a individual, as relações com a família, a saúde e o bem estar psicológico e a saúde mental, os quais justificam a importância cada vez maior da investigação e

intervenção psicológica nos serviços de saúde (Trindade & Teixeira, 2000).

Como refere Bennett (2002), o principal objetivo da psicologia da saúde é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Assim, entre as tarefas de intervenção psicológica destacam-se intervenções de gestão do *stress*, treino de autocontrolo e eficácia no *coping*, técnicas comportamentais (relaxação, modelagem, treino de competências), biofeedback, educação para a saúde, facilitação de mudança de comportamentos de risco e entrevista motivacional, expressão de sentimentos, intervenção na crise, aconselhamento psicológico, psicoterapias, grupos de suporte e ajuda mútua. Os objetivos destas intervenções são facilitar uma mudança comportamental adequada e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas que se lhes deparam, quer como resultado da doença, quer como resultado do seu tratamento.

No mesmo contexto, Teixeira (2004), considera que parte significativa das intervenções clínicas em psicologia da saúde se focam em áreas como a promoção da saúde e prevenção; a promoção de estratégias de *coping* adequadas, e/ou melhoria da utilização do suporte social e a prestação de cuidados psicológicos a indivíduos com perturbações mentais, incluindo avaliações psicológicas, promoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamento psicológico e reabilitação.

A promoção da saúde tem assim como finalidade, a melhoria da prevenção da saúde com base no princípio de que os comportamentos em que a pessoa se envolve e as circunstâncias em que vive influenciam a sua saúde e de que alterações adequadas podem melhorar a saúde (Bennett & Murphy, 1999).

De acordo com Schwarzer (1994, citado por Bennett & Murphy, 1999) as crenças têm influência considerável no comportamento e são os principais determinantes de muitos comportamentos relacionados com a saúde. Assim, se as crenças forem alteradas, aumenta a eficácia das iniciativas em promoção de saúde.

No que diz respeito à vertente da investigação, os psicólogos da saúde debruçam-se sobre várias áreas do comportamento, entre as quais, a promoção da saúde e prevenção das doenças, investigando no sentido de identificar os determinantes dos comportamentos saudáveis, dos comportamentos de risco, e dos processos de mudança de comportamentos em diferentes fases do ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Trabalham no sentido de identificar metodologias de intervenção comunitária com carácter preventivo e de identificar determinantes psicológicos da mudança de comportamentos (Teixeira, 2004).

O papel do psicólogo clínico.

Em 1994 definiram-se as funções, formação e progressão na carreira do psicólogo clínico, através do decreto lei 241/94, considerando-o um *“profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde”* (decreto lei 241/94, 1994, p. 5671).

No que diz respeito à boa prática psicológica em Portugal o primeiro código de ética aplicado à prática da psicologia surgiu em 2008, através da aprovação da lei nº 57/2008 (Lei nº 57/2008, 2008), a qual confere aos psicólogos um conjunto de deveres deontológicos para o exercício da sua atividade relacionados com a dignificação da profissão e com a proteção do direito dos utentes, e atribui à ordem dos psicólogos portugueses (OPP) a tarefa fundamental de garantir o seu cumprimento. O código deontológico da OPP, tem como objetivo orientar os profissionais para *“práticas de excelência, garantido que a referência do exercício profissional é o máximo ético e não o mínimo aceitável”* (Lei nº57/2008, 2008).

Como refere Leal (2008, p. 237), *“O psicólogo clínico é um profissional que, no exercício das suas funções se submete a um conjunto de normas que devem espelhar o seu posicionamento ético, o código deontológico do seu grupo profissional e as regras de procedimento técnico do quadro teórico que perfilha”*.

Assim, existem princípios fundamentais que devem nortear o psicólogo no exercício das suas funções, são eles: a) a neutralidade, subentendendo-se a não emissão de juízos de

valor; b) a competência que deve ser vista como, além da capacidade decorrente de um conhecimento aprofundado adquirido por uma formação teórica de base, a capacidade prática, em permanente atualização, das suas habilidades específicas, constantemente aferida pelas qualificações que vai adquirindo, através dos seus estudos autónomos e das formações que vai realizando, bem como da elaboração da sua experiência específica; c) a responsabilidade de escolha na aplicação dos métodos e técnicas que utiliza e nos pareceres profissionais que emite em relação a pessoas, grupos e à sociedade; d) o respeito e promoção dos direitos fundamentais das pessoas, da sua liberdade, da sua dignidade, da perseverança da sua intimidade e autonomia, do seu bem-estar psicológico, garantindo a confidencialidade da intervenção psicológica (Leal, 2008).

Na descrição das funções do psicólogo clínico, estão previstas a intervenção no nível individual, bem como, nos níveis conjugal e familiar, nas atividades de prevenção e tratamento (através da participação em programas de educação para a saúde no domínio específico), na integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, nas ações de formação e na participação em programas de investigação (decreto lei 241/94, 1994).

Assim, o foco tradicional na saúde mental ampliou as funções do psicólogo clínico à manutenção e reabilitação da saúde tornando-o cuidador de saúde mental e física (Page & Stitzke, 2006) e atribuiu-lhe uma função social, sendo que, a pessoa que solicita ajuda poderá não padecer de uma patologia física ou psicológica (Leal, 1999).

Neste novo contexto, as funções do psicólogo clínico ampliam-se. Se por um lado, o psicólogo presta serviços de consulta psicológica individual, por outro participa em projetos de saúde e responde a múltiplos tipos de problemas humanos e institucionais (Trindade, 1999). Como resultado, em Portugal assistiu-se ao desenvolvimento da carreira do psicólogo clínico (Teixeira, 2000).

Como explanado anteriormente, além do trabalho desenvolvido no contexto do consultório, disponibilizando serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes, muitas

vezes o psicólogo clínico é desafiado a trabalhar noutros contextos, como é o caso da intervenção na comunidade, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente com os fatores psicológicos que fortalecem a saúde e reduzem o risco de adoecer, podendo também, estar envolvidos no ensino e formação ou na investigação (Teixeira, 2004).

No que diz respeito ao ensino em Portugal, a atuação dos psicólogos é já uma realidade em muitas das Universidades do país, existindo uma rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior (os gabinetes de aconselhamento psicológico - GAP) que têm como finalidade, estabelecer colaboração e apoio mútuo entre os serviços existentes nas instituições de ensino superior de Portugal, e onde os psicólogos tem como funções, sessões de aconselhamento, intervenção em crise, orientação vocacional, treino em métodos de estudo, desenvolvimento de competências de empregabilidade, entre outros (RESAPES, 2002).

O processo de avaliação psicológica.

Na realização da avaliação psicológica, existem determinados procedimentos essenciais para o sucesso da mesma. Em primeiro lugar deve ter-se em conta a recolha de diferentes tipos de informação consoante o pedido e o quadro psicopatológico, assim, é importante focar a atenção tanto nas manifestações objetivas, quanto subjetivas expressas pelo sujeito, pois o processo de avaliação comporta para além da observação psicológica, a entrevista clínica e recurso a testes psicológicos, caso seja necessário, permitindo aceder a várias informações, das quais se podem destacar: personalidade, modo de funcionamento psíquico, aptidões ou dificuldades, mecanismos de defesa, entre outros (Bénony & Chahraoui, 2002).

A avaliação psicológica é um processo de recolha e integração de informações, que consiste num meio de chegar a um diagnóstico. A avaliação psicológica tem por base um conjunto de procedimentos, de recolha de dados, de interpretação, de informação de cariz

psicológica, descritiva da característica e dos comportamentos dos sujeitos. Como objeto da avaliação psicológica fazem parte integrante o conjunto de dimensões psicológicas, mais concretamente as capacidades intelectuais, sensório-motoras, as dimensões motivacionais e interpessoais, as componentes afetivas e emocionais da personalidade, as opiniões, as atitudes e valores, podendo estas serem tomadas em parte ou num todo, de acordo com o tipo de problemática existente e com a necessidade dessa mesma avaliação (Pediñelli, 1999).

A avaliação psicológica inicia-se logo a partir do primeiro contacto com o sujeito, constituindo um momento fulcral do ato clínico. É um processo com participação ativa do clínico e do sujeito procurando o sentido do que é revelado, descobrindo o outro através de um processo de construção de conhecimento que acompanha toda a intervenção psicológica (Marques, 1999).

Benóny e Chahraoui (2002), distinguem dois tipos de avaliação psicológica:

a) a avaliação descritiva, em que se avaliam determinadas capacidades como a qualidade de raciocínio, a flexibilidade do juízo, a memória, a imaginação, o tipo de pensamento, o aspeto geral - postura, apresentação, atitudes, o estado emocional, a consciência de si e do meio envolvente e outras manifestações como as características do sono, da alimentação, das condutas sexuais e sociais; b) a avaliação do funcionamento intrapsíquico, à qual se acede através da dinâmica relacional que permite analisar e interpretar as angústias, os mecanismos de defesa, os processos de pensamento e as relações objetais.

A observação clínica.

A observação clínica é uma das técnicas utilizadas em Psicologia Clínica para a recolha de dados, de forma a complementar informações e perceber atitudes e comportamentos dos indivíduos em determinadas circunstâncias.

Como refere Ciccone (2000), é possível distinguir duas técnicas de observação clínica relacional. A primeira fundamenta-se no modelo médico, segundo o qual se examinam os sinais apresentados pelo paciente associando-se com as teorias e singularidades

do caso. A partir desta observação elabora-se um diagnóstico, que permitirá a prescrição de um tratamento. Neste tipo de observação ofusca-se a componente relacional, apenas de cariz profissional, logo distanciada, focalizando-se a atenção nos sintomas. A segunda, a observação clínica relacional, ou não estruturada, apela a uma atenção flutuante e livre, submetida aos fenómenos e é a mais frequente adoptada pelos psicólogos clínicos. Aquilo a que se pretende aceder, sobretudo, é à realidade psíquica do sujeito onde se encontram os *fantasmas* e os *desejos inconscientes*, sendo que é na realidade concreta, através do discurso, interações, gestos, atitudes e comportamentos, que se conceptualiza esta realidade.

É importante ter em atenção que cada sujeito detém a sua individualidade, pelo que se deve adaptar a observação às circunstâncias. O objetivo desta técnica será a recolha de fenómenos comportamentais significativos, concedendo-lhe um sentido contextualizado na historicidade do sujeito e na dinâmica relacional (Pedinielli, 1999).

No campo da psicologia, o clínico recorre à observação direta, de cariz naturalista, dos comportamentos, gestos e interações, desta forma a servir de auxílio à construção do diagnóstico. A observação clínica serve de auxílio à avaliação psicológica, como ferramenta para a interpretação, através das múltiplas associações dos dados obtidos. A compreensão da problemática do sujeito é o resultado do ativar de diferentes meios e técnicas, que o psicólogo clínico tem à sua disposição, como forma de construir e recriar a singularidade de cada paciente (Ciccone, 2000).

A entrevista clínica.

A entrevista clínica, constitui o início do contato preliminar com o paciente, sendo o primeiro passo de intervenção psicológica, representando o suporte de sustentação da comunicação, assim como a base de toda a relação de confiança que se irá estabelecer progressivamente. A entrevista em psicologia vai para além da sua função comunicativa, não se reduzindo a um mero ato de conversação, mas detendo em si diversos objetivos e efeitos, proporcionando um caudal de comunicação que permite a recolha de informação,

explorando diversas vertentes (Leal, 2008).

A entrevista clínica faz parte do método clínico e das técnicas de inquérito em ciências sociais, constituindo um dos melhores meios para aceder às representações subjetivas do indivíduo, no sentido em que se postula uma ligação entre o discurso e o substrato psíquico. Tendo como objetivo recolher informações sobre a história pessoal e familiar do indivíduo, as dificuldades e acontecimentos vividos, a forma como gere as suas relações com os outros e a sua vida íntima, sendo que essas informações não podem ser compreendidas senão em referência ao próprio indivíduo. Surge portanto como um instrumento único quando se quer compreender um sujeito na sua especificidade e pôr em evidência o contexto em que surgem as suas dificuldades (Leal, 1999).

A forma de conduzir uma entrevista depende de diversos fatores, entre eles, os objetivos da entrevista (diagnóstico, terapêutico, de pesquisa ou de orientação); o modelo teórico inerente à formação do clínico; a personalidade, idade e os aspetos da interação com o indivíduo no decurso da entrevista; o pedido (vem do próprio, da família, da instituição, do investigador). Neste contexto, a forma de conduzir uma entrevista apoia-se em regras técnicas (não diretividade, semi-diretividade, diretividade) e numa certa atitude (atitude clínica) adotada pelo psicólogo clínico. Trata-se de um diálogo assimétrico entre um sujeito e um profissional. A entrevista está portanto ligada à função do clínico, pressupondo assim da parte deste uma formação que lhe permite tomar uma certa posição no diálogo (Benóny & Chahraoui, 2002; Leal, 1999).

A entrevista está assim na base de todas as terapias que associam a palavra ao dispositivo terapêutico. O quadro e os elementos técnicos não parecem modificar-se muito, mas há um certo número de elementos que, no entanto, variam de uma técnica terapêutica para outra, como, a posição das cadeiras (face a face, lado a lado); a posição do paciente (sentado ou deitado); o número e a duração das sessões; a atitude do clínico (não diretiva, semidiretiva ou diretiva) (Benóny & Chahraoui, 2002).

No que respeita à entrevista clínica com crianças, contrariamente ao que se passa com os adultos, uma parte importante da entrevista é passada em situações lúdicas. O recurso ao jogo, permite que funções exploratórias, socializantes, competitivas e de aquisição de regras entre outras, aconteçam mesmo no espaço limitado ao gabinete de consulta. Por outro lado o brincar, permite que se possa estabelecer com a criança uma interação rica em que, estejam presentes o envolvimento da criança numa atividade que lhe permita o ganho de novas experiências, mas ao mesmo tempo, e se necessário, a expressão da agressividade e o controlo da angústia. Da conversa à formulação de perguntas passando por desenhos livres ou invenção partilhada de histórias, às brincadeiras com bonecos ou carrinhos, tudo é possível desde que se tenha em atenção a adequação dos conteúdos ao desenvolvimento da criança e que se consiga que a entrevista funcione (Leal, 2008).

No que diz respeito à recolha de informação do indivíduo, a anamnese é essencial. Tendo origem no procedimento médico tradicional, com objetivos estritamente de diagnóstico em que a pesquisa dos acontecimentos, dos antecedentes familiares e pessoais faz parte da pesquisa das causas das doenças. Em psicologia a investigação anamnésica é, para além de um meio de diagnóstico e de prognóstico, uma forma de melhor compreender o funcionamento intrapsíquico no seio da história de vida e dos impasses atuais do paciente, na medida em que se pesquisam não só os antecedentes e história familiar como o contexto atual de vida do paciente (Leal, 2008).

No caso do paciente ser uma criança é essencial a investigação do desenvolvimento na primeira infância (somático, psicomotor, linguístico, cognitivo), e para além disso debruçar-se sobre aspetos, tais como o desenvolvimento das relações com o meio, a alimentação, o sono, a autonomia, os conflitos com os pais, a tolerância à ausência da mãe, os rituais de adormecimento, o controlo dos esfíncteres, a curiosidade sexual, a relação com a professora e as relações com os pares (Benóny & Chahraoui, 2002).

Como referido anteriormente, é pela linguagem que se pode ter acesso à

experiência do outro, no entanto, o clínico não se limita apenas a observar um interlocutor que fala, recorrendo na entrevista a diversas técnicas (Leal, 2008)

As técnicas de entrevista psicológica procuram por um lado conteúdos, e, por outro, dão uma importância fundamental à relação, no pressuposto que só na construção de uma relação de confiança se torna possível aceder a conteúdos relevantes, e a partir daí elaborar estratégias comuns de mudança ou reorganização, no indivíduo. Assim, de acordo com Leal (2008), destacam-se algumas técnicas de entrevista, de entre as quais:

a) o questionamento, caracterizando-se pela colocação de perguntas, de preferência abertas, com vista a aumentar a informação que o entrevistador tem do entrevistado, no entanto, também pode ser feitas perguntas focadas ou fechadas. As perguntas abertas são realizadas de forma a que o entrevistado se sinta livre de se expressar, sem que haja qualquer tipo de restrição. As perguntas focadas são um subtipo de perguntas abertas mas remetem para um assunto específico. As perguntas fechadas tem o objetivo de servir de complemento ao que ainda não foi dito pelo entrevistado, são questões diretas de interesse específico colocadas pelo entrevistador; b) a exploração, tem como objetivo investigar um assunto pertinente para o tema que está a ser abordado pelo entrevistado nomeadamente temas relativos à área de vida do entrevistado que requerem um exame mais profundo, permitindo ao entrevistador investigar, deliberadamente, e compreender causas e consequências, processos de funcionamento e estratégias utilizadas e, igualmente, abranger conteúdos mais delicados que por vezes são de difícil abordagem; c) a interpretação tem por objetivo o entrevistador dar um sentido a algo proferido pelo entrevistado, com o intuito deste explorar o seu comportamento e compreender a sua motivação. Esse significado encontra-se associado a formas de observar a realidade, a quadros de valores, éticos ou morais, entre outros, que se traduzem em informações do entrevistador que podem ser aceites ou não pelo entrevistado. Assim sendo, o entrevistador deve ser criterioso e cuidadoso ao fornecer interpretações ao entrevistado; d) a reformulação, tem por objetivo a reorganização do discurso, ou seja, o

dizer por outras palavras aquilo que foi dito com o intuito do entrevistador se certificar que a compreensão do seu discurso coincide com aquilo que o entrevistado transmitiu. A reformulação faculta a existência de auto-afirmações negativas e pensamentos irracionais que acompanham o comportamento inadequado do entrevistado, permitindo a constatação de uma nova perspetiva mais intimamente ligada a realidade de pensamentos, crenças, atitudes, sentimentos e formas de agir proporcionando novas idéias e novas formas de pensar passíveis de conduzirem a uma mudança de comportamento no entrevistado; e) a reestruturação é utilizada perante a presença de uma temática de desconforto expresso para o entrevistado e que por meio de reorganização do material e dos conteúdos expressos, permite mostrar outras formas de visualizar uma determinada situação; f) a clarificação tem por objetivo o devolver ao entrevistado de uma forma articulada aquilo que já foi dito; g) a reflexão tem por objetivo mostrar ao entrevistado que a exposição dos seus sentimentos e declarações foram compreendidas pelo entrevistador, implicando que o entrevistador tenha a habilidade de reproduzir o material cognitivo e emocional do entrevistado; h) a generalização pretende ajudar o entrevistado a compreender melhor o que está a ser dito e a perceber de várias formas a maneira como avalia situações ou pessoas e como reproduz a diferentes níveis o mesmo tipo de situações, problemas ou sentimentos; i) a focagem tem por objetivo particularizar um aspecto específico que se apresenta como mais relevante para o desenrolar da temática da entrevista. A Focagem pode ser realizada através da exploração, evidenciando zonas de desconforto no discurso do entrevistado, ou através de uma generalização prévia; j) o humor permite reduzir a ansiedade, consiste em proporcionar ao entrevistado um momento que lhe facilite o processamento e compreender o que foi dito, facilitando a introspeção, permitindo reassimilar as emoções e libertá-las, pode enriquecer a entrevista embora possa criar um distanciamento relativamente ao problema ou tema em evidência; l) o ecoar visa o estabelecimento do vínculo relacional e como tal, surge como facilitador do discurso que tende a provocar sentimentos de compreensão e empatia; m) a

confrontação tem como objetivos aumentar o auto-conhecimento, esclarecer dúvidas do próprio entrevistador quando o discurso proferido pelo entrevistado é inconsistente e clarificar dimensões específicas dos conteúdos ou da personalidade do entrevistado. Perante a inconsistência do discurso do entrevistado, o entrevistador coloca lado a lado diferentes conteúdos sobre o mesmo tema e expõe incongruências entre o conteúdo verbal e o não verbal, apontando discrepâncias entre o que é observado e falado. A Confrontação produz o efeito de aumentar a ansiedade, desencadear a negação e expôr mecanismos de defesa do entrevistado tais como a evitação de uma temática.

Em suma, a entrevista clínica consiste numa relação estabelecida entre psicólogo e o paciente, na qual se privilegia a comunicação verbal, e em que o psicólogo possui objetivos precisos e utiliza técnicas e estratégias para poder recolher uma dada informação. As técnicas utilizadas pelo psicólogo assentam num determinado quadro teórico subjacente, num contexto específico (*setting*) e ao serviço de outro (paciente, ou utente), com o objetivo de obter uma avaliação do mesmo, para que se proponha a um processo terapêutico indicado às suas necessidades (Leal, 1999).

Os testes psicológicos.

Na avaliação psicológica é natural o recurso ao uso de testes psicológicos, designados como instrumentos alternativos e complementares de avaliação. O método dos testes compara o indivíduo a um grupo de referência, pelo que, se por um lado, facilita a expressão e revelação do sujeito, servindo conceções definidas e assentes num corpo teórico que possibilita um auxílio na conceção do diagnóstico, por outro lado, há autores que defendem que anula a individualidade e conteúdos específicos e inerentes ao sujeito. Isto porque, ao procurar identificar e sinalizar elementos que são comuns a outros sujeitos, ofuscam-se outros elementos particulares. Deste modo, cabe ao clínico compreender que cada paciente tem uma essência que se revela em diferentes momentos e contextos, tomando diversos sentidos, sendo essencial associar todas estas características singulares obtidas aos resultados dos testes, evitando o atribuir de rótulos-padrão. Assim, qualquer instrumento

deve ser considerado como mais uma fonte de recolha de dados e informação, os quais deverão ser ligados com os elementos obtidos na relação para uma construção plena de sentido (Marques, 1999).

Existem inúmeros testes psicológicos e o psicólogo deverá escolher aqueles que mais se adequam à problemática do sujeito e às suas características individuais, dando particular atenção ao impacto das variáveis psico-sócio-demográficas e ao funcionamento psíquico do seu paciente. Por vezes, há um pedido direto neste sentido, tanto para avaliar capacidades e competências cognitivas como para estabelecer um perfil psicológico de traços de personalidade. Os testes são provas standardizadas que possibilitam, através de uma avaliação estatística ou uma análise interpretativa, a apreensão das linhas de personalidade ou competências intelectuais. O material de teste e as instruções deverão ser testados e adaptados às características de cada população submetida ao teste, e as suas regras e modalidades deverão estar adequadamente definidas para que haja uma coesão na sua aplicação global (Guillevic & Vautier, 2001). No entanto, um dos problemas centrais em Portugal, é a ausência de instrumentos devidamente adaptados à população. Assim, os psicólogos deparam-se na prática e na investigação, com uma clara dificuldade em avaliar construtos que aparecem referidos na literatura científica e que são essenciais para o seu trabalho (Gonçalves, Simões, Almeida & Machado, 2003).

Uma vez concluídas as sessões de recolha de dados anamnésicos, bem como a aplicação de testes e técnicas psicológicas, é efetuada a análise, interpretação e integração de dados, afim de o psicólogo chegar a uma hipótese diagnóstica ou mesmo, ao diagnóstico mais provável. Quando concluída a avaliação psicológica, existe normalmente uma discussão de objetivos de intervenção, ou eventual encaminhamento, com base na informação relevante até ai obtida (Guillevic & Vautier, 2001).

A terapia de apoio

As terapias de apoio fundamentam-se na teoria psicodinâmica do funcionamento mental, em particular nos conceitos de força de ego, nos mecanismos de defesa (adaptativos e não adaptativos), no terapeuta assumindo temporariamente as funções de ego auxiliar e de *holding*, e nos mecanismos de identificação introjetiva, no entanto, constituem-se um tipo de terapia menos intensiva, profunda e menos provocadora de ansiedade, do que as terapias designadas psicanalíticas, orientadas com vista ao *insight* (Cordioli, 2008).

Além dos princípios na teoria psicodinâmica, a terapia de apoio utiliza os princípios de aprendizagem (reforço, aprendizagem social) da teoria comportamental e a correção de crenças e pensamentos disfuncionais, técnicas de solução de problemas da terapia cognitiva. Leva ainda em conta os recursos e as pressões do meio social em que o paciente vive e com o qual interage e a necessidade de mobilizá-los ou afastá-los (Bloch, 1999; Cordioli, 2008; Leal, 1999).

Como refere Cordioli (2008), o apoio é visto como elemento essencial em todas as formas de terapia, as quais diferem mais em função do grau do que propriamente da presença ou ausência de técnicas de apoio. Sendo que, a terapia de apoio é um modelo de terapia bastante utilizado em momentos de crise ou descompensações temporárias, com o objetivo de reforçar ou restaurar as defesas e integrar capacidades que foram prejudicadas. É também utilizada em diferentes psicopatologias nas quais há défice das funções do ego. Caracteriza-se por ser uma modalidade de tratamento na qual o terapeuta mantém um relacionamento terapêutico e uma aliança de trabalho baseada na realidade, oferecendo apoio, esclarecimento e auxílio na solução de problemas. É um tipo de intervenção ativa, destinada a aumentar a compreensão sobre os processos mentais, que é feita a partir de conteúdos manifestos.

Pinsker (1994, citado por Bloch, 1999) refere que a terapia de apoio deveria ser entendida preferencialmente como um conjunto de técnicas e não como um modelo definido,

sendo que se fundamenta em procedimentos que embora desenvolvidos de forma empírica podem ser fundamentados nos princípios teóricos da escola psicodinâmica, na teoria comportamental, na teoria cognitiva, na teoria sistémica, sendo utilizada por terapeutas de diversas orientações teóricas.

As terapias de apoio podem ser classificadas de acordo com o tempo e a duração. A frequência das sessões varia desde sessões semanais e quinzenais até sessões diárias. É comum o eventual envolvimento de outros membros da família, particularmente no caso de pacientes gravemente comprometidos. As terapias de apoio de longa duração têm como objetivo o tratamento de pacientes com défices das funções do ego, tais como portadores de transtornos psiquiátricos graves. As terapias de curta duração têm como finalidade controlar crises agudas que se desenvolvem isoladamente em indivíduos sadios restabelecendo o nível de funcionamento prévio (Cordioli, 2008).

A estratégia básica da terapia de apoio é mapear as principais áreas de dificuldade na vida do paciente e melhorá-las da maneira que for possível, em vez de tentar descobrir as suas causas, como seria a preocupação da terapia de orientação analítica (Ursano & Siberman, 2003, citados por Cordioli, 2008). Central a essa estratégia é ajudar o paciente a fortalecer as defesas adaptativas, diminuir o uso das defesas imaturas ou desadaptativas e melhorar o equilíbrio entre impulsos e defesas, em indivíduos que estejam a atravessar crises agudas, ou em portadores de transtornos ou défices crónicos, através de: a) reforço de mecanismos de defesa adaptativos e de aspetos sadios; b) afastamento de pressões ambientais demasiado intensas; c) adopção de medidas que visam o alívio dos sintomas do apoio a ultrapassar etapas evolutivas ou na superação de défices maturativos; d) promoção do crescimento psicológico no que diz respeito à aquisição de maturidade emocional, autonomia, consolidação da identidade própria, estabelecimento de uma auto-imagem estável e integrada do *self*, melhorando a capacidade de julgamento da realidade.

Neste contexto e como refere Bloch (1999), os objetivos da terapia de apoio serão

em grande parte influenciados pelas características do paciente, no entanto, as suas intervenções destinam-se não somente ao reforço do ego em situações de crise aguda nas quais é necessário fazer com que o indivíduo retome o seu funcionamento prévio, mas, também, a aumentar a auto-estima e auto-confiança do paciente por meio de técnicas que melhoram o funcionamento adaptativo e minimizam o seu desconforto emocional. Nos pacientes severamente incapacitados ou portadores de défices ou transtornos crónicos a terapia de apoio ajudará a promover o crescimento ou manter os níveis mínimos de funcionamento adaptativo.

Técnica da terapia de apoio.

A terapia de apoio exige uma cuidadosa avaliação clínica, incluindo a identificação dos sintomas, fatores desencadeantes, diagnóstico nosográfico, aspetos da personalidade e, em algumas situações, uma compreensão profunda da psicodinâmica do paciente. Desta forma, da sua avaliação, deve estabelecer-se: a) o diagnóstico clínico, obtido pela história clínica e envolvendo o diagnóstico multiaxial, por meio do qual estabelece a presença ou não de transtorno psiquiátrico; b) o diagnóstico de personalidade, que visa identificar défices no funcionamento do ego, mecanismos de defesa patológicos predominantes, nível de organização estrutural da personalidade, assim como aspetos sádios e defesas maduras ou adaptativas; c) o diagnóstico dinâmico, que identifica lacunas em processos evolutivos básicos (separação/individuação, aquisição da autonomia e da identidade do ego, controle dos impulsos), nas defesas predominantes, na capacidade de avaliar a realidade, nos aspetos sádios do ego, nas habilidades e capacidades dos pacientes, e na rigidez do superego. Deve também ter-se em consideração a predisposição genética, em função da presença de perturbações psiquiátricas em familiares próximos ou de doenças cuja predisposição é herdada como é o caso da depressão, perturbação bipolar, perturbações de ansiedade, esquizofrenia, entre outros, e os fatores ambientais, como privações, perdas, doenças físicas (neurológicas), problemas evolutivos na infância, ambiente familiar e relações com os pais,

recursos do ambiente e comunidade.

Neste sentido, de acordo com Cordioli (2008), algumas das técnicas mais utilizadas na terapia de apoio são: a sugestão (procura modificar crenças muitas vezes erróneas, induzindo novas ideias), a securização (técnica que simultaneamente tranquiliza o paciente e reforça a sua auto-estima através da concordância com uma ideia, pensamento, atitude ou decisão), o aconselhamento (permite de forma explícita e direta, recomendar ou sugerir atitudes e decisões, com a finalidade de reduzir sintomas provocadores de *stress* ou evitar crises), a clarificação (tem como objetivo diminuir a ansiedade e aumentar o conhecimento sobre sentimentos, cognições e suas relações com sintomas, atitudes e aspetos da realidade externa), e, a confrontação (consiste em apontar semelhanças, diferenças ou detalhes do material, de maneira a chamar a atenção do paciente por aspetos que ele não percebe por se encontrarem dissociados).

A relação terapeuta-paciente.

A terapia de apoio exige uma série de competências pessoais e técnicas da parte do terapeuta. Relativamente às competências pessoais, destaca-se a capacidade de escutar e ser empático, identificando-se parcial e temporariamente com o paciente, conseguindo "colocar-se" no seu lugar. O "escutar", em sentido terapêutico, é um processo ativo, por meio do qual o terapeuta observa amplamente o comportamento específico apresentado pelo paciente naquele determinado momento. Examina, também, todos os possíveis significados, implicações e correções que tal material pode trazer à sua própria mente. Deve proporcionar, ainda, uma situação na qual seja possível a expressão de sentimentos, em consequência do seu interesse, atenção e preocupação (Bloch, 1999).

Segundo Cordioli (2008), o apoio é um fator inerente a uma boa relação terapêutica. O simples facto de o paciente se sentir aceite por um terapeuta em quem ele deposita confiança muitas vezes, por si só, é suficiente para alterar o seu estado de ânimo e para mudar as suas expectativas em relação ao futuro. Essa função exercida pelo terapeuta pode

ser entendida como de suporte (*holding*, nos termos de Winnicott) e é semelhante a uma relação mãe-filho, sendo condição indispensável para a introjeção de aspetos positivos do terapeuta e para o fortalecimento e estruturação do ego.

Nessas condições, o apoio empático, o interesse autêntico, a ausência de crítica e o vínculo afetivo reduzem a ansiedade e aumentam a auto-estima do paciente, além de permitirem a internalização de aspetos positivos e capacidades do terapeuta por meio de mecanismos introjetivos. Usando a sua capacidade de avaliar a realidade, a sua capacidade de introspeção, a sua percepção mais realista das potencialidades e limites do paciente (tanto atuais como futuros), o terapeuta assume as funções de ego auxiliar do paciente. Assim, na relação entre paciente e terapeuta na terapia de apoio, o terapeuta assume um papel de ajuda, lida com a sensibilidade com as necessidades do paciente através de várias técnicas, promovendo algum nível de proximidade (Cordioli, 2008).

Além da questão da proximidade, o outro aspeto que caracteriza a relação terapeuta-paciente é o papel diretivo que o terapeuta desempenha, no sentido em que aspetos dos recursos externos do indivíduo podem ser direta ou indiretamente intervencionados. O terapeuta adopta uma postura ativa e apresenta-se de forma mais real e disponível do que noutros tipos de terapia, podendo responder a questões, fazer aconselhamentos, dar sugestões, educar o paciente (Bloch, 1999; Cordioli, 2008; Leal, 1999).

O estabelecimento de um bom vínculo e uma boa aliança de trabalho com o terapeuta, juntamente com a manutenção de uma transferência positiva, são elementos cruciais na terapia de apoio. A transferência raramente é interpretada, a não ser que implique resistência e dificuldades para o prosseguimento da terapia. Eventualmente, são aceites manifestações transferências que envolvam algum grau de idealização e dependência, sem querer modificá-las pela interpretação. Não é utilizada a livre associação. A terapia é focal, centrada nos problemas e no exame das dificuldades do paciente. Os objetivos são o fortalecimento das defesas (adaptativas), e não a sua remoção, e também a regulação dos

afetos, procurando provocar o mínimo de regressão. O foco, é portanto, no aqui e agora e nos acontecimentos da vida atual. As intervenções em terapia de apoio destinam-se, basicamente, a reforçar determinadas funções do ego, utilizando a influência que o terapeuta exerce sobre o paciente por intermédio da sugestão e do aumento do autoconhecimento. (Cordioli, 2008).

Modelo Cognitivo-Comportamental

De acordo com Knapp e Beck (2008) os termos terapia cognitivo comportamental (TCC) e terapia cognitiva (TC) aplicam-se com frequência como sinónimos para descrever terapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC aplica-se também a um conjunto de técnicas que combinam uma abordagem cognitiva a procedimentos comportamentais.

A terapia cognitivo-comportamental é entendida como um tipo de terapia organizada e estruturada na qual o técnico guia a sua intervenção psicológica por um conjunto de etapas do desenvolvimento, predominando o aspeto pedagógico, através do qual se pretende ensinar a gerir e modificar os pensamentos e comportamentos, numa relação colaboradora entre técnico e indivíduo, envolvendo um trabalho conjunto (Rangé & Sousa, 2008).

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron T.Beck, na Universidade de Pensilvânia no início da década de 60, assumindo-se como uma psicoterapia breve, estruturada e orientada para o presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1997).

O modelo cognitivo levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos dos indivíduos são influenciadas pela sua perceção/interpretação dos eventos, ou seja, não é uma situação por si só que determina que as pessoas sentem, mas, antes, o modo como elas interpretam essa situação. Com base neste modelo, a interpretação de uma situação é frequentemente expressa em pensamentos automáticos, não decorrentes da deliberação ou raciocínio, porém, nas raízes dessas interpretações automáticas distorcidas estão

pensamentos disfuncionais mais profundos, as crenças. Assim, o terapeuta começa a construir uma formulação desde o seu primeiro contato com o paciente e continua a refiná-la até à última sessão (Beck, 1964; Ellis, 1962, citados por Beck, 1997).

Desde a infância, as pessoas desenvolvem determinadas crenças sobre si mesmas e sobre os outros. As suas crenças centrais, ou esquemas, são entendimentos consideradas pela pessoa como verdades absolutas e agem como “filtros” pelos quais as informações e experiências são processadas (Knapp & Beck, 2008). As crenças centrais, são o nível mais fundamental de crença: são globais, rígidas e sobregeneralizadas. Os pensamentos automáticos, as palavras ou imagens reais que passam pela cabeça da pessoa, são específicos à situação e podem ser considerados o nível mais superficial de cognição (Beck, 1997).

O mais importante para o terapeuta refere-se às crenças disfuncionais, que podem não ser aprendidas, e às novas crenças, mais funcionais e reais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia. É essencial para o terapeuta aprenda a conceptualizar as dificuldades do paciente em termos cognitivos, a fim de determinar como proceder na terapia, ou seja, como/quando/como trabalhar sobre uma meta específica, pensamento automático, crença ou comportamento, que técnicas escolher e como melhorar o relacionamento terapêutico. As perguntas básicas que o terapeuta faz a si mesmo são: “Como é que este paciente chegou até à terapia? Que vulnerabilidades e eventos de vida (traumas, experiências, interações) foram importantes? De que forma o paciente enfrentou as suas vulnerabilidades? Quais são os seus pensamentos automáticos e de que crenças eles surgiram?” É por isso importante que o terapeuta se coloque no lugar do paciente e perceba o mundo através dos seus olhos demonstrando respeito, sendo empático, escutando com atenção e cuidado. Desta forma esta terapia requer uma aliança terapêutica segura. A terapia é orientada em meta, focada em problemas e utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, humor e comportamento que o terapeuta seleciona com base na sua formulação de caso e dos seus objetivos (Beck, 1997).

As sessões têm uma estrutura na qual o terapeuta desempenha um papel ativo auxiliando o paciente a identificar e focar áreas importantes, propondo e ensaiando técnicas cognitivas e comportamentais específicas, e planeando colaborativamente tarefas entre as sessões (Gonçalves, 2000).

Inicialmente a terapia enfatiza o presente, focando-se nos problemas atuais e no aumento da consciência por parte do paciente dos seus pensamentos automáticos, e um trabalho posterior terá como foco as crenças centrais. Assim, o terapeuta pode iniciar, identificando e questionando pensamentos automáticos e distorções cognitivas, o que pode ser realizado de várias maneiras, por exemplo perguntando: *“O que está a passar na sua mente neste momento?”*, *“Quais são as evidências da sua conclusão?”*, *“Existem explicações alternativas que podem ser mais precisas para explicar este episódio em especial?”* (Knapp & Beck, 2008).

Embora alguns pensamentos automáticos sejam verdadeiros, muitos são falsos ou possuem apenas alguma parcela de verdade. Distorções cognitivas, ou erros típicos do pensamento, incluem, entre outros: a) pensamento dicotómico: as coisas são vistas em termos de tudo/nada, preto/branco, sem hipóteses intermédias; b) sobregeneralização: uma situação específica é vista como tendo características absolutistas; c) abstração seletiva: focar a atenção apenas num aspeto da situação, ignorando outros igualmente relevantes; d) negativismo: as experiências positivas são minimizadas; e) inferência arbitrária: formular conclusões na ausência de evidência; f) leitura do pensamento: imaginar que se sabe os que as pessoas pensam sem ter evidências suficientes; g) rotulação: atribuição de rótulos ao invés de serem referidas situações específicas; h) personalização: assumir que se é a causa de um evento externo, quando existem outros fatores responsáveis; h) catastrofização: eventos negativos são percecionados como catástrofes intoleráveis, não sendo relativizados (Beck, 1997; Gonçalves, 2000; Leahy, 2006).

Em suma, o modelo cognitivo-comportamental propõe que o pensamento distorcido

ou disfuncional que influencia o comportamento e o humor do paciente seja comum a todos os distúrbios psicológicos (Beck, 1997), sendo que, se a atividade cognitiva for monitorizada e alterada, provoca a mudança de comportamento desejada (Dobson & Dozois, 2010). Desta forma, o objetivo terapêutico é reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos, que ao serem modificados produzirão uma melhoria no humor e no comportamento, que resultará da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes (Knapp & Beck, 2008).

No que diz respeito à intervenção com crianças, a terapia cognitivo-comportamental, difere da terapia com adultos, ainda que permaneça focada no problema, ativa e orientada para o objetivo, deve adaptar o nível de intervenção à idade e capacidades do desenvolvimento da criança. A estrutura das sessões deve ser flexível baseando-se no aqui-e-agora, sendo que a descoberta orientada e a evocação de *feedback*, são princípios centrais que orientam a terapia. O planeamento do acompanhamento, deve considerar, entre outros, a história de desenvolvimento e de aprendizagem, o contexto cultural, os antecedentes e as consequências comportamentais, que terão claramente impacto sobre o problema apresentado. Um outro aspecto a considerar é o trabalho conjunto com os pais, para que a efetividade da intervenção aumente. O envolvimento com os pais é um componente que não deve ser minimizado, sendo que, o trabalho cooperativo com os pais, fornecendo informações, sugerindo estratégias, ensinando a dar reforço positivo e apoio aos seus filhos, que se generalizam fora das sessões, é fundamental para que aumentem os comportamentos adequados das crianças (Friedberg & MacClure, 2004).

Técnicas cognitivo-comportamentais.

A distorção cognitiva, ou pensamento negativo e desadaptado é encarado como uma fonte crítica de manutenção de sintomas: pensamentos automáticos negativos aumentam afetos negativos, alimentando-se mutuamente e contribuindo para um ciclo vicioso.

Identificar e modificar pensamentos desadaptados torna-se um instrumento fundamental de mudança. Depois de identificadas as distorções cognitivas, o terapeuta deverá usar estratégias cognitivas para a reestruturação do pensamento do paciente e ensinar estratégias comportamentais para lidar com situações de *stress* (Gonçalves, 2000; Leahy, 2006).

De acordo com Leahy (2006), as técnicas mais utilizadas são: a) o questionamento socrático, procurando evidências que fundamentem pensamentos e crenças, torna a avaliação mais concreta e significativa e menos abstrata e intelectual; b) a análise das evidências, em que se confrontam as evidências para cada cognição através da análise lógica, do fornecimento de informação e do teste de hipóteses; c) o continuum cognitivo para modificar crenças, é uma técnica útil para modificar tanto os pensamentos automáticos como crenças que refletem os pensamentos polarizados. Construir um continuum cognitivo para um conceito em questão facilita o reconhecimento dos pacientes do meio termo; d) o uso do exemplo de outras pessoas como um ponto de referência para a modificação de crenças, sendo que, quando os pacientes consideram as crenças de outras pessoas, frequentemente eles obtêm uma distância psicológica das suas próprias crenças disfuncionais e começam a ver uma inconsistência entre o que eles acreditam que é verdadeiro ou certo para si mesmos, e o que acreditam que é verdadeiro a respeito de outras pessoas; e) a identificação de vantagens e desvantagens, torna-se útil quando os pacientes têm dificuldade em tomar uma decisão, sendo que o terapeuta pede ao paciente para catalogar as vantagens e desvantagens de cada opção e, então, ajuda-o a criar um sistema para atribuir um peso a cada item e extrair uma conclusão sobre que opção parece ser melhor; f) o gráfico em forma de “pizza” é frequentemente útil quando os pacientes têm dificuldade em especificar os seus problemas. Pode ser utilizado, para ajudar o paciente a estabelecer metas ou para determinar responsabilidades relativas, sobre um determinado resultado; g) os testes comportamentais para testar as crenças permitem avaliar a validade de uma crença, sendo que, experiências comportamentais adequadamente projetadas e adequadas podem modificar as crenças do

paciente de uma forma mais eficaz do que as técnicas verbais; h) a exposição é utilizada na área das fobias medos e ansiedades. O terapeuta estimula o confronto do paciente com a situação; e) as técnicas de resolução de problemas, são utilizadas com vista à promoção de competências para procurar, identificar e avaliar formas mais eficazes e adaptadas de resolver problemas específicos decorrentes do quotidiano. É um trabalho conjunto com o paciente com vista a: 1) identificar o problema; 2) caracterizar e especificar o problema; 3) identificar todas as soluções possíveis; 4) avaliar cada uma das soluções quanto aos seus prós e contras; 5) selecionar a solução mais apropriada; 6) definir um plano de ação.

No que diz respeito à intervenção clínica com crianças é importante referir a psicoeducação, cumprindo uma função central na terapia, orienta a criança e os pais para a TCC. O seu propósito inclui dar informações à família a fim de que ela tenha clareza em relação a sintomas, tratamentos e diagnósticos, facilitando assim o processo de mudança (Friedberg, McClure & Garcia, 2011).

O Desenvolvimento Sócio-Afetivo: Infância, Adolescência e Fase Adulta

As teorias apresentadas seguidamente visam o enquadramento teórico subjacente à compreensão dos estudos de caso, assim como do programa de promoção de competências pessoais e sociais com adolescentes, apresentados no presente relatório. De forma a contextualizar os casos tornou-se igualmente pertinente abordar temas como: a importância das relações afetivas na interação social, os efeitos da depressão pós-parto na relação mãe-bebé, o papel do pai no desenvolvimento do bebé, a adolescência, a fase adulta e a transição para o ensino superior.

O desenvolvimento na primeira e segunda infância.

Os bebés possuem um conjunto de capacidades que os tornam particularmente predispostos para aprenderem através das relações que estabelecem. Essas capacidades resultam de uma série de processos de maturação que ocorrem durante a gravidez, e se prolongam no primeiro ano, preparando cada ser humano para a vida (Sá, 1993).

De acordo com os estudos da psicologia do desenvolvimento, o bebé possui uma série de mecanismos de ajustamento que se denominam de capacidades precoces. Estas capacidades são entendidas como aptidões de um sistema capaz de captar e integrar informação, emitir sinais, ou realizar comportamentos (Brazelton & Cramer, 1993; Brazelton & Greenspan, 2000; Klaus & Klaus, 1989).

Assim, ao falar do desenvolvimento, é importante compreender os mecanismos que, num contexto relacional, estão na base de da formação da mente do bebé, que lhe permitem vivenciar um vasto conjunto de sensações corporais e estados mentais. Neste contexto, é indispensável perceber que existe uma reciprocidade e uma complementaridade entre aquilo que são as competências do bebé e as competências maternas, ou de uma forma mais alargada, as competências do meio-ambiente (Relvas, Alarcão & Sá, 1997). O bebé possui um “aparelho mental”, ainda não completamente desenvolvido, que lhe permite entrar em contato com o mundo externo e com o seu próprio mundo interno. Esse aparelho complexifica-se, desenvolve-se, num processo contínuo de transformação e aprendizagem que ocorre sempre numa matriz relacional (Bion, 1991; Sá, 1993; Winnicott, 1990). Desta forma, o comportamento do bebé só pode ser entendido no contexto da relação com a mãe, ou mais corretamente com a mãe e com o pai (Winnicott, 2012).

Como refere Harris (1983), nos primeiros tempos de vida de qualquer bebé, o corpo assume uma importância crucial, a maior parte das suas experiências passam por um conjunto de sensações corporais, as suas capacidades expressivas têm a ver com a sua atividade motora e gestual e as suas necessidades estão relacionadas com a unidade e integração corporais. Neste contexto, é fundamental a existência de um conjunto de ritmos biológicos e psíquicos, que tenham uma função organizadora e estruturante no bebé.

Winnicott (1993), refere que desta forma, será possível a maturação do ego e posteriormente a *capacidade de estar só*. Este processo engloba algumas tarefas essenciais ao longo do primeiro ano de vida. São elas o *holding*, ou seja a capacidade da mãe se

identificar ao bebé e adaptar o seu procedimento às suas exigências, o *handling*, ou seja, a maneira como a criança é tratada e cuidada, e o *object-presenting*, o modo de apresentação do objeto. O *holding* conduz a um processo de *integração* da criança, permitindo a aquisição de um sentimento de unidade corporal e psíquica, que se traduz na consolidação do Eu sou, ou seja a consciência de si próprio, diferente dos outros, e das suas possibilidades; o *handling* conduz a um processo de *personalização*, ou seja, ao desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo; o *object-presenting* diz respeito à edificação das primeiras relações de objeto e é determinado pela forma como o ambiente apresenta a realidade exterior á criança. Assim, paralelamente aos processos de *integração*, *personalização* e estabelecimento da relação de objeto e de utilização do objeto, surge a *capacidade de estar só*, sendo quase sinónimo de maturidade afetiva. Winnicott retoma a expressão de Klein (1986) segundo a qual o *bom objeto total* é interiorizado.

Como refere Bion (1991), as repercussões dos cuidados maternos, não são apenas físicas, mas também emocionais. As qualidades mentais maternas potenciam as capacidades do bebé para lidar com os seus estados internos e para apreender e compreender os estados emocionais dos outros. Assim, conceptualizou este tipo de relação através do modelo *continente-conteúdo*, uma forma dinâmica e complexa de especificar alguns fatores da relação afetiva mãe-bebé. A capacidade *continente* da mãe permite-lhe compreender os *conteúdos* emocionais e transformá-los de modo a serem assimilados e integrados pelo bebé. Desta forma, o amor materno exprime-se através da *rêverie*, que será um estado psicológico que alimenta as necessidades de amor e compreensão do bebé, ao mesmo tempo que lhe permite ser capaz de aumentar a sua capacidade para tolerar as suas frustrações e desenvolver o seu sentido de realidade, dois aspetos fundamentais no processo de crescimento.

No entanto, a capacidade materna de ser continente, não é constante, varia de um modo contínuo, momento a momento, sendo por isso função do estado geral da mãe e do

impacto que o bebé tem nela. Assim, esta capacidade dependerá de várias competências maternas, tais como, uma forte identidade adulta, que lhe permitirá vivenciar de uma forma adaptada o cuidado que um recém-nascido implica; a existência de um suporte externo suficientemente forte, que normalmente é personificado na família mais próxima e nos amigos; a limitação e diminuição de outro tipo de exigências, que possam consumir maiores quantidades de energia física e limitar o espaço mental materno (Bion, 1991).

Segundo Winnicott (1997), o papel representado pela mãe traduzir-se-á na adaptação adequada e suficiente às necessidades do bebé. No estado de *preocupação materna primária*, a mãe identifica-se com o seu bebé e com as suas exigências, de modo a funcionar como ambiente facilitador dos processos de desenvolvimento. Nestas circunstâncias, ela permite a expressão espontânea do bebé, proporcionando-lhe uma unidade contida e integrada, através do *holding*, o que faz com que as condições para a organização do bebé possam ocorrer. Esta participação da mãe resume-se pela expressão “*mãe suficientemente boa*” (Winnicott, 1990).

Segundo Sá (1995), “*a mãe suficientemente boa*”, não será a mãe perfeita, mas aquela que assumindo as suas limitações, funciona de forma empática na sua relação com o bebé, sendo que, aquilo que o bebé necessita é uma correspondência muito forte para as suas capacidades de contato.

Por outro lado, Winnicott (1975), considera que, nos primeiros meses de vida, a mãe cria um mundo próprio para o seu bebé e introduz no espaço da relação entre ambos elementos fundamentais no processo maturativo. Nesse espaço de recriação, o bebé aprende através de uma multiplicidade de jogos e brincadeiras característicos da infância, o que reforça a ideia que as aprendizagens mais importantes se fazem através do brincar.

Embora semelhantes, os conceitos de *contínente* em Bion (1991) e de *holding* em Winnicott (1990), apresentam algumas diferenças importantes. O conceito de *contínente* é interno, enquanto o de *holding* está no espaço entre o interno e o externo, assumindo uma

componente sensorial muito significativa. Um outro aspeto que distingue os dois conceitos é que enquanto que o *holding* é promotor do desenvolvimento, o *contínente* pode ter uma ação favorável a esse desenvolvimento, ou, pelo contrário, uma ação de destruição e impeditiva desse mesmo processo.

Como refere Sá (1993) nos primeiros meses de vida, a impossibilidade do bebé em perceber o mundo leva-o a experiências diferentes. Neste contexto, existem momentos que o bebé se sente satisfeito que são associados a experiências de gratificação, e momentos que se sente desconfortável e insatisfeito, que são associados a experiências de frustração. A qualidade dessas experiências depende da objetividade dos acontecimentos mas também dos estados internos do bebé no momento, o que significa que a percepção do exterior pode ser alterada através de mecanismos mentais do próprio bebé.

Este quadro corresponde à descrição da posição esquizo-paranóide, descrita por Klein (1986), onde é defendido que o bebé nasce com um aparelho mental rudimentar que lhe permite, desde o início, relacionar-se com o seu ambiente. O modelo kleiniano assenta no pressuposto de que esse equipamento leva ao desenvolvimento de um mundo mental precoce, povoado de objetos internos com diferentes características e ao contacto com a realidade externa. A natureza dos objetos internos é influenciada pelas relações que o bebé estabelece e pela vivência única e pessoal dessas relações.

Numa outra perspetiva, Bowlby (1997), interessado em compreender a natureza das relações sociais entre o bebé e o ambiente humano formulou um modelo com algumas diferenças dos atrás mencionados. Segundo Bowlby (1997), o ser humano nasce preparado para estabelecer laços emocionais com indivíduos especiais, sendo esta característica uma componente básica da natureza humana que se prolonga para toda a vida.

Bowlby (1989) critica a ideia de que o bebé estabelece relações emocionais na base da dependência que tem do ambiente, como defendia Freud e sustenta que os laços afetivos são independentes da necessidade de alimento. Cada ser humano terá, então, a tendência

para se vincular a outro, sendo que esse processo, possui uma função biológica, de procura de suporte e proteção, na medida em que esse outro está mais apto a lidar com o mundo.

Desde que nascem os bebés procuram esta proximidade através de um conjunto de comportamentos, como por exemplo o sugar ou o chorar e mais concretamente, durante o primeiro semestre de vida, os bebés respondem às suas mães de um modo relativamente específico com o sorriso, as vocalizações e os movimentos dos olhos. Durante o segundo semestre de vida e os anos que se seguem, os comportamentos de vinculação são também manifestos: os bebés tornam-se capazes de prever o que vai acontecer à sua volta e de reagir em função disso. Por exemplo, quando a mãe se ausenta o bebé protesta, procura-a, e explora todos os campos a que o seu olhar chega, tornando-se, com o tempo, capaz de antecipar a partida da mãe e protestar mesmo antes de esta acontecer. Todos estes comportamentos indicam a existência de um vínculo específico entre os bebés e as suas mães (Bowlby, 1990).

Bowlby (1989), defende então, que para além das primeiras vinculações se tornarem fundamentais do ponto de vista da sobrevivência, rapidamente elas se tornam formas bastante complexas de comunicação que organizam todo o desenvolvimento.

No que diz respeito à relação mãe-bebé, a teoria da vinculação refere-se a regulações relacionais e não a investimento, como sucede na teoria psicanalítica mais clássica. Os comportamentos de vinculação são mediatizados por diversos tipos de comportamentos, como o choro, o sorriso ou o estender dos braços para a mãe e têm como objetivo manter a proximidade com a mãe, constituindo-se ao mesmo tempo como sinais, na medida em que a mesma lhes dá um significado (Bowlby, 1990).

Assim, nas suas primeiras interações com os pais, e dependendo das atitudes destes, estabelecem-se muito cedo padrões básicos de comportamento da criança em relação aos pais. Os padrões mais identificados são os padrões seguro, ambivalente/inseguro e evitante. Na vinculação segura as crianças confiam na disponibilidade e ajuda da mãe em situações de dificuldade. Com esta segurança, são mais dinâmicas nas atividades de exploração e também

mais competentes. Este padrão é promovido pelas mães sensíveis aos sinais da criança e que lhe respondem com empatia e amor quando elas buscam proteção ou ajuda. No segundo padrão, ambivalente, as crianças estão inseguras quanto à disponibilidade das mães, se precisarem delas. Devido a esta incerteza tendem a sentir-se ansiosas face à separação, nas atividades de exploração, e a oscilar entre a busca de proximidade possessiva da mãe e a resistência ao contato e à interação com ela. Este padrão é promovido por mães que uma vez estão, outras não estão disponíveis para as crianças. No terceiro padrão encontrado, evitante, as crianças também não se sentem seguras da resposta da mãe aos seus pedidos de ajuda e proteção, mas esperam, pelo contrário, ser rejeitadas. Por isso, em situações de aflição, evitam a mãe. Este padrão é promovido por mães críticas e/ou rejeitantes (Canavarro, 1999).

Os padrões de vinculação evoluem no decorrer do crescimento da criança, e correspondem à forma como foram vividas as suas próprias relações de vinculação. A criança vai construindo modelos funcionais de como pode esperar que o mundo, as pessoas significativas e ela própria se comportem. É no quadro de referência destes modelos que ela atua. Por se formarem muito cedo, e serem em grande parte inconscientes, eles tendem a perdurar ao longo da vida, dando origem aos estilos relacionais seguro, inseguro/ambivalente e evitante (Hazan & Shaver, 1987).

Desta forma, o ênfase de Bowlby nas competências precoces, na tendência inata do bebé para entrar em comunicação e na importância das primeiras vinculações que o bebé estabelece, em particular com a mãe e com o pai, influenciou profundamente os estudos sobre as interações pais-bebé.

Neste contexto, Ainsworth (1989), com o objetivo de avaliar a qualidade de vinculação que o bebé estabeleceu com a mãe criou um procedimento denominado “*situação estranha*” executado com crianças com cerca de um ano de idade, em que foi possível observar a reação à separação e concluir que algumas crianças apresentavam sinais

de uma “*vinculação insegura*”.

A abordagem de Ainsworth proporcionou também uma forma de estudar a relação do bebé com o pai. Kotelchuk (1976, citado por Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2011), utilizando a *situação estranha* encontrou sinais de angústia quando o pai as deixava, concluindo assim que a vida emocional da criança não é apenas dedicada à mãe.

Segundo Sá (1993), se no início da vida o bebé necessita da presença contínua da mãe e do pai, para o ajudarem a lidar com os estados internos que derivam de experiências vividas num contexto relacional, à medida que vai crescendo, e por volta dos 4-6 meses de vida, quando já se sedimentaram uma série de rotinas em cada família, o bebé torna-se mais disponível e interessado no mundo que o rodeia, nos outros e em si próprio, o que se deve à complexificação das suas respostas sociais e das suas possibilidades de reconhecimento, integração e diferenciação, ou seja, com os movimentos de maturação e transformação que derivam do quadro relacional estabelecido.

O contato com a mãe e o pai torna-se a base do desenvolvimento das capacidades de pensamento que resultam dos processos de internalização e identificação. Estes mecanismos permitem um aumento do sentimento de si mesmo, *do self*, que torna possível a tolerância e abertura a outras experiências externas e internas num processo que constituirá o aprender pela experiência (Bion, 1991).

A consciência da separação entre o bebé e a mãe abre um espaço ao outro, que Winnicott (1975) denominou de *espaço transicional*, espaço entre a fantasia e a realidade, de descoberta e conhecimento mútuo.

À medida que o bebé reconhece a mãe e o pai como seres separados de si, reconhece-os nas suas diferentes facetas, com características e qualidades por vezes opostas. Esta realização que acompanha o processo de integração nem sempre é pacífica podendo assumir uma tonalidade mais ou menos dolorosa que, em última instância, é componente essencial do processo maturativo (Winnicott, 1997).

Segundo Mahler (1982), é na fase de separação-individuação que se inicia a partir dos dezoito meses, que a criança se torna gradualmente consciente do seu corpo e da identidade do seu *self*. Mahler descreve este processo como o rompimento da membrana simbiótica, sendo o desenvolvimento maturativo da locomoção que vai expor a criança a diferentes experiências de separação e reunião com a mãe. Desta forma, é possibilitada a separação física entre ambas, embora emocionalmente, a criança ainda não esteja preparada para este afastamento. Daí que um dos medos característicos deste período seja a ansiedade de separação. No entanto, a capacidade que a criança tem de explorar e controlar cada vez mais o seu meio ambiente, cria-lhe uma imensa satisfação narcísica, desde que se sinta encorajada por parte da mãe. Assim sendo, a separação remete para a diferenciação, e o desapareço em relação à mãe; a individuação explica a evolução das funções autónomas como a percepção, a memória, as capacidades cognitivas, etc. No entanto, é preciso que a maturação fisiológica que torna a criança autónoma e a capacidade de consciência deste funcionamento, assim como a aptidão para a suportar se produzam paralelamente à organização da representação do objeto libidinal e ao desenvolvimento do conceito de *self*. O êxito deste processo é o meio ambiente representado pela mãe, cuja disponibilidade física e emocional tem de se adaptar perfeitamente à evolução da criança.

A importância das relações afetivas na interação social.

Como referido anteriormente, o bebé deve ser reconhecido como um parceiro ativo nas interações que estabelece com os outros. No entanto, a qualidade dessas relações tem uma estreita relação, com o tipo de vinculação que estabeleceu com a mãe (Coll, Marchesi, Palácios & cols, 2004).

As relações fomentam o afeto, a intimidade e o prazer, fornecendo confiança e segurança. A vinculação segura facilita a exploração do ambiente, incluindo o ambiente social e, em consequência, as relações com os iguais. Além disso as crianças transferem para as relações com os seus iguais o tipo de conduta desenvolvido com as suas figuras de

vinculação iniciais. No caso da relação de vinculação segura, transferem a reciprocidade a compreensão e a empatia, por outro lado, por intermédio dessas relações acaba-se interiorizando uma ideia sobre si mesmo, uma auto-estima, uma capacidade de iniciativa de curiosidade e de entusiasmo que depois são valorizados pelos iguais. Crianças com vinculação segura mostram comportamentos mais competentes e adaptativos nas interações com iguais (Coll et al, 2004).

As interações com a família, constituem-se então como principal ponto de partida para a compreensão de ideias, sentimentos e intenções dos outros, bem como da autoridade e sentido de justiça, sendo que é neste plano que as formas iniciais de cooperação e de conflito entre pares tomam forma. Assim, os aspetos reguladores das relações, como é o caso da proteção das crianças no que diz respeito a uma hiper ou hipoestimulação, ajuda-as a serem calmas e despertas para novas aprendizagens. (Soares, 2012).

Como referem Coll e colaboradores (2004), cerca das oito semanas o bebé já consegue distinguir e reagir diferencialmente em relação à voz e ao rosto da mãe, do pai ou de um estranho. Revela uma atenção calma perante a mãe, e perante o pai uma interação voltada para o jogo ou para a brincadeira. Cada um dos pais já terá aprendido a conhecer os ritmos do bebé e este terá criado uma expectativa para saber reagir adequadamente a cada um deles. Estes são os ingredientes para um forte sentido de auto-estima no futuro, e mais tarde para a motivação para a aprendizagem.

Quando existem relações sólidas, empáticas e afetivas, as crianças aprendem a ser mais afetuosas e solidárias e acabam por comunicar os seus sentimentos, refletir nos seus próprios desejos e desenvolver o seu relacionamento com outras crianças e com adultos. As brincadeiras que implicam o fazer de conta ou a imaginação e que envolvem dramas humanos (p. ex.: bonecos a abraçar-se ou a lutar), ajudam a criança a aprender a relacionar uma imagem ou uma representação com um desejo e depois usar essa imagem para pensar. A capacidade de criar representações mentais de relações e, posteriormente, de outras coisas,

originará um pensamento mais elaborado. Um exemplo essencial para a aprendizagem é a capacidade que a criança tem de se auto observar, que advém da capacidade de se observar a si mesmo e ao outro numa relação, ajudando-a a estabelecer relações de empatia com os outros e a corresponder a expectativas (Coll, et al, 2004).

Desta forma, as interações emocionais formam não só as bases cognitivas, como também a maioria das capacidades intelectuais da criança, incluindo a sua criatividade e capacidade de pensamento abstrato. No entanto, não é só o pensamento que se desenvolve a partir das interações emocionais precoces, mas também um sentido de moral do que está certo e errado. A capacidade de compreender os sentimentos de outra pessoa e de se importar com o que ela sente só pode advir da experiência de interações afetivas. Cerca dos quatro meses o bebé já deve ter aprendido a assumir o controlo do jogo e a levar a mãe e o pai a entrar nesses jogos. Através destas interações recíprocas emerge a autonomia e a criança aprende a controlar e modelar os seus comportamento e os seus sentimentos (Brazelton & Greenspan, 2002).

Assim, no que diz respeito ao controlo e à regulação emocional, as práticas educativas familiares exercem a sua influência desde cedo. Sendo que, quando os pais são capazes de oferecer às crianças estratégias que lhes permitam enfrentar as suas emoções e controlá-las, eles terão competências no que diz respeito à auto regulação emocional. No entanto, embora as práticas parentais influenciem de forma decisiva o desenvolvimento pessoal das crianças, não são as únicas que contribuem para o desenvolvimento infantil, sendo a interação com os pares igualmente importante para o desenvolvimento da personalidade. Por sua vez, a experiência com os pares é influenciada por um conjunto de atributos, cujas raízes se encontram em grande parte na história das relações e experiências presentes no ambiente familiar, nomeadamente as primeiras relações de vínculo, as práticas educativas e os estilos de interação dos pais, e, por último, as atitudes destes, perante as relações e a promoção do desenvolvimento social (Coll et al, 2004).

Depressão pós parto e interação mãe-bebé.

Como referido anteriormente, as relações são essenciais para regular o comportamento, os estados de humor, os sentimentos e o desenvolvimento intelectual, no entanto, só serão integralmente concretizadas quando o adulto que cuida da criança dispõe de tempo para lhe dedicar.

Segundo Bowlby (1998), qualquer perturbação no vínculo inicial da criança à mãe vai tornar o indivíduo mais inseguro na sua emotividade e na vida futura. Nesta perspetiva a continuidade da relação da criança com a figura de vinculação é um elemento necessário para a saúde mental da criança.

Brazelton e Cramer (1992), salientaram que a depressão materna no período pós-parto se constitui como um dos mais frequentes fatores que afetam a relação mãe-bebé.

A depressão pós-parto caracteriza-se por uma diminuição do humor, irritabilidade, e, em muitos casos, sintomas típicos da depressão, como perturbações do apetite, do sono, fadiga, perda de interesse e culpabilidade. A mãe, pode sentir muitas vezes que não sabe ocupar-se do seu bebé, sentindo que os choros deste a inquietam ou irritam. Desta forma, e com o objetivo de reduzir a sua angústia, evita os contactos com o filho ou delega os seus cuidados às pessoas que a rodeiam (Tavares, 1990).

Assim, apesar de existirem vários tipos de depressão e de diversos fatores poderem intervir como protetores ou agravantes de todo o processo, alguns padrões comportamentais comuns às mães deprimidas interferem com a qualidade de investimento maternal. Estas mães têm perceções desvalorizadas de si próprias enquanto mulheres e também enquanto mães, que se refletem na sua inadequação no desempenho do papel maternal. No que diz respeito aos padrões interativos são mães distantes, pouco expressivas, existindo um menor investimento emocional, menor número de respostas contingentes e de estimulação global (Marques, 2003).

Spitz (1979), assinalou que a “perda” da mãe que entra em depressão não é uma

perda física, como quando a mãe morre ou desaparece. Segundo o autor, trata-se de uma perda emocional, na medida em que sua atitude emocionalmente distante, altera o que poderia identificá-la como um “ bom objeto ”. O objeto afetivamente investido pelo bebé estará perdido com a depressão.

A depressão materna tem um papel significativo na saúde emocional e no bem-estar da criança. Desta forma, as necessidades psicológicas da criança, a conexão emocional entre a díade e o comportamento de vinculação podem ficar comprometidos, pois, os cuidados que a mãe pode oferecer acabam por não ser suficientes para o estabelecimento de uma adequada comunicação entre ambos. Estas crianças terão mais riscos de apresentarem resultados adversos no desenvolvimento emocional (Schaffer, 1996).

Winnicott (1990), refere que, nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebé, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente. Ao olhar para a mãe, o bebé vê-se refletido no seu rosto, como se fosse um espelho, se o rosto da mãe não reage, o bebé tem a experiência de não receber de volta o que está a dar. Olha e não se vê. Na ausência da reação materna o bebé aprende ao longo dos meses a decifrar as várias feições da mãe numa tentativa de prever o seu humor, buscando assim comportar-se de acordo com o que decifra e afastando as suas necessidades pessoais temporariamente, o que vai dificultar a individualização. Também Schaffer (1996), refere que, a partir dos dois meses de idade, as crianças se tornam mais atentas ao meio ambiente externo, em particular, às pessoas. Ressalta que um bebé, diante da face inexpressiva da mãe, se apresenta perturbado e aborrecido, refletindo o estado depressivo da mãe.

A experiência interativa entre bebés e mães deprimidas também foi estudada por Stern (1997) em termos de microeventos, descritos como aqueles eventos triviais e de curta duração que causam um impacto momentâneo no bebé. Um exemplo de microevento será o que uma mãe faz com os olhos e o rosto no exato momento em que seu bebé lhe dirige um sorriso. Nessa perspectiva, a depressão torna-se familiar ao bebé na forma de muitos

microeventos repetidos, porque quando as mães ficam deprimidas ocorre um processo parcial e progressivo de desligamento. Para o autor, a experiência de estar com uma mãe deprimida caracteriza-se por pelo menos quatro experiências subjetivas: a primeira refere-se à já citada experiência do bebé de microdepressão repetida, o que ocorre quando a mãe sob depressão rompe o contato visual com o bebé e não tenta restabelecê-lo. A partir do fracasso nas suas tentativas de ter a mãe emocionalmente presente, o bebé tenta a proximidade através da identificação e da imitação. A segunda experiência subjetiva a que se refere Stern é caracterizada pela experiência do bebé como um reanimador. Ela foi baseada em evidências de que o bebé, diante de uma situação de microdepressão, tenta fazer com que a mãe volte à vida, o que muitas vezes funciona, já que a depressão materna não pode ser considerada total. A terceira experiência subjetiva do bebé no sentido de estar com a mãe refere-se à visão que o bebé tem da mãe como estando em segundo plano aquando da sua busca de outras formas de estimulação, ou seja: se as tentativas de reanimar a mãe falham, o bebé parte em busca de um nível mais apropriado de estimulação e interesse no mundo. Por fim, a quarta experiência subjetiva de estar com uma mãe deprimida refere-se, segundo Stern, ao desejo do bebé de estar com a mãe não-deprimida. Este esquema de estar com a mãe não-deprimida tem como ponto de partida o esforço da mãe deprimida, geralmente manifestado em rompantes, para estar com o filho. O resultado de tal esforço consiste numa certa falta de autenticidade, que culmina numa falsa interação entre uma falsa mãe e um falso *self*. Stern ressaltou que o bebé consegue discriminar as discrepâncias nesse tipo de interação, mas acaba por aceitar o que a mãe oferece, dado o seu desejo de uma interação mais viva com a mãe.

Em suma, a depressão pós-parto terá uma influência determinante no desenvolvimento do bebé. Destaca-se assim o papel fundamental que o pai tem no equilíbrio familiar, na sua capacidade de suporte da mãe deprimida, tal como de toda a estrutura familiar, que funciona como fonte de estabilidade material e afetiva.

No entanto, os resultados de um estudo realizado em Portugal (Tavares, 1990), com o intuito de identificar a qualidade do relacionamento conjugal como preditor de perturbações psicológicas pós-parto e estudando também o efeito dos *life events* vivenciados pelos cônjuges durante a gestação e pós parto, apontam para uma estreita relação entre a sintomatologia depressiva e o relacionamento conjugal na gestação e no pós-parto.

O papel do pai.

Vários são os modelos que destacam a importância da figura materna no desenvolvimento do bebé, subvalorizando o lugar do pai, como se este permanecesse passivo nos seus primeiros meses de vida (Sá, 1999).

Reconhecer o lugar do pai não é torná-lo idêntico à mãe, ou em competição com esta, mas é conferir-lhe um relevo único e muito importante na vida de cada criança: o pai tem de sentir-se envolvido desde o início, imaginando e fantasiando o seu bebé e projectando-se enquanto figura paterna desse bebé (Harris, 1983). Neste contexto, o processo da gravidez, o parto e a vinculação precoce são fortemente influenciados pelo pai. O apoio emocional do futuro pai durante a gravidez contribui para uma adaptação bem sucedida da mulher ao seu estado (Brazelton & Cramer, 1993).

Segundo Sá (1993), durante a gravidez da mulher, o pai também “engravidar”, e vive um conjunto de processos característicos desse momento. Ao pai, deve caber a função de amparar e conter a mulher grávida, e mais tarde mãe, reconhecendo as suas necessidades e características específicas. Quanto maior for o envolvimento do pai na gravidez maior será a disponibilidade para perceber os sinais precoces do bebé, o que implicará um maior envolvimento na sua vida.

Como referem, Chbani e Pérez-Sánchez (1998, p.59) “*O bebé não pode ser objeto primário sem a sua mãe; a rêverie da mãe necessita da rêverie do pai; e se aceitamos a autonomia do bebé temos que falar também da rêverie do bebé*”. Assim, denominam de unidade originária estes três elementos, cada um com a sua importância, em comunicação,

formando esta a base do pensamento e desenvolvimento mental de cada ser humano. Na sequência desta noção, os mesmos autores distinguem *função* e *estado*, *materno* e *paterno*. A ideia de função é algo que parece estar mais relacionado com o externo, aproximando-se à noção de *holding* de Winnicott (1990), enquanto que o estado diz mais respeito ao interno.

Por outro lado a função será algo que se pode delegar noutra, ou seja, mãe pode delegar a sua função materna, por algum tempo ao pai ou a outra pessoa próxima; já o estado é algo que não se delega, será a “pele” psíquica de cada um, uma organização mental. Desta forma, para o desenvolvimento do bebé é imprescindível que cada um dos três atores do pensamento vista a sua pele e se sinta no seu estado, e, no caso do pai, quererá dizer que ele *“é pai para sempre, o que, em verdade, talvez seja a mais inestimável qualidade da sua utilização”* (Sá, 1999, p.31).

Neste contexto, Malapique (2010), valorizando a presença do pai ao nível da dinâmica familiar e do desenvolvimento da criança refere que a situação da ausência periódica do pai não tem sido motivo de muitos estudos. No entanto, num estudo que a própria realizou sobre este tema pôde constatar que o efeito da ausência do pai é mais notório no rapaz, pois perde o seu modelo identificatório, sendo as consequências mais graves se a separação for precoce e prolongada. Os filhos de pai ausente tendem a idealizá-lo, apresentam um pai com uma imagem mais valorizada e tendem a considerá-lo mais tolerante e afetuoso.

O desenvolvimento na Adolescência.

Como referido anteriormente, os primeiros cuidadores têm uma influência indiscutível na forma como a personalidade da criança se vai estruturando, sendo que à medida que cresce, a influência da família vai sendo substituída pela influência dos pais, tornando-se mais marcante durante a adolescência (Matos, 2005). Sendo este um período de transição para a vida adulta foi alvo de interesse por parte de vários autores.

Em meados do século XX e repensando vários conceitos de Freud, Erikson começa a construir a teoria psicossocial do desenvolvimento humano desviando o foco fundamental da sexualidade para as relações sociais. Propõe uma concepção de desenvolvimento em oito estágios psicossociais, perspectivados por sua vez em oito idades que decorrem desde o nascimento até à morte, ampliando assim a proposta de Freud. Defende que o que é construído na infância em termos de personalidade não é totalmente fixo e pode ser parcialmente modificado por experiências posteriores. Assim, a cada etapa, o indivíduo cresce a partir das exigências internas de seu ego, mas também das exigências do meio em que vive, sendo portanto essencial a análise da cultura e da sociedade em que vive o sujeito. Em cada estágio o ego passa por uma crise, que permite a reestruturação da personalidade e a sua reformulando de acordo com as experiências vividas, enquanto o ego se vai adaptando aos seus sucessos e fracassos. Esta crise pode ter um desfecho positivo desenvolvendo um ego mais forte ou negativo surgindo um ego mais fragilizado (Erikson, 1998).

Erikson (1976) confere especial importância ao período da adolescência, sendo este a transição entre a infância e a idade adulta, e em que se verificam acontecimentos relevantes para a personalidade adulta. Denomina assim o quinto estágio como *identidade vs confusão de identidade*, e ressalva que o adolescente necessita de segurança e confiança face a todas as transformações físicas e psicológicas características deste período. Essa confiança, construída nas relações precoces com a mãe é essencial para um desenvolvimento saudável (Bowlby, 1990; Erikson, 1987).

Segundo Erikson (1987), neste período surge também o envolvimento ideológico que origina a formação de grupos na adolescência como fonte de apoio das suas ideias e da sua identidade. No entanto, se o adolescente desenvolver uma forte identificação com determinado grupo, pode surgir algum radicalismo, e ele passa a não defender as suas ideias e argumentos, mas defende cegamente algo que se apossou das mesmas.

Neste contexto, e considerando a adolescência um período da vida, por um lado, permeado por conflitos familiares, crises de identidade, oscilações de humor e necessidades de afirmação, por outro, é também o momento em que o jovem está pronto para fazer certo tipo de aquisições, as quais podem contribuir para o mesmo se adaptar, ou não, ao ambiente em que se está inserido e que podem ter consequências na sua saúde e no seu ajustamento social e emocional (Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000).

Matos (2005), refere-se à importância que os adultos têm na criação de condições para que os jovens aprendam e desenvolvam as suas competências pessoais e sociais, a sua capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões, de gestão de conflitos interpessoais e de comunicação, de forma a facilitar o desenvolvimento da capacidade de escolha de um estilo de vida saudável e da sua manutenção. Sendo que, as competências pessoais e sociais são essenciais para o indivíduo desenvolver e manter relações duradouras (Cacciopo, 2002).

Neste contexto, Beauchamp e Anderson (2010), referem que quando tal não se verifica, poderão surgir situações de isolamento social, ansiedade e redução de auto-estima, com possível impacto futuro na qualidade de vida do sujeito.

O risco de desenvolvimento de dificuldades de ajustamento pessoal e social surge também muitas vezes associado à dificuldade de expressão de ideias, de defesa de pontos de vista e direitos, sem recurso à agressividade, ou de identificação e gestão de conflitos, de procura de alternativas e de manutenção de decisões (Matos, Simões & Carvalhosa, 2000).

Desta forma, os adolescentes têm sido indicados como alvo preferencial de programas de promoção de competências pessoais e sociais, por se encontrarem próximos do momento em que a adoção de comportamentos de risco pode ter início (Becoña, 2001; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Negreiros, 1998).

A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promover a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas,

em situações onde os fatores sociais, económicos e ambientais podem constituir fatores ligados ao risco (Matos, 2005).

Nas últimas décadas, na área da intervenção na comunidade, nomeadamente na área da saúde mental, tem-se assistido a uma mudança de paradigma onde o enfoque na intervenção clínica, com base no indivíduo em risco ou “desviante”, vai dando lugar à importância da participação do mesmo num processo de desenvolvimento pessoal e social, desejavelmente, de carácter preventivo (Matos, Simões & Carvalhosa, 2000).

Assim sendo, a prevenção enquanto intervenção antecipatória de uma ação futura, visa evitar consequências negativas. Desta forma, no estabelecimento de uma profilaxia eficaz, há que ter em consideração fatores de risco e fatores de proteção. Os fatores de risco caracterizam-se por potenciarem comportamentos negativos, podendo estes ser de origem socioeconómica, comunitários, individuais, relacionais e familiares. Os fatores de proteção, pelo contrário inibem a probabilidade de manifestação de comportamentos com consequências negativas, podendo ter a mesma origem dos fatores de risco (Moreira, 2001).

A prevenção deve assim ser vista numa óptica sistémica, que engloba não apenas os períodos críticos, como a adolescência, mas que contempla períodos de desenvolvimento anteriores e as relações interpessoais, especialmente as precoces, uma vez que a aprendizagem das competências pessoais e sociais inicia-se, de uma forma geral, como um processo natural de imitação, sublinhando-se o papel dos modelos disponíveis, no envolvimento do indivíduo (Bandura, 1976), devendo a família e a escola estar envolvida no processo de prevenção. Sendo esta última um local de excelência para o treino de competências pessoais e sociais (Barroso, 2011; Moreira, 2008).

Neste contexto, Matos (2005), refere a importância da prevenção através de programas de promoção de competências pessoais e sociais que têm como objetivo ajudar os indivíduos a desenvolver as suas capacidades pessoais e relacionais, permitindo a promoção do auto-conhecimento e a reflexão sobre o modo como se relacionam com os outros e com

as situações do dia-a-dia, encontrando alternativas adequadas a cada situação, do ponto de vista da auto-regulação, resolução de problemas e estabelecimento/manutenção de uma rede de apoio social, salientando que os jovens devem participar, juntamente com as suas famílias e pares, nas decisões e ações respeitantes à mudança e promoção de hábitos, de comportamentos de saúde e à qualidade de vida.

O desenvolvimento de programas de promoção de competências pessoais e sociais cujo objetivo é capacitar os indivíduos a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, defender os seus direitos ou resistir à pressão dos pares, otimizam a sua capacidade escolher um estilo de vida saudável e de o manter (Gaspar, 2008).

No que diz respeito à construção de um programa de competências para jovens é necessário desenvolver temas tais como a motivação, auto-estima, gestão das emoções, decisões e suas consequências, assertividade, clarificação entre fatos e crenças, valores e pressão social, sendo indispensável o papel ativo dos jovens na sua construção, agindo em vez de reagirem (Moreira, 2008).

Como referem Machado e colaboradores (2008), o desenvolvimento precoce do conhecimento das emoções está diretamente ligado às competências académicas e à aceitação entre partes, sendo importante neste contexto haver um entendimento de como surgem as emoções, no sentido de um maior domínio destas. Sendo relevantes ações ligadas ao desenvolvimento de vocabulário relacionado com aspetos emocionais, no sentido de melhorar as competências emocionais.

Em suma, pode constatar-se que os vários contextos, escolares e extra-escolares, onde os jovens se passam a mover com mais frequência, proporcionam inúmeras oportunidades de interação, aumentando a probabilidade de que se envolvam em comportamentos de risco e enveredem por estilos de vida pouco funcionais e comprometedores do bem-estar. Para ser bem sucedido, o adolescente necessita de adquirir as competências de vida, que lhe permitam um funcionamento eficaz na família, na escola

ou na comunidade (Dias, Cruz & Danish, 2001).

De acordo com Erikson (1976), toda a preocupação do adolescente em encontrar um papel social provoca uma confusão de identidade, sendo que, a preocupação com a opinião alheia faz com que o adolescente modifique frequentemente as suas atitudes, reestruturando a sua personalidade. Nesta confusão de identidade, o adolescente pode sentir-se vazio, isolado, ansioso, sentindo-se também, muitas vezes, incapaz de se integrar no mundo adulto.

Porém, a confusão de identidade terá um melhor desfecho, quanto melhor o adolescente tiver resolvido suas crises anteriores, tendo mais possibilidades de alcançar neste período a estabilização da identidade. Quando esta identidade estiver firme, ele será capaz de *ser* estável com os outros, conquistando, segundo Erikson, a lealdade e a fidelidade consigo mesmo, com os seus propósitos, conquistando o senso de identidade contínua.

O jovem adulto e a transição para o ensino superior.

Após a adolescência o jovem prepara-se para a fase adulta, que implica que não só o conceito sobre si próprio seja revisto e consolidado, como que ocorra uma reorganização de todo um conjunto de valores correspondentes a novas tarefas e ao estabelecimento de um plano de vida futuro. No caso particular dos estudantes do ensino superior, o novo ambiente, o enfrentar tarefas com grau de dificuldade e natureza diferentes, a competição, o encontro com novas relações vem ampliar e confrontar o jovem diretamente com a fase de transição adolescente/adulto. Desta forma, as solicitações a que o jovem se vê sujeito podem fazer vacilar a coesão do seu *self* e do seu bem estar psicológico (Dias, 2006).

As interações e os relacionamentos interpessoais que ocorrem no seio familiar, com os amigos, ou nas relações amorosas constituem, por excelência, as fontes de suporte social, contribuindo de forma crucial para a formação e manutenção de diferentes tipos de relacionamentos interpessoais, desde as relações formais de trabalho, às relações de grande intimidade, passando pelas relações terapêuticas e de ajuda, ou pelas relações de companheirismo e amizade (Pinheiro, 2003).

Sendo que, o suporte social constitui um recurso promotor do bem-estar e da saúde do indivíduo, pode considerar-se que a percepção do mesmo é determinante nos processos adaptativos do indivíduo, nas mais diversas vivências relacionadas com situações de transição, das quais se destacam a transição para o ensino superior, que vai implicar reorganizações em termos pessoais e sociais, as quais são vividas por alguns estudantes com euforia e satisfação, mas por outros com ansiedade e desânimo. Ao ter de lidar com uma nova diversidade de situações, ambientes e interações (com novos colegas, funcionários e professores), o jovem adulto vai sentir necessidade de refazer a sua rede de suporte social, processo que implica algumas modificações nas relações interpessoais constituídas e estruturadas até aí, as quais permanecem, no entanto, como fontes importantes de apoio (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2006).

No mesmo contexto, Tavares e colaboradores (2007) referem que o jovem se encontra numa etapa de transição para a vida adulta onde se vê confrontado com um conjunto de desafios e obstáculos, influenciada pela vivência de uma multiplicidade de situações pessoais, sociais e culturais que resultam de diversos fatores interligados entre si, tais como: a dependência económica dos pais, paralela ao progressivo aumento do poder de gestão financeira; a progressiva independência e distanciamento do núcleo familiar primário; a aproximação a novos contextos sociais e culturais; e, a necessidade de maior exploração, comunicação e criatividade como resultado de exigências internas e externas.

Dias e Fontaine (2001), destacam a dinâmica familiar e as práticas educativas parentais como fatores que influenciam a construção da independência do jovem referindo que o percurso para a autonomização parece ser facilitado na presença de relações abertas e igualitárias entre pais e filhos, que devem ser percebidas como uma base segura a partir da qual se experimenta e explora, fonte de diálogo aberto e sincero, que permite a expressão de divergências e sentimentos de ambivalência, no que diz respeito à autonomia. No mesmo contexto, Sprinthall e Collins (1999), referem que o sentido de integração e coerência pessoal

que Erikson considerava ser a principal realização da adolescência, depende em larga escala do desenvolvimento social, intelectual e emocional, fomentado pelas relações familiares.

Os resultados dos estudos realizados por Dias e Fontaine (2001), sobre a associação entre as variáveis desenvolvimentais e o bem-estar psicológico, realça a importância das problemáticas associadas à construção da autonomia e à capacidade para estabelecer relações amorosas. Segundo as autoras, os jovens que têm mais dificuldade em lidar com as problemáticas do presente, tiveram uma história passada com mais vicissitudes negativas ou têm uma personalidade mais vulnerável. Contudo, afirmam que são as oportunidades propiciadas pelos anos passados na universidade, que facilitarão aos jovens mudanças reparadoras de vulnerabilidades do seu desenvolvimento anterior.

Segundo Dias (2006), é também nesta fase que o jovem se confronta com duas tarefas normativas e interligadas do desenvolvimento: a consolidação da identidade e a necessidade/ desejo/expectativa de estabelecer um relacionamento amoroso significativo. No entanto, para que tais tarefas sejam solucionadas é fundamental a consolidação da identidade sexual, de uma auto-aceitação e auto-estima realistas e não dependentes do outro para a sua manutenção, e ter a capacidade de perspetivar o futuro, traçando objetivos, tornando-se mais autónomo em relação aos pais e assumindo responsabilidade pelas dimensões da sua vida, tomando ao mesmo tempo consciência dos seus estilos de vinculação, que geralmente emergem no estabelecimento das relações de intimidade amorosa.

A teoria da vinculação dá, portanto, um contributo importante para a compreensão das dificuldades que os jovens encontram, não só no estabelecimento das suas primeiras relações amorosas, mas também no desenvolvimento de uma maior autonomia em relação aos pais. Relativamente às relações amorosas, são as crenças negativas em relação a si próprio e/ou aos outros, o receio da rejeição ou da dependência, a idealização excessiva do outro, uma necessidade demasiadamente grande de fusão com o outro, que podem dificultar

o estabelecimento destas relações (Dias, 2006).

No mesmo contexto, também Erikson (1976), sublinha a importância de se assumir uma identidade ao longo da adolescência, e, para isso, o jovem adulto deve desenvolver uma relação de intimidade com outrém. Assim, um relacionamento sério implica compromissos significativos, surgindo aqui um confronto com o conflito *intimidade vs isolamento*. Ao estabelecer uma identidade definitiva e bem fortalecida, o indivíduo estará pronto para uni-la à identidade de outra pessoa, sem se sentir ameaçado. Surge assim a possibilidade da associação entre intimidade, parceria e colaboração, podendo dizer-se que se associa um ego ao outro. Para que essa associação seja positiva, é preciso que a pessoa tenha construído ao longo dos ciclos anteriores, um ego forte e autónomo o suficiente para aceitar o convívio com outro ego sem se sentir anulado ou ameaçado. Quando isso não acontece, ou seja, o ego não é suficientemente seguro, a pessoa irá preferir o isolamento à união, pois terá medo de compromissos, numa atitude de “preservar” o seu ego frágil. No entanto, quando esse isolamento ocorre por um período curto, tal não é necessariamente negativo, pois pode ser necessário um tempo de isolamento para amadurecer o ego ou para certificar -se de que o mesmo procura realmente uma associação. Porém, quando a pessoa se recusa por um longo tempo a assumir qualquer tipo de compromisso, pode-se dizer que é uma forma negativa de resolução da sua crise.

Um outro conceito referido por Erikson (1998) nesta fase é o elitismo. Um ego estável é minimamente flexível e consegue relacionar-se com um conjunto variável de personalidades diferentes. Quando isso não acontece e há formação de grupos fechados, onde se limita muito o tipo de ego com o qual se relaciona, pode falar-se em elitismo.

Neste contexto, o estudante do ensino superior, estando em contacto com novas exigências e recursos experimenta um desenvolvimento de personalidade que potencia a aquisição de estratégias de *coping* e resolução de problemas, que lhe poderão ser úteis quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Assim, torna-se fundamental que as instituições de

ensino superior não se preocupem apenas com os desempenhos escolares dos seus estudantes, mas antes em perspectivá-los de uma forma global e sistémica como sujeitos em transição nas diversas esferas da vida. Desta forma os serviços de intervenção psicológica integrados nas universidades assumem uma função de promoção de bem-estar do estudante universitário, sendo esta uma condição essencial aos processos de aprendizagem e ao sucesso académico (Seco et al, 2006).

Objetivos Do Estágio

Os objetivos propostos para a realização do estágio no GAPPS contemplaram três vertentes, nomeadamente:

a) Intervenção Clínica: realizada através de acompanhamento psicológico individualizado nas instalações do GAPPS na Universidade Lusíada de Lisboa.

Objetivos Gerais:

- Possibilitar o contato direto com práticas profissionais e competências relevantes para o futuro desempenho profissional;
- Desenvolvimento de competências de observação clínica, avaliação psicológica, diagnóstico e intervenção, tendo por base uma abordagem baseada na terapia de apoio, com recurso a técnicas de entrevista clínica e técnicas cognitivo-comportamentais.

Objetivos Específicos:

- Realização de atividades de observação e entrevista clínica, seleção e aplicação de testes psicológicos, estabelecimento de hipóteses diagnósticas e planeamento da intervenção;
- Realização da sessão inicial (após triagem do GAPPS), sessões de avaliação psicológica e/ou sessões de acompanhamento psicológico individualizado de, pelo menos dois casos clínicos, no contexto do GAPPS.

b) Intervenção Comunitária: no âmbito da promoção de saúde, através de um programa de promoção de competências pessoais e sociais com adolescentes com problemas de comportamento, na escola Marquês de Pombal em Lisboa .

Objetivos Gerais:

- Possibilitar o contato direto com adolescentes com problemas de comportamento e com o contexto educativo envolvente;
- Desenvolvimento de competências na elaboração de programas de sensibilização ou prevenção, na área das competências pessoais e sociais;
- Desenvolvimento de competências pessoais de trabalho em equipa e relacionamento interpessoal.

Objetivos Específicos:

- Leitura, análise e adaptação de programas de competências pessoais e sociais já existentes, ao contexto educativo específico de intervenção referido;
- Elaboração de um manual de promoção de competências pessoais e sociais para intervenção com adolescentes, com base no trabalho desenvolvido (Anexo G);
- Implementação do programa de competências pessoais e sociais, a adolescentes com problemas de comportamento, com um objetivo essencialmente preventivo;

c) Investigação: através da construção de um artigo de carácter científico.

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências técnicas e práticas de investigação científica.

Objetivos Específicos:

- Construção de base de dados em SPSS e posterior inserção e tratamento dos mesmos;
- Elaboração de um artigo de carácter científico com os resultados da implementação do programa de promoção de competências pessoais e sociais, com adolescentes.

Metodologia

Durante o período de estágio foram efetuadas intervenções em contextos institucionais diferenciados, sendo que a amostra, instrumentos e procedimentos serão caracterizados de acordo com os mesmos, nomeadamente: a) intervenção clínica efetuada no GAPPS, que contempla os estudos de caso A e B; b) intervenção comunitária no âmbito da promoção de saúde, que contempla a intervenção com adolescentes com problemas de comportamento, na escola secundária Marquês de Pombal em Lisboa; e, c) investigação, através da construção de um artigo de carácter científico, com base nos resultados da implementação do programa de competências pessoais e sociais.

Amostra

Relativamente a a) intervenção clínica, serão explanados 2 estudos de caso, o Caso A referente a uma criança de 8 anos do sexo masculino e o Caso B referente a uma jovem

universitária de 24 anos do sexo feminino. No entanto foi realizada intervenção em mais 2 casos clínicos conforme a tabela que se segue:

Tabela 1
“Casos clínicos alvo de intervenção clínica no GAPPS “

Caso/Idade	Motivo do pedido	Avaliação Psicológica/ nº sessões	Nº Sessões Acompanhamento	Resultados Terapêuticos
Caso A João / 8 anos	Dificuldades no relacionamento com os pares, na aceitação de regras dos adultos e na aceitação do padrasto (no contexto familiar).	<i>Entrevista Clínica;</i> <i>MPCR; CARS; B-S;</i> <i>FCR; TDF; CAT</i> <i>2 sessões</i>	23	Melhoria na aceitação de regras e relacionamento com os pares. Sugere-se continuação do apoio.
Caso B Maria / 24 anos	Dificuldades de concentração e memória.	<i>Entrevista Clínica</i> <i>MPR; T-P; MMPI;</i> <i>TAT</i> <i>2 sessões</i>	25	Aumento da consciência das suas problemáticas O apoio psicológico foi concluído.
Caso C Joana / 10 anos	Baixa auto-estima/ /confiança/autonomia e dificuldades no realcionamento com os pares.	<i>Entrevista Clínica</i> <i>MPCR; TDF; CAT</i> <i>2 sessões</i>	19	Melhorias ao nível da confiança e autonomia. O apoio psicológico foi concluído.
Caso D Miguel / 35 anos	Dificuldades no relacionamento social e em exprimir-se de forma assertiva. Baixa auto-estima e confiança.	<i>Entrevista Clínica</i> <i>MPR; M-M; TAT</i> <i>2 sessões</i>	10	Aumento de consciência relativamente às suas problemáticas. Sugere-se continuação do apoio.

Legenda:

B-S: Bender- Santuci

CARS: Childhood Autism Rating Scale

CAT: Child Aperception Test

MPCR: Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

MPR: Matrizes Progressivas de Raven

M-M: Mini-Mult

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

TAT: Tematic Aperception Test

TDF: Teste Desenho da Família

No que concerne a b) intervenção comunitária, no âmbito da promoção de saúde na qual estava integrado o programa de promoção de competências pessoais e sociais com adolescentes com problemas de comportamento, a amostra foi constituída por 10 sujeitos, com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos, pertencentes a uma turma de informática da escola secundária Marquês de Pombal em Lisboa, conforme gráficos apresentados seguidamente.

Gráfico 1

“Distribuição dos participantes por idades”

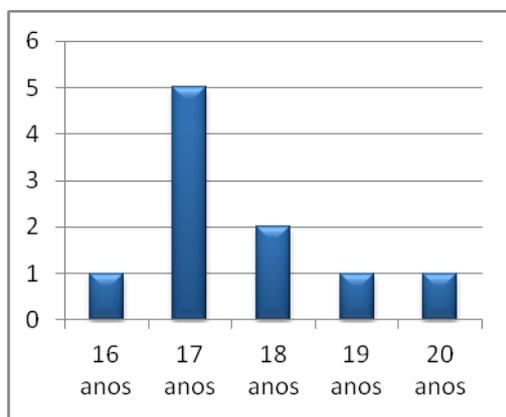
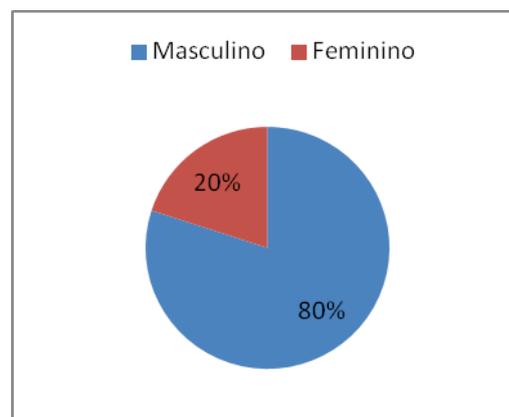


Gráfico 2

“Distribuição dos participantes por género”



Relativamente a c) investigação, a amostra foi constituída por 20 sujeitos com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos de 10 elementos. O grupo 1 foi constituído por oito indivíduos do sexo masculino e dois do sexo feminino e o grupo 2 foi composto exclusivamente por indivíduos do sexo masculino.

Instrumentos

No que diz respeito a a) intervenção clínica, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Observação Clínica

A observação clínica é uma importante técnica de recolha de dados, que permite ao clínico aceder a fenómenos comportamentais significativos do paciente, concedendo-lhes um sentido contextualizado na sua historicidade e dinâmica relacional. A observação clínica, direta e naturalista do discurso, comportamentos, gestos e interações do paciente, auxilia a avaliação psicológica como ferramenta de interpretação, através das múltiplas associações dos dados obtidos (Pediñelli, 1999).

Entrevista Clínica

A entrevista segundo o modelo de Beck, privilegia o questionamento e possibilita o acesso aos domínios de informação diagnóstica e biográfica, motivo do pedido, expectativas do paciente, bem como explorar o funcionamento global, no que diz respeito a antecedentes e atualidade em diversos domínios, nomeadamente: família, educação e relacionamento interpessoal (Leal, 2008).

Matrizes Progressivas de Raven

O teste das matrizes progressivas de Raven, foi criado por J. C. Raven em Inglaterra, em 1936 como medida do fator “g”, com base no referencial teórico de Spearman, foi padronizado na Argentina em 1950 e pode ser aplicado a indivíduos entre os 12 e 65 anos. Consiste num total de 60 provas, distribuídas por 5 séries de 12, de dificuldade crescente tanto de uma série para a seguinte, como de prova para prova dentro da mesma série. Na duas primeiras séries são apresentadas 6 opções e nas seguintes 8 opções, diferindo de si segundo uma determinada regra lógica. O testando deverá induzir por observação sucessiva dos desenhos qual é essa regra, e depois deduzir a opção que se adequa ao espaço em branco (Raven, Raven & Court, 1988, citados por Cunha, 2000).

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Tendo em conta os objetivos das Matrizes Progressivas de Raven, as investigações também permitiram o desenvolvimento de outra escala, conhecida como escala especial considerada mais fácil, para crianças dos 5 anos aos 11 anos, sujeitos com défices intelectuais e idosos, padronizada na Argentina e lançada em 1947 é constituída por 3 séries (A, Ab e B) de 12 itens, com grau de dificuldade crescente. Devido às características da população a quem se destina o material gráfico utilizado é reproduzido a cores (Raven, Raven, & Court, 1988, citados por Cunha, 2000).

CARS - Childhood Autism Rating Scale

A Escala de avaliação para autismo infantil foi desenvolvida por Eric Schopler,

Robert Reichler e Barbara Renner em 1980. A *CARS* é baseada nas definições de autismo apresentadas por Kanner (1943), Creak (1961), Rutter (1978), Ritvo & Freeman (1978) e no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (1980). Avalia o comportamento em 14 domínios geralmente afetados no autismo, mais uma categoria geral de impressão de autismo. Estes 15 itens incluem: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Auxilia na identificação de crianças com autismo, diferenciando autismo leve, moderado ou grave e distingue-as de crianças com dificuldades no desenvolvimento sem autismo. É breve e apropriada para uso em qualquer criança acima de 2 anos de idade. De acordo com o manual da *CARS*, o autismo é caracterizado por um resultado de 30 pontos, numa escala que varia de 15 a 60 pontos, sendo que o intervalo entre 30 e 36,5 é definido como característico de autismo moderado. O que se apresenta entre 37- 60 pontos é definido como autismo grave (Schopler, Reichler, DeVellis & Daly, 1980).

Figura Complexa de Rey

A figura complexa de Rey foi apresentada em 1942 por André Rey e consiste na cópia e, em seguida, reprodução de memória, de um desenho geométrico complexo. A figura não tem um significado evidente, é de fácil realização gráfica, no entanto, a estrutura do conjunto é suficientemente complexa de forma a exigir uma atividade analítica e de organização. Observando a forma como o sujeito copia a figura pode conhecer-se, até certo ponto a sua atividade perceptiva e organização espacial. A reprodução efetuada depois de retirado o modelo dá indicações sobre o grau de fidelidade da memória visual, que, deste modo, se pode comparar com um modo de percepção definido (Rey, 1997).

Bender-Santucci

O teste giestáltico visuomotor, de Lauretta Bender, pode ser aplicado a partir dos 4

anos de idade. Apesar de existirem vários sistemas de pontuação, em 1968 surgiu o sistema de Santucci, sendo um dos mais utilizados com crianças como prova de organização grafo-percetiva. É constituído por 5 cartões compostos por desenhos geométricos, utilizando pontos, linhas retas, curvas e ângulos dispostos numa variedade de relações. A pontuação é atribuída conforme o nível de sucesso de reprodução para a faixa etária considerada. A forma de administração pode ser individual e colectiva, e o tempo de administração é de 15 minutos no máximo (Cunha, 2000).

TDF- Teste do Desenho da Família

O teste do desenho da família é uma prova de fácil aplicação mas de complexa interpretação. Para a sua aplicação são necessárias apenas duas folhas A4 brancas, lápis preto bem afiado e o inquérito, no entanto, também é possível utilizar lápis de cor, sendo possível obter informações complementares. Este teste permite que, através do desenho, o sujeito revele as relações familiares e como são vivenciadas, expressando os seus sentimentos e desejos. Revela os conflitos infantis, os conflitos de rivalidade fraterna, os conflitos edípicos, as tendências e as defesas do ego. A forma como o desenho é desenhado importa quase tanto quanto o resultado final. Isso significa que é necessária a presença do psicólogo durante a realização da prova, mantendo-se próximo da criança, mas sem lhe dar a impressão que a observa, e pronto para dar uma palavra de encorajamento ou uma explicação complementar se a criança assim o solicitar. Deve instruir-se a criança para que imagine uma família e que a desenhe. Após a realização do primeiro desenho, recolhe-se a folha e pede-se que seja desenhada a própria família. Terminado o desenho, o teste não estará concluído. A partir deste momento deve proceder-se à aplicação do inquérito previamente estabelecido. O objetivo deste questionário visa auxiliar a compreensão das vivências e fantasias da criança, bem como as suas identificações conscientes e inconscientes. A interpretação sugere três níveis de análise: o nível gráfico, no qual se deve ter em atenção a amplitude, a força do traço e a zona da folha ocupada pelo desenho. O nível

das estruturas formais, diz respeito à forma como a criança desenha cada uma das figuras em termos de tamanho, proporção, diferenciação sexual e os elementos que o compõem. Ao nível do conteúdo a ênfase é colocada na interpretação dos principais conflitos da criança. Neste nível destaca-se o tipo de família desenhada, valorização ou desvalorização das figuras, distância entre elas, tendências afetivas e o uso da representação simbólica. Outro aspeto a ter em conta aquando a interpretação é verificar se a criança que reproduz a sua própria família o faz baseado no princípio da realidade, ou se inventa uma família imaginária. A comparação de ambos os desenhos (família real e família imaginária) torna-se assim num exercício de grande importância, onde a descoberta de supressões, adições, deformações, entre outras, indicam em que sentido e em que medida as tendências afetivas podem transformar a visão que a criança tem do mundo real (Corman, 1979).

T.A.T.- Thematic Apperception Test

O T.A.T. surgiu em 1935, criado por Henry Murray. Na sua forma original, o T.A.T. era composto por trinta e um cartões com imagens, administradas em duas vezes, podendo ser divididas em séries destinadas, respetivamente aos adultos homens e mulheres e aos rapazes e raparigas com idades superiores a dez anos. Estas imagens representavam personagens de idade e sexo diferentes, colocadas em situações relativamente determinadas mas que deixavam lugar a interpretações, ou ainda paisagens pouco estruturadas, por último um cartão em branco. Em relação a cada um dos cartões o sujeito era convidado a contar uma história, tão rica e dramática quanto possível, que incluísse o passado, o presente e o futuro, bem como os sentimentos das personagens em cena (Shentoub, 1999).

Os encorajamentos, as questões e as apreciações eram autorizadas, para que o sujeito fornecesse o máximo de material significativo. O manual de H. Murray (1943, citado por Shentoub, 1999), previa um inventário muito complexo de vinte “necessidades” do herói da história, reagrupadas em nove rubricas, e também das “pressões” provenientes do meio que entrariam em conflito com essas necessidades. Inicialmente a teoria e método de Murray, alcançaram um grande êxito nos Estados Unidos. Segundo o mesmo autor, as histórias

inventadas pelo sujeito constituíam descrições ligeiramente alteradas da conduta do mesmo na sua vida real. No entanto, este princípio de inspiração behaviorista, revelou-se arbitrário, não levando em conta que o comportamento narrado poderia ser uma elaboração de condutas imaginárias, sendo assim contestado por Bellak (1956), por se afastar dos princípios da teoria psicanalítica e das técnicas projetivas que nela se inspiravam. Bellak afirmava que o método de Murray não tinha em conta os processos que regem o consciente e o inconsciente e as suas relações mútuas, uma vez que, devido a uma espécie de “projeção”, o sujeito atribuiria ao seu “herói”, e às personagens representando o meio; sentimentos, necessidade, tendências e reações características da sua vivência real, não considerando os mecanismos de defesa inconscientes (Cunha, 2000).

Depois de Bellak, surgiram várias abordagens com modificações ao método de Murray. No entanto o método mais recente, e utilizado na interpretação do caso apresentado no presente relatório, é o de Vica Shentoub. Desde 1970, Shentoub e Debray completaram a teoria do processo do T.A.T., propondo uma análise do material, em termos de conteúdo manifesto, tendo em conta os aspetos privilegiados dos conflitos universais e conteúdo latente, tendo em conta o modelo estrutural edipiano. Assim, o sujeito encontra-se numa situação em que, para além de produzir uma história exercendo um controlo consciente, deve conseguir libertar-se desse controlo, permitindo a manifestação de fantasmas inconscientes reativados pelo conteúdo latente do cartão. O método de interpretação da equipa francesa vai caracterizar-se pela abordagem do modo particular do sujeito de conciliar os elementos de controlo consciente e da pressão inconsciente, sem se limitar à classificação nosográfica dos casos patológicos (Cunha, 2000).

Da edição original de trinta e um cartões, apenas dezasseis são propostos, sendo que a apresentação dos cartões deve ser efetuada em função do sexo e idade do sujeito, sem alteração da ordem. A aplicação é feita numa única sessão e a instrução *“Imagine uma história a partir do cartão...”*, é dada no início e não é repetida. É necessário anotar

integralmente o discurso do sujeito, respeitando todas as suas características: as abreviações, reconstruções e as interpretações do clínico devem ser consideradas, as intervenções só devem existir se favorecerem o trabalho associativo pessoal do sujeito. Através da sua análise acedem-se aos diversos registos conflituais e problemáticas que especificam cada sujeito, em termos da relação consigo e com o outro (Shentoub, 1999).

CAT - A - Children Aperception Thematic - Animals

O CAT-A é um teste projetivo e perceptivo que enquadra a personalidade da criança analisando o significado dinâmico das suas respostas aos estímulos padronizados. Descende do teste de Apercepção Temática (T.A.T) de Henry Murray, tendo sido as figuras humanas substituídas por animais para uma melhor adesão e identificação das crianças ao teste. Accede prioritariamente às dinâmicas das relações interpessoais, aos impulsos e às defesas permitindo aceder ao conteúdo manifesto e /ou latente. É constituído por 10 cartões com imagens a preto e branco, onde estão representados animais familiares e selvagens.

Pode ser aplicado a crianças entre os 3 e os 10 anos. O psicólogo deve tentar desconstruir a criança esclarecendo que não há respostas certas nem erradas, seguidamente a instrução é “*Vais contar uma história sobre estas imagens e deves dizer o que vai acontecendo, o que estão os animais a fazer*” (Boekholt, 2000).

MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory

O MMPI é um inventário de personalidade composto por 550 itens, divididos em 10 escalas clínicas e aplicado a sujeitos a partir dos 16 anos. A aplicação pode ser individual ou coletiva, sempre auto-administrada. Não existe limite de tempo. A primeira edição do MMPI na íntegra saiu em 1943, a 10ª escala foi acrescentada na segunda edição em 1946, aparecendo numa forma revista em 1951 (Cunha, 2000).

Toulouse - Piéron

Esta prova pretende avaliar a atenção voluntária permanente, ou seja a capacidade de concentração, o rendimento de trabalho e a resistência à fadiga. A prova é impressa numa folha A3 e apresenta 40 linhas com 40 figuras em cada linha. As figuras distinguem-se umas

das outras pela orientação do traço exterior, ou seja cada quadrado orienta-se para uma das 8 orientações da rosa dos ventos. A sua aplicação pode ser individual ou coletiva e o tempo de aplicação são 10 minutos.

No que diz respeito a b) intervenção comunitária, e c) investigação, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Programa de promoção de competências pessoais e sociais

O programa é composto por 14 sessões e tem como objetivo trabalhar as dimensões afetivas ao autoconhecimento, às emoções e assertividade, respetivamente. Apresenta como principal objetivo promover algumas das competências pessoais e sociais fundamentais, que ajudem os sujeitos nos seus processos de socialização, e na otimização da sua capacidade para escolherem estilos de vida saudáveis.

Escala de ajustamento social em banda desenhada

A escala de ajustamento social foi utilizada na primeira sessão (pré-teste) e na última sessão (pós-teste) do programa. Esta escala é um instrumento construído e desenvolvido pela Aventura Social/FMH (Matos, 2005) com o objetivo de verificar o tipo de respostas comportamentais dos indivíduos perante situações do dia a dia. É uma banda desenhada com 14 situações que comportam 3 dimensões de relacionamento interpessoal, respetivamente, família (questões 6, 12, 13, 14), amigos (questões 2, 4, 5, 8, 9) e sociedade (questões 1, 3, 7, 10, 11). Para cada questão são dadas três possibilidades de resposta, as quais remetem para cada um dos principais comportamentos sociais: passivo, agressivo ou assertivo.

Registo de observador participante

Como forma de recolher dados qualitativos ao longo das sessões foi efetuado um registo de comportamento dos alunos, sessão a sessão, de forma a identificar as alterações ao longo do programa.

Questionário para avaliação da eficácia e satisfação com o programa

Constituído por 6 perguntas, de escolha múltipla ou resposta breve, permite efetuar uma análise qualitativa dos resultados do programa.

Procedimentos

No que diz respeito a a) intervenção clínica efetuada no GAPPS, o procedimento passou por uma triagem inicial, efetuada pela psicóloga/supervisora técnica do GAPPS, e, de seguida, os utentes foram encaminhados para um psicólogo ao serviço do gabinete. A terapia de apoio foi realizada recorrendo às técnicas de entrevista clínica do tipo semi diretivo, e à observação clínica. Inicialmente a entrevista teve como finalidade a recolha dos dados anamnésicos, tendo depois desempenhado as funções diagnóstica e terapêutica. A observação clínica visou a recolha de dados dos utentes tais como: a imagem, a postura, comportamento verbal e não verbal (gestos, motivação/interesse nas sessões). A análise dos casos clínicos foi realizada através do método estudo de caso.

No que diz respeito ao caso A, a primeira consulta foi realizada com a mãe, o padrasto e a criança. Foi efetuada a avaliação do motivo do pedido, a entrevista de recolha de dados anamnésicos, contexto de vida atual, dinâmica familiar, contexto escolar e socialização. A segunda consulta foi efetuada apenas com a criança com o objetivo de estabelecer a relação terapêutica e esclarecer sobre a avaliação psicológica a decorrer nas duas sessões seguintes. A quinta sessão foi realizada com a mãe e o padrasto, com vista à devolução dos resultados da avaliação psicológica.

Depois de algumas sessões de acompanhamento com a criança, foi marcada uma consulta com os pais com os seguintes objetivos: a) obtenção de informação acerca da evolução do processo terapêutico; b) solicitação de avaliação por parte da professora da criança (anexo A); c) esclarecimentos /sugestões aos pais sobre estratégias com vista ao bem estar sócio emocional da criança. Nesta sessão foi solicitado pela mãe, a pedido da professora/escola, um relatório de avaliação psicológica (anexo B).

No que diz respeito ao caso B, na primeira consulta foi efetuada a avaliação do motivo do pedido a entrevista de recolha de dados anamnésicos, contexto de vida atual, motivação e expectativas para o apoio. Nas duas sessões seguintes procedeu-se à aplicação dos testes psicológicos, na quarta sessão a devolução dos resultados à paciente, e, em seguida, iniciaram-se as sessões de acompanhamento.

No que concerne a b) intervenção comunitária, no âmbito da promoção de saúde, a turma sobre a qual incidiu o programa de promoção de competências pessoais e sociais (Anexo G), foi selecionada pela psicóloga da escola, por ser constituída por adolescentes com problemas de comportamento.

O programa decorreu ao longo de 14 sessões semanais com duração de 50 minutos no período correspondido entre 6 de Dezembro de 2012 e 16 de Abril de 2013, sendo o mesmo dividido em três módulos: Autoconhecimento, Emoções e Assertividade, trabalhados através de um conjunto de dinâmicas que tinham como principal objetivo promover competências pessoais e sociais nos adolescentes, que permitissem desenvolver o autoconhecimento e o relacionamento interpessoal, assumindo, desta forma, um carácter preventivo na adoção de comportamentos desviantes.

Relativamente a c) investigação, após a implementação do programa de promoção de competências pessoais e sociais foi construída uma base de dados em SPSS e posterior inserção e tratamento dos mesmos, seguidamente foi efetuada a análise dos resultados e elaborado um artigo de carácter científico com os resultados da implementação do programa, (Anexo H). A análise foi efetuada pela comparação de resultados dos dois grupos, sendo que o Grupo 1 beneficiou de 14 sessões e o Grupo 2, de 8 sessões.

Outras atividades desenvolvidas

- Apresentação de uma comunicação em formato poster com o título “Programa de Competências Pessoais e Sociais” no IV Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente que se realizou na Universidade Lusíada de Lisboa, nos dias 10 e 11 Abril de 2013 (Anexo I).
- Colaboração no planeamento, dinamização e implementação do *Open Day* realizado na Universidade Lusíada de Lisboa, no dia 21 Maio de 2013 (Anexo J).

Tabela 2

“ Atividades desenvolvidas/carga horária “

Atividades desenvolvidas	Carga Horária
Intervenção Clínica	205 h
Intervenção Comunitária	72 h
Investigação Científica	29 h
Programa de Competência Pessoais e Sociais / Manual	42 h
Reuniões GAPPS	34 h
Poster	8 h
<i>Open Day</i>	13 h
Relatório	210 h
Total	613 h

Discussão.

A nível qualitativo pode constatar-se que foram encontradas diferenças significativas relativamente ao comportamento e à reatividade ao programa ao longo das sessões.

Os participantes manifestaram um interesse progressivo pelas temáticas abordadas, envolvendo-se nos assuntos expostos, de forma cada vez mais ativa. A vertente abordada por Caccioppo (2002), relativamente à importância das competências apresentadas na formação e desenvolvimento de relações, foi essencial no estabelecimento empático que se concretizou na progressividade do interesse e empenho dos alunos pelas dinâmicas propostas. Estando também em consonância com o previamente estabelecido por Bandura (1976), relativamente ao papel da modelação no adquirir destas competências. Foi importante trabalhar a gestão das emoções (Moreira, 2008), traduzindo-se numa alteração significativa na participação destas sessões, depois desenvolvida no módulo da assertividade. Havendo assim menos conversas paralelas, mais estruturação de ideias nas intervenções dos participantes, e sentido de grupo, verificando-se a dialética proposta por Beauchamp e Anderson (2010), na relação entre o ambiente, neste caso, estabelecido ao longo das sessões e a reatividade a estas, demonstrando assim as ideias de Barroso (2011) relativamente ao papel da escola na fomentação destes programas.

De acordo com a análise de resultados, pode então concluir-se que, ao nível qualitativo verificou-se uma maior consciencialização de si e dos outros, assim como da assertividade que permite respeitar os outros, fazendo valer os seus próprios direitos. Desta forma, pode dizer-se que o objetivo inicialmente proposto de consciencializar jovens relativamente a algumas temáticas, minimizando os fatores de risco e aumentando os de proteção parece ter sido conseguido, devido ao crescente envolvimento demonstrado nas dinâmicas e debates propostos, sugerindo que a intervenção foi eficaz.

Investigação

No que diz respeito a c) investigação, a nível quantitativo foi visível uma percentagem substancial de respostas assumirem uma opção mais assertiva no pós-teste, relativamente aos dados obtidos no pré-teste, no Grupo 1. No caso do Grupo 2 assistiu-se a um acréscimo de respostas agressivas e uma diminuição das respostas passivas, que poderá estar relacionado com o menor número de sessões praticadas, conforme tabela que se segue:

Tabela 4
Resultados globais do Grupo 1 e do Grupo 2 nas medidas de Pré e Pós-Teste

Grupo de Pertença/ Tipo de resposta	Pré-teste	Pós-teste
Grupo 1	Agressivas	4%
	Assertivas	80%
	Passivas	16%
Grupo 2	Agressivas	21%
	Assertivas	63%
	Passivas	16%

Os resultados qualitativos indicam em ambos os grupos que os alunos manifestaram um interesse progressivo pelas temáticas abordadas, envolvendo-se nos assuntos expostos, de forma cada vez mais ativa.

Conclusão

Os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, tendo sido desenvolvidas atividades nas três áreas, nomeadamente: a) intervenção clínica, b) intervenção na comunidade, no âmbito da promoção de saúde e c) investigação.

De um modo geral esta experiência revelou-se fundamental, contribuindo para compreender como é abrangente a intervenção do psicólogo clínico e a sua importância no gabinete de aconselhamento psicológico e promoção de saúde integrado em equipa multidisciplinar numa universidade.

O desenvolvimento deste trabalho implicou a pesquisa permanente de literatura, na

tentativa de compreender e fundamentar as intervenções. No que diz respeito à intervenção clínica, a terapia de apoio com recurso a técnicas predominantemente cognitivas pareceu revelar-se eficaz nos dois casos clínicos, foi igualmente importante conhecer a dinâmica familiar e as práticas parentais, acabando estas por desempenhar um papel importante na compreensão dos padrões de afeto e comportamento dos pacientes.

A aplicação de provas psicológicas, em conjunto com as restantes técnicas de recolha de dados permitiram fundamentar as hipóteses diagnósticas, ainda que, em nenhum dos casos se tenham verificado todos os critérios para constituição de uma perturbação segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), existiam algumas problemáticas que estariam a afetar o funcionamento dos pacientes.

No que diz respeito à intervenção na comunidade no âmbito da promoção de saúde, o programa de promoção de competências pessoais e sociais com adolescentes com problemas de comportamento implementado na escola que frequentavam, sugeriu resultados positivos face aos objetivos propostos. A intervenção com ênfase nos aspetos preventivos teve como principais objetivos promover o desenvolvimento pessoal e prevenir comportamentos de risco. Face à análise dos resultados, é reforçada a importância de intervenções de carácter preventivo, e, em particular, com adolescentes, que devido à fase em que se encontram, apresentam maior propensão para adoptarem comportamentos de risco. Da mesma forma, destaca-se o papel fundamental do psicólogo clínico no acompanhamento deste tipo de programas, tendo em conta as dimensões que trabalham.

Neste contexto, destaca-se também a importância do psicólogo como investigador, trabalhando no sentido de criar metodologias de intervenção comunitária de carácter preventivo e de identificar os determinantes psicológicos de mudanças de comportamentos.

Reflexão final

Considero que estes dez meses de estágio foram vividos com uma grande intensidade emocional, permitindo-me desenvolver novas competências que se revelaram mais valias ao nível do crescimento pessoal e profissional. A capacidade de análise e reflexão foram trabalhadas, o que me permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos.

No que diz respeito ao local de estágio, este, tornou-se de facto fundamental, pela diversidade de áreas com as quais me permitiu contactar. O contacto com a prática clínica, através do acompanhamento a pacientes de diversas faixas etárias e da avaliação psicológica promoveram a articulação entre a teoria e a prática e tornaram-se um desafio muito gratificante, incentivando-me numa busca constante de querer saber mais para poder fazer melhor.

No que diz respeito à intervenção com adolescentes e durante o contacto com os mesmos, deparei-me com os problemas inerentes à realidade escolar e à própria sociedade que por vezes não facilitam as mudanças que o adolescente atravessa e a capacidade de decisão que lhe é exigida. O contacto com alguns professores permitiu-me perceber que por vezes esta profissão se torna extremamente desgastante e pouco gratificante, associada a uma atitude de distanciamento e desinteresse por parte dos pais, acaba por, inevitavelmente, ter repercussões ao nível do desenvolvimento pessoal e social dos jovens. Estes aspetos, acentuam a importância da intervenção do psicólogo clínico junto dos adolescentes, de forma a ajudá-los a promoverem as suas capacidades pessoais e relacionais e, junto dos professores e encarregados de educação, tendo em vista capacitá-los para fazerem face a algumas situações de difícil resolução.

Pessoalmente, considero que esta experiência foi de facto muito enriquecedora, permitindo-me constatar que, para além da incorporação de conhecimentos teóricos, é necessário compreender os valores, bem como a adequação e os limites envolvidos no exercício profissional, e refletir sobre a imensa responsabilidade ao assumir o privilégio que

é *ser psicólogo*. Ter capacidade para ouvir sem julgar, perceber o mundo do paciente através dos seus olhos, retirando o melhor de mim para compreender, fortalecer ou aliviar, tendo sempre a consciência do peso das minhas palavras.

Perfeitamente ciente do longo percurso de aprendizagem que me espera, este primeiro “confronto” com a prática foi extremamente enriquecedor, para isso, contribuiu também o facto de ter tido o privilégio de contactar e aprender com profissionais competentes que me motivaram e inspiraram de forma tão positiva.

Referências

- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.), texto revisto. Lisboa: Climepsi.
- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Barroso, F. (2011). Interação Família-Escola: Uma Relação no Feminino-Problemática da Formação Inicial dos Professores. *Libro de Actas do XI Congresso Galego-Português de Psicopedagogia*, pp 26-39.
- Beauchamp, M., & Anderson, V. (2010). Social: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136, 39-64.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva-teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Becoña, I. (2001). *Bases Teóricas que Sustentan los Programas de Prevención de Drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi
- Bion, W. (1991). *O Aprender coma experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988)
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969)
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1979)
- Bowlby, J. (1998). *Apego e perda, Vol. 2. Separação: angustia e raiva* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973)

- Brazelton, T., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T., & Greenspan S. (2002). *A criança e o seu mundo*. Lisboa: Presença.
- Cacioppo, J. (2002). Social neuroscience: understanding the pieces fosters understanding the whole and vice versa. *American Psychologist*, 57, 819-31.
- Canavarro, M. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto.
- Ciccione, A. (2000) *Observação Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Chbani, H., & Pérez-Sanchez, M. (1998). *O quotidiano e o inconsciente. O que se observa torna-se mente*. Lisboa: Climepsi.
- Coll, C., Marchesi, A., Palácios, J., & cols. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação*. (Vol. 1). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A., & Cols (2008). *Psicoterapias: Abordagens Actuais*. (3ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Corman, L. (1979). *O teste do desenho da família*. São Paulo: Mestre Jou.
- Cunha, J. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. São Paulo: Artmed.
- Decreto – Lei 241/94, de 22 de Setembro de 1994 (1994). *Dispõe da alteração ao decreto-lei nº 414/91, de 22 de Outubro*. Retirado de <http://www.dre.pt/pdf1s/1994/09/220A00/56715673.pdf>
- Dias, G. (2006). Aconselhamento psicológico a jovens do ensino superior: uma abordagem psicodinâmica e desenvolvimentista. *Análise psicológica*, 1 (24), 39-50.
- Dias, G., & Fontaine, A. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Dias, C., Cruz, J., & Danish, S. (2001). O desporto como contexto para a aprendizagem e ensino de competências de vida: Programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 1 (19), 157- 170.

- Dobson, K. & Dozois, D. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In Dobson, K. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.) (pp3-38). New York: The Guilford Press.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Erikson, E. (1987). *Infância e Sociedade*. (2ªed.) Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática de clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Friedberg, R., McClure, J., & Garcia, M. (2011). *Terapia cognitiva para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Gaspar, T. (2008). Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto socio-económico e do estatuto migrante. *Análise Psicológica*, 2 (26), 265-279.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2011). *Psicologia* (9ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, M.; Simões, M.; Almeida, L. & Machado, C. (2003). *Avaliação Psicológica-Instrumentos Validados para a população portuguesa*. Lisboa: Quarteto.
- Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. (3ªed). Porto: Afrontamento.
- Guillevic, C. & Vautier, S. (2001). *Diagnóstico e testes psicológicos*. Lisboa: Climepsi.
- Harris, M. (1983). *Thinking about infants and young children* (2ª ed.). Perthshire Clunie Press.
- Hawkins, J.; Catalano, R., & Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (52), 511-524.
- Klaus, M. & Klaus, P. (1989), *O surpreendente recém nascido*, Porto Alegre: Artmed.

- Klein, M. (1986). “Algumas conclusões teóricas acerca da vida emocional do Bebê”, in Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., Riviere, J., *Os progressos da psicanálise* (2ª ed.), pp 214-255, Rio de Janeiro: Imago.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e Pesquisa da terapia cognitiva. *Revista brasileira psiquiátrica*, 30 (sup II), 54-64.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: Ispa.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista psicológica. Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leahy, R. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Lei nº 57/2008, de 4 Setembro de 2008 (2008). *Cria a ordem dos psicólogos portugueses e aprova os seus estatutos*. Retirado de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lei_57_2008_de_4_de_setembro.pdf.
- Machado, P., Verissimo, M., Torres, N., Perceguina, I., Santos, A., & Rolão, T. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Análise Psicológica*, 3(26),463-478.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artmed.
- Malapique, C. (2010). *Pais/filhos em consulta psicoterapêutica* (2ª ed). Lisboa: Afrontamento.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica* 1(21), 85-94.
- Marques, M. (1999). *A psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, M. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. (3ªed.).Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PPES.

- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: Edição IRS – MJ.
- Moreira, N. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, P. (2001). *Para uma Prevenção que Previna*. Coimbra: Quarteto.
- Negreiros, J. (1998). *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos Jovens*. Braga: Radicário.
- Page, A., & Stitzke, W. (2006). *Clinical psychology for trainees*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A., Castanheira, H., Melo, A., Ferreira, A., & Vagos, P. (2010). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: modelos e práticas*. In *I Congr. Nacional RESAPES-AP*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Edição em CD Rom (ISBN: 978-972-789-311-9).
- Pinheiro, M. (2003). *Uma época especial: Suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Tese de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Rangé, B., & Sousa, C. (2008). *Terapia Cognitiva*. In A. Cordioli (org.) *Psicoterapias: abordagens atuais*, (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- RESAPES (2002). *Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior. A situação dos Serviços de aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal*. Lisboa: Fim de Século.
- Relvas, A., Alarcão, M., & Sá, E. (1997). “A complementaridade das Competências mãe-bebé” In E. Sá, *A maternidade e o bebé* (pp11-20). Lisboa: Fim de Século.
- Rey, A. (1999). *Manual: Figuras Complexas de Rey*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). *Psicologia clínica da saúde. Análise psicológica*, 4 (14), 589-599
- Sá, E. (1993). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de Século.

- Sá, E. (1995). *Más Maneiras de Sermos Bons Pais*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (1999). *Manual de Instruções Para uma Família Feliz*. Lisboa: Fim de Século.
- Santos, T., & Gaspar, T. (2010). GAPPS – *Relatório de Actividades 2009/2010*. Manuscrito não publicado, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada de Lisboa.
- Santos, T; Albergaria, F. & Gaspar, T. (2011). GAPPS – *Relatório de Actividades 2010/2011*. Manuscrito não publicado, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada de Lisboa.
- Schaffer, H. (1996). *Desenvolvimento social da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Schopler E., Reichler R., DeVellis, R., & Daly, K. (1980). "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)". *J Autism Dev Disord*, 10 (1), 91–103.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2006). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: pontes e alçapões.*: Politécnica - Associação dos Institutos Politécnicos do Centro.
- Shentoub, V., & Cols. (1999). *Manual de Utilização do T.A.T*. Lisboa: Climepsi.
- Soares, C. (2012). *Género, afectos e poderes: Representações sociais em crianças do ensino básico*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Spitz, R. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (1999). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade o panorama da psicoterapia pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 4 (8): 389-398.

- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Teixeira, J. (2000). Psicologia da saúde em Portugal. In Trindade, I. & Teixeira, J., *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 11-22). Lisboa: Climepsi.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3 (22), 441-448.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise psicológica*, 3 (17), 569-576.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1 (18), 3-14.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.(1990). *O ambiente e os processos de maturação* (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1979)
- Winnicott, D. (1993). *Da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1997). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. (2012). *A criança e o seu mundo*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: LTC (Obra original publicada em 1964)

ANEXOS