



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

João Paulo da Costa Machado Carvalho

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2015



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: ACeS do Grande Porto,
Santo Tirso/Trofa

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

João Paulo da Costa Machado Carvalho

Sob a Orientação da Prof^a Doutora **Eleonora
Cunha Veiga Costa**

Resumo:

Este relatório, traduz todo o processo do estágio curricular do 2º ciclo do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Filosofia/Ciência Sociais de Braga. Esta etapa, tornou real a sua prática, proporcionando o desenvolvimento de competências profissionais, conforme o regulamento dos estágios. Este desenvolvimento prático, realizou-se no ACeS do Grande Porto I, um agrupamento de Centros de Saúde que presta Cuidados de Saúde Primários à população dos municípios de S. Tirso e Trofa. Foram levadas a cabo atividades de intervenção em grupo: ações de formação, programas e projetos de intervenção, programas de educação na saúde e de sensibilização de profissionais. Na intervenção individual, as práticas clínicas de psicologia, englobam observação, avaliação e intervenção/acompanhamento psicológico. O relatório divide-se em cinco partes que abordam: na primeira, a descrição do contexto do ACeS do Grande Porto I; na segunda, são reveladas as atividades desenvolvidas, para além de dois exemplos práticos; na terceira parte, são descritas as atividades em grupo: programas de formação, projetos de intervenção e ações de sensibilização dos profissionais de saúde; na quarta, é exibida a formação recebida sobre birras; na última parte é apresentado o estudo de caso. O presente documento, fecha com uma reflexão pessoal.

Palavras-chave: Estágio curricular; Psicologia Clínica e da saúde; cuidados de saúde primários.

Abstract

This report, translates the whole process of curricular training of the 2nd cycle of Masters in Clinical Psychology and health of the Philosophy Faculty/Social Science of Braga. This step, became real its practice, providing the development of professional skills, as the regulation of the stages. This practical development, was held in the ACeS of Grande Porto I, a grouping of health centers providing primary health care to the population of the municipalities of S. Tirso and Trofa. This report, translates the whole process of curricular training of the 2nd cycle of were carried out activities in intervention group: actions for training, programs and projects of intervention, education programs on health and awareness of professionals. In the individual intervention, the clinical practices of psychology encompass observation, assessment and intervention psychological monitoring. The report is divided into five parts that address: in the first, the description of the context of ACeS Grande Porto I; in the second, are revealed the activities developed, in addition to two practical examples; in the third part, are described in group activities: training programs, intervention projects and actions of the awareness of health professionals; in the fourth, appears the training received on tantrums; in the latter part is presented the case study. The present document closes with a personal reflection.

Keywords: Internship; Clinical psychology and health; primary health care.

Índice

	Página
Resumo/Abstract.....	I
Índice.....	II
Lista de acrónimos.....	III
Lista de anexos.....	V
Introdução	1
1. Contextualização do ACeS Grande Porto I Santo Tirso/Trofa	
1.1 – Caracterização do contexto Institucional/Organizacional	2
1.2 – O serviço de Psicologia	4
1.3 – O Psicólogo Clínico e da Saúde nos Cuidados de Saúde Primários.....	5
2. Caracterização das atividades desenvolvidas durante o estágio	
2.1.Caraterização das atividades de observação, avaliação e intervenção.....	6
2.1.1 Observação.....	7
2.1.2 Avaliação psicológica	7
2.1.3.Intervenção individual	9
2.1.3.1 Caso 1 – E.....	9
2.1.3.2 Caso 2 – PR.....	17
3. Intervenções em grupo	
3.1 Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar – PASSE.....	24
3.2 Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - “Os Jovens e a Sexualidade”...	26
3.3 Projeto de Intervenção em grupo “Mais olhos que barriga”.....	28
3.4 Ação de sensibilização: Gestão de conflitos nos profissionais de saúde”.....	29
4. Formação “Birras: promover a parentalidade”	30
5. Estudo de caso – LS	30
Reflexão pessoal.....	38
Referências bibliográficas	
Anexos	

Lista dos acrónimos

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde
AE – Agrupamento de Escolas
AM – Área Metropolitana
APA – Associação de Psicólogos Americanos
ARSN – Administração Regional do Norte, IP
AS – Assistente social
BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos
BDI – Inventário da Depressão de Beck
CA – Cobertura Assistencial
CP – Consulta Psicológica
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CS – Cuidados de Saúde
CSs – Centro de Saúde.
DGS – Direção Geral da Saúde
DREN – Direção Regional da Educação do Norte
DSP – Departamento de Saúde Pública
DSM 5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, versão 5
EADS-C-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças
GC – Gabinete do Cidadão
MF – Médico de Família
MMPI 2 – Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota 2
MS – Ministério da Saúde
NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial
OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
PA – Plano de Ação
PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PCS – Psicologia Clínica e da Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
PSQI – Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
SASU – Serviço de Atendimento a Situações de Emergência
SCICA – Entrevista clínica semiestruturada para crianças e adolescentes

SLC-90-R – *Symptom Checklist-90-Revised*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP – Serviço de Psicologia

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

US – Unidades de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Lista dos Anexos

Anexo 1 – Relatório enviado

Anexo 2 – Ficha de encaminhamento médico E

Anexo 3 – Desenho Livre do utente E

Anexo 4 – Desenho da Família do utente E

Anexo 5 – Instrumento “EADS-C-21”

Anexo 6 – Resultados obtidos no “EADS-C-21” do utente E

Anexo 7 – Avaliação trimestral escolar – 2.º Período

Anexo 8 – Avaliação final do 3.º ciclo

Anexo 9 – Ficha de encaminhamento médico PR

Anexo 10 – Instrumento “PSQI”

Anexo 11 – Relatório dos resultados obtidos no “PSQI” pelo utente PR

Anexo 12 – Programa de intervenção em grupo “PASSE”

Anexo 13 – Programa de intervenção em grupo “Os Jovens e a Sexualidade” (PNSE):
Apresentação em power point

Anexo 14 – Questionário de avaliação do programa de intervenção em grupo “Os Jovens e a Sexualidade” (PNSE)

Anexo 15 – Resultados do inquérito do programa “Os Jovens e a Sexualidade” (PNSE)

Anexo 16 – Projeto de intervenção em grupo “Mais olhos que a Barriga” – Apresentação do programa

Anexo 17 – Descrição das sessões e das atividades do projeto de intervenção em grupo “Mais olhos que a Barriga”

Anexo 18 – Programa de sensibilização de profissionais “Gestão de conflitos nos profissionais de saúde” – Apresentação em power point

Anexo 19 – Ação de formação: “Birras: promover a parentalidade” – Informação

Anexo 20 – Ficha de encaminhamento médico LS

Anexo 21 – Instrumento SLC 90 R, realizado pelo utente LS

Anexo 22 – Resultados obtidos no SLC 90 R do utente LS

Introdução

O relatório que se segue foi realizado no âmbito do 2.º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais de Braga da Universidade Católica Portuguesa, supervisionado pela Professora Eleonora Costa e orientado pela Doutora Piedade Vieitas. O objetivo da realização do presente documento é descrever e analisar todas as atividades planificadas e desenvolvidas, ao longo do período de estágio curricular, executadas na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACeS) do Grande Porto I, Santo Tirso/Trofa que pertence à Administração Regional da Saúde do Norte, IP (ARSN).

Para que o estágio e o presente relatório pudessem ser concretizados, foram imprescindíveis e fundamentais a aquisição de toda a componente teórica e de todas as competências ao longo do processo académico. Como o pretendido foi consumir e o encerrar de um ciclo, em *ad continuum*, bastante intenso enquanto processo de aprendizagem, com especificidades muito reais como o contato direto com os pacientes e com as suas necessidades. Face aos objetivos, a aquisição e o treino das competências profissionais, revelaram-se fundamentais no desenvolvimento de técnicas de avaliação, de diagnóstico e de intervenção, assim como em termos pessoais, contribuíram para a evolução e para uma presença mais capaz, na “gestão do risco, a satisfação dos utentes e o desenvolvimento de competências profissionais, implicando um esforço conjunto da equipa” (Biscaia, 2006, p.73).

O relatório divide-se em cinco partes: a primeira, onde foi descrito o contexto da instituição/organização do ACeS; a segunda, onde constam descritas as atividades desenvolvidas durante o estágio, a observação, a avaliação e a intervenção individual, com o desenvolvimento de dois casos como exemplo: o do E e do PR; na terceira parte, são descritas, desde a conceção, à planificação e/ou à implementação, as atividades de intervenção em grupo, de programas de intervenção em grupo: os programas de intervenção e projetos de intervenção em grupo, além de uma ação de sensibilização para profissionais sobre a gestão de conflitos; na quarta parte, está descrita a ação formação frequentada sobre birras e os desenvolvimento de competências parentais; finalmente, a apresentação do estudo de caso.

O presente, fecha com uma reflexão pessoal sobre o estágio: as expectativas, o crescimento pessoal e algumas das dificuldades sentidas.

1. O contexto do ACeS do Grande Porto I, Santo Tirso/Trofa:

1.1 Caracterização do contexto institucional

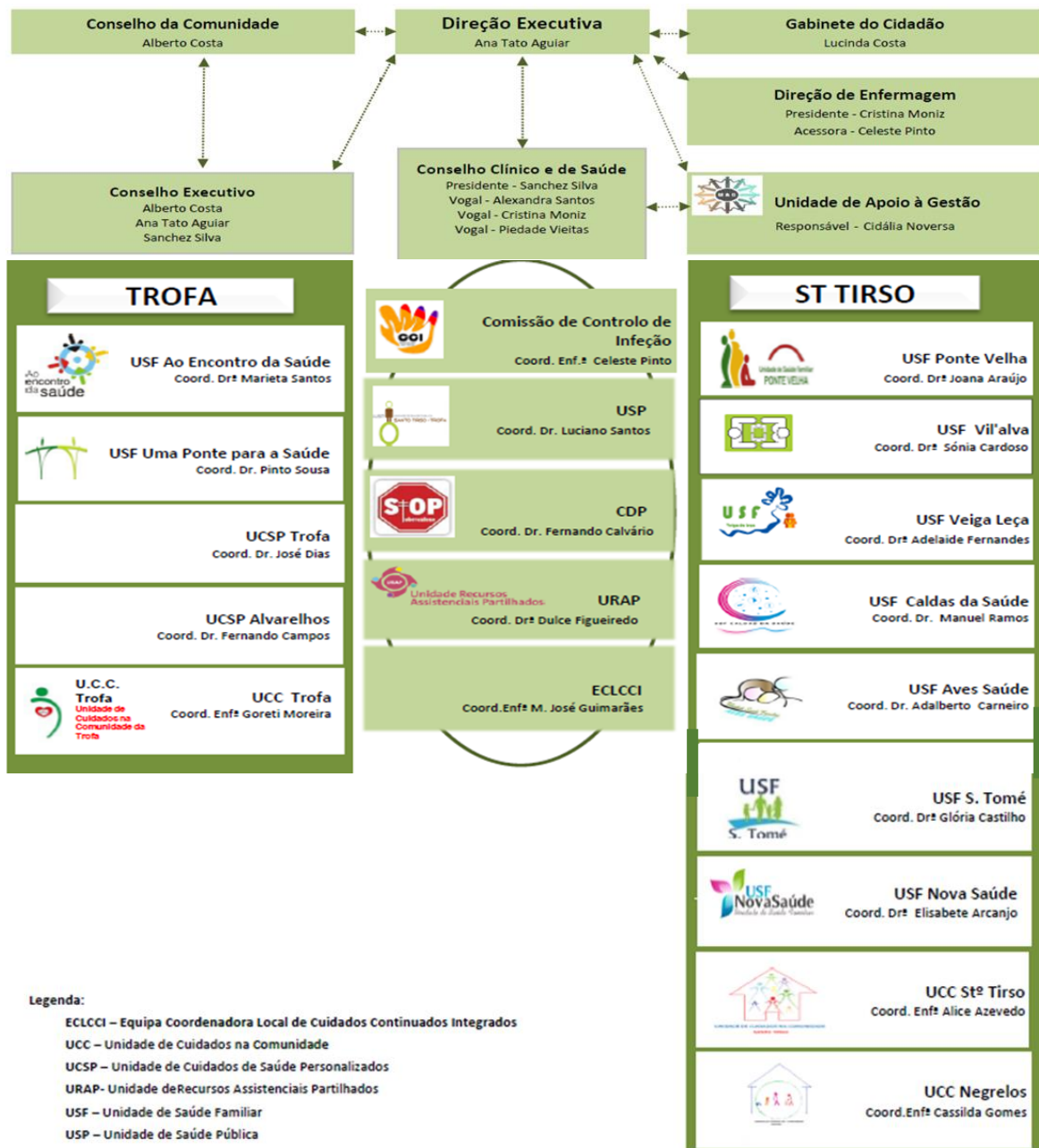
Situados no Norte de Portugal, Santo Tirso e Trofa, são concelhos situados entre o Grande Porto, o Tâmega e o Ave, pertencem ao distrito do Porto e integram-se na Nomenclatura de Unidade Territorial (NUT) III do Ave. Os dois concelhos detêm características da Área Metropolitana (AM), dada a proximidade ao Porto, e inserem-se no ambiente da ruralidade característica do Vale do Ave.

O ACeS do Grande Porto I de Santo Tirso, localiza-se em Santo Tirso e está sediado, na Rua do Jornal de Santo Tirso, nas atuais instalações, desde outubro de 2001. Com uma área de abrangência de 212 Km², o ACeS tem 118500 inscritos que pertencem aos dois concelhos, Santo Tirso e da Trofa. O número de inscritos, traduz uma taxa de 98% de Cobertura Assistencial (CA) e, segundo o relatório do ACeS, realizado em 2013, a “acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde, através do seu médico e enfermeiro de família, determina a melhoria do desempenho assistencial, a racionalização da prescrição terapêutica e prescrição de meios complementares de diagnóstico, bem como o aumento da sua satisfação” (ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa, 2014, p. 5). Enquanto organismo de prestação de CSP, este pertence ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em termos orgânicos e funcionais depende da ARSN. “O Observatório Português dos Sistemas de Saúde acompanhou a reorganização dos cuidados de saúde primários e considerou-a um contributo importante para a obtenção de ganhos em saúde” (OPSS, 2008 citado por Ferreira, Antunes & Portugal, 2010, p. 12).

A organização funcional dos ACeS, conforme a legislação específica, o Dec. Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Constituíram-se serviços de saúde autónomos, administrativamente, constituídos por várias Unidades Funcionais (UF) e podem integrar um ou vários Centros de Saúde (CSs’s). Em termos de Cuidados de Saúde (CS), o ACeS do Grande Porto I é constituído por três CSs (ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa, 2014): o de Santo Tirso, da Trofa e de Negrelos. O CSs de Santo Tirso, engloba quatro Unidades de Saúde Familiar (USF): a USF Vil`Alva, a USF Ponte Velha, a USF Veiga de Leça e a USF Caldas da Saúde. A principal função é a prestação de CS aos utentes, recorrendo a uma equipa multidisciplinar de profissionais. Segundo a mesma legislação, os ACeS são também compostos por diversas UF’. No caso do ACeS de Santo Tirso/Trofa possui no total 17. Para além das USF, também se apontam as Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de

Saúde Pública (USP), a URAP, Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Gabinete do Cidadão (GC), Serviço de Atendimento a Situações de Emergência (SASU). O Serviço de Psicologia (SP) está integrado na URAP, criada em 2013, com os seguintes objetivos: melhorar o estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, prestar de serviços de consultoria e assistenciais às UF's do ACeS e operacionalizar as ligações funcionais aos serviços hospitalares, bem como a outros campos de intervenção e diversidade de competências, legalmente atribuídas como a formação e a investigação.

Quadro 1 – Organograma do ACeS Grande Porto I Santo Tirso/Trofa



1.2 O serviço de psicologia

Integrado na URAP, o SP funciona no CSs de Santo Tirso e é Coordenado pela Psicóloga Clínica, a Dra. Piedade Vieitas. Como funções do SP, apontam-se: a prestação de serviços de avaliação, acompanhamento e intervenção psicológica. A prioridade de atendimento, enquadra-se no Plano Nacional de Saúde (PNS), bem como no Plano de Ação (PA) do ACeS (ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa, 2014). Os recursos existentes, identificados na rede de saúde e, concomitantemente, são usados para implementar medidas articuladas com os vários sistemas, otimizando-os e evitando a sua sobreposição.

Ao psicólogo e/ou ao estagiário de Psicologia Clínica e da Saúde (PCS), cabem a gestão da agenda na marcação das consultas individuais, podendo o tempo de espera variar, em função da urgência. Para tal, a colaboração do funcionário administrativo adstrito à URAP mostrou-se muito útil. A assiduidade dos utentes à CP, foi alta. Aconteceram alterações, face aos pedidos e de acordo com o caso clínico. As sessões de intervenção individual tiveram uma periodicidade variada: semanal, na maioria dos casos e de uma forma geral; quinzenal quando a intervenção e o acompanhamento o exigiram; e com prazos mais alargados, quando se tratou de seguimento. Relativamente à duração das mesmas, apontam-se 50 minutos por sessão, podendo ultrapassar, se convier. A CP, está vocacionado para utentes, em diferentes fases do ciclo vital. No entanto, as crianças são prioritárias para intervenções precoces, identificando-se os sinais de risco, de alarme e na sinalização das que estejam em perigo, estabelecendo-se de imediato, procedimentos de acompanhamento. Acedem à consulta todas as crianças e/ou adultos, por orientação do Médico de Família (MF), que estejam sujeitos a situações de maus tratos, negligência e violência doméstica, física ou mental, Acedem, também, na mesma condição, todas as crianças e jovens fragilizados, emocional e comportamentalmente, que estejam numa situação de vida ou que tenham experienciado um acontecimento pessoal e/ou familiar precipitador de um desequilíbrio emocional. Na mesma situação, estão as crianças que, por confronto, desadaptação à doença, incapacidade e *stress* induzido por procedimentos médicos, diagnóstico e tratamento. Incluem-se também, adultos que vivam em dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde e todos aqueles que serão alvo de promoção e criação de hábitos e estilos de vida saudáveis.

O ACeS estabeleceu critérios de exclusão no acesso à consulta de psicologia: doenças mentais graves, perturbações depressivas com risco de suicídio associado, perturbações de ansiedade, perturbações sexuais, de identidade e género, perturbações do controlo dos

impulsos em utentes a ser seguidos na especialidade de psiquiatria, avaliação neuropsicológica por suspeita de demência, vítimas de acidente vascular cerebral, traumatismo crânio encefálico ou em contexto de patologia neuro-oncológica, doentes crónicos acompanhados em contexto hospitalar (especialidades médicas e cirúrgicas) em equipas multidisciplinares com psicólogo clínico, perturbações alimentares, perturbações de adição, dificuldades de aprendizagem, necessidades educativas especiais, perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção, perturbações globais do desenvolvimento, adolescentes com dificuldades na escolha vocacional/profissional, perícias forenses no âmbito da PCS e avaliação psicométrica do grau de incapacidade da pessoa.

Na CP, existem dois procedimentos para exclusão da CP, a saber:

1. Por conclusão do processo de acompanhamento e intervenção psicológica, em que a última consulta será de devolução ao utente e será comunicado ao MF toda a informação;
2. Por exclusão, perante a falta de assiduidade, impondo-se duas condições; à primeira falta sem aviso prévio, esta deve ser comunicada ao MF e o utente deve aguardar novo pedido deste MF; após duas faltas consecutivas, sem aviso prévio, e por vontade própria do utente, este é excluído da consulta.

1.3 O Psicólogo Clínico e da Saúde nos CSP

A integração dos psicólogos nos CSP é recente e estes estão agregados aos diversos serviços e instituições, tutelados pelo Ministério da Saúde (MS). Em Portugal, o MS reestruturou os serviços de saúde mental, substituindo os cuidados hospitalares psiquiátricos pelos CSP, o primeiro nível de cuidados de saúde, disponibilizados à comunidade pelo SNS. Trata-se da 1ª etapa do processo contínuo de assistência na saúde, cujos objetivos são: solucionar os problemas e satisfazer as necessidades no âmbito clínico (Starfield, Shi & Macinko, 2005), proporcionar serviços de saúde integrados acessíveis e essenciais nos sistemas de saúde promovendo a justiça social e equidade (Valaitis, *et al*, 2012). Tratando-se então da primeira linha dos CSP às populações, eles respondem objetivamente às necessidades familiares manifestas, quando existem situações de mal-estar, de doença física e/ou psicológica.

“A intervenção dos psicólogos, como a dos médicos e dos restantes profissionais de saúde é muito complexa” (Navelet & Guérin-Carnelle, 2002, p. 19) e sempre dirigida a problemas estruturantes. Nos tempos atuais de crise, quando confrontados com as consequências, urge tentar explicá-la e prever o seu fim. O Bastonário da Ordem dos

Psicólogos Portugueses (OPP), o Dr. Telmo Baptista, no editorial da revista PSI 21, número 2 publicada em 2012 pela OPP, afirmou que os “psicólogos constituem uma das profissões que melhor conhecem o significado da palavra crise e as suas vastas implicações” (p. 3).

A especificidade da intervenção psicológica, na saúde, ou seja, a função do Psicólogo nos cuidados da “Saúde Pública, enquanto comprometimento social, visa promover a saúde, prevenir a doença e a morte prematura e, desta forma, prolongar a vida” (Almeida, 2010, p. 81).

As “interações utentes-profissionais de saúde, transitaram de uma centralidade no profissional de saúde para uma centralidade no cidadão. A colaboração entre os dois (...), tem por objetivo a adesão às recomendações do prestador, a abordagem colaborativa é baseada no conceito de autoeficácia como motor de mudança.” (Almeida, 2010, p. 82).

O Psicólogo Clínico é um profissional que colabora com todos como por exemplo, pedir ajuda à família alguém sem capacidades intelectuais e emotivas necessita de por em prática as informações da equipa de saúde multidisciplinar. A sua ação abrange outras situações: promoção da saúde, prevenção da doença, indicação do caminho para os cuidados de saúde, para o tratamento e para a reabilitação (Padilla, 2013).

2. Caraterização das atividades de observação, avaliação e intervenção

Atividades na intervenção individual

2.1. Caraterização das atividades de observação, avaliação e intervenção

O Psicólogo Clínico, inserido nas US, age segundo programas e projetos. Em termos assistenciais, incluem-se: consultas de intervenção individual; respostas integradas, articuladas e especializadas de proximidade em CS junto da população da área de abrangência; prestação de serviços de consultadoria a todas as UF do ACeS. No âmbito psicológico, cabe-lhe: estabelecer e organizar as conexões com os serviços hospitalares e outras instituições intervenientes na comunidade; a participação em programas e projetos prioritários de saúde e comunitários.

O Psicólogo Clínico tem sempre metas terapêuticas alcançáveis (Lyons & Low, 2009). A sua intervenção foca-se na mudança pelo que cada modelo, inserido numa teoria, perceciona a formação da personalidade, a etiologia e modo de intervir com os utentes.

No SP do ACeS do Grande Porto I, existem condicionais na prática de intervenção, que são de dupla natureza: os recursos humanos e as infraestruturas:

1. Ao nível dos recursos humanos, existe a necessidade de recrutar mais profissionais de para agilizar, eficazmente, o serviço face ao número de utentes, ao casos encaminhados e às imensas solicitações que a psicóloga da URAP está sujeita;

2. Em termos de infraestruturas, o SP está limitado a uma sala, facto que condiciona a sua missão, as atividades e, de modo articular, o estágio de Psicologia.

2.1.1 Observação

A observação foi a primeira atividade desenvolvida, nomeadamente, a que foi realizada para a tomada da consciência das condições do espaço físico, das relações intrainstitucionais, dos colegas do núcleo de estágio, dos técnicos e do pessoal administrativo adstrito ao SP e da URAP. Também, me foi possível contactar com os quadros superiores dirigentes do ACeS de Santo Tirso/Trofa.

Como estagiário, a observação constituiu uma ferramenta no processo de aprendizagem e na aquisição de competências, estratégias de intervenção e procedimentos mais adequados à situação de consulta (Neves, Garrido, & Simões 2015).

A observação, em contexto de consulta, foi participativa e não participativa. A primeira que foi realizada foi a não participativa. Permitiu entender a importância da relação entre o psicólogo e o utente, as metodologias e as técnicas assertivas a usar, tendo em conta a eficácia de atuação. Observar deste modo, permitiu constatar o modo de condução da entrevista clínica. Tratou-se, na prática, da aquisição de competências básicas do atendimento, essenciais, para o estabelecimento da relação terapêutica. Entre essas competências, destacam-se: a escuta ativa, o contato ocular, a postura corporal, a colocação de questões abertas ou fechadas dependendo do momento, a linguagem verbal e a linguagem não-verbal, os silêncios, o choro, entre outras. Todas elas contribuíram para a instalação e manutenção da aliança terapêutica. Saliente-se que entre Psicólogo e o utente devem evitar-se a intrusão de elementos estranhos e em número superior ao necessário, dois. Por isto, apenas foram observados em dois utentes, as primeiras consultas. Baixos índices de assertividade predizem futuros problemas. (Groeben *et al*, 2011).

2.1.2 Avaliação psicológica

O SP foi inserido na URAP, do ACeS do Grande Porto I Santo Tirso/Trofa, em 2013. A sua missão é a materialização da prática de avaliação dos utentes, verificando a existência ou não da sintomatologia e/ou de psicopatologia. Uma avaliação implica o uso

de um ou vários instrumentos que vão permitir estabelecer com o utente a opção de intervenção clínica, respondendo às suas dúvidas (Fernández-Ballesteros, *et al.* 2001 citado por Pais-Ribeiro, 2013).

O *setting* da avaliação, desenvolvido ao longo do estágio em contexto de consulta psicológica individual, teve três momentos:

1. Entrevista clínica/anamnese realizada nas primeiras consultas, nas quais estabeleci com os utentes uma relação facilitadora da expressão emocional e da problemática que o afetava, independentemente da natureza;

2. Avaliação com a aplicação de instrumentos/questionários psicológicos nas consultas, posteriores. Excecionalmente, face às necessidades e dificuldades dos utentes, foi efetuada durante a intervenção; os instrumentos/questionários usados foram *a priori* lidos estatisticamente e aceites internacionalmente.

Confrontado com as dúvidas relativas ao estado emocional, cognitivo e mental dos utentes, os instrumentos/questionários facilitaram a concetualização, o diagnóstico e a estruturação do plano de intervenção e acompanhamento.

Dos instrumentos usados, destacam-se:

1. Testes e instrumentos, projetivos: Desenho Livre; Desenho da Família;

2. Instrumentos psicométricos: BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Derogatis, 1982, traduzido e adaptado à população portuguesa por Canavarro, 1999, 2004); BDI - Inventário da Depressão de Beck (adaptado por Cunha, 2001), MMPI 2 - (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2, construído por Hathaway e McKinley, 1943 e reestruturado por Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom e Kaemmer, em 1989, versão não portuguesa), PSQI - Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (não adaptado à população portuguesa e construído por Buysse *et al*, 1988), SLC-90-R - *Symptom Checklist-90-Revised* (adaptado à população portuguesa, Derogatis *et al*, 1973) e EADS-C-21-Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças (na versão portuguesa adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), entre outros.

3. Toda a informação recolhida na avaliação e todos os dados relativos à intervenção e acompanhamento, são devolvidos, em consulta própria, findo o processo terapêutico ou se oportuno for. No caso do utente ser menor, a devolução foi entregue ao Encarregado de Educação.

No final de todo o processo, foi enviado à supervisora um relatório (Anexo 1), que após o seu conhecimento no seu conteúdo, este último foi veiculado ao MF.

2.1.3 Intervenção individual: dois casos clínicos E e PR.

A CP está vocacionada para as diferentes fases do ciclo vital. As crianças são prioritárias para intervenções precoces. Durante todo o processo de intervenção, tive em conta, como diz Pais-Ribeiro, com a recolha das informações, aceitando os utentes e evitando qualquer imposição para a mudança (Pais-Ribeiro, 2013).

As informações recolhidas justificaram as decisões tomadas. Estabelecer uma aliança terapêutica, na prática clínica, foi de extrema importância e, neste sentido, os utentes mostraram-se satisfeitos, facto comprovado pela continuada presença.

A intervenção e o acompanhamento psicológico, nos CSP, visam o alívio e/ou a cessação da sintomatologia, mudanças psíquicas e do comportamento, melhoramento da funcionalidade na relação com os outros, consigo próprio, nas atividades de vida diária, no aumento do conhecimento sobre si mesmo e na procura de mais autonomia.

2.1.3.1 Caso do E

Identificação

O E tem 12 anos de idade, é do sexo masculino e frequenta o 7º ano de escolaridade. É o irmão mais velho de uma fratria de 3; todos possuem dupla nacionalidade, portuguesa e alemã. Os pais, de nacionalidades diferentes, estão em processo de separação/divórcio desde 2014. O pai, de 53 anos de idade, está emigrado na Alemanha e trabalha como segurança numa universidade. A mãe tem 33 anos de idade e está desempregada. O jovem coabita com a mãe, com os irmãos e com a avó materna de nacionalidade alemã.

Problema apresentado

O E foi presente ao SP, encaminhado pelo MF e sob a recomendação da assistente social (AS), devido ao impacto da separação conflituosa dos pais (Anexo 2); o jovem recusa ver e falar com o pai. Sem medicação prescrita.

Dados da observação/estado mental

O E, atrasou-se na primeira CP, por esquecimento e confusão de horários por parte da mãe; apresenta uma postura adequada, é cortês, cooperante e demonstrou motivação nas tarefas propostas. A sua aparência física é pouco cuidada e muito semelhante à da sua mãe. A sua roupa apresenta algum desgaste. Calça meias e uns chinelos com revestimento interior de pêlo. As calças e camisola de fato de treino em malha cardada mas não eram do mesmo conjunto. O cabelo lavado, liso sem ondulação e comprido. As mãos são finas: as unhas apresentam-se grandes, tratadas e limpas. Os dentes apresentam uma coloração normal, demonstrando cuidados de higiene oral.

Em termos de motricidade, não são visíveis limitações. O utente é dextro e a motricidade fina revela-se normal para a sua faixa desenvolvimental.

Em termos de expressão oral, o jovem revela alguma dificuldade em falar segundo o idioma português, tal como a sua mãe.

Na primeira consulta, a presença da sua mãe revelou-se útil, face à cumplicidade entre mãe e filho, embora tentassem falar em idioma alemão para não serem compreendidos. O primeiro contacto, não evidenciou qualquer alteração incomum ao nível do pensamento, porém, emocionalmente, apresentou alguns sinais de ansiedade e *stress*, sobretudo reativos à figura paterna e ao tema do divórcio dos pais.

Dados da anamnese

O utente E tem dupla nacionalidade: alemã e portuguesa. A sua naturalidade alemã e tem origem numa família de emigrantes. O seu pai é português e está na Alemanha. A sua mãe, alemã e está a viver em Portugal. O pai tem a escolaridade obrigatória e a mãe, concluiu, no país natal, o equivalente ao 3.º ciclo, no sistema educativo português. O casal não vive momentos de harmonia, assinalando-se conflitos, cuja origem centra-se em conflitos familiares, o desemprego e a separação do casal. A família é de poucos recursos financeiros e, por isso, houve a necessidade do pai emigrar. A família a vivia numa casa de um familiar paterna, com poucas condições de habitabilidade: “*com muitas teias de aranha, tetos com buracos e muitos poucos móveis*” (sic). Esta proximidade, gerou conflitos entre a mãe de E e os familiares do pai. Atualmente, a família vive em casa própria adquirida recentemente, no distrito do Porto.

Em termos desenvolvimentais, o E foi um filho desejado. O processo gestacional (39 semanas) e o parto, decorreram normalmente, com a exceção da parte final da gestação, devido a complicações com os níveis sanguíneos, o que tornou a gravidez difícil e exigiu recato. O E foi um bebé muito chorão, que não teve muito colo porque o pai (impaciente) achava que assim devia ser.

Por ser o primeiro filho, a mãe disse ter sentido algumas dificuldades nas primeiras semanas de vida porque este sofria bastante com os soluços e, por isso, sempre que surgiam ele chorava. Começou a falar e a andar dentro na normalidade dos rapazes. A primeira palavra proferida foi ‘mamã’. A mãe revelou que o utente teve dificuldades no desfralde. Aos 3 anos de idade, o E tornou-se numa criança fechada e medrosa, devido receio do pai, o que originou enurese diurna. Em termos de alimentação, após o desmame, o E demonstrou dificuldades na introdução de alimentos sólidos.

No 2º ciclo de escolaridade, recuperou e não se verificaram dificuldades nesse sentido. A frequência do primeiro ciclo, revelou-se difícil por causa da língua portuguesa. Atualmente tal não verifica e ele domina o idioma.

A família depende do salário do pai e, apesar da rutura do casal, facto que é usado para controlar comportamentos. A família comunica, através de chamadas multimédias, com o pai; os conflitos tem sido cada vez mais regulares, face à personalidade do progenitor que destrata e insulta todos. Segundo a mãe e o E, as dificuldades sentidas foram muitas quando o pai ficou desempregado, ao ponto de ser seguido pelos serviços de psiquiatria do sistema de saúde alemão. O E face a estes conflitos fica ansioso e com *stress*: os sintomas desaparecem como surgiram e, nestas alturas o E rejeita o pai.

Avaliação psicológica

Para avaliar de forma detalhada, recorreu-se a instrumentos validados designadamente: uma entrevista anamnésica semiestruturada dirigida aos pais, a entrevista clínica semiestruturada para crianças e adolescentes (SCICA; McConaughy & Achenbach, 1994; Araújo, Gonçalves, & Teixeira, 1996), os Testes do Desenho, Livre e da Família (Corman, 1961) e a EADS-C-21 (Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças (a versão portuguesa da DASS, de Lovibond e Lovibond, 1995, adaptada por Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Quadro 2 – Instrumentos e resultados da avaliação

Material/Inst	Data de realização/Resultados
Uma entrevista anamnésica semiestruturada dirigida à mãe	Realização: 27/04/2015 O E foi uma criança desejada. Pai exigente, aúster e não gosta das brincadeiras das crianças. Na infância E teve 1.º episódio em que o pai foi agressivo e rigoroso, com consequências – enurese diurna- O E teve 2.º episódio quando já estava a ser acompanhado. Reagiu mal à situação: queixou-se de dores de barriga, dores de cabeça, choro e não queria fazer nada, inclusive recusou-se a ir para a escola que ele tanto aprecia.
Entrevista semi estruturada para crianças e adolescentes	Realizada em 20/04/2015 Ficou clara a existência de carga emocional stressante, patente na relação com o pai. O pai destrata a mãe. O E tem assistido a inúmeras situações de conflito que lhe geram “ <i>stress</i> ” (sic). O jovem está dividido e não quer a separação dos pais. A revolta, relativamente, ao pai prende-se com a falta de recursos e a dependência dele e com o facto de ele estar constantemente a discutir com a mãe.
Desenho Livre - Anexo	Realizado em 08/04/2015. Usado na primeira sessão, para gerar menos ansiedade e gerar empatia.

3	<p>Após a realização do desenho foi convidado a falar sobre a sua construção. Não demonstrou resistência à realização da tarefa;</p> <p>Desenhou uma árvore, inserido num ambiente natural. No que concerne aos detalhes, o E “<i>representou uma paisagem rural, ladeada por montanhas</i>”. Este é caracterizado com a existência de detalhes, sugerindo a “<i>sensação de que o mundo é incerto ou imprevisível, apesar de conhecido</i>”.</p> <p>No centro da folha desenhou uma árvore de tamanho grande revelando ambições e fantasias. A árvore pode ser dividida em três partes: a base; altura; ramos e folhas. A base demonstra que se encontra com energia e que se refaz com facilidade. Relativamente à folhagem este desenho simboliza que o E. é uma criança com motivação, criatividade e ideias.</p> <p>O desenho da árvore, também, representa uma natureza fálica, de masculinidade, de robustez (o tronco) que traduz o pai, numa dificuldade de relacionamento relativa ao género que se insere numa copa, traduzindo a família, com um ninho pequeno. onde o jovem “<i>está sozinho no seu aconchego</i>”.</p> <p>Em relação ao uso das cores, o E desenhou os elementos da natureza: uma paisagem com montanhas verdes; uma árvore com um tronco castanho e a copa verde, onde existe um ninho com um pássaro castanho, no seu interior. O chão é castanho com diferentes tonalidades, um gato laranja. No céu são visíveis pássaros pretos a voar mas não foi colorido ou desenhado algum detalhe. Os tons usados foram e traduzem, o verde, o laranja, o preto e o castanho.</p> <p>Interrogado sobre as cores disse apenas “<i>serem as suas cores de referências</i>.”</p> <p>Interrogado sobre o desenho disse apreciar muito a natureza e gosto muito de gatos.</p>
<p>Desenho da Família Corman, 1961) - Anexo 4</p>	<p>Realizado em 13/04/2015</p> <p>Desenhou a sua família sobre o princípio da realidade, desenhando a sua família nuclear, o que sugere que “<i>fazer a gestão das suas relações familiares mas é difícil por que tem receio do pai</i>”. Contudo ele tem afeto pelo pai.</p> <p>Iniciou a seu desenho com a representação do pai, seguindo-se da mãe. De seguida, desenhou a avó sentada, irmã, no centro do desenho, com uns auscultadores. Só depois faz a sua representação e a do seu irmão que estão a jogar à apanhada.</p> <p>Ao nível gráfico, aponta-se uma amplitude do traçado efetuado como sendo ampla, o que indica a expansão vital com tendências para a extroversão.</p> <p>O traçado realizado foi bastante delineado facto que demonstra fortes impulsos e audácia por parte da criança, relativamente à orientação e proporção de folha ocupada.</p> <p>O resultado aponta para um movimento progressivo natural, e ainda adequação em relação ao estágio de desenvolvimento.</p> <p>O desenho foi desenvolvido na faixa central da folha e todos os elementos da família estão representados.</p> <p>O desenho do E, representa a sua família e os elementos dispostos encontram-se descritos segundo a proximidade e o lugar que ocupam.</p> <p>O desenho iniciou-se da esquerda para a direita, sendo por isso considerado</p>

	<p>evolutivo, revelando uma ordem do poder e de estatuto na família.</p> <p>Os elementos da família foram desenhados todos com o mesmo pormenor o que denota igualdade de importância e de cuidado. Salienta-se que o E. está representado ao lado de outras personagens, o que denota-se uma tendência contrária à narcísica, investindo mais nas representações dos outros e menos em si e no seu irmão, desenhos de menor tamanho..</p> <p>Apesar do processo do divórcio entre os pais estes estão próximos pelo que o E. projetou a dinâmica familiar ambicionada.</p>
<p>Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças - EADS-C-21 - Anexo 5</p>	<p>Duas aplicações:</p> <p>No dia 03/05/2015 ocorreu conflito familiar, durante chamada multimédia onde se verificou uma situação disruptiva com insultos, as agressões verbais e o destratar por parte do pai ao E e à sua mãe.</p> <p>Realizada em 4/05/2015 (Anexo 6).</p> <p>Resultados da primeira avaliação mostraram que o E apresentava níveis de depressão severa, ansiedade moderada e <i>stress</i> moderado.</p> <p>Realizada em 25/05/2015 (Anexo 6).</p> <p>Os resultados foram iguais a zero, quer para a depressão, <i>stress</i> e ansiedade, ou seja, ausência de perturbação.</p>

Diagnóstico

Perturbação de adaptação com ansiedade [309.24], tipo agudo (APA, 2014).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico, enquadra-se nos critérios clínicos do DSM 5. A sintomatologia expressa, ultrapassa as barreiras normativas de uma reação de *stress*, face à vivência de sofrimento significativo com prejuízo funcional considerável, após os conflitos com o pai. Na análise etiológica dos sintomas, observou-se que o quadro revelava uma relação com a separação dos progenitores, com a deterioração das condições económicas familiares obrigando à emigração do pai. Tais factos, constituem-se como causas que precipitam o *stress*. A construção do diagnóstico teve em conta, a condição médica e as perturbações de adição, no entanto não existem situações relacionadas com a presença de doença física, nem comportamentos de adição, Distinguem-se das perturbações de *stress* pós-traumático e de stress agudo, pois além de não se verificar a concretização dos critérios temporais, não estão presentes as características do *stressor*.

As perturbações da personalidade foram consideradas no diagnóstico, perante a resposta à situação e ao problema, assumindo uma reação comportamental normal, tendo em conta personalidade do E. A sintomatologia diagnosticada, não preenche critérios para as perturbações de ansiedade que estão para lá da perturbação, desadaptativa, apresentada.

Conceptualização clínica

Compreender o contexto de vida atual do E, induz o entendimento das razões, das dificuldades e do sofrimento: porque o E é um pré-adolescente (Papalia, Olds & Feldman, 2001); a segunda, porque o contexto de vida do E, caracteriza-se pela ambivalência de experiências familiares: a emigração do pai, a rutura do casamento dos progenitores e por, último, a inadaptação e ansiedade provocada pelo pai, face às dificuldades de comunicação e à falta de recursos familiares.

A puberdade do E, intermedeia as mudanças físicas, sociais e psicológicas evidenciadas nas experiências desenvolvimentais (Smetana, Campione-Barr & Metzger, 2006). A pré-adolescência, em qualquer jovem, fase do desenvolvimento, ajuda a construção da autonomia relativamente à família e a organização do seu *self*, o que leva à criação de uma identidade singular e heterogénea. Neste sentido, devido à personalidade do pai e ao conflito interparental, a socialização do E teve experiências negativas com efeitos na sua enculturação e no seu comprometimento social. O E foi exposto a situações de instabilidade emocional e de comportamentos perturbadores, tendo o seu desenvolvimento integral sido comprometido (Delgado, 2006).

A separação dos pais do E, expôs a família à angústia, tristeza e *stress*. Dominam dois sentimentos, ambivalentes: o fim dos conflitos e a tranquilidade, pessoal e familiar. Segundo Alarcão, a parentalidade indentifica-se na realização de tarefas que asseguram a sobrevivência da prole, promovendo o desenvolvimento saudável (Alarcão, 2006). Apesar dos esforços na garantia dos mínimos para sobreviver, a teoria defendida por Alarcão não se aplica ao E, estando ele a ser logrado pelo conflito dos pais. A separação dos pais, segundo o modelo teórico do processo de divórcio (Ricci, 2004), situa-se entre os estádios 2 e 3, correspondendo ao início dos conflitos conjugais e ao conseqüente aumento da tensão familiar, onde é visível a divisão do lar. Veja-se, o pai não tinha emprego e dinheiro para a família, os filhos aliados da mãe, funcionaram como intermediários ao passarem a mensagem das necessidades (Ricci, 2004), ficaram, por isso, expostos ao inconformismo paterno. Para Ahrons, quanto mais persistir a situação conflituosa, mais prováveis são as conseqüências negativas para todos (Ahrons, 2007), incluindo para a rejeição do pai.

Existem outros fatores que contribuem e explicam, parte dos problemas do E: a diferença de idades dos pais, (20 anos); a pertença a nacionalidades e culturas diferentes (Alemã e Portuguesa); o desemprego de longa duração da mãe e a sua saúde (recentemente alvo de intervenção cirúrgica para remoção de nódulo no pescoço).

Outrora reconhecidas como exclusivas dos adultos, algumas perturbações como a presente no E, são cada vez mais frequentes (Kluger, 2011). Perturbações associadas à ansiedade e ao *stress* podem, proximamente, gerar etiologia de perturbação, ainda mais comum, nos pré-adolescentes (Beesdo, Knappe & Pine, 2009). O *stress* parental pode assumir-se como fator de risco para ansiedade nos jovens (Amorós, Sánchez & Carrillo, 2008, Viaux-Savelon, *et al* 2010).

O diagnóstico do E, inclui exposição a situações traumáticas que geram respostas desajustadas, de curto prazo e recorrentes no seu quotidiano: a separação dos pais e a emigração do pai, dificuldades financeiras, doença da mãe, entre outras eventualidades, segundo o DSM 5, para que o diagnóstico tem de estar presentes 5 *handicaps*, a saber: A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais (APA, 2014), em resposta à situação vivida com o pai; B. Sintomas ou comportamentos, clinicamente significativos, visíveis pelo sofrimento acentuado que causaram prejuízo, real, no funcionamento do E, termos pessoais, familiares e escolares (APA, 2014). D. E não está a viver luto, (APA, 2014). Como especificadores do transtorno, apontam-se o início agudo, dado que durou menos de 6 meses (APA, 2014); aponta-se a ansiedade, uma vez que o jovem relatou um conjunto síndromes na resposta ao *stress*, como por exemplo inquietação e agitação (APA, 2014), “*coração aos saltos*” (sic), além de outras.

Intervenção

A intervenção desenvolvida com o E, procurou por fim às manifestações emocionais, minorando a ansiedade e o *stress*, tornando-o mais positivo no contexto familiar, sobretudo nas questões da parentalidade. Sob os modelos cognitivo-comportamental e psicodinâmico, o processo de intervenção iniciou-se com a solicitação de realização de um Desenho livre. Tal solicitação, pretendeu o estabelecimento da relação terapêutica (Dattilio & Freeman, 2004), com base na empatia (Baptista, 2012) e promoveu sem crítica a autorevelação emotiva. Tratou-se de incentivar a primeira manifestação de autonomia e de liberdade. Recorreu-se ao diálogo socrático e à identificação das evidências desenhadas (Dattilio & Freeman, 2004), com o intuito de entender o modo como comunica e como vê a crise vivida (Dattilio & Freeman, 2004).

De seguida, foi solicitada a realização do Desenho da Família e à medida que este foi concretizado, o utente clarificou a conceitualização cognitiva acerca dos estatutos e papéis dos membros da sua família. Ficou evidente, o motivo que justifica o pedido de ajuda. Tudo se focaliza na dinâmica familiar. Todos os elementos do agregado familiar foram

descritos, assim como, os sentimentos e emoções gerados. No início desta etapa da intervenção, verificou-se que o E vê o pai como fonte de *stress*. Segundo Dattilio e Freeman, sempre que a pessoa, neste caso o E, é confrontada com uma crise, ou seja, com situações ou fatores de *stress*, sente-se pressionado intensamente, sendo incapaz de lidar com a situação (Dattilio & Freeman, 2004). E acredita que o pai mudou, apesar de nunca ter sido uma pessoa de fácil trato. A ida para a Alemanha tornou-o agressivo “*sempre a discutir, a tratar mal tudo e todos*” (sic). No dia 3 de maio de 2015, ocorreu numa conversa com recurso às Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC), um conflito familiar grave, que constituiu uma situação de crise. O E faltou à escola por causa das fortes dores de barriga, silêncio prolongado, vômito e cefaleias. Foi necessário intervir na crise, fornecendo ao E estratégias e comportamentos que deveria assumir nos momentos de crise (Dattilio & Freeman, 2004): permanecer em silêncio e realizar exercícios de *mindfulness* e de relaxamento progressivo para diminuir os níveis de ansiedade e *stress*. Recorrendo a estratégias de apoio, foi explicado que o pai estava com dificuldades, tendo-se descontrolado. O E foi avaliado, aquando da disrupção do pai, recorrendo-se ao EADS-C-21, e os resultados obtidos, mostraram-se elevados nas três subescalas: ansiedade, da depressão e do *stress*. Foi preciso envolver a mãe, recorrendo a estratégias fundamentadas em evidências, para sensibilização do pai do E para um maior controlo sobre os seus comportamentos pois estava prejudicar o filho. Simultaneamente, a mãe foi sensibilizada para evitar usar o E na demonstração das necessidades ao pai, face à parceria estabelecida com ele; deveria, portanto, resguardar o filho das situações de crise com o seu marido. Estas intervenções baseadas nas evidências puseram fim aos conflitos que terminaram com a sua exposição.

Numa fase mais avançada e num contexto mais calmo, recorreu-se outra vez ao diálogo socrático e à identificação das evidências para se efetuar a reestruturação cognitiva acerca das crenças que o E, tinha sobre o pai. A mudança comportamental do pai, segundo o E, foi explicada e deveu-se à situação de desemprego temporário. Este facto contribuiu para que o pai demonstrasse de modo desajustado, a frustração face à contrariedade do incumprimento da sua missão. O E foi incentivado a ter a iniciativa de procurar o pai e falar com ele. O pai demonstrou mais afeto positivo e houve o reforço da vinculação com o seu filho.

Foi efetuada uma nova avaliação, em 25/05/2015 e os resultados mostraram que toda a sintomatologia desaparecera, facto que corroborou o diagnóstico e a eficácia da intervenção, uma vez que deu-se a remissão da perturbação.

Face às dificuldades na escola, foi estabelecido um calendário para a organização do tempo extraescolar disponível. Tal medida, contribuiu para o elevar dos níveis de autoconceito académico e autoestima, uma vez que rendimento escolar melhorou. Quando se iniciaram a intervenção e o acompanhamento psicológico, o E, no final do 2.º trimestre tinha duas classificações inferiores a três, às disciplinas de Francês 1 e História (Anexo 7). Após a implementação da estratégia e o fornecimento de técnicas de estudo, o rendimento escolar melhorou. O E transitou para o 8.º ano de escolaridade, com uma classificação inferior a três, à disciplina de Português (Anexo 8). Outras atividades de enriquecimento foram acordadas: requisição de livros juvenis na biblioteca escolar, de acordo com as suas preferências (obras inscritas no programa ‘Ler Mais+’), e de livros de exercícios, para complementar o estudo. Estas estratégias reforçaram a recuperação de competências com sucesso.

O facto do pai estar emigrado, isto constitui um obstáculo difícil de contornar. A sua presença física ocasionaria uma intervenção mais eficaz e célere. O utente vai continuar a ser acompanhado pelos técnicos serviço de psicologia da URAP. Da mesma forma, e porque o E. faz parte de uma fratria de três, foi solicitada a intervenção à AS e à Psicóloga da URAP.

2.1.3.2. Caso do PR

Identificação

PR, é adolescente, tem 14 anos idade, é solteiro e é o primogénito de fratria de dois. A mãe é costureira no setor têxtil e possui o 2.º ciclo como habilitações. O pai, com o 1.º ciclo como habilitações literárias, trabalha na construção civil e na agricultura como atividade subsidiária da família. O utente transitou para do ciclo de ensino Secundário, estando inscrito no 1.º ano do Curso Profissional Técnico de Multimédia.

Problema apresentado

O PR foi encaminhado pelo MF devido mudanças comportamentais: perturba as aulas e anda agitado (Anexo 9). Não foram relatadas dificuldades nos relacionamentos interpessoais, excetuando-se o progenitor, que solicita-o para auxiliar nas tarefas agrícolas, facto que não agrada ao PR, gerando divergências e conflitos. Acrescentou o desconforto com as “*dificuldades com o dormir, com o sono e o adormecer*”(sic). Tal justificação foi reforçada pela progenitora que informou existirem dificuldades recentes, nomeadamente, duas crises de sonambulismo. O PR tomou *Valdispert*, prescrito pelo Médico de Medicina do Trabalho, da fábrica onde a mãe trabalha.

Dados da observação/estado mental

O jovem tem boa aparência. O seu rosto, com acne juvenil, apresenta um desalinhamento ao nível dos olhos, nomeadamente no esquerdo. Comporta-se adequadamente, é cortês e cooperante. Demonstra interesse em revelar a sua história de vida. Revela um autoconceito de si e níveis razoáveis de autoestima. Não tem dificuldades em estabelecer a relação terapêutica e, ao longo do acompanhamento, nunca não foram reveladas dificuldades no relacionamento interpessoal. O E tem discurso verbal fluente, rico, coerente e variado. Em termos culturais revela-se adequado à sua faixa etária e às habilitações literárias. O discorrer do pensamento faz-se segundo raciocínios elaborados, juízos críticos e goza de assertividade, não te reservas sobre o seu futuro dadas as expectativas em termos de ensino superior. Ao nível da mobilidade e da motricidade fina não foram visíveis restrições, limitações e ou dificuldades.

Dados da Anamnese

O PR, resulta do desejo de filiação dos pais: *“foi desejado, a gravidez, foi planeada e programada e não existiram dificuldades. Nasceu de parto natural e o seu desenvolvimento foi o mais normal possível”*. (Entrevista clínica dos pais). A mãe falou que *“apesar do bom relacionamento com o seu pai, existem aspetos da personalidade deste que por vezes chocam e geram discussões e arrufos”*(Entrevista clínica dos pais).

Após o nascimento, o PR ficou com a sua avó até frequentar o primeiro ciclo no estabelecimento da sua área de residência. Finda esta etapa, frequentou a EB 2/3 que se situa na freguesia onde reside.

Em termos de religião, é católico e frequentou a catequese até realizar a primeira comunhão. Chegou a ser escuteiro mas saiu, pouco tempo após ter entrado. O PR, tal como toda a sua família viveu uma situação de luto com a morte de um familiar próximo, recentemente. Tratava-se de um primo que faleceu devido a paragem cardiorrespiratória, repentina. A família necessitou de ajuda, tendo consultado um psicólogo.

Em termos desenvolvimentais, nada de anormal se assinala. Desmame, desfralde, fala e locomoção autónoma, dentro dos parâmetros normativos. Findo o leite materno, o leite de vaca foi usado como leite de substituição. Não foi difícil a adaptação aos alimentos sólidos.

Em termos clínico, o PR foi operado ao nariz ainda muito pequeno, devido, segundo a mãe, ao tamanho das narinas que eram muito grandes. Não tem historial de alergias ou de qualquer outra ordem. O rosto do PR apresenta um desalinhamento ao nível da inserção

dos olhos, tendo o o direito mais fechado. Esta situação está a ser acompanhada e vigiada pelo MF e se for necessário, haverá ligar a uma cirurgia corretiva no fim da adolescência. A sua mãe um alimento na mesma linha de ordem, contudo é menos evidente e envolve direito da face.

As suas dificuldades com sono são recentes e tornaram-se mais significativas aquando dois episódios de sonambulismo. Segundo a sua mãe, o sono do PR é um sono agitado, mexe-se muito e fala enquanto dorme. O jovem revelou que os seus sonhos prendiam-se com vivências passadas, sobretudo, com “*as sua experiências com a sua namorada*” (sic); Um dos sonhos relatado, prendia-se com o consumo de tabaco, que acontecia numa casa devoluta, nas imediações da escola, onde era visualizado “*um corpo inanimado no chão*” (sic). Outros sonhos, prendiam-se com fantasias sexuais, envolvendo outras raparigas que não a sua namorada. Em consulta psicológica, o PR revelou que iniciou relações sexuais com a sua atual namorada. Considera-se na sua orientação sexual, heterossexual. Dado que o PR está na adolescência, no seu rosto, desde há uns seis meses até à data da primeira consulta, são visíveis sinais de acne juvenil, Houve a necessidade de intervir medicamente, para minimizar os efeitos e o desconforto, tem a MF prescrito cremes e unguentos adequados. O PR apresenta pilosidade farta ao nível do rosto daí ter realçado que se barbeia, no mínimo, duas vezes por semana. Segundo ele, as pilosidades abundantes também estão presentes, nas pernas, peito, axilas e zonas genitais. Afirmou que a sua voz já “*mudou há um ano*”(sic).

Em relação ao seu rendimento escolar o PR nunca foi um aluno brilhante, ficando-se pelo satisfatório. Normalmente, as disciplinas que obtém “*classificações finais inferiores a três são às disciplinas de Matemática e Francês. Nunca reprovou.*” (sic). A sua mãe revelou que ele tem poucos hábitos de estudo e que pouco ou nada se empenha. Nunca teve problemas disciplinares e só teve um professor que o chataeva, “*a de Francês que não gostava de mim*” (sic). PR considera-se afável e sociável. Tem um relacionamento com todos, incluindo a sua irmã mais nova que está sempre a importuná-lo. Contudo, com o pai assinalam-se alguns conflitos, recentes. Parte deles acontecem porque, segundo a mãe, o PR dorme quando chega da escola ou então está com o telemóvel.

O jovem já sai à noite com os colegas da escola. Alterou os seus hábitos quanto ao consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, sem ter fica ébrio uma única vez. Não se registam outro tipo de comportamentos aditivos. Em termos recreativos e desportivos, o PR pratica desportos como o atletismo, ciclismo nas vertentes de estrada e de montanha e natação.

Avaliação psicológica

Na avaliação do PR, recorreu-se a vários informadores (mãe e jovem) para a avaliar a problemática. Assim sendo, a avaliação incidiu sobre o sono e a qualidade do mesmo, dado os reflexos negativos na sua qualidade de vida. Usaram-se instrumentos validados na avaliação clínica, designadamente: a entrevista clínica semiestruturada para pais e a entrevista clínica semiestruturada para crianças e adolescentes (SCICA; McConaughy & Achenbach, 1994; Araújo, Gonçalves, & Teixeira, 1996), assim como o instrumento que avalia o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). No quadro que se segue, apresentam-se os instrumentos e os resultados da avaliação psicológica.

Quadro 3 – Instrumentos e resultados da avaliação do PR.

Material/Inst.	Data de realização/Resultados
Entrevista clínica dos Pais	07/05/2015 Em termos desenvolvimentais, o PR, <i>“foi um bebé desejado e a gravidez foi planeada e programada, não existindo, segundo a mãe quaisquer dificuldades ao longo da gestação.”</i> A mãe falou <i>“relacionamento com o seu pai, existem aspetos da personalidade deste último que por vezes chocam”</i> . Aliás esta problemática relatada pela mãe, mostra que <i>“o pai revela que ele só vê televisão e que anda sempre com o telemóvel. Não ajuda nadinha.”</i> De salientar que na entrevista clínica com a mãe, esta disse que o seu filho estava a tomar Valdispert prescrito pela <i>“médica da fábrica e que assim iria continuar durante duas ou três semanas”</i> . (sic)
Entrevista semi estruturada para crianças e adolescentes	27 e 29/04/2015 As suas dificuldades prendem-se, sobretudo, com <i>“dificuldades com o dormir, com o sono e o adormecer”</i> (sic). O jovem revelou que os seus sonhos prendiam-se com vivências passadas, sobretudo, com <i>“a sua vivência que tem desde que começou a namorar”</i> (sic); outro dos sonhos que foi relatado, prendia-se com o consumo de tabaco, <i>“numa casa devoluta localizada nas imediações da escola que frequentemente era visitada e onde era visualizado um corpo inanimado no solo”</i> (sic). O jovem admitiu a alteração dos seus hábitos, nomeadamente que tinha começado, ainda que esporadicamente a fumar, tomar café e a consumir bebidas destiladas, sem <i>“exageros”</i> (sic). Ele demonstrou que passou a sair, às vezes, com os seus amigos, sobretudo à noite a locais de diversão noturna
Avaliação do índice da qualidade do sono (PSQI) - (Anexo 10)	Resultados: (Anexo 11) 1.ª Avaliação: fase inicial - 14/05/2015 Qualidade subjetiva do sono, má; Latência do sono o utente disse que demora entre 16 minutos a meia hora para adormecer, em pelo menos 3 vezes por semana. O número de horas que é sempre superior a 8 horas.

	<p>O utente considera que o seu sono 100% eficaz.</p> <p>Quanto à presença de situações perturbadoras do sono, do tipo acordar a meio da noite ou de madrugada, levantar para ir à casa de banho, tossir ou ressonar e ter pesadelos, elas ocorrem uma ou duas vezes por semana.</p> <p>A toma <i>Valdispert</i> durou 1 mês.</p> <p>Quanto à disfunção diurna do sono ela ocorria 3 ou mais vezes por semana o que dificultava manter-se o entusiasmo nas atividades esclares</p> <p>Na primeira avaliação a qualidade do sono foi má.</p> <p>2.^a Avaliação com o instrumento: meio da intervenção – 15/06/2015</p> <p>A qualidade do sono do utente melhorou e tornou-se de boa qualidade.</p>
--	---

Diagnóstico

Sem diagnóstico [V71.09] (APA, 2014). Avaliou-se que o sofrimento e desconforto experimentado pelo utente, tinha origem em duas razões: a adolescência com todas as transformações desenvolvimentais e a má qualidade de sono. Estas situações provocaram agitação e comportamentos perturbadores.

Diagnóstico Diferencial

Os problemas existentes não atingem significado clínico digno de um diagnóstico, não sendo possível a atribuição de perturbação de comportamento e/ou de adaptação, tão característicos da adolescência.

A situação do PR distingue-se das perturbações relacionadas com o consumo de substâncias e com o estado físico geral. Embora o jovem tenha iniciado alguns consumos de tabaco e de bebidas com elevado teor alcoólico, tratando-se de consumos esporádicos, recentes e intermitentes não permitindo a atribuição aos referidos consumos qualquer perturbação de adição.

O problema assinalado, representa “um estado fisiológico ativo cuja ausência ou alteração produz efeitos” (Macedo, 2014, p.418.). Contudo não preenche os critérios mínimos para qualquer perturbação.

Conceptualização clínica

A adolescência, fase desenvolvimental em que se encontra o PR, caracteriza-se pelas mudanças e transformações profundas, podendo registar-se interferências no padrão de sono (Baker, Turlington, & Colrain, 2012) e dos comportamentos. As mudanças representam uma dinâmica específica da personalidade, afetando a vida, assim como, a qualidade desta, sobretudo porque estão em causa transformações ligadas à sexualidade. Neste sentido, o PR não estava de todo esclarecido sobre estas temáticas, facto que deverá condicionar a intervenção a desenvolver.

As relações familiares do PR, apesar dos estilos educativos parentais diferentes, geram algum equilíbrio na sua socialização. O utente como o irmão mais velho da fratria compensa a irmã, gerando um bom relacionamento e a proteção fraternal.

Ao longo do processo, constataram-se a ocorrência de conflitos com o pai porque o filho não colaborava em tarefas agrícolas, subsidiárias da família. Em vez disso, dormia no sofá, quando chegava da escola, ou então usava o telemóvel, constantemente. Gerados os conflitos com o pai, as ditas crises preconizadas por Dattilio & Freeman que terminava com presença da mãe. Os progenitores possuem estilos parentais educativos diferentes (Sprinthall & Collins, 2003): o pai detém um estilo parental educativo autoritário, ou seja, é mais rígido, controlador, enfatiza a prevenção do comportamento inaceitável e gera um ambiente familiar mais distante; a mãe do utente, assume-se possuidora de um estilo autorizado, dado ser sensível às necessidades e interesses do filho, gerando um ambiente afetivo caloroso e de aceitação.

O PR, na consulta referiu a queixa de sono desregulado, como facto que se reflete na qualidade da sua vida. Rebelo Pinto e colaboradores (2012), num estudo feito em Portugal, encontraram associações significativas entre o sono desregulado e a sonolência diurna, a ansiedade e o *stress*. Segundo os autores, os adolescentes portugueses que estiverem em privação crónica de sono, corriam maiores riscos para “a sua saúde e desempenho escolar, familiar e social” (Rebelo Pinto *et al*, 2012, p. 997). O PR encontra-se tem as dificuldades em dormir à noite, durante esta fase de crescimento e este facto pode gerar perturbações do sono que se podem torna crónicas ao longo da vida adulta” (Rebelo Pinto, *et al.*, 2012, p. 998). Uma “inadequada higiene do sono gera, geralmente, um fator etiológico proeminente” (Reite, Ruddy & Nagel, 2004, p. 237), que se ultrapassam com terapias comportamentais, sobretudo, o estabelecimento de “horários regularados, educação sobre uma boa higiene do sono, a restrição do sono e treino de relaxamento e *bio-feddback*” (Reite,*et al*, 2004, p. 237). As consequências da má qualidade de sono do PR são negativas (Fallone, Oenas & Deane, 2002) e inteferem no dia-a-dia. As razões que justificam noites de sono mal dormidas, centram-se no uso das novas tecnologias após o recolhimento e a fragmentação acrescida do período de descanso, sobretudo à tarde. Segundo Owens, (2005), as exigências escolares e o estilo de vida da família do PR, interfere na degradação da qualidade e da quantidade do sono. Owens aponta que os distúrbuis do sono, têm grande impacto no desempenho escolar, na qualidade de vida, na família e na saúde, de modo geral. No caso do PR, faz com que esteja mais perturbador e assuma comportamentos nunca tidos.

O PR teve alguns consumos exagerados de tabaco, de bebidas destiladas e cafeína, ainda que esporadicamente. A adolescência é também, um período de decisões. Apesar de se terem iniciado estes comportamentos, estes, tal como iniciaram, terminaram.

Intervenção

Em termos de objetivos, desenvolveram-se hábitos de vida saudável, regulando o sono, não consumindo tabaco, nem bebidas alcoólicas e café. Acrescentam-se a aquisição de comportamentos adequados aos contextos, interiorizando normas de conduta assertivas, quer na escola na escola, quer na família. A assunção de comportamentos assertivos no meio familiar e escolar, aumentaram a autoestima e o autoconceito académico, terminando com isto as crenças negativas da adolescência, aprendendo a aceitar e a lidar a ansiedade, com o seu desenvolvimento e com o inconformismo paterno.

A intervenção proposta e acordada com PR teve o seu início em junho e terminou a meados de agosto. A frequência das consultas foi semanal. A intervenção individual desenvolveu-se num referencial teórico do modelo cognitivo-comportamental, relacionando os comportamentos, as emoções e as cognições. Esta tríade, presente em todas as situações e os contextos de vida do PR, interagiram reciprocamente entre si (Gonçalves, 2004). Para tal, foram implementadas estratégias de *coping*, como o afastamento, o autocontrole, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução do problema e reavaliação para permitir sair das situações negativas. De facto, recorrendo a processos defensivos de evitamento, face ao desafio do conflito, o PR teve de revelar valores positivos nas experiências negativas, diminuindo os níveis *stress*. Esta estratégia permitiu ao PR melhorar o relacionamento parental e quando foi complementada com a iniciativa do PR para ajudar o pai, facilitou a instalação da tolerância desejada e do reforço dos vínculos que foram visíveis com esta aproximação ao pai. Estabeleceram-se, nessa linha de intervenção, planos de compromisso com o PR, através da negociação de ganhos de saúde, extinguindo os comportamentos exagerados e desajustados, evitando-se assim degradação da qualidade de vida. Houve, necessidade de alertar que dormir fora do horário ideal é prejudicial. Assim, foram promovidas cognições acerca do custo benefício, positivo, de uma vida regrada, sem conflitos, sem preconceitos em relação à adolescência e ao trabalho no campo.

Como intervenção suplementar, recorreu-se ao *mindfulness* para diminuir o *stress*, o que contribuiu para um aumento positivo da perceção e dos comportamentos promotores de saúde. Alguns estudos suportam a ideia de que o *mindfulness* é útil na promoção de

saúde física e psicológica (Roberts & Danoff-Burg, 2010), facto que se constatou com o utente face à diminuição da agitação e dos comportamentos perturbadores.

Em termos comportamentais extinguiram-se e evitaram-se, então, as sestas à tarde, ver televisão ou usar dispositivos eletrónicos no quarto, após o recolhimento. Para tal, calendizou o tempo extraescolar em função do estudo e dos trabalhos de casa e das necessidades. Esta racionalização do tempo permitiu gerir de modo mais eficaz as atividades fora da escola, o exercício físico em horas adequadas, o sucesso da relação ensino aprendizagem e, ainda, ajudar o pai nas tarefas subsidiárias da família.

Foi efetuada a higienização do sono, através da sensibilização e incutindo hábitos diferentes dos existentes à intervenção. Foi efetuado uma regularização comportamental através de um conjunto de tarefas a realizar a horas exatas e outras a evitar. Foi necessário tirar o televisor do quarto e impedir o uso telemóvel e do computador após o recolhimento. Foi sugerido que o jantar deve ser uma refeição em família, sempre, promovendo o diálogo, a partilha e um ambiente cordato no seio desta

Como segunda atividade suplementar com base na tríade cognição, comportamento e emoção, foram usados os materiais da atividade desenvolvida em grupo nas escolas, “Os Jovens e a Sexualidade”, inseridas no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). O objetivo desta estratégia foi dissipar todas as dúvidas e receios do PR sobre a adolescência e sobre as transformações que nela acontecem, no domínio da sexualidade, no relacionamento íntimo e na potencialidade de procriação, dado o PR ter iniciado a sua sexual.

Dada impossibilidade de o pai se deslocar à consulta, a intervenção centrou-se no PR com o envolvimento da mãe, facto que funcionou sempre como se de um árbitro se tratasse: fazendo respeitar regras de conduta assertivas e o respeito pelo acordo realizado.

3. Intervenções em grupo

3.1 Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar – PASSE

Uma alimentação saudável conjuga uma variedade de fatores que interferem nos comportamentos alimentares, nomeadamente nas crianças em que “a aquisição e manutenção de determinados hábitos alimentares, permitirá elaborar intervenções mais eficazes para promover hábitos alimentares saudáveis” (Woodward DR, Boon, JA, Cumming FJ, Ball PJ, Williams HM & Hornsby H, 1996. citado por Poínhos, 2010. p. 27).

O programa PASSE, (Anexo 12), é um programa da ARSN, em parceria com a extinta, Direção Regional de Educação do Norte (DREN). Foi concebido e desenvolvido

por um grupo do Departamento da Saúde Pública da ARSN e foi implementado, pela primeira vez, no ano letivo 2007/2008. A criação e a gestão deste programa, são responsabilidades do PASSE Regional, do Departamento de Saúde Pública (DSP) da ARSN, o qual realiza formação às equipas do PASSE local. São estas equipas locais do PASSE que, em conjunto com os Agrupamentos de Escolas (AE), desenvolvem e implementam o programa.

No Aces do Grande Porto I, Santo Tirso/Trofa, tal como em outras instituições, o programa promove a saúde e a alimentação saudável nas escolas do 1º ciclo do ensino básico. No ano letivo 2014/2015, foi implementado na Escola EB1 de Santo Tirso. Iniciaram-se em janeiro as sessões, com uma periodicidade semanal e com a duração de 90 minutos. O programa PASSE está organizado em 15 sessões educativas para aquisição de competências e atitudes, a saber: competências informativas, de experiências pessoais, de tomada de decisão e atitudes nutricionais de aceitação do corpo, de autoconceito e de estilos de vida.

O módulo I foi dinamizado pelos estagiários de Psicologia Clínica, supervisionados pelas técnicas da URAP, Psicóloga Clínica, Dra. Piedade Vieitas e a Nutricionista, Dra. Cristiana Setas, e é constituído por quatro sessões:

1.ª Sessão: ‘Jogar com regras’. Objetivos: conhecer todos os elementos do grupo; promoção de uma consciência grupal; reflexão sobre expectativas e dúvidas acerca do programa;

2.ª Sessão: ‘Juntos conseguimos’. Objetivos: a promoção de coesão grupal e a promoção de hétero conhecimento;

3.ª Sessão: ‘Somos únicos e insubstituíveis’. Objetivos: promoção da tomada de consciência da individualidade e unicidade de cada um e a promoção da tomada de consciência do corpo de cada um;

4.ª Sessão: ‘Aprender a admirar’. Objetivos: a promoção da capacidade de admiração doutrém sem anular ou diminuir a consciência de si e o desenvolvimento da capacidade análise dos diferentes aspetos das pessoas que admiramos;

Devido incompatibilidades de horários, uma vez que sou trabalhador estudante (docente), não me foi possível acompanhar a implementação. No decurso das reuniões do núcleo de estágio tive conhecimento e contacto com todos os materiais, desde as planificações até ao modo de intervenção. Considero que é um programa de fácil implementação dada a população alvo e a qualidade dos materiais auxiliares.

A utilidade e a eficácia do programa PASSE, extrai-se do conjunto de conclusões que se sintetizam através de uma análise *SWOT*: Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*). Esta avaliação afere e visualiza as forças e fraquezas decorrentes de fatores internos ao programa e as oportunidades e ameaças decorrentes de fatores externos, sintetizados a seguir:

1. As forças do projeto, estão n perspectiva holística de promoção de estilos de vida saudáveis, através da interatividade e de metodologias adequadas usadas na população alvo. Efetua-se a promoção da saúde recorrendo à educação, a partir de uma matriz de saúde positiva geradora do *empowerment* necessário à aquisição de comportamentos salutogénicos, seguindo princípios de equidade na prestação de CSP, num ambiente de proximidade entre a equipa multidisciplinar e a família;

2. As oportunidades do PASSE, conduzem à consciencialização de que obesidade infantil, é epidémica. Promover frequentemente, entre as diferentes UF do ACeS, permite o desenvolvimento de competências nos profissionais, facilitadas pelas intervenções fora do contexto institucional, padronizando e facilitando parcerias comunitárias e procedimentos no âmbito da antropometria;

3. As fragilidades de implemtação do PASSE, centram-se nos limitados recursos humanos e materiais, assim como, pela ausência de avaliação do impacto das ações.

4. A dificuldade da perceção parental e dos profissionais, em relação à obesidade infantil e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, com a ausência de investimento na aquisição de equipamentos específicos, na área da nutrição, condicionam a implementação do programa.

3.2 Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - “Os Jovens e a Sexualidade”

O ACeS do Grande Porto I, Santo Tirso/Trofa, implementação a ação de formação, “Jovens e a Sexualidade” que se enquadra PNSE e é liderado pela Psicóloga, Dra. Piedade Vieitas. nsibilizar para as questões relacionadas com a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Este programa formativo cumpriu os seguintes objetivos gerais: a sensibilização dos jovens e adolescentes, acerca da sexualidade e dos comportamentos de risco associados. Em termos mais específicos, o grupo de estagiários quis concretizar os seguintes: sensibilização para a tomada de decisão para o início da atividade sexual; promoção da educação sobre a sexualidade; aprofundamento e clarificação dos conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais na adolescência ao nível da sexualidade;

promoção de mudanças na vida e nos relacionamentos dos jovens com a sua própria sexualidade; sensibilização e alerta para as implicações de uma gravidez na adolescência.

O público-alvo, estimado em 533 alunos, representa a comunidade discente, do ensino secundário, matriculados no 10.º ano (Escola Secundária D. Dinis e Escola Secundária Tomás Pelayo) e no 1.º ano das escolas profissionais (Escola Profissional de Serviços de Cidenai e Escola Profissional Agrícola de S. Bento).

A implementação, iniciou-se a 21 de janeiro de 2015 e terminou a 21 de maio do mesmo ano. Cada sessão durou 90 minutos e envolveu uma turma de cada vez. Foi estruturada uma apresentação para projetar em apoio às sessões (Anexo 13), onde foram abordados os seguintes temas: a puberdade e as características secundárias dos géneros masculino e feminino; a adolescência e as mudanças; o namoro; a sexualidade; a relação sexual, os preliminares e o orgasmo de acordo com o género; a decisão do início da vida sexual; aprender a dizer ‘NÃO’; a gravidez na adolescência e as suas implicações e transformações; a interrupção voluntária da gravidez; as diferentes sessões com cada grupo terminaram com a leitura de uma história relacionada com o tema. Os alunos agruparam-se aos quatro ou cinco elementos, e tiveram a tarefa de dar um final à história iniciada, no final da sessão. Depois de concluída a tarefa, foram lidas todas as versões produzidas por um porta voz, proporcionando-se o debate e partilha de experiências. O facto das sessões serem conduzidas por profissionais externos à escola, originou um grau de desinibição maior, de empenho pelos participantes e abertura para debater. O seu interesse em aumentar os conhecimentos foi grande face a assuntos do seu interesse, nomeadamente a virgindade e a (IVG).

No final, foi avaliado o programa, tendo sido criado um instrumento (Oliveira, 2006), sob a forma de questionário de opinião, em que os participantes responderam no fim da sessão (anexo 14). O objetivo foi obter feedback para efetuar melhorias nas metodologias da intervenção, se necessário.

Os resultados obtidos, demonstraram o interesse, a satisfação, a correspondência com as expectativas, a aprendizagem e o sentimento originado na sessão, em função de cada escola (Anexo 15). Do universo total dos alunos, a maioria considerou: a ação interessante, sentiram-se satisfeitos e viram as suas expectativas correspondidas. Metade dos alunos aprenderam moderadamente e a outra metade aprendeu muito com a formação.

Em relação ao sentimento da formação, poucos alunos sentiram-se nada e pouco confortáveis.

Capacitar a comunidade educativa é a linha mestra do PNSE para 2014. “Envolve a promoção da saúde e do bem-estar, da segurança e da sustentabilidade, numa perspetiva de avaliação, intervenção e educação sobre os riscos para a saúde, do *empowerment* assente na melhoria da literacia em saúde e na redução das desigualdades.” (PNSE, 2014, p. 10).

3.3 Projeto de intervenção em grupo “Mais olhos que barriga”

O presente projeto de intervenção em grupo, “Mais olhos que barriga” (Anexo 16), visa combater a obesidade e foi desenvolvido e planeado pelos estagiários de Psicologia, sob a supervisão das técnicas superiores da URAP do ACeS de Santo Tirso/Trofa, a Psicóloga, Dra. Piedade Vieita e a Nutricionista, Dra. Cristiana Setas. Inclui a realização de 6 sessões (Anexo 17), com periodicidade semanal e a duração de 90 minutos nas instalações da sala de reuniões da URAP, na sede do ACeS.

A prevenção da obesidade na “infância e na adolescência, está associada ao aparecimento de várias patologias, entre as quais, a diabetes tipo 2” (Oliveira & Soares, 2011, p. 197).

“Mais olhos que barriga” terá como público alvo jovens obesos com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, residentes no concelho de Santo Tirso e da Trofa. A escolha desta faixa etária, prendeu-se com o facto de coincidir com a puberdade, fase em que os jovens desenvolvem mais preocupações com a imagem corporal. O grupo será terapêutico, liderado pelo psicólogo estagiário supervisionado, terá por base um racional teórico cognitivo-comportamental e comportará 8 a 10 elementos (heterogéneo quanto ao género, mas homogéneo quanto à obesidade e quanto à faixa etária). O contacto com jovens na mesma situação facilitará o *self-disclosure*, a expressão de sentimentos e a partilha.

A intervenção fomentará a constatação de que não são únicos com os mesmos problemas e que a partilhade diferentes experiências de vida, enriquecerá cada um. O grupo deverá ser fechado, na medida sendo que é altamente direcionada para a concretização dos objetivos estabelecidos e os conteúdos das atividades não serão mais abordados. Na conceção do programa, em primeiro lugar, procuram-se definir os objetivos gerais, a população-alvo e o número e a duração das sessões. Foram, também, designados

os objetivos de cada sessão. De seguida, com base nos objetivos definidos, procedeu-se à elaboração da descrição das sessões e das atividades a levar a efeito.

O programa, apesar de finalizado não foi implementado devido ao desenvolvimento de atividades e de outros projetos levados a efeito pelo município tirsense que continham objetivos estabelecidos que colidiam com dos do “Mais olhos que barriga”.

3.4 Ação de sensibilização “Gestão de conflitos nos profissionais de saúde”

O setor da saúde, em Portugal, tem sofrido reformas e mudanças pelo que pode-se pensar que tais reformas, apesar de tudo, são necessárias. As repercussões das mudanças manifestam-se quer nos beneficiários que dele usufruem, quer nos profissionais que nele trabalham. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde, no ano de 2012, alertou para os níveis de desmotivação dos profissionais devido às baixas salariais, à pressão para a contenção de gastos e às medidas de gestão dos recursos humanos, ignorando os princípios básicos de política dirigidos aos profissões (Nunes & Gaspar, 2014). Tais factos, originam insegurança e desconfiança, ingredientes ideais para a instalação de confrontos, disputas e conflitos. “O conflito é um acontecimento ligado à condição humana, podendo surgir de diferentes modos: nas relações entre indivíduos do mesmo grupo, entre equipas, e entre diferentes organizações. Por isto, a sua emergência e ocorrência é de todo inevitável no contexto grupal” (Dimas, Lourenço & Miguez, 2008, p.9). O que vai determinar se o conflito é construtivo ou negativo vai depender da motivação dos profissionais envolvidos, sendo que “em qualquer organização, é de responsabilidade do gestor ou gerente facilitar a gestão desse conflito” (McIntyre, 2007, p. 303).

Atualmente, o trabalho em equipa ou em grupo detém uma relevância acrescida, denotando a necessidade de se conhecer as suas dinâmicas de modo profundo e profícuo (Lourenço & Dimas, 2011. citado por Marques, Dimas & Lourenço, 2014).

Seguindo a planificação de atividades do ACeS para o ano 2015, foi-me solicitado pela supervisora do estágio de Psicologia a construção de uma apresentação em *power point* (Anexo 18) do *Office* da *Microsoft*, para ser utilizada numa ação de sensibilização, destinada aos profissionais de saúde que trabalham na equipa multidisciplinar da UCC.

A apresentação construída, tinha incuídos os seguintes temas: a origem e a natureza do conceito do conflito; a origem dos conceitos das necessidades e dos interesses; a

categorização, as vantagens e as desvantagens, a tipologia dos conflitos e a sua caracterização; o processo de instalação e os fatores que contribuem para a visão negativa do conflito; métodos de negociação e comportamentos a assumir na resolução dos conflitos, assim como as estratégias para a colaboração dentro de uma equipe.

4. Ação de formação “Birras: promover a parentalidade”

No dia 8 de janeiro de 2015, frequentei a ação de formação “Birras: promover a parentalidade” (Anexos 19), nas instalações de apoio à URAP do ACeS, em Santo Tirso. Tratou-se de uma formação dirigida aos profissionais de saúde que dotou-os de competências para saber lidar com as birras das crianças. A autora da formação, a Sra. Enfermeira Daniela Alves, foi aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Ela conseguiu de forma eficaz e pragmática, gerar competências nos profissionais, sensibilizando-os e dotando-os de capacidades de intervenção social como técnicos saúde no domínio das birras. O projeto formativo, possibilitou-me a aquisição de competências para além das que possuo como pai e docente. As birras são recursos que as crianças usam quando não conseguem lidar com a desilusão, quando “não tem capacidade para perceber o futuro e adiar as suas vontades e tem poucas competências para resolver problemas” (Gouveia, 2009, p. 702.).

5. Estudo de caso - LS

Identificação do Utente

LS, 49 anos de idade, viúvo, tem uma filha com 19 anos de idade, costureira de confeção com quem vive. A esposa faleceu vítima de um ato de suicídio por enforcamento no ano de 2011, após várias tentativas com recurso a diversos *modus operandi*. Está empregado como controlador/engomador e tem como habilitações literárias “*a antiga sexta classe*” (sic), atual 2º ciclo.

Problema apresentado

O utente tem uma perturbação de depressão, com pelo menos dois episódios, ocorridas até à data. O utente foi encaminhado pelo MF, devido à presença de ansiedade, para avaliação e definição de estratégias de *coping* (Anexo 20). Relata dificuldade em lidar com a “*ansiedade e com o stress*” (sic). Afirmou ter “*dias melhores e dias piores*” (sic). Em termos de prescrição de psicofármacos, neste momento: *Escitalopram* e *Alprazolam*. O LS tem dificuldades em controlar os seus impulsos de agressividade, quando insultado.

Dados da observação

Segundo Ribeiro, observar significa recolher informações na presença do observado (Ribeiro, 2010). Ballesteros reforça a ideia e afirma que a observação funcional, fornece de modo mais detalhado aquilo que se torna essencial sobre o utente.

O LS revelou boa aparência: algum cuidado com o cabelo sempre barbeado. Em termos de indumentária, vestiu sempre roupa informal mas com critério algum critério. Ao longo da intervenção psicológica, mostrou-se cortês e cooperante, apresentou-se atempadamente à consulta e mostrou-se sempre solícito para falar da sua história de vida, da relação com o pai e do luto da sua esposa. Falou sempre sem rodeios e foi direto nos assuntos.

Atualmente, demonstra dificuldade em expressar as emoções inerentes à relação com a sua filha: revelou-se perturbado e permaneceu em silêncio, durante alguns minutos.

O LS senta-se, normalmente, de braços cruzados e nunca estabelece contacto ocular. Assume-se sempre defensivo com uma atitude expectante.

Nas consultas, regularmente, instalou-se o silêncio, que nunca durou mais do que um minuto. Quando confrontado com o porquê desta situação, o LS explicou que necessita dele *“para refletir sobre o que dizer, uma vez que não gosta de se precipitar nas respostas e nos comentários”* (sic).

O LS usa, permanentemente próteses oculares, com lentes progressivas.

Na face, do lado direito, tem um quisto sebáceo visível que irá ser removido, cirurgicamente. Este quisto impede-o de se barbear naquela parte da face e, normalmente, aparece com lesões superficiais cutâneas .

É visível uma assimetria dos pavilhões auriculares.

Em termos de motricidade fina ou mobilidade não se verificam limitações ou qualquer comprometimento.

Não róí as unhas. São visíveis os cuidados com as mãos que se apresentam cuidadas e bem tratadas. .

Dados da anamnese

O LS é natural de um concelho de Lousada e a sua família de origem é numerosa. É o quinto filho de uma fratria de 10 irmãos. Estudou até aos 16 anos de idade, tendo concluído o 2.º ciclo nesta altura, época em que começou a trabalhar com o pai que era construtor civil, com que trabalhou até aos 18 anos, altura em que começou a trabalhar na fábrica têxtil e a namorar com a esposa com quem casou.

O pai do LS , sempre foi austero, duro, exigente e, regularmente, insultava o filho.

O LS é católico apostólico romano, tendo seguido os sacramentos todos até casamento que ocorreu em 1994. Os “*inícios desta nova vida foram muitos difíceis*” (sic). O casal teve uma filha, hoje com 19 anos, tendo-se, após o seu nascimento, iniciado o processo depressivo cujo desfecho foi o suicídio consumado. Desde então até hoje, o relacionamento com a filha tem vindo a ser cada vez mais difícil, sobretudo, porque o LS decidiu assumir o relacionamento com a sua namorada e a torna-lo mais íntimo.

Na família da esposa, existem mais situações de suicídio: “*O meu sogro ingeriu veneno/pesticida*” (sic).

Desde o casamento do LS que o relacionamento com a família da esposa tem vindo a deagradar-se. Ultimamente, as relações depauperaram-se nomeadamente, com a mãe da falecida esposa.

O LS, dois anos após a morte da esposa viveu momentos difíceis. Tal como a sua filha tiveram acompanhamento dos serviços de Psiquiatria. Os sintomas presentes foram depressivos e ansiosos, associados a ataques de pânico.

Em 2013, o LS teve alta ficando com a prescrição farmacológica que inclui o ‘*Escitalopram*’ e ‘*Alprazolam*’.o acompanhamento do serviço de psiquiatria.

Avaliação psicológica

Durante as sessões de avaliação, o utente evidenciou-se sempre cooperante. Manifestou humor eufímico e curioso, ao longo da avaliação, não obstante evidenciar de forma usual, ansiedade na linguagem não-verbal e nos momentos de silêncio. Os instrumentos usados foram a entrevista clínica semiestruturada para adultos e *Symptom Checklist 90 – Revised* (SCL-90-R, Derogatis, 1977, 1983).

Quadro 3 – Instrumentos e resultados da avaliação do PR.

Material/Inst.	Resultados
Entrevista clínica semiestruturada para adultos	Em termos desenvolvimentais, são vários os eventos em que se vislumbram episódios de vida precipitantes de quadros depressivos. Em termos de socialização, o utente fez a escolaridade obrigatória (2.º ciclo), tendo começado a trabalhar com o pai nas obras da construção civil. Foi insultado várias vezes. Após o seu casamento com a sua esposa surgiu a gravidez da sua filha Regina e com o nascimento desta, a sua esposa emergiu numa depressão tendo acontecido tentativas de suicídio. Após tantas tentativas sem

	<p>sucesso, aconteceu a última por enforcamento. O relacionamento com a família da esposa nunca foi bom e nos últimos tempos as discussões têm acontecido. O sogro do utente suicidou-se, ingerindo pesticida, antes deste último se casar com a filha.</p> <p>Durante as sessões de avaliação, o utente evidenciou uma postura colaborante. O utente apresenta um aspeto cuidado e asseado. O utente relata dificuldade em lidar com a “<i>ansiedade e com o stress</i>” (sic). Afirmou em contexto de consulta que tem dias melhores e dias piores. Quando irritado/disfórico demonstra dificuldade em controlar os seus impulsos e intolerância, tornando-se violento, quando o insultam. Este facto explica-se recorrendo à sua história de vida, nomeadamente na altura em que trabalhava com o seu pai (pequeno empreiteiro de casas de habitação) dos 14 aos 18 anos e este insultava-o de modo continuado. Este facto deixa-o disfórico e revela a dificuldade que tem em lidar com o escárnio.</p> <p>O utente na sua história de vida tem factos como o suicídio da sua esposa (há 4 anos atrás) com tentativas sucessivas, repetidamente. Concomitantemente à problemática levantada, existem dificuldades de relacionamento com a filha que se acentuaram quando este decidiu ter um relacionamento mais íntimo com uma senhora sua conhecida: a filha já foi confrontada com o facto de o pai assumir o relacionamento e de levar a sua namorada viver com ele na sua residência; este facto, não é aceite pela filha e gera algum desconforto e conflitos.</p> <p>A situação do emprego é um fator de proteção e contribui para o desagravamento da patologia depressiva, em larga medida, porque lhe dá qualidade de vida.</p> <p>Tem a mesma profissão, facto que já dura há 26 anos, ainda que em empresas diferentes mas dos mesmos padrões.</p> <p>Por último existem queixas da existência de dias menos bons. Por vezes, tem dificuldade em dormir sobretudo quando faz exercício físico de modo mais exigente.</p>
<p>SLC 90 R - (Anexo 21)</p>	<p>Realizado em 26/06/2015</p> <p>Resultados aferido (Anexo 22):</p> <p>O valor do Índice geral de sintomas (IGS), (.744), está dentro do limite</p>

	<p>do desvio padrão, (>1,7) o que traduz que o LS tem um sofrimento psicológico global não significativo. Todas as subescalas (Somatização, Obsessão e Compulsão, Relações Interpessoais, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo), encontram-se dentro dos valores médios da população geral.</p> <p>Tratando-se de um instrumento que avalia o padrão da sintomatologia clínica, conclui-se que o LS não se encontra perturbado, emocionalmente.</p> <p>A subescala mais elevada é a Obsessão/Compulsão, (1,2), pese embora, esteja dentro do padrão da normatividade, tal explica a sua preocupação excessiva nas lides domésticas, no seu trabalho de controlador da qualidade e com os seus hábitos diários, muito rotineiros.</p> <p>As subescalas das relações interpessoais, da ansiedade fóbica e da ideação paranoide estão abaixo dos valores padrão.</p>
--	---

Diagnóstico

Perturbação depressiva persistente [300.4]. Perturbação leve, com sintomas ansiosos e um início tardio, em remissão parcial (APA, 2014). Atualmente, não é possível identificar os critérios para episódio depressivo *major*, face à remissão parcial da perturbação. Como aconteceu pelo menos um episódio depressivo prévio, no contexto de pelo menos dois anos de sintomas depressivos persistentes, foi usado o especificador, com episódios depressivos *major* intermitentes, para o diagnóstico realizado.

Diagnóstico diferencial

O LS apresentou “humor depressivo e dois ou mais sintomas que satisfazem os critérios para um episódio depressivo persistente, durante pelo menos dois anos, podendo ser mais (APA, 2014, p. 171). Esta etiologia justifica a presença de uma perturbação depressiva persistente (APA, 2014). No entanto, face ao carácter persistente da etiologia depressiva, em um ou vários episódios depressivos *major*, este facto ocorrido com o utente, tem de ser “anotado como especificador da perturbação depressiva persistente” (APA, 2014, p. 172).

A perturbação depressiva, no LS, distingue-se do humor triste, que afeta a maioria das pessoas regularmente, por se tratar de uma condição duradoura (a maior parte do dia, quase todos os dias, pelo menos 2 semanas), de maior intensidade ou mesmo por uma tristeza de qualidade diferente da tristeza habitual, acompanhada de vários sintomas específicos e que

trazem prejuízo à sua vida. O LS, em contexto de entrevista, confirmou que já aconteceu outro episódio depressivo, com associação de ansiedade e de pânico. Este facto mereceu acompanhamento em psiquiatria com a prescrição de fármacos.

O pesar, também conhecido como reação de luto, não é um tipo de depressão: no luto, “predominam sentimentos de vazio e de perda” (Marques, 2015, p. 3); na depressão “o humor depressivo persiste e provoca incapacidade de antecipar a felicidade ou o prazer” (Marques, 2015, p. 3). No caso da morte da esposa de LS, já passaram 4 anos e o próprio, quando solicitado para falar sobre o assunto, não demonstra nenhuma resignação ou constrangimento. Além disso, o LS vive um novo relacionamento íntimo, o que demonstra que o sentimento de desespero e de perda foi, completamente, ultrapassado.

Relativamente às perturbações psicóticas, as depressões podem estar associadas. Contudo o LS não apresenta sintomatologia delirante nem processos alucinatorios, assim como não apresenta desorganização dos pensamentos e do comportamento. Logo, o diagnóstico realizado fica confirmado, não se podendo diagnosticar ao LS perturbações do tipo esquizoafetivo, esquizofrenia ou delirante.

O diagnóstico do LS não pode ser associado a uma condição médica ou a adição, uma vez que, o LS não padece de patologia física diagnosticada, nem tem historial aditivo.

Conceptualização clínica

Desde novo, o utente LS tem na sua vida fatores e situações de vida que precipitaram a instalação do quadro etiológico apontado no diagnóstico. Por um lado, temos a perturbação depressiva persistente que o acompanha, concomitantemente, a história de vida proporcionou-lhe a aquisição e instalação de traços permanentes de uma personalidade com sinais depressivos, devido à morte da sua esposa. Por outro lado, e depois do luto ultrapassado, começou a verificar-se um relacionamento difícil entre o LS e a sua única filha que teima em rejeitar a parceira atual do pai.

O problema de LS visto e analisado à luz do modelo depressivo de Beck, mostra que o tipo de pensamentos, ideias e imagens distorcidas são a base dos sintomas da depressão. Este modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva; esquemas e erros cognitivos. A tríade cognitiva, no caso do LS consiste em três padrões cognitivos maiores que induzem-no a considerar-se no futuro com a sua companheira e todas as suas experiências vistas de forma indiossincrática. Na primeira componente da tríade o LS assume-se numa visão negativa de si mesmo ao não saber lidar com a filha, como alguém inadequado e carente. O

utente LS tem mostra esta dificuldade ligando a morte da esposa, impedindo-o de dar o passo de que necessita para refazer a sua vida. Ele subestima-se e critica-se interiormente por causa deles. Finalmente, ele acredita que carece dos atributos que ele considera essenciais para alcançar felicidade e satisfação. Os esquemas cognitivos do LS traduzem a forma como ele reage nas situações de destrato com reações mais intempestivas, tal com aconteceu com o seu pai. O modo de raciocinar em relação às suas experiências atuais, de um modo negativo, é outra característica do pensamento do LS, o que faz com que ele se sinta não ser capaz de resolver as situações face à agressividade da filha, em relação à companheira.

Tendo em conta a anamnese de LS., desde a adolescência que ele está encerrado dentro de uma história de humor deprimido culminando com o suicídio da sua esposa. Devido a estes acontecimentos, o LS demonstrou baixa autoestima, uma visão muito crítica do seu *self*, algum isolamento social e dificuldades nas suas relações familiares, levando-a algum isolamento social, assim como, à construção de respostas cognitivas derrotistas. Apesar de tudo, ele tem adiado porque não quer a responsabilidade nem a culpa da filha sair da sua casa. O seu comportamento e cognição mandam-no adiar até ela casar ou sair de casa.

Confrontado com as dificuldades realçadas, tendo em conta o motivo do encaminhamento do MF, a aquisição de estratégias de *coping* pelo LS, deverá constituir uma prioridade. O *coping*, como resposta dinâmica face aos stressores, ela pode assumir índoles diferenciadas. Quanto ao modelo de *coping*, este centra-se nas emoções e nos problemas. No caso de LS, emocionalmente, existe a necessidade do utente de se distanciar dos conflitos. Neste sentido, o estilo de *coping* do LS, deve focar-se no problema havendo a necessidade do diálogo e da concertação com a filha. A assunção do compromisso com a sua companheira, é um problema que exigirá dele a persistência, a resiliência e, por outro lado, a tolerância da filha.

Para finalizar, o modelo de Beck, ajuda, também, a explicar alguns dos sintomas físicos da depressão que o LS sente: quando ele expressa que tem dias bons e dias menos bons, no fundo ele expressa a apatia, a baixa energia e que esta crença resulta de um sentimento que ele tem ao viver ao pé da filha, privado da companhia da sua namorada.

Intervenção

Presente à consulta em junho, o seu pedido centrou-se no fornecimento de estratégias de *coping*. Numa fase inicial, o processo de intervenção com o LS, estabeleceu-se através

de uma relação terapêutica baseada na criação de confiança, atitude empática e acolhimento.

O utente iniciou o acompanhamento intervenção em 4 de junho de 2015 e terminou em 11 de agosto do mesmo ano. Ao LS foi diagnosticado a depressão, numa forma crónica, existe a necessidade de uma intervenção psicológica concomitante com a prescrição medicamentos antidepressivos, muito longos (Hollon & Ponniah, 2010).

Em termos farmacológicos, o utente está desde 2013, segundo a MF, com prescrição farmacológica de *Alpazolam* e *Escitalopram*, processo que só será avaliado dentro de 6 meses.

A intervenção pretendeu diminuir a sintomatologia ansiosa e depressiva, recorrendo à prática do exercício físico, à prática de relaxamento progressivo e *mindfulness*, regulamente. A reestruturação cognitiva foi uma das estratégias usada com o propósito de ajudar o paciente a identificar os pensamentos alternativos face à sua falta de iniciativa na resolução do impasse existente com a sua filha e nos pensamentos negativos adjacentes. Foi dado a entender, que a não aceitação da sua filha carecia de ser entendida e desligada de sentimentos negativos face à irracional rejeição da mesma. Uma vez identificados estes sentimentos e a irracionalidade apontada, o objetivo seguinte foi substituí-los por outros de carácter mais adaptativo (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2007).

Foram acordadas medidas de *coping*, para a promoção de saúde como a aquisição de hábitos regulares saudáveis e higienização do sono (nomeadamente, não ver televisão na cama, depois do recolhimento e não recolher-se, efetuar refeições leves ao jantar e beber algo quente antes do recolhimento). Em termos de *coping* relacional/emocional, o LS ao tentar resolver os problemas dos seus relacionamentos próximos, alterou o significado dos mesmos situações, quer nas emoções produzidas, quer nos problemas, para si e para os que o circundam, tornando-se mais positivo e adaptando-se melhor às circunstâncias consideradas adversas. Os resultados da avaliação mostraram ausência de sintomatologia psicopatológica.

De facto, foram eficazes o acompanhamento e a intervenção psicológica, em conjugação com a terapia da prescrição médica dos psicofármacos, tornou o processo de remissão mais célere. As informações do utente sobre a qualidade de vida diária, este afirmou, perentoriamente que passou a ter mais dias bons do que dias maus, “constructo multidimensional, que inclui dimensões subjectivas (percepções do paciente) e/ou objectivas (componentes externos observáveis)” (McIntyre, Barroso & Lourenço, 2002. p.13).

Reflexão pessoal

O estágio académico aqui relatado, proporcionou a colocação na prática os conteúdos, assuntos e matérias aprendidas durante o percurso académico, decorrido nos anos anteriores. Aliás, constituiu a oportunidade por excelência para contactar com distintas realidades e contextos, até agora explorados teoricamente, possibilitando viver o que na verdade é um nobre trabalho como um psicólogo, profissional. Este profissional, contrasta a teoria e a prática e ainda pratica as mais exigentes competências instruídas ao longo do percurso académico. Com efeito a tolerância à alegria, mas essencialmente ao sofrimento do ser humano é uma competência humanamente capital que foi desenvolvida com alguma maturidade de vida que possuo. Ao longo dos 10 meses passados no ACeS, aprendi parte do contexto da Psicologia Clínica e da Saúde nos CSP.

Relativamente às aptidões e aos conhecimentos adquiridos, num primeiro momento foi muito útil a aprendizagem por meio de observação das consultas: observar a forma de proceder do profissional; a postura dos intervenientes, psicólogo e utente; a técnica de questionar (perguntas abertas, abrangentes) e explorar uma área de vida de modo mais particular; o dar espaço aos silêncios, importantes quer para refletir, quer para gerir emoções; observar como se devolve à pessoa os conteúdos por ela verbalizados. A fase de observação inicial, em contexto de primeira consulta individual, ocorreu em apenas dois casos, como observador não participante. Esta primeira consulta, revelou-se muito útil, embora muito limitada para a atuar no contexto de intervenção clínica individual. Todos estes aspetos, contribuíram para a indagação de que deve ser o utente, enquanto pessoa, que deve refletir e a chegar a conclusões do que será benéfico e do que constituirá a mudança, enquanto revelação do sucesso terapêutico. A integração de fatores internos, com a liberdade de revelação do trabalho com os utentes, só é simplificada quando temos consciência das nossas limitações e das limitações institucionais. O meu desempenho como psicólogo estagiário não se limitou às entrevistas/consultas de psicologia clínica. Foram idealizadas, concebidas e realizadas atividades integradas na comunidade, nomeadamente, as ações de formação, programas de formação, ações de sensibilização e projetos de intervenção em grupo, como são os exemplos explorados no relatório de estágio. Assim sendo, foi possível intervir em situações de cariz comunitário e na promoção da saúde com uma equipa multidisciplinar que proporcionou o contacto com jovens da comunidade envolvente.

Como obstáculos aponto a calendarização do tempo de estágio, as limitações físicas e de recursos do SP, a falta de coordenação dos serviços do ACeS com o início do estágio e ainda a dificuldade de conciliação do meu horário de docente com o horário do estágio. Graças ao bom senso de todos tudo se concretizou. O facto de ser orientado pela única psicóloga da URAP, que integrava o conselho clínico, não permitiu de todo a concretização das reuniões semanais, excetuando-se apenas no início. Tal facto, impossibilitou uma maior partilha e acompanhamento de experiências entre os estagiários e a orientadora local. O estágio finalizou no dia 11 do mês de Agosto quando estava previsto terminar

Referências bibliográficas

- ACeS Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa (2014). *Relatório ACeS 2013*. Santo Tirso.
- Ahrons, C. R. (2007). Family ties after divorce: Long-term implications for children. *Family Process*, 46(1), pp. 53–65.
- Alarcão, M. (2006). (Des) Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista do Serviços de saúde pública*, 28, n.º 1, pp. 79- 92.
- American Psychiatric Association, (APA), (2014). *DSM 5:manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Amorós, M. O., Sánchez, J. P. E. & Carrillo, X. M. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20, nº 3, pp. 383-38.
- Batista, M., Paulino, P. & Cacheiros, M. (2007). O jogo dos alimentos: mudança altitudinal face à alimentação e ao sedentarismo em crianças do 1º Ciclo. *Análise Psicológica*, 2, pp. 257 -269.
- Baker, F., Turlington, S., & Colrain, I. (2012). Developmental changes in the sleep electroencephalogram of adolescent boys and girls. *Journal of sleep research*, 21, pp. 59-67.
- Baptista, S. (2012) A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*;28, pp. 224-226.
- Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32, pp. 483–524.

Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos CSP e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 67-79.

Dattilio, F. M & Freeman, A. (2004). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise*. Porto Alegre: Artmed.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. Diário da República, n.º 38 – 1ª Série.

Delgado, P. (2006). Os direitos das crianças da participação à responsabilidade – o sistema de proteção e educação das crianças e jovens, 1º Edição, Profedições.

Dimas, I. D., Lourenço, P. R., & Miguez, J. (2008). Conflitos, gestão de conflitos e desenvolvimento grupal: Contributo para uma articulação. *Psychologica*, 47, pp 9-27.

Fallone, G., Owens, J., & Deane, J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Medicine Reviews*, 6, pp. 287-306.

Ferreira, P. L., Antunes, P. & Portugal, S. (2010). O valor dos cuidados primários: perspetiva dos utilizadores das USF – 2009 do Ministério da Saúde: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Focom XXI.

Fridlund, A., Gleitman, H. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gouveia R. (2009). Birras na criança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp.702-705.

Groeben, M., Perren, S., Stadelmann, S. & Klitzing, K. (2011). Emotional symptoms from kindergarten to middle childhood: associations with self- and other-oriented social skills. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, pp. 3-15

Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891–932.

Klugger, J. (2011). Small Child, Big Worries. *Time International*, 177, p. 39.

Lyons, R., & Low, P. (2009). Brief psychological therapy in primary care: the psychologist's challenge. *New Zealand Journal of Psychology*, 38, pp. 24-31.

Macedo, M. J. (2014). Abordagens eficazes para a higiene do sono na infância: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 6, pp. 415-417.

Marques, I. R., Dimas I. D. & Lourenço P. R. (2014) Eficácia, emoções e conflitos grupais: a influência do coaching do líder e dos pares. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7 (1), pp. 67-80.

Marques, M. (2015). Luto ou depressão? *Psicologia pt: o portal dos psicólogos*, p. 3.

McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Revista saúde mental*, 4, pp 13-24.

McIntyre, S. E. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*, v. 25, n.º 2, pp. 295-305.

Navelet, C. & Guérin-Carnelle, B. (2002). *Os psicólogos nas instituições: os desafios de uma profissão*, Lisboa: Edições Piaget.

Neves, J., Garrido, M. V & Simões E. (2015). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Nunes, E. M. G. T. & Gaspar, M. F. M. (2014). Modelo de Comportamento Organizacional de Meyer e Allen: estudo com os enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. Vol. 8, n.º 1, pp. 14-26.

Owens, J. (2005). The ADHD and sleep conundrum: a review. *J Dev Behav Pediatr*, 26, pp. 312-322.

Oliveira, F.R. (2006). *Plano de Formação – Etapas e Metodologias de Elaboração*. Loures: IEFP.

Oliveira F. & Soares L. (2011). Programa piloto de intervenção para pais de crianças com problemas de obesidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, (2), pp. 197-211.

Direção Geral da Saúde (DGS), (2014). *Programa nacional de saúde escolar, 2014*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Pais-Ribeiro, J. L., (2013). Medida na avaliação psicológica, *Psicologia, saúde & doenças*, 14, pp. 245-263.

Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana – REMHU*, n.º 40, pp. 49-68.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw Hill.

Póinhos, R. (2010) Influência dos pares nos hábitos alimentares de crianças e adolescentes, *Alimentação Humana*, 16, n.º 2, pp. 19-30.

Rebelo Pinto, T., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? *Actas do 12º congresso de psicologia e educação*, pp. 990-1002.

Reite, M., Ruddy, J. & Nagel, K. (2004). *Transtornos do sono*. Porto Alegre: Artmed, Editora.

Ribeiro, J. L. P., (2010) *Pais Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, Editora Lda.

Ricci, I. (2004). *Casa da Mãe Casa do Pai. Construir Dois Lares Para os Seus Filhos: Um Guia Para Pais Separados, Divorciados ou Que Voltaram a Casar*. Lisboa: Edições Sílabo.

Roberts, K. C. & Danoff-Burg, S. (2010). Mindfulness and Health behaviors: is paying attention good for you? *Journal of American college Health*, 59, pp. 165-73.

Smetana, J., Campione-Barr, N. & Metzger, A., (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology* 57, pp. 255-84.

Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2003). *Psicologia do adolescente: uma visão desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Starfield, B., Shi L, Macinko J. (2005). Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83, pp. 457–502.

Valaitis, R., Martin-Misener, R., Wong, S., MacDonald, M., Meagher-Stewart, D., Austin, P., Kaczorowski, J., O-Mara, L. & Savage, R. (2012). Methods, strategies and technologies used to conduct a scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary Health Care Research & Development*, 13, pp. 219-236.

Viaux-Savelon, S., Rabain, D., Aidane, E., Bonnet, P., Montes de Oca, M., Camon-Sénéchal, L., David, M., Couëtoux, F., Wendland, J., Gérardin, P., Mazet, P. & Guedeney, A. (2010). Phenomenology, psychopathology, and short-term therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), pp. 242-253.

Anexos

Anexo 1 – Exemplo de Relatório enviado à supervisora

Identificação

L S, 49 anos de idade, viúvo, tem uma filha com 19 anos de idade, costureira de confecção (possui o 12.º ano de uma via profissional de contabilidade), com quem vive. Está empregado e tem como habilitações literárias "a antiga sexta classe, hoje o 2º ciclo" sic. A esposa faleceu vítima de um ato de suicídio por enforcamento no ano de 2011, após várias tentativas com recurso a outros *modus operandi*.

Motivos e contextos de avaliação psicológica

O utente relata dificuldade em lidar com a "ansiedade e com o stress" sic. Afirmou em contexto de consulta que tem dias melhores e dias piores. Quando irritado/disfórico demonstra dificuldade em controlar os seus impulsos e intolerância, tomando-se violento.

As dificuldades de relacionamento com a filha, acentuaram-se quando este decidiu ter um relacionamento mais íntimo com uma senhora sua conhecida: a filha já foi confrontada com o facto de o pai assumir o relacionamento e de levar a sua namorada viver com ele na sua residência; este facto, não é aceite pela filha e gera algum desconforto e conflitos.

O utente foi encaminhado pela sua médica de família, devido à presença de ansiedade, para avaliação e definição de estratégias de *coping*.

Em termos terapêuticos, toma neste momento os psicofarmacos "Escitalopram" e Alprazolam. O primeiro é um antidepressivo do género seletor da recaptação da serotonina, indicado para tratar perturbações depressivas, perturbações de pânico com agorafobia, "aspectos caracterizam a sua vida" (sic), segundo o paciente. O segundo, é uma benzodiazepina indicada para tratar a ansiedade grave, incapacitante ou que cause sofrimento incapacitante, também "presente na vida do utente" (sic). Refere na sua história vida que já foi acompanhado por psiquiatria devido a "depressão, a ataques de pânico e por não saber lidar com o distress" sic. Em entrevista o utente afirma que "já consegue falar bem do suicídio da esposa e que apesar de tudo, preferia que ela estivesse com ele, mas isso não é mais possível" sic.

Durante as sessões de avaliação, o utente evidenciou uma postura colaborante. Manifestou humor eutímico ao longo de todas as sessões de avaliação, não obstante evidenciar ansiedade na linguagem não verbal e prolongamento de

momentos de silêncio, em determinados momentos. O utente apresenta um aspeto cuidado e asseado.

Para além da realização da entrevista de avaliação clínica ao próprio utente e da consulta do processo clínico, recorreu-se ao instrumento psicométrico, "Symptom Checklist 90 Revised", vulgo "SCL-90-R".

Resultados da avaliação psicológica psicométrica

Resultados da Avaliação da Psicopatologia Geral - Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1977, 1983)

O perfil multidimensional da patologia presente, foi obtido através da análise das nove dimensões sintomáticas de psicopatologia. Esta informação permite interpretar as tendências concretas da expressão psicopatológica, verificando-se que o valor do Índice geral de sintomas (IGS), (.744), está dentro do limite do desvio padrão, (> 1,7) pelo que se deduz que o L. tem um sofrimento psicológico global não significativo. Todas as subescalas (Somatização, Obsessão e Compulsão, Relações Interpessoais, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo), encontram-se dentro dos valores médios da população geral, conforme os valores que constam na grelha abaixo.

Fatores do SCL-90-R	Valores obtidos pela utente	População geral	
		M	DP
Somatização	0.75	0.55	1.03
Obsessão e Compulsão	1.2	0.98	1.40
Relações Interpessoais	0.66	0.73	1.27
Depressão	0.85	0.65	1.10
Ansiedade	0.8	0.65	1.15
Hostilidade	1	0.79	1.39
Ansiedade Fóbica	0.14	0.29	0.87
Ideação Paranoide	0.16	0.94	1.50
Psicoticismo	0.6	0.40	0.80

Tratando-se de um instrumento que permite fazer uma avaliação mais direcionada para os padrões de sintomatologia clínica, o utente não se encontra perturbado, emocionalmente. Apesar de em contexto de consulta, ter relevado "a presença de mal-estar psicológico e a existência de distress que lhe gera ansiedade"

(sic). A subescala mais elevada é a Obsessão compulsão, cujo score obtido é 1,2, apesar de estar dentro do padrão da normatividade, pode ser explicado pela sua preocupação com as lides domésticas, com o seu trabalho de controlo e com os seus hábitos regulares.

As subescalas das relações Interpessoais, da ansiedade fóbica e da Ideação paranoide estão abaixo dos valores padrão. O utente revela alguma dificuldade em lidar com o escárnio, não gosta de mudar hábitos e demonstra relutância face às propostas que apontam nesse sentido. Trata-se de traços da personalidade que podem causar algumas dificuldades ao nível social uma vez que é muito reflexivo e introvertido.

Diagnóstico médico anterior à avaliação comunicado pela médica de família;

S. Depressivo com displidemia

Diagnóstico posterior à avaliação:

O diagnóstico proposto, é 'Perturbação depressiva persistente' [300.4] APA – DSM 5 (2015). Aponto este diagnóstico, face à persistência da sintomatologia depressiva anterior, com a toma de antidepressivos e ansiolíticos, "mais fortes"(sic) por "causa dos ataques de pânico e da depressão"(sic), apontados em contexto de consulta, "com acompanhamento por psiquiatria"(sic). Tudo aponta, para uma reincidência do quadro depressivo. Não posso deixar de realçar que o utente esteve sujeito a uma pressão emocional muito intensa, durante muitos anos: Inicialmente, entre os catorze e os dezoto anos, quando foi trabalhar com o pai (mestre de obras, vulgo, pequeno empreiteiro de construção civil da área da habitação), pessoa com dificuldade de relacionamento e com uma personalidade do tipo ansioso, segundo o utente como sendo "áspero, rigoroso e exigente, para além de violento nunca valorizando o trabalho dos outros " (sic), insistentemente a insultar usando vernáculo [Oculta identidade]; depois e já casado, com a vida da sua esposa que viu degradar-se devido a depressão instalada após o parto da sua filha e que culminou com o suicídio, por enforcamento.

Justifico o diagnóstico face à existência episódios depressivos major intermitentes sem episódio depressivo atual, dada a prescrição de psicofarmacos. O diagnóstico justifica-se face ao seu carácter crónico.

A perturbação encontra-se instalada gerando algum mal-estar ansioso que segundo o utente, foi uma das características presentes num episódio anterior, como foi constatado em contexto de consulta, quando o utente relatou "medo e sintomas intensos de ansiedade". Penso que o transtorno por mim diagnosticado, não pode ser confundido com os perturbações fóbico-ansiosas, uma vez que embora exista a presença de uma ansiedade intensa desencadeada, nunca foi relatada pelo utente alguma situação ou objeto determinado que representa-se algum perigo a ser evitado ou suportado com extremo sofrimento, desconforto e ou sensação de pavor absurdo.

Considero que a perturbação é moderada e encontra-se em remissão parcial, pelo que se justifica uma intervenção psicológica, no sentido de dotar o utente de coping e resiliência. Face ao quadro depressivo e ansioso, o utente apresenta algum insight.

Anexo 2 – Ficha de encaminhamento médico do utente E

Documento de Referência da URAP

Conteúdos de identidade ocultos

1

Motivo do encaminhamento e Dados Relevantes da História Clínica

12 anos de idade

Vive com a mãe, a avó (Alemãs) e 2 irmãos. Pai Português a trabalhar na Alemanha.

Os pais estão em fase de separação conflituosa com conseqüente impacto para o que recusa ver o pai.

E

Agradeço avaliação

Desde já muito grata pela colaboração

Identidade do MF oculta

Medicação

Anexo 3 – Desenho Livre do utente E



Anexo 4 – Desenho da Família do utente E



Anexo 5 – Instrumento “EADS-C-21”

Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas.

Não leves muito tempo a indicar a resposta em cada afirmação.

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
Senti a boca seca.	0	1	2	3
Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por ex. Não consegui parar de chorar.	0	1	2	3
Senti dificuldade em respirar.	0	1	2	3
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Por ex. Não me apeteceu ver televisão, estudar, nem jogar computador.	0	1	2	3
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. Por ex. Apeteceu-me bater num(a) colega que não se calava na aula.	0	1	2	3
Senti tremores. Por ex. Nas mãos e nas pernas.	0	1	2	3
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por ex. Ter muito medo, ficar muito assustado e todos os meus amigos gozarem comigo.	0	1	2	3
Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex. Que nada do que eu sonho, se podia tornar realidade.	0	1	2	3
Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
Senti dificuldade em relaxar. Por ex. Não conseguia estar sentado, parado e quieto.	0	1	2	3

Senti-me desanimado/cansado e melancólico.	0	1	2	3
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Por ex. Faltar a luz, não conseguir terminar o jogo de computador e ficar muito irritado e resmungão.	0	1	2	3
Senti-me quase a entrar em pânico, ou seja, tive medo e fiquei muito assustado.	0	1	2	3
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. Por ex. Nem jogar computador ou ver televisão eu tinha vontade.	0	1	2	3
Senti que não tinha muito valor como pessoa, ou seja, senti-me pouco importante.	0	1	2	3
Senti que, por vezes, estava sensível. Por ex. Tive muita vontade de chorar de repente.	0	1	2	3
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. Por ex. O coração começou a bater muito depressa, de repente.	0	1	2	3
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. Por ex. Fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada.	0	1	2	3
Senti que a vida não tinha sentido. Por ex. Parece que, de repente, as coisas deixaram de valer a pena.	0	1	2	3

Obrigado!

Anexo 6 – Resultados obtidos no “EADS-C-21” do utente E

Realizada em 04/05/2015

1	-	0
2	-	0
3	-	0
4	-	0
5	-	0
6	-	0
7	-	0
8	-	0
9	-	0
10	-	0
11	-	0
12	-	0
13	-	0
14	-	0
15	-	0
16	-	0
17	-	0
18	-	0
19	-	0
20	-	0
21	-	0
22	-	0
23	-	0
24	-	0
25	-	0
26	-	0
27	-	0
28	-	0
29	-	0
30	-	0
31	-	0
32	-	0
33	-	0
34	-	0
35	-	0
36	-	0
37	-	0
38	-	0
39	-	0
40	-	0
41	-	0
42	-	0
43	-	0
44	-	0
45	-	0
46	-	0
47	-	0
48	-	0
49	-	0
50	-	0
51	-	0
52	-	0
53	-	0
54	-	0
55	-	0
56	-	0
57	-	0
58	-	0
59	-	0
60	-	0
61	-	0
62	-	0
63	-	0
64	-	0
65	-	0
66	-	0
67	-	0
68	-	0
69	-	0
70	-	0
71	-	0
72	-	0
73	-	0
74	-	0
75	-	0
76	-	0
77	-	0
78	-	0
79	-	0
80	-	0
81	-	0
82	-	0
83	-	0
84	-	0
85	-	0
86	-	0
87	-	0
88	-	0
89	-	0
90	-	0
91	-	0
92	-	0
93	-	0
94	-	0
95	-	0
96	-	0
97	-	0
98	-	0
99	-	0
100	-	0

Realizada em 25/05/2015

1	-	0
2	-	0
3	-	0
4	-	0
5	-	0
6	-	0
7	-	0
8	-	0
9	-	0
10	-	0
11	-	0
12	-	0
13	-	0
14	-	0
15	-	0
16	-	0
17	-	0
18	-	0
19	-	0
20	-	0
21	-	0
22	-	0
23	-	0
24	-	0
25	-	0
26	-	0
27	-	0
28	-	0
29	-	0
30	-	0
31	-	0
32	-	0
33	-	0
34	-	0
35	-	0
36	-	0
37	-	0
38	-	0
39	-	0
40	-	0
41	-	0
42	-	0
43	-	0
44	-	0
45	-	0
46	-	0
47	-	0
48	-	0
49	-	0
50	-	0
51	-	0
52	-	0
53	-	0
54	-	0
55	-	0
56	-	0
57	-	0
58	-	0
59	-	0
60	-	0
61	-	0
62	-	0
63	-	0
64	-	0
65	-	0
66	-	0
67	-	0
68	-	0
69	-	0
70	-	0
71	-	0
72	-	0
73	-	0
74	-	0
75	-	0
76	-	0
77	-	0
78	-	0
79	-	0
80	-	0
81	-	0
82	-	0
83	-	0
84	-	0
85	-	0
86	-	0
87	-	0
88	-	0
89	-	0
90	-	0
91	-	0
92	-	0
93	-	0
94	-	0
95	-	0
96	-	0
97	-	0
98	-	0
99	-	0
100	-	0

Anexo 7 – Avaliação trimestral escolar – 2.º Período

Ocultação da identidade da escola

3.º Ciclo
 Ano Letivo : 2014 / 2015
 2.º Período

Registo de Avaliação

Ocultação da identidade do utente

Ocultação da identidade do Encarregado de Educação

Disciplina	Fim do período								
	Provas	Data	Ass.	F. Inj.	F. Apl.	C.F.	Insc. / Ex.	Fim	Final
Português	21	01	65	3	3	3	--	--	--
Mat. 3	21	29	26	1	3	4	--	--	--
Físico 1	31	31	28	3	3	2	--	--	--
História	22	29	20	--	--	3	--	--	--
Geografia	31	31	36	0	1	2	--	--	--
Matemática	03	40	38	0	2	3	--	--	--
Ciências Naturais	33	29	58	0	1	3	--	--	--
Física e Química	33	33	37	0	2	4	--	--	--
Educação Visual	20	20	15	2	2	3	--	--	--
Educação Tecnológica	0	6	4	0	2	1	--	--	--
Tecnologias de Informação e Comunicação	14	14	14	--	--	--	--	--	--
Educação Física	31	28	24	2	0	3	--	--	--
Outros	11	11	9	1	1	4	--	--	--

Apreciação global / Breve descrição
 O aluno revela dificuldades ao nível da Português. Não se encontra realizado os trabalhos de casa em algumas disciplinas. É muito calmo ao nível de atitudes. Deve continuar a trabalhar mais para superar as suas dificuldades. É importante que tenha todos os materiais para acompanhar o seu trabalho.

Apoio ao Aluno / Componentes curriculares com planeamento (se existirem)
 Nenhum apoio de AEP.

Observações

AValiação formal de aprendiz. D

O Diretor de Turma _____
Assinatura do Diretor de Turma

O Encarregado de Educação _____
Data

Data _____

Anexo 8 – Avaliação final do 3.º ciclo

Oculto a identidade da escola

3ª Cota
 Ano Letivo : 2014 / 2015
 3º Período

Registo de Avaliação

Oculto a Identificação do utente

Oculto a Identificação da Encarregado de Educação

Fórmula do Período:

Disciplina	Presenças	Dias	Anos	F. Inj.	F. Just.	C.F.	insucesso	Fórmula
Português	46	46	30	10	0	2	-	2
Inglês 3	25	29	11	18	0	4	-	4
Francês 1	27	27	20	-	-	3	-	3
História	18	18	18	-	-	3	-	3
Geografia	27	27	21	6	0	4	-	4
Matemática	46	43	41	2	0	4	-	4
Ciências Naturais	27	26	22	4	0	3	-	3
Física e Química	27	26	22	4	0	3	-	3
Educação Visual	18	18	18	-	-	3	-	3
Educação Tecnológica				-	-	3	-	3
Tecnologias de Informação e Comunicação	32	30	28	0	0	4	-	4
Educação Física	27	27	17	10	0	3	-	3
Cidadania	9	9	2	6	0	4	-	4

Avaliação global / Síntese dos critérios

O aluno demonstrou ter adquirido os conhecimentos e desenvolvido as capacidades essenciais para transitar para o ano de escolaridade seguinte.

Apódi do Período / Componentes curriculares complementares (seus e outrem):

Observações:

AVALIAÇÃO FINAL DE ANO/CICLO - Transição

O Diretor de Turmas _____

Data: 23/6/15

O Encarregado de Educação _____

O Encarregado de Educação _____

Data: _____

Anexo 9 – Ficha de encaminhamento médico PR

Documento de Referência da URAP

Identidade oculta do utente

Motivo de encaminhamento e Dados Relevantes da História Clínica

Menina de 24 anos com alterações recorrentes do comportamento na escola e em casa; perturba a aula, agitada...

Sem história de bullying ou agressões na infância.

Assim pede a vossa avaliação e orientação

Com os melhores cumprimentos

**Anexo 10 – Instrumento de avaliação do Índice da qualidade do sono
de Pittsburgh**

Anexo 11 – Resultados obtidos no “PSQI” pelo utente PR

Os valores apresentados têm em conta a avaliação do índice realizada em dois momentos; 1º em 14/05/2015; 2º em 15-06-2015.

Componente 1 - Qualidade subjetiva do sono

Ao examinar a pergunta n.º 6, foi obtida a seguinte pontuação:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	1º	2º
Muito boa – 0	2	
Boa – 1		
Má – 2		0
Muito Má – 3		

Componente 2 - Latência do sono

A pergunta 2 do mesmo índice refere-se ao tempo que o inquirido demora a adormecer que nos indicará uma pontuação de:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	1º	2º
< 15 minutos – 0	1	
16 – 30 minutos – 1		
31 – 60 minutos – 2		0
> 60 minutos – 3		

A pontuação obtida na questão n.º, na 5 alínea a) deu-nos indicações sobre quantidade de vezes que o utente não conseguiu adormecer nos 30 minutos após se ter deitado e à qual corresponde a seguinte pontuação

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	1º	2º
Nunca - 0	3	
Menos de uma vez por semana - 1		
Uma ou duas vezes por semana – 2		0
Três ou mais vezes por semana – 3		

A latência do sono, resulta do somatório destas 2 questões que irá corresponder a uma nova pontuação: Em termos iniciais o somatório resultou no valor 4; a meio da intervenção o resultado obtido foi de 0.

Componente 3 - Duração do sono

A duração do sono obtém-se através da pergunta n.º 4 à qual é atribuída a pontuação seguinte:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	1º	2º
> 7 horas – 0	0	
6 – 7 horas – 1		
5 – 6 horas – 2		0
<5 horas – 3		

Componente 4 - Eficiência habitual do sono

Para se obter a eficiência habitual do sono são necessários três parâmetros:

- A quantidade de horas efetivamente dormidas, descritas na questão n.º 4;

- As horas de levantar da pessoa, obtidas com a pergunta n.º 3;

- As horas a que normalmente vai para a cama, que se obtém com a questão n.º

1;

Para o cálculo final da eficiência habitual do sono utiliza-se a seguinte fórmula:

$(N^{\circ} \text{ de horas dormidas} / N^{\circ} \text{ de horas permanecidas na cama}) * 100$.

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	%	
	1º	2º
> 85% - 0	100 - 0	
75 – 84% - 1		
65 – 74% - 2		100 - 0
<65% - 3		

Componente 5 - Perturbações do sono

As perturbações do sono resultam do somatório das questões n.º 5 b) até ao n.º 5 j).

Os problemas colocados com estas questões são: acordar a meio da noite ou de madrugada; levantar para ir à casa de banho; não conseguir respirar adequadamente; tossir ou ressonar; ter sensação de frio; ter sensação de calor; ter pesadelos; Para cada um dos problemas o inquirido quantifica de acordo com o seguinte critério:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	Somatório das questões n.º 5 b) até ao n.º 5 j)/ Pontuação	
	1º	2º

Nenhuma vez – 0	11 - 2	
Menos de uma vez por semana – 1		
Uma ou duas vezes por semana – 2		3 – 1
Três ou mais vezes por semana – 3		

Componente 6 – Uso de medicação hipnótica

A pergunta n.º 7 indica o número de vezes a que se recorre à medicação hipnótica e à qual corresponderá uma pontuação de:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	1º	2º
Nenhuma vez – 0	4 – 3	
Menos de uma vez por semana – 1		
Uma ou duas vezes por semana – 2		0 – 0
Três ou mais vezes por semana – 3		

Nota: o utente considerou medicação hipnótica, a medicação prescrita pela médica da fábrica da mãe, *Valdispert*

Componente 7 - Disfunção diurna

A disfunção diurna obtém-se com o somatório das questões n.º 8 e n.º 9. A questão n.º 8 quantifica as dificuldades em se manterem acordados nas atividades sendo atribuída a seguinte pontuação:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	1º	2º
Nenhuma vez – 0	3 – 3	

Menos de uma vez por semana – 1		
Uma ou duas vezes por semana – 2		0 – 0
Três ou mais vezes por semana – 3		

Com a questão nº 9 obtém-se a quantidade de vezes em que houve dificuldade em se manter o entusiasmo nas atividades e a pontuação atribuída é:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	1º	2º
Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo – 0	1 – 1	
Indisposição e falta de entusiasmo pequenas – 1		
Indisposição e falta de entusiasmo moderadas – 2		0 – 0
Muita indisposição e falta de entusiasmo – 3		

Do somatório destes dois parâmetros, que oscila entre zero (0) e seis (6), resultará a seguinte classificação:

Resposta possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	Soma das questões 8 e 9	
	1º	2º
0	1 – 1	
1 – 2		
3 - 4		0 – 0
5 - 6		

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh resulta do somatório dos 7 componentes e de acordo com a pontuação obtida os inquiridos serão classificados conforme se segue:

Níveis possíveis	Pontuação obtida nos dois momentos	
	No somatório das sete componentes	
	1º	2º
> 5 – má qualidade do sono	10	2
< 5 – boa qualidade do sono		

Anexo 12 – Programa de intervenção em grupo “PASSE”



Passe

>> PROGRAMA ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

PAS³
Promoção de Alimentação Saudável
no 3º Ano
Manual do Dinamizador da
Dimensão Curricular de
1º Ciclo do Ensino Básico

Rui Tinoco
Débora Cláudio
Nuno Pereira de Sousa
Ángela Menezes

3ª edição



Ministério da Saúde



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.
Departamento de Saúde Pública



Introdução	1
• 1. Alimentação promotora da saúde	2
• 2. Competências básicas do dinamizador	5
◦ 2.1. Competências pessoais	5
◦ 2.2. Trabalho em pequeno e grande grupo	7
• 3. Contexto de aplicação	10
• 4. Estratégias de disseminação	12
• 5. Sinergias curriculares	13
• 6. Missões	15
• 7. Caixas de texto	18
Módulo I Apresentação, constituição do grupo e variáveis genéricas	20
• Sessão 1 – Jogamos com regras!	22
• Sessão 2 – Juntos conseguimos!	25
• Sessão 3 – Somos únicos e Insustituíveis	29
• Sessão 4 – Aprender a admirar	34
Módulo II Jogos de Aprender	38
• Sessão 5 – Os alimentos e os cinco sentidos	40
• Sessão 6 – As famílias dos alimentos	44
• Sessão 7 – Um passeio pelo País dos Alimentos	50
• Sessão 8 – Sei fazer substituições!	55
• Sessão 9 – Somos todos equilibristas?	59
• Sessão 10 – Tenho olhos mas não consigo ver	64
Módulo III As escolhas certas	69
• Sessão 11 – Decidimos o que comemos?	71
• Sessão 12 – Os alimentos que vêm ter connosco	75
• Sessão 13 – Às vezes, faço o que não quero	79
Módulo IV Dinâmicas de finalização e Avaliação do Programa	82
• Sessão 14 – Os grupos também têm um fim	83
• Sessão 15 – Agora, é comigo!	88
Referências bibliográficas	91
Anexo 1 Lista de material disponível em cartão	
Anexo 2 Lista de material disponível digitalmente	

Módulo I



Módulo I	
Apresentação, constituição do grupo e variáveis genéricas	
Sessão 0	Passagem dos instrumentos de avaliação
Sessão 1	Jogamos com regras!
Sessão 2	Juntos conseguimos!
Sessão 3	Somos únicos e insubstituíveis
Sessão 4	Aprender a admirar
<i>Módulo II</i>	
<i>Módulo III</i>	
<i>Módulo IV</i>	

O **Módulo I** pretende constituir o grupo como instrumento de trabalho e de aprendizagem conjunta: é nas primeiras sessões que se faz a aliança de trabalho, se reflecte sobre as expectativas face às sessões e se promove a consciência grupal. As sessões 3 e 4 estão direccionadas no sentido de trabalhar o sentimento de unicidade psicológica, a imagem corporal, bem como a influência exercida por aqueles que admiramos. Todos estes aspectos são importantes e são parte integrante na promoção de uma alimentação saudável (cf. Health Scotland, 2005).

A **sessão zero**, onde o questionário dos **alunos** é passado, deve ser realizada pela equipa de saúde PASSE local na sala de aula. O preenchimento dos questionários demora em média 30 minutos, sendo recolhidos pela mesma equipa. Nessa mesma sessão, são entregues às crianças os questionários para serem respondidos em casa pelos **encarregados de educação**, ficando o docente responsável pela entrega dos mesmos à equipa PASSE. Nessa semana ou na anterior, deve ainda ser passado o instrumento de avaliação de **merendas da manhã ou tarde** pelo docente, desde que seja uma semana sem feriados nem outro acontecimento fora do comum que altere o normal hábito dos alunos. O professor não deve revelar aos alunos que vai realizar essa avaliação diariamente nessa semana.



Sessão 1	
Jogamos com regras!	
Metas	Apresentação do programa, dos seus objectivos e modos de funcionamento
	Constituição de um código de bom comportamento
Objectivos	Apresentação dos elementos do grupo
	Promoção de uma consciência grupal
	Reflexão sobre expectativas e dúvidas sobre o programa
Planificação da sessão	1ª fase: Dinâmica de apresentação "Quem está de pé, apresenta-se!"
	2ª fase: Dinâmica de expectativa "Caixa de Esperanças"
	3ª fase: <i>Brainstorming</i> sobre regras de funcionamento
	4ª fase: Constituição da "aliança de trabalho"
Material necessário	Caixa em papel ou de cartolina, com o logótipo do PASSE (caixa de esperanças)
	Folhas A3 para se escrever a aliança de trabalho

Descrição da Sessão 1

A 1ª fase inicia-se pela apresentação do programa, isto é, os seus objectivos e os seus métodos. O dinamizador apresenta, em *datashow* ou noutro suporte, o alinhamento das sessões com os seus títulos e principais objectivos. De seguida, disponibiliza-se para qualquer pergunta. Posteriormente, explora o título da sessão,

perguntando aos alunos se conseguem adivinhar porque razão a sessão foi assim designada. A partir desse momento, pode-se realizar a dinâmica de grupo "Quem está de pé, apresenta-se". O jogo inicia-se, depois de se disporem as cadeiras em círculo, ao solicitar aos alunos para passearem livremente pela sala. Quando o dinamizador disser "Agora!", os alunos devem tentar sentar-se... mas há sempre uma cadeira a menos, que é retirada pelo dinamizador. Quem não se conseguir sentar, vai para o centro da roda e apresenta-se, saindo depois do jogo. Em contexto de turma, os alunos já sabem os nomes uns dos outros, pelo que, além do nome, podem ser dadas instruções que contenham revelações para toda a turma, como cores, desenhos animados ou músicas/intérpretes musicais preferidos. Termina quando todos se tiverem apresentado. Alternativamente, o dinamizador pode socorrer-se da seguinte metáfora: as cadeiras são portos marítimos e cada aluno é um barco. Quando o dinamizador disser "Navegar", os alunos devem deambular pela sala; quando disser "Tempestade", cada um deve procurar o seu porto de abrigo.

A 2ª fase centra-se em torno da condução da dinâmica de grupo "Caixa de esperanças". Após se terem constituído vários grupos de 4 a 5 elementos (dependendo também do tamanho da turma), o dinamizador apresenta a tarefa, colocando-lhes a questão de que expectativas e/ou perguntas gostariam de fazer sobre a alimentação e/ou sobre o modo como estes jogos se irão desenrolar. Todas as esperanças, temores ou simples dúvidas são escritos em pedaços de papel separados, os quais são posteriormente introduzidos numa pequena caixa. Na fase final da dinâmica, o dinamizador vai tirando os papéis, lendo as perguntas e reenviando-as para o grupo. Não deve responder directamente às questões referentes à alimentação, as quais poderão ser retomadas em sessões posteriores. As únicas respostas directas a dar neste momento são as ligadas com o próprio programa e a sua aplicação.

Na 3ª fase, e mantendo os grupos de trabalho constituídos na fase anterior, o dinamizador pede, a cada grupo, que elabore 5 a 10 regras de funcionamento indispensáveis à continuidade do programa (dependendo o número de regras a redigir também da dimensão da turma).

Por último, na 4ª fase, constitui-se a aliança de trabalho. Por aliança de trabalho entende-se o conjunto de regras indispensáveis ao bom funcionamento destas dinâmicas de grupo. Essas regras são escritas no quadro e, depois de sistematizadas, serão relembradas no início de cada sessão.

O dinamizador, no final da sessão, pode relembrar que se inicia um conjunto de sessões de carácter genérico (o módulo I) e que **só mais tarde se avançará para os conteúdos alimentares: primeiro, é preciso estarmos bem com o grupo e connosco... para que depois possamos aprender a saber comer e a tomar decisões sobre o que comemos.**

Por fim, são distribuídos os Cartões Individuais dos Alunos de registo missões, solicitando a cada criança que escreva o nome no seu cartão, e é apresentada a primeira missão, a realizar em grande grupo com a orientação do docente, até à próxima sessão. Os autocolantes devem ficar na posse do docente ou da equipa PASSE local.

Missão nº 1

Transpor a aliança de trabalho para uma folha de papel A3 ou de cartolina com os compromissos assumidos durante a sessão e afixá-la na parede da sala de aulas.



Sessão 2	
Juntos conseguimos!	
Metas	Consciencialização da importância do grupo como contexto de aprendizagem
	Promoção da auto-eficácia
Objectivos	Promoção da coesão grupal
	Promoção do hetero-conhecimento.
Planificação da sessão	1ª fase: Apresentação da aliança de trabalho e eventual discussão
	2ª fase: Condução da dinâmica "Agrupamentos de características pessoais"
	3ª fase: Condução da dinâmica "O nome do grupo"
	4ª fase: Condução da dinâmica "O Brasão do Grupo"
	5ª fase: Súmula das Aprendizagens
Material necessário	Lista de características (2ª fase)
	Folhas A4 com brasão para distribuir pelos grupos
	Folha A3 com brasão

Descrição da Sessão 2

Na 1ª fase, o dinamizador apresenta as regras que o grupo se propôs observar na última sessão. Há um momento de diálogo em que eventualmente se podem acrescentar novas regras ou fazer reflexões sobre as consequências de cada preceito. O dinamizador apresenta o nome da sessão de hoje e promove um breve diálogo sobre o assunto.

Na 2ª fase, o objectivo é sensibilizar os alunos para a importância da aprendizagem em grupo. O dinamizador pede aos alunos que se dispersem pela sala e, a dado momento, pede que se agrupem por uma característica comum (p.e., mês de aniversário, preferências relativamente a cores, desporto, música/banda ou área disciplinar, entre outros). Apesar de se promover que sejam os alunos a dialogar entre si e a descobrir as características comuns entre si, trabalhando deste modo em grupo para conseguir realizar a tarefa, se ao fim de algum tempo se verificar que o grupo necessita de ajuda para levá-la a cabo, necessária uma maior directividade do dinamizador nas delimitações dos agrupamentos, dialogando com o grande grupo de modo a orientá-lo (p.e.: *Já estão agrupados? Então, qual é a tua cor preferida? Azul? Todos aqueles cuja cor favorita é o azul estão aqui? Todos aqueles cuja cor favorita é o azul venham para aqui! E tu, qual é a tua cor preferida? Amarelo? Mais alguém tem o amarelo como cor preferida? Então, juntem-se ali!...* e assim sucessivamente). Após estarem concluídos os agrupamentos para uma das características (p.e., cor preferida), repete-se este procedimento para mais algumas, tendo sempre em atenção o tempo dispendido até ao momento no tempo global necessário à sessão. O

objectivo desta actividade é, fundamentalmente, ser um quebra-gelo e preparar os alunos para as actividades seguintes.

Na 3ª fase, o dinamizador pode fazer uma pequena prelecção sobre o papel do grupo como potenciador de aprendizagens. Deve também fazer um ponto de situação: neste momento do programa, existe já uma aliança de trabalho, os alunos já conheceram diversos jogos... mas resta ainda saber como se irá chamar este grande grupo. Dividem-se os alunos em grupos de 4 a 5 elementos, devendo cada um imaginar dois títulos. Pode seleccionar-se dois ou três títulos dos propostos pelos pequenos grupos e proceder-se à votação em grande grupo, tendo cada aluno direito a um voto. Ficamos assim com um nome que passará a identificar toda a turma enquanto turma PASSE.

Na 4ª fase, conduz-se o jogo lúdico do "Brasão do Grupo". A ideia de construir um brasão é uma dinâmica que surge recorrentemente quer em contexto de acompanhamento psicológico individual, quer ainda em diversos manuais de dinâmicas de grupo. Pelos grupos entretanto formados, distribui-se um brasão com 4 campos e uma legenda por preencher (que constituirá o lema ou grito de guerra). Os grupos devem preencher os campos, de acordo com as seguintes instruções, as quais devem ser faseadas:

- 1 - Coisas boas do grupo (no máximo, 6 por grupo);
 - 2 - Alimentos para dias de festa (no máximo, 6 por grupo);
 - 3 - As nossas cores (no máximo, 6 por grupo);
 - 4 - Alimentos saudáveis (no máximo, 6 por grupo);
- Legenda - lema do grupo ou grito de guerra (1 por grupo).

As frases de cada grupo serão posteriormente votadas e escritas num brasão maior que passará a ser o brasão de todos. Para isso, o dinamizador desenha um brasão no quadro ou utiliza um brasão ampliado em formato A3, sendo esta opção preferencial, uma vez que permitirá expor o resultado desta dinâmica ao longo das sessões

futuras. No brasão do grupo, o lema da turma passará a ser **aquele que for mais votado**. As coisas boas do grande grupo a escrever no brasão final serão as 3 mais votadas. De forma análoga, os alimentos para festas da turma serão os 3 mais votados. As cores no brasão final serão as 2 mais votadas e os alimentos saudáveis escolhidos pelo grande grupo serão os 3 mais votados.

Na 5ª fase, o dinamizador aproveitará para sublinhar a **importância do grupo**. De facto, ele pode potenciar as aprendizagens e torná-las, inclusive, mais **divertidas**, mas também é mais exigente, uma vez que necessita de **regras** para poder funcionar bem. Esta sistematização pode ser logo realizada pelo dinamizador. O dinamizador deve também sublinhar que o grupo, neste momento, possui já uma aliança de trabalho, alguma experiência em jogos de grupo, um nome e um brasão.

É, então, apresentada a **segunda missão**, a realizar em grande grupo com a orientação do docente, até à próxima sessão.

Missão nº 2

Os alunos devem proceder a uma partilha com as outras turmas da escola (cf. influência interpares na dimensão ecológica). Após terem decidido o nome do seu grupo e construído o respectivo brasão, os alunos da turma vão apresentar-se a outras turmas da mesma escola, divulgando a missão que têm e informando que posteriormente farão uma nova visita a essas turmas para explicar o que aprenderam durante as sessões do PASSE. No caso da realização desta apresentação só ser possível em algumas turmas, deve ser preferencialmente realizada nas turmas nas quais não está a ser utilizado o presente manual, caso existam.



Sessão 3	
Somos únicos e insubstituíveis	
Metas	Promoção do sentimento da auto-eficácia
	Promoção da auto-estima e do auto-conceito
	Promoção do conhecimento de si
Objectivos	Promoção da tomada de consciência da individualidade e unicidade psicológica de cada um
	Promoção da tomada de consciência da individualidade corporal
Planificação da sessão	1ª fase: Reapresentação da aliança de trabalho
	2ª fase: Dinâmica sobre unicidade e expressão corporal
	3ª fase: Trabalho de grupo sobre a dinâmica anterior
	4ª fase: Exploração das diferenças das estátuas
	5ª fase: Súmula das Aprendizagens
Material necessário	-----

Descrição da Sessão 3

Na 1ª fase, faz-se a rerepresentação da aliança de trabalho. É importante fazer uma reflexão sobre o comportamento do grupo na última sessão, bem como promover um diálogo aberto sobre estes assuntos. De seguida, apresenta-se o nome da sessão, promovendo um diálogo sobre as razões do seu título e procurando que os alunos descubram o significado das duas palavras-chave que o compõem. Se não o conseguirem nesta fase, procura-se que se mantenham atentos para o descobrirem no decorrer da sessão, voltando a esta temática na última fase.

Na 2ª fase, realiza-se uma série de dinâmicas sobre a unicidade corporal. O dinamizador solicita aos alunos que se desloquem livremente pela sala – isto é, em todas as direcções, sem qualquer ordem determinada – e quando disser “estátua”, cada um pára, imobilizando-se na posição em que se encontrava, como se fosse uma estátua. Opcionalmente, o dinamizador, em vez de proferir “estátua”, pode socorrer-se de uma música; sempre a música for interrompida, todos os elementos do grupo imobilizam-se.

Quando o grupo tiver realizado várias vezes esta actividade, a fim de se familiarizarem com esta instrução, o dinamizador informa-os de que a partir daquele momento, após a palavra “estátua” (ou a interrupção da música) seguir-se-á uma instrução dada pelo dinamizador, na qual terão de representar uma estátua específica, expressando corporalmente os sentimentos, emoções ou sensações que forem pedidos. É-lhes novamente solicitado que circulem livremente pela sala e a certo momento o dinamizador pede que realizem uma estátua segundo uma instrução (p.e., alegria). Após a terem expressado, continuam a circular e o dinamizador solicita que realizem uma nova estátua (p.e., tristeza). E assim sucessivamente,

com as seguintes instruções: amizade, amor, zanga, estar com frio ou calor, estar com energia ou cansado. O dinamizador pode solicitar outras situações que ache pertinentes.

Na 3ª fase, o dinamizador solicita que, mantendo-se de pé, se disponham em semi-círculo à sua frente e promove o debate em grande grupo, procurando desenvolver a reflexão conjunta sobre as seguintes questões:

- quais as estátuas que gostaram mais?
- quais as estátuas que gostaram menos?
- quais as estátuas mais fáceis de fazer?
- quais as estátuas mais difíceis de fazer?
- o que sentiram na estátua que gostaram mais/menos ou na que acharam mais/menos difícil?

As questões tentam estimular a reflexão sobre a individualidade de cada um e quais os factores que condicionam o nosso modo de ser e de estar. Sem pressa, o dinamizador procurará diferentes opiniões de vários alunos. De seguida, o dinamizador pode sugerir que o nosso corpo tem muitas formas de se expressar. Na próxima tarefa, o dinamizador pergunta a **um aluno** qual foi a sua estátua preferida e solicita a todo o grupo que a represente. Posteriormente, pede ao aluno que escolheu a estátua a representar que o pare de fazer, continuando os restantes alunos a exprimi-la, e solicita-lhe que se coloque ao seu lado. O aluno observa os colegas e é-lhe questionado o que há de comum em cada estátua. Deve ter o cuidado de sublinhar mecanismos comuns: uso da expressão facial, olhos, lábios, mãos, braços, postura corporal, etc. Repete-se o procedimento com vários alunos até que todas as dimensões comuns tenham sido bem exploradas.

Na 4ª fase, após as dimensões comuns terem ficado bastante evidenciadas, pergunta-se quais as **diferenças** entre as estátuas. Pode mesmo questionar-se o grande grupo se as estátuas são afinal todas iguais ou **diferentes**. De facto, apesar de usarmos os mesmos mecanismos (a turma reconhece quando estão todos alegres), as estátuas são todas diferentes (uns têm as mãos para cima, outros para baixo, uns abrem a boca ao rir, outros sorriem apenas....) porque somos todos diferentes. Explora-se o concreto de cada situação (p.e., *Mas, afinal, usamos a boca na estátua da tristeza? Mas então as estátuas da tristeza são iguais ou diferentes? E os braços? Usamo-los da mesma forma na estátua da alegria ou da tristeza?...*). Podem-se repetir estes momentos com várias situações propostas. É importante que o **ritmo** das conclusões seja coincidente com o ritmo dos alunos, sem procurar acelerar. São eles, enquanto **grupo**, que têm de reflectir, de discutir e de conduzir.

Na 5ª fase, faz-se a súpula de aprendizagens. A sistematização deve centrar-se nas contribuições dos próprios alunos, **usando as palavras concretas** que eles próprios expressaram, realçando a resolução da aparente contradição: apesar de usarmos mecanismos semelhantes para expressar emoções e sentimentos, somos, ainda assim, todos diferentes.

Por fim, apresenta-se a **terceira missão**, a qual é desta vez individual e deve ser realizada até à próxima sessão com a orientação do docente, em contexto de sala de aula e trabalhada em grande grupo.

Missão nº 3

No cartão fornecido para o cumprimento desta missão, cada aluno deve escrever três características positivas sobre si mesmo. Podem

anteriormente fazer um rascunho em papel. Em casos de grupos de alunos em que seja difícil a realização desta tarefa, ela pode ser antecedida por *brainstorming* sobre as características positivas que existem, sendo as mesmas escritas no quadro e solicitando-se depois aos alunos que escolham três que têm mais a ver consigo. No entanto, se possível, deve-se dispensar a turma dessa actividade. Uma vez preenchidos os cartões são depois misturados numa caixa e lêem-se em grande grupo. Para cada cartão, discute-se o **significado dos atributos identificados** e reflecte-se sobre a **diversidade de modos de ser** (de facto, é pouco provável encontrar dois papéis com as mesmas características).



Sessão 4	
Aprender a admirar	
Metas	Promoção da auto-estima e do auto-conceito
	Reflexão sobre a importância de quem admiramos
Objectivos	Promoção da capacidade de admirar outrem sem anular ou diminuir a consciência de si
	Desenvolvimento da capacidade de analisar os diferentes aspectos das pessoas que admiramos
Planificação da sessão	1ª fase: Reapresentação da aliança de trabalho
	2ª fase: Chuva de ideias sobre "Quem admiramos?"
	3ª fase: Trabalho de grupo "Análise de características"
	4ª fase: Súmula das Aprendizagens / Término de Módulo
Material necessário	Folhas A3

Descrição da Sessão 4

Na 1ª fase, como vem sendo habitual, faz-se a reapresentação da aliança de trabalho, bem como o eventual *feedback* ou mesmo auto-crítica relativamente ao comportamento da turma na última sessão. De seguida, há um pequeno espaço para apresentação do título da sessão e para um breve diálogo sobre a sua razão de ser.

Na 2ª fase, o dinamizador promove uma chuva de ideias sobre "Quem admiramos?". De seguida, depois de organizados em pequenos grupos de trabalho, é distribuída a tarefa de se organizar uma pequena lista de pessoas que admiramos. O dinamizador deve explorar pessoas admiradas como cantores, futebolistas e actores de telenovela, etc. No caso de surgir a mãe/pai ou outro familiar, o dinamizador deve pedir para que escolham pessoas famosas que não façam parte da sua família nem sejam amigos próximos.

A 3ª fase centra-se em torno da condução de um trabalho de grupo. Dividida a turma em pequenos grupos, cada grupo escolhe em segredo a pessoa mais admirada e descreve-a segundo uma série de características, escrevendo-as numa folha A3, sem identificar quem é a pessoa:

- Características físicas e corporais (beleza, magreza, porte atlético, alto, cor de cabelo, olhos, entre outros aspectos);
- Características psicológicas/personalidade (alegre, cómico, meigo, líder, imagem de vencedor, entre outros);
- Características relacionadas com o estilo de vida (ter muitos ou poucos amigos, ir a festas, fazer desporto, mas também eventuais vertentes negativas);
- Características relacionadas com as suas posses/poder de compra como casas, carros, roupas... (explorar aspectos positivos e negativos de ter muito poder e dinheiro).

Caso a turma tenha dificuldade com estes agrupamentos de características, pode-se inicialmente pedir uma descrição menos orientada, acompanhando o dinamizador de perto o desenvolver da tarefa e questionando o pequeno grupo sobre características de outras dimensões inicialmente não consideradas pelos alunos (p.e., se só constam características físicas, perguntar se acham se é alegre ou triste, se tem muitos ou poucos amigos, etc).

À vez, um voluntário de cada grupo vai para o centro da sala e tenta, com recurso à mímica, que os outros adivinhem qual a pessoa que o seu grupo escolheu. Os restantes grupos devem então tentar adivinhar qual a pessoa que foi escolhida.

No final, pode-se promover uma discussão em grande grupo sobre fazer/não fazer o que aqueles que admiramos fazem. Será que sabemos assim tanto sobre as pessoas famosas? E como é que eles são dentro da sua família? Qual o seu passatempo preferido?

Outra dimensão a ser explorada é a questão de gostar de nós *versus* gostar dos outros, bem como o de querer ser como alguém. *Então na sessão anterior não concluíram que eram únicos e insubstituíveis? E agora estão a dizer que querem ser iguais a alguém? De facto, gostar muito de alguém pode fazer com que nos esqueçamos um pouco de nós...*

Na 4ª fase, realiza-se a sistematização de aprendizagens, através da promoção de um diálogo aberto e dos comentários finais do dinamizador. O sumário elaborado pelo dinamizador deve privilegiar sempre o contacto próximo e dialogante com os alunos. Aproveita-se também a oportunidade para fazer uma **síntese do módulo**, o qual tem características mais genéricas. Eis algumas ideias chave: ajudou a percebermos que é bom trabalhar em grupo, que cada um que é único e tem o seu papel, e que admirar também obriga a conhecer melhor os outros, reflectindo sobre se queremos ou

não ser assim. **Introduz-se** ainda o módulo que se iniciará na **próxima sessão**, já mais centrado em questões alimentares.

Termina-se com a apresentação da **quarta missão** a realizar até à próxima sessão, advertindo os alunos que, após a concluírem, passarão de nível e terão direito ao primeiro autocolante no seu cartão individual do PASSE. Esta missão pode ser individual, em pequeno ou em grande grupo, realizada com o docente na escola (biblioteca, internet) ou em casa, contando com orientação do docente na posterior discussão. Para esta missão é também entregue aos alunos um cartão específico de apoio a esta actividade.

Missão nº 4

Os alunos vão realizar uma pesquisa de hábitos alimentares das pessoas que admiram, identificadas durante a sessão. O objectivo passa por responder ainda às seguintes questões: Quais os cuidados que tem essa pessoa com o corpo? Qual o seu prato favorito? Que desporto pratica?

Anexo 13 – Programa de intervenção em grupo “Os Jovens e a Sexualidade” (PNSE): Apresentação em power point



**Ação de Educação para a Saúde:
“Os Jovens e a Sexualidade”**

“Os Jovens e a Sexualidade”

Puberdade

Marca o início da vida reprodutiva e é caracterizada por mudanças fisiológicas e psicológicas:

- RAPAZES
- RAPARIGAS





“Os Jovens e a Sexualidade”



Adolescência

- A adolescência implica mudanças físicas e emocionais e representa também um momento de crise.
- A adolescência não é uma simples adaptação às transformações corporais, mas sim um período no ciclo de vida que corresponde a diferentes tomadas de posição sentidas ao nível social, familiar e também sexual.
 - As alterações corporais são vivenciadas de forma diferente, de jovem para jovem. A nível psicológico podem aparecer sensações de **vergonha**, **timidez**, **pudor** e até **ansiedade**, nomeadamente em casa e na escola.

Por outro lado, as hormonas que são responsáveis por estas modificações, produzem um acentuado aumento do desejo sexual e das sensações eróticas. É a partir desta fase que se vai desenvolver a resposta sexual adulta.

“Os Jovens e a Sexualidade”

Namoro



O namoro é o primeiro passo para uma vida afetiva a dois.



Implica aproximação física e envolvimento emocional diferente da amizade.



É um período repleto de descobertas e sensações novas.



“Os Jovens e a Sexualidade”

Sexualidade

• O QUE É A SEXUALIDADE?

➤ É uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade



➤ Integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados

➤ É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual.

➤ Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental



“Os Jovens e a Sexualidade”

Relação Sexual

➤ Existem muitas “ primeiras vezes ” na experiência sexual: o primeiro beijo, a primeira curte, a primeira carícia, a primeira vez que estamos nus à frente de alguém...

➤ À medida que a relação sexual se vai desenvolvendo, tanto o rapaz como a rapariga, vão descobrindo novas sensações e emoções fortes.

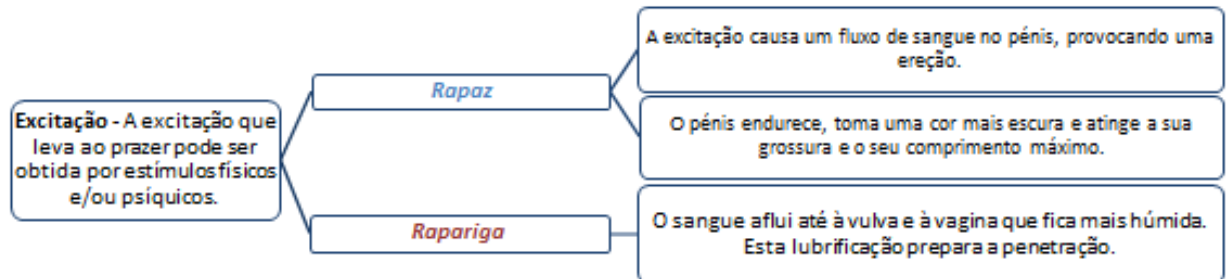
Ato Sexual - O conceito de ato sexual (coito) refere-se a todos os gestos e movimentos que levam à união dos órgãos sexuais entre uma rapariga e um rapaz. Este restringe-se à penetração do pênis em ereção na vagina, à subida do prazer e da excitação devido ao ritmo e à fricção, terminando com a ejaculação e o orgasmo no homem e na mulher.

“Os Jovens e a Sexualidade”

Relação Sexual



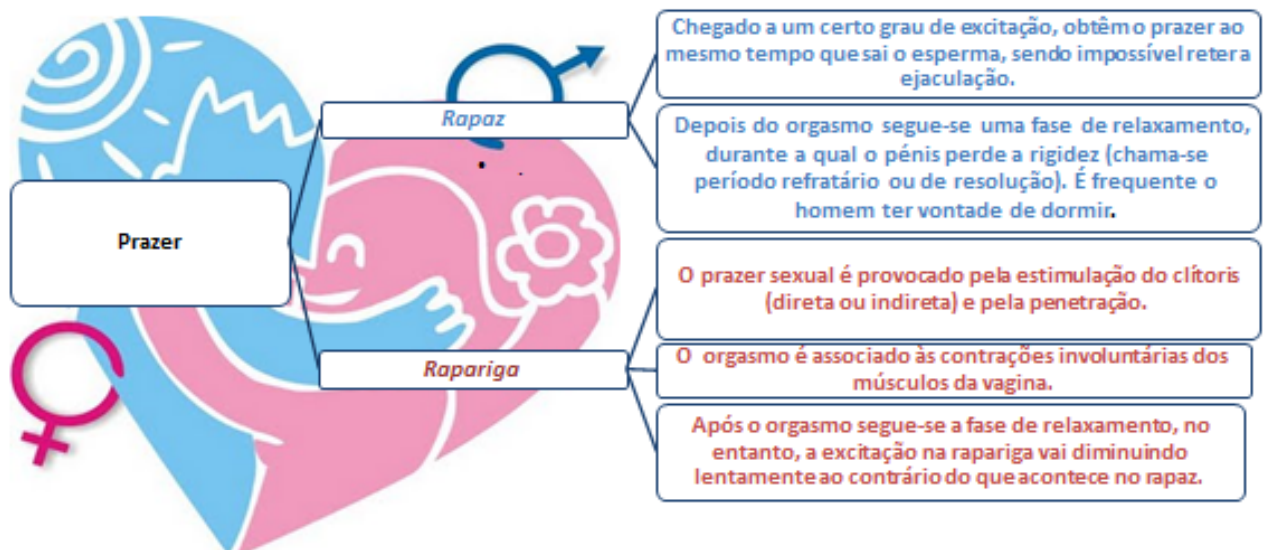
Preliminares - São jogos eróticos (beijos, carícias, sexo oral...) e fantasias, que também podem levar ao orgasmo, existindo assim uma satisfação sem penetração.



“Os Jovens e a Sexualidade”

Relação Sexual

A intensidade do orgasmo pode variar segundo as circunstâncias, quer no rapaz como na rapariga.





A Decisão da iniciação da vida Sexual

Ambos estarem em sintonia.

Estar apaixonado.

Estar bem informado (a) sobre a contraceção, de forma a estares protegido das doenças sexualmente transmissíveis (Sida) e de gravidez não planeada.

Ambos podem usufruir de um espaço para conversar e decidir quando e como o querem fazer.

“Os Jovens e a Sexualidade”

Virgindade

• Não existe um prazo de validade para perder a virgindade.

• É natural que tenhas vários medos e dúvidas sobre as relações sexuais.



• Procura encontrar alguém de confiança com quem possas conversar abertamente sobre os teus medos e dúvidas.

“Os Jovens e a Sexualidade”

Receios

MEDOS

Medo de não estar à altura

Medo da dor e de ter vontade de parar

Ter vergonha de expor o próprio corpo

Medo de não ser aceite

Medo de não conhecer outras zonas corporais que te podem dar prazer ou excitar

Medo de não gostar ou de gostar muito

Medo de não ser capaz de ter prazer

Medo de se arrepender

PARA ELAS...

Descontrair não é tarefa fácil

Se a ansiedade for elevada pode comprometer a lubrificação vaginal e causar dor.



PARA ELES...

Ejaculação Prematura

Medo de não conseguir ter ereção

“Os Jovens e a Sexualidade”

Não!...

Aprender a dizer: Não

Ninguém te deve forçar a ter relações quando não o desejas.

Não é fácil dizer não, sobretudo quando estamos apaixonados. É normal termos receio de perder a aquela pessoa especial.

Tenta falar abertamente, sem te refugiares em pretextos como a menstruação, dores de cabeça, cansaço ou outra coisa qualquer...

Se quem está contigo não é capaz de te ouvir, compreender e aceitar as tuas necessidades...então talvez não valha a pena perder tempo com histórias que te podem desagradar ou magoar.

“Os Jovens e a Sexualidade”

A Gravidez na Adolescência

Uma gravidez na adolescência provoca alterações na transformação que já ocorre de forma natural, ou seja, implica um duplo esforço de adaptação interna fisiológica e uma dupla movimentação de duas realidades que se unem num único momento:

estar grávida e ser adolescente.



“Os Jovens e a Sexualidade”

A Gravidez na Adolescência

Implicações de ser adolescente e estar grávida:

A gravidez pode interromper o processo de desenvolvimento próprio da idade, fazendo-a assumir responsabilidades e papéis de adulto antes da hora, já que dentro em pouco se virá obrigada a dedicar-se aos cuidados maternos.



- ✓ Mudanças físicas, emocionais e psicossociais.
- ✓ A gravidez pode ser vivenciada como uma experiência traumática, num problema emocional e de saúde e promotor de exclusão social.
- ✓ A gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma menor autoestima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade de atividades do seu tempo livre.

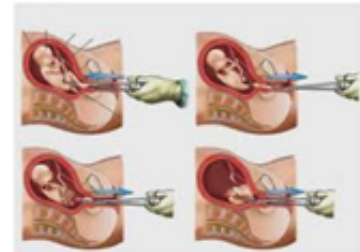
“Os Jovens e a Sexualidade”

A Gravidez na Adolescência

Interrupção Voluntária da gravidez

Em Portugal, a Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez (lei 16/2007 de Abril de 2007) entrou em vigor em 30 de Julho de 2007.

- A IVG pode ser realizada em caso de mal formação congénita ou doença grave, nas primeiras 24 semanas de gravidez, ou até às 10 semanas de gravidez, por opção da mulher grávida.
- Permitida até às 16 semanas em caso de violação ou crime sexual (não sendo necessário que haja queixa policial).



Relativamente à idade: Quem pode ser sujeita à IVG:

Mulheres com idade igual ou superior a 16 anos, ficando a decisão da sua inteira responsabilidade

Caso a mulher grávida seja menor de 16 anos, o consentimento é prestado por parte de um representante legal.

“Os Jovens e a Sexualidade”

História

Ana (14 anos) e o José (15 anos) estão muito apaixonados. Namoram há cerca de 2 meses.

O José quer ter relações sexuais com a Ana (“todos o fazem...se me amasses, terias relações comigo...não sejas criança...”).

Ana tem muitas dúvidas (“se eu disser não será que ele me vai deixar? Será que me vai trocar por outra rapariga? Como é que eu sei que é agora?” Tenho medo de ter dores...de não ser especial...ou que ele depois me deixe...”) e, perguntando à sua professora de maior confiança, esta disse-lhe que não deve ter relações sexuais na sua idade.

José quer muito perder a virgindade com a Ana mas não lhe diz que tem receio de não ter ereção e de lhe dar prazer.

No sábado à noite tiveram uma primeira relação coital.

Dois meses após a Ana estava grávida de 8 semanas.



“Os Jovens e a Sexualidade”



**A escolha é sempre tua,
não deixes que decidam
por ti!**



Anexo 14 – Questionário de avaliação de opinião sobre o programa de intervenção em grupo “Os Jovens e a Sexualidade” (PNSE)

A atividade suscitou interesse?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Ficaste satisfeito com a exposição?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

O que aprendeste, correspondeu com as expetativas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Aprendeste com a formação?

Nada		Pouco		Moderadamente		Muito	
------	--	-------	--	---------------	--	-------	--

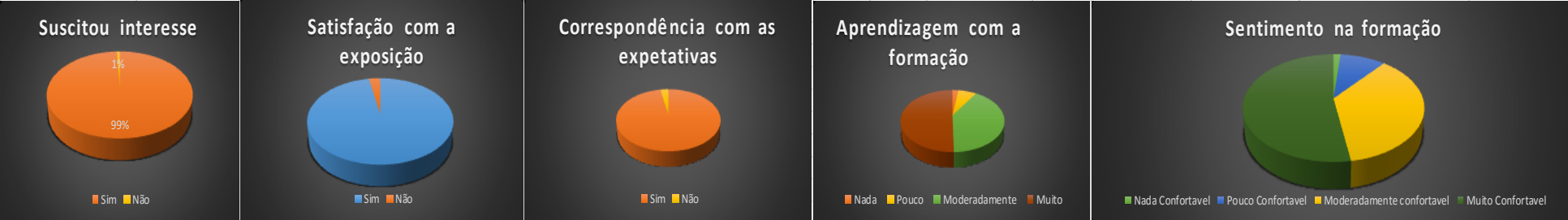
Sentimentos ocorridos durante a formação:

Nada confortável	
Pouco confortável	
Moderadamente confortável	
Muito confortável	

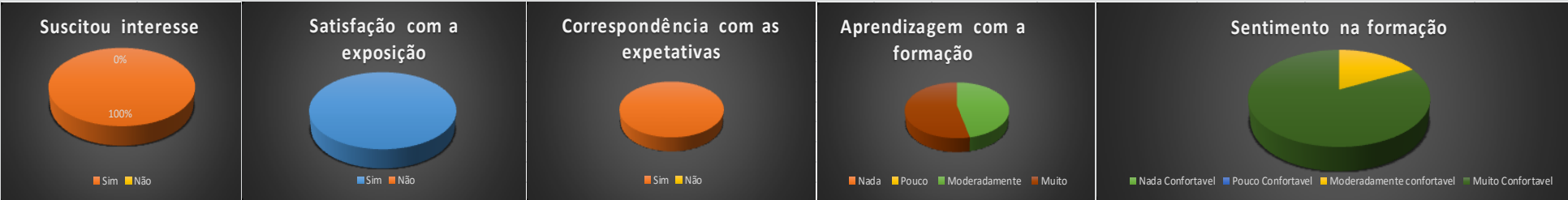
Obrigado pela participação

Anexo 15 – Resultados do inquérito do programa “Os Jovens e a Sexualidade” (PNSE)

Jovens e Sexualidade - Escola Agrícola

<u>Suscitou interesse</u>		<u>Satisfação com a exposição</u>		<u>Correspondências com as expetativas</u>		<u>Aprendizagem com a formação</u>				<u>Sentimento na formação</u>			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Nada Confortavel	Pouco Confortavel	Moderadamente confortavel	Muito Confortavel
134	1	131	4	131	4	3	9	55	68	2	13	49	71
													
Total de testes													
135													

Jovens e Sexualidade - Escola Cidnai

<u>Suscitou interesse</u>		<u>Satisfação com a exposição</u>		<u>Correspondências com as expetativas</u>		<u>Aprendizagem com a formação</u>				<u>Sentimento na formação</u>			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Nada Confortavel	Pouco Confortavel	Moderadamente confortavel	Muito Confortavel
46	0	46	0	46	0	0	0	21	24	0	0	8	38
													
Total de testes													
46													

Jovens e Sexualidade - Escola D.Dinis

<u>Suscitou interesse</u>		<u>Satisfação com a exposição</u>		<u>Correspondências com as expetativas</u>		<u>Aprendizagem com a formação</u>				<u>Sentimento na formação</u>			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Nada Confortavel	Pouco Confortavel	Moderadamente confortavel	Muito Confortavel
79	3	78	4	77	5	13	11	50	9	1	2	41	38
Suscitou interesse 		Satisfação com a exposição 		Correspondência com as expetativas 		Aprendizagem com a formação 				Sentimento na formação 			
Total de testes													
82													

Jovens e Sexualidade - Escola Tomaz Pelayo

<u>Suscitou interesse</u>		<u>Satisfação com a exposição</u>		<u>Correspondências com as expetativas</u>		<u>Aprendizagem com a formação</u>				<u>Sentimento na formação</u>			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Nada Confortavel	Pouco Confortavel	Moderadamente confortavel	Muito Confortavel
265	5	262	8	256	14	4	15	110	141	1	4	72	193
Suscitou interesse 		Satisfação com a exposição 		Correspondência com as expetativas 		Aprendizagem com a formação 				Sentimento na formação 			
Total de testes													
270													
Total de testes													
533													
TOTAIS													
Suscitou interesse		Satisfação com a exposição		Correspondências com as expetativas		Aprendizagem com a formação				Sentimento na formação			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Nada Confortavel	Pouco Confortavel	Moderadamente confortavel	Muito Confortavel
524	9	517	16	510	23	20	35	236	242	4	19	170	340
533		533		533		533				533			

Anexo 16 – Projeto de intervenção em grupo “Mais olhos que a Barriga” – Apresentação do programa

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Dinâmicas
1	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os membros do grupo. - Dar a conhecer o programa. - Apresentação do programa, esclarecimento de dúvidas e partilha de opiniões entre os elementos do grupo e dinamizador. - Explorar expectativas dos membros do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o conhecimento dos membros do grupo, bem como a interação entre os mesmos. - Diminuir a tensão e timidez inicial, colocando os membros do grupo à vontade. 	<p>“Bingo Humano” (autor desconhecido) [30 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar uma atividade física de forma divertida. - Estimular a integração no grupo. 	<p>“A maçã da Branca de Neve” (Vopel, 1997). [10 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os objetivos da intervenção e as regras de funcionamento do grupo. 	<p>“O nosso programa” [30 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Analisar as expectativas dos participantes. 	<p>“Chuva de ideias” (Brandes & Philips, 1977) [15 minutos]</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> - Promover coesão e empatia no grupo. - Promover o auto e hetero conhecimento. - Refletir sobre as implicações - Aprofundar o conhecimento mútuo entre os participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Quebrar o “gelo” inicial - Promover a colaboração entre os membros do grupo - Promover movimento corporal 	<p>“O baile dos balões” (Jares, 2007) [10 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Promover o auto e hetero conhecimento e reflexão em torno das características pessoais 	<p>“T-shirt” (adaptado de Carrell, 2000, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [20 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das máscaras que utilizamos e das funções que cumprem. - Promover o auto conhecimento 	<p>“Duas Mascaras” (adaptado de Jares, 2007) [25 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre as consequências psicossociais da obesidade - Promover momentos de partilha e expressão emocional entre os membros do grupo 	<p>“Caixinha da obesidade” (Brandes & Philips, 1977, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [30 minutos]</p>

3	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação e o à vontade em grupo. - Sensibilizar os indivíduos para a adoção de hábitos de vida saudáveis. - Promover pró atividade para a alimentação saudável. - Promover momentos de reflexão em grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um clima de diversão. - Promover movimento corporal 	<p>“Salada de fruta” (Delgado & Campo, 1993, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [10 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Alargar os conhecimentos das crianças sobre a doença nos seus aspectos gerais, causas, tratamento e, principalmente, consequências a curto e a longo prazo. - Perceber a importância do exercício físico, em conciliação com a dieta alimentar. 	<p>“Crescer saudável” [20 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Promover a realização de atividades físicas nos tempos livres. 	<p>“O que gosto de fazer” (adaptado de Vopel, 1997). [25 minutos]</p>
		<p><i>Partilhar e discutir em grupo dos hábitos de vida de cada família</i></p>	<p>“Na nossa família...” [30 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Aprender que os menus saudáveis podem ser deliciosos. 	<p>“Escolha de menus saudáveis” [Proposta para casa]</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar técnicas de relaxamento. - Criar um ambiente de bem-estar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Provocar o riso - Construção de um sentido coletivo. 	<p>“Ha, ha, ha!” (Jares, 2007) [20 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Treinar exercícios de respiração diafragmática. 	<p>“Respiração diafragmática” (Payne, 2003, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [20 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Inspirar criatividade e imaginação. - Promover situações de relaxamento 	<p>”Viagens coletivas através da fantasia” (Brandes & Philips, 1977) [35 minutos]</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a auto-estima e o autoconceito. - Aumentar a consciência sobre a imagem corporal - Refletir em grupo sobre a valorização do corpo e a sua importância. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partilhar com o grupo as qualidades que mais aprecia numa pessoa. - Refletir sobre as qualidades e a importância de cada uma delas. 	<p>“Leilão de Qualidades” (Brandes & Philips, 1977, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [30 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Explorar a perceção da imagem corporal atual e ideal. 	<p>“A minha imagem” (Guerra, Lima & Torres, 1014) [20 minutos]</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a valorização do corpo na nossa sociedade. 	<p>“Para além do corpo” [15 minutos]</p>

		- Promover a autoestima e auto conceito.	“Eu gosto de mim porque...” (Duarte et. al., 2002, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [20 minutos]
6	- Finalizar o programa. - Promover a continuação contato entre os membros. - Resumir os pontos abordados na intervenção. - Avaliar a participação no programa (por parte das crianças).	- Promover a autoestima e o autoconceito. - Promover o auto-conhecimento. - Promover um momento positivo e de bem estar no grupo.	“Festinhas no ego” (adaptado da Fundação Portuguesa, “A comunidade contra a sida”, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [20 minutos]
		- Permitir a troca de contactos entre os membros do grupo.	“O meu postal” (Fritzen, 1981, citado por Guerra e colaboradores, 2014) [30 minutos]
		- Tomada de consciência das vantagens (frutos) da intervenção. - Realizar um balanço dos pontos positivos e negativos da intervenção - Resumir os pontos abordados nas sessões.	“Os frutos” [20 minutos]
		- Promover um momento de despedida. - Promover convivo. - Aplicar o que aprenderam durante as sessões acerca da alimentação saudável.	Lanche de despedida

Anexo 17 – Descrição das sessões e das atividades do projeto de intervenção em grupo “Mais olhos que a Barriga”

1ª Sessão

Atividade 1. “Bingo Humano” (autor desconhecido)

Cada participante recebe uma “cartela de bingo” que em cada quadrado contem uma característica (e.g., gosta de cantar no chuveiro). Cada membro do grupo deve procurar uma pessoa do grupo que tenha essa característica e recolher a sua assinatura. Não é permitido usar o próprio nome nem repetir assinaturas. Ganha quem preencher a cartela primeiro (Bingo). No final o psicólogo reúne o grande grupo para que partilhem as assinaturas recolhidas e respetivas características.

Material:

- Cartela Bingo.
- Canetas

Atividade 2. “A maçã da Branca de Neve” (Vopel, 1997)

O dinamizador relembra a história da Branca de Neve, focando a personagem da rainha má, que quis envenenar a Branca de Neve com uma maçã. O jogo inicia-se no momento em que o dinamizador segura uma bola na mão e explica que esta simboliza a maçã da rainha má. Os participantes formarão uma roda e, ao som de uma música passarão a bola de mão em mão, sempre na mesma direção, até que a música pare. Nessa altura, o jovem na posse da bola morrerá envenenado sendo eliminado do jogo. No entanto, se conseguir passar a bola a outro colega que a aceite evitará a morte, sendo o colega eliminado. O jogo prossegue até restar apenas um jogador, o vencedor.

Material:

- Uma bola que represente a maçã da Branca de Neve;
- Um rádio leitor de cd's;
- Cd's de música.

Atividade 3. “O nosso programa”

O psicólogo começa por apresentar e explicar genericamente o programa de intervenção, nomeadamente os objetivos, a duração, e as regras essenciais para o bom funcionamento do grupo. Deve ser analisada a calendarização.

Atividade 4. “Chuva de ideias” (Brandes & Philips, 1977)

O psicólogo propõe aos membros do grupo que exponham as suas expectativas em relação ao grupo e à intervenção. Após esta exposição de ideias estas serão discutidas em grande grupo.

Material:

- Quadro
- Caneta

Sessão 2

Atividade 1. “O baile dos balões” (Jares, 2007)

Os participantes devem emparelhar-se em grupos de dois elementos em que cada par terá o seu balão. Quando a música se inicia, têm de bater nos balões de forma a atirá-los para o ar, e todos os pares dançam, tentando impedir que algum balão caia ao chão, independentemente de que balão se trate. Para tal, poderá utilizar-se qualquer parte do corpo, mas sempre sem se soltar do seu par. Quando a música para, todos deixam de dançar, no entanto devem manter os balões no ar. Se a música recomeçar, voltam a agrupar-se com a pessoa mais próxima, continuando a dançar.

Material:

- Balões coloridos;
- Leitor de cds e cds.

Atividade 2. “T-shirt” (adaptado de Carrell, 2000)

Deve ser distribuída por cada elemento uma folha com o desenho de uma t-shirt, frente e verso. Numa mesa e individualmente, cada membro irá desenhar na parte da frente da t-shirt as características pessoais (físicas e/ou psicológicas) que mais facilmente revelam aos outros – *self* público. E nas costas da t-shirt as características mais privadas, que não são tão facilmente expressas – *self* privado. Para tal poderão ser usados recortes, desenhos, símbolos e cores diversas. Posteriormente, e de novo em grande grupo, os participantes partilham o seu desenho e exploram os sentimentos relativos à execução da atividade, nomeadamente as dificuldades sentidas na identificação e seleção das características pessoais, a forma como se sentiram ao expô-las ao grupo e ao ouvirem os outros (processo de dar e receber *feedback*).

Material:

- Folhas t-shirt
- Canetas de cor

- Revistas
- Tesoura
- Cola

Atividade 3. “Duas Mascaras” (adaptado de Jares, 2007)

Cada participante recebe um cartão-mascara, que poderá decorar como quiser. Num dos lados da mascara é pedido que cada membro do grupo escreva aquilo que acha que é (e.g., alegre, triste, feio, bonito). Do outro lado é proposto que escreva como os outros o veem. No final cada participante é convidado a partilhar as suas mascaras com o grupo e refletir sobre a mesma.

Material:

- Cartão máscara
- Canetas de cor

Atividade 4. “Caixinha da obesidade” (Brandes & Philips, 1977, citado por Guerra e colaboradores, 2014)

A técnica começa com cada adolescente a tirar um cartão de cada uma das três caixas que contêm uma frase diferente, tendo que completa-las. As frases são: “Para mim a obesidade é...”; “O que mais me preocupa é...” e “Sinto dificuldade em...”. Depois dos cartões serem preenchidos, são novamente colocados nas respetivas caixas e são baralhados. Em seguida, cada participante tira aleatoriamente um cartão de cada caixa e lê-os, transpondo para o grupo se sente ou não o mesmo que foi descrito. No final, deve ser realizada uma reflexão em grupo, explorando-se as cognições que emergiram a partir desta técnica.

Material:

- Caixa
- Cartões

Sessão 3

(Nesta sessão convidamos os pais a juntar-se a nós a partir da atividade 4)

Atividade 1. “Salada de fruta” (Delgado & Campo, 1993, citado por Guerra e colaboradores, 2014)

Os participantes estão sentados em círculo. Seguindo a ordem pela qual estão sentados, o terapeuta atribui o nome de um fruto a cada participante (e.g., banana, laranja, pêssego). Explica as regras do jogo: quando chamar um dos frutos, todos os participantes a quem foi atribuído esse fruto devem levantar-se e trocar de lugar. O elemento que ficar sem cadeira deverá chamar outro fruto e assim sucessivamente. Quando se dizer “salada de fruta” todos os participantes se levantam e trocam de lugar.

Atividade 2. “Crescer saudável”

O psicólogo realiza uma apresentação em powerpoint acerca da obesidade, causas, tratamento e consequências a curto e a longo prazo, alertando para a importância do exercício físico, em conciliação com uma dieta alimentar saudável.

Atividade 3. “O que gosto de fazer” (adaptado de Vopel, 1997).

Será distribuída pelos elementos do grupo uma folha de papel com um quadro com duas colunas nas quais, os participantes, individualmente terão que anotar as atividades que mais gostam de fazer nos tempos livres (1ª coluna), e as que poderão ser realizadas de modo a aumentar a atividade física. Após o preenchimento do quadro, os participantes deverão juntar-se em pares para trocar impressões acerca da atividade.

Material:

- Folhas com quadros para preencher;
- Canetas e fitas de papel coloridas.

Atividade 4. “Na nossa família...”

Os jovens e os seus familiares deverão estar sentados em círculo, tendo em conta a proximidade dos vários elementos de cada família. O psicólogo faz circular uma caixa pelo grupo, da qual, cada família deverá tirar uma imagem e comentá-la à luz dos seus hábitos. Após o comentário a família faz avançar a caixa no círculo, não repondo a sua imagem.

Material:

- Caixa
- Imagens

Atividade 5. Escolha de menus saudáveis

É sugerido que cada família tente criar em casa um menu saudável.

Sessão 4

Atividade 1. “Ha, ha, ha!” (Jares, 2007)

Esta técnica consiste em provocar uma cadeia de gargalhadas. Um dos participantes deita-se no chão e o seguinte deita-se também, apoiando a sua cabeça na barriga do primeiro. O terceiro põe a cabeça sobre a barriga do segundo, e assim sucessivamente. Então, o primeiro diz “ha!”, o segundo diz “ha, ha!”, o terceiro “ha, ha, ha!”. E assim sucessivamente, aumentando o número de “has!”.

Material:

- Colchões

Atividade 2. “Respiração diafragmática” (adaptado de Payne, 2003, citado por Guerra e colaboradores, 2014)

Para dar início a este método de relaxamento, os adolescentes devem sentar-se confortavelmente na cadeira. Encostam-se, põem os pés no chão e deixam os braços caírem soltos ao longo do corpo. O psicólogo, num tom de voz calmo, dá as seguintes instruções: “Fechem os olhos, ponham a mão direita no abdómen e coloquem a esquerda no peito. Sem tentar alterar a respiração estejam atentos ao modo como respiram. Qual é a mão que se mexe mais quando o ar entra nos pulmões? O truque para respirar de modo a ficar mais relaxado é começar a respirar mais com o abdómen, o que faz com que a mão que está em cima da barriga se mexa mais do que a que está em cima do peito. Procurem agora fazer esta mudança e, à medida que o ar vai entrando, ajudem a respirar com o abdómen, fazendo a mão direita elevar-se mais, enquanto a esquerda fica o mais quieta possível. Vão treinando até se sentirem confortáveis com este modo de respirar. Deixem o ar entrar devagar, a barriga vai ajudando, depois usem também a barriga para expulsar todo o ar... isso mesmo.” No final, discute-se em grande grupo a experiência, em específico, se conseguiram ou não estar descontraídos e em que situações pode ser útil este tipo de exercício.

Material:

- Colchões

Atividade 3. "Viagens coletivas através da fantasia" (Brandes & Philips, 1977)

Os membros do grupo estendem-se confortavelmente em colchões, de olhos fechados, concentram-se na respiração e deixam a imaginação vagar. Caso uma imagem se forme no seu espírito, o participante pode falar e descrever essa imagem ao grupo. Os restantes elementos ouvem e, sem interromper, têm toda a liberdade de acrescentar as suas imagens. Continua-se o processo até que este se revele compensatório, respeitando qualquer silêncio prolongado que se venha a observar.

Material:

- Colchões;
- Leitor de Cds;
- Cds.

Sessão 5

Atividade 1. Leilão de Qualidades (adaptado de Brandes & Philips, 1977, citado por Guerra e colaboradores, 2014)

Em grande grupo, o psicólogo pede aos elementos que indiquem qualidades gerais que encontram nas pessoas e regista-os num quadro. De seguida, entrega a cada participante um montante fictício de 500 euros, distribuindo as seguintes notas: 5x10 euros; 3x50 euros; 1x100 euros; e 1x200 euros. O psicólogo explica que devem gerir a verba que lhes foi entregue, de modo a poderem entrar num "leilão de qualidades". Comprando aquelas que consideram mais importantes. Durante o leilão cada uma das qualidades é atribuído a quem licitar mais alto. A atividade termina quando os elementos tiverem esgotado a sua verba ou quando se tiverem adquirido todas as qualidades. Por fim, deve refletir-se sobre os seguintes pontos: se o resultado final era aquele que pretendiam, quais as razões de escolha de determinada qualidade, o porquê da importância da mesma e se há consenso no grupo sobre qual ou quais as qualidades mais importantes.

Material:

- Notas de 10, 50, 100 e 200 euros

Atividade 2. A minha imagem (Guerra, Lima & Torres, 1014)

O terapeuta entrega a cada participante a folha "A minha imagem" com dois conjuntos de silhuetas femininas ou masculinas, consoante o género, que terão que preencher, assinalando, na primeira parte, a perceção que têm da sua imagem atual e, na

segunda, a imagem que gostariam de ter (ideal). Devem ainda continuar a frase “isto faz-me sentir...” (diferença entre a imagem atual e a ideal).

Material:

- Folha “A minha imagem”
- Canetas

Atividade 3. Para além do corpo

É realizada uma apresentação acerca da valorização do corpo na nossa sociedade e a sua importância. É também realizado um pequeno debate em torno deste tema.

Atividade 4. “Eu gosto de mim porque...” (Duarte et. al., 2002, citado por Guerra e colaboradores, 2014)

O terapeuta entrega a cada elemento um cartão com a frase “Eu gosto de mim, porque...”, pedindo-lhes para completá-la por escrito. Posteriormente, em grande grupo trocam-se os cartões, e cada elemento lê em voz alta o cartão que lhe calhou (aleatoriamente). Perante o motivo evocado no cartão cada participante deve refletir se se revê, ou não, nele. Discute-se a atividade em grande grupo.

Material:

- Cartões
- Canetas

Sessão 6

Atividade 1. Festinhas no ego (adaptado de Fundação Portuguesa, “A comunidade contra a sida”, citado por Guerra e colaboradores, 2014))

O terapeuta distribui a cada um dos elementos uma folha A4, com o seu nome escrito, e coloca-a nas costas. Explica que deverão movimentar-se pela sala e ao mesmo tempo escrever nas costas de todos os membros do grupo características positivas que os definam. Terminando esta tarefa, cada um recolhe as folhas e lê o que escreveram sobre si. Posteriormente, abre-se a discussão ao grande grupo, perguntando como se sentiram durante a atividade e se tiveram dificuldade em realizá-la.

Material:

- Folhas de papel
- Canetas

Atividade 2. “O meu postal” (Fritzen, 198, citado por Guerra e colaboradores, 2014)

O terapeuta entrega a cada participante um postal com o seu nome. Todos os postais devem percorrer o grupo, para que todos escrevam uma mensagem para os restantes elementos. Essa mensagem deve ser assinada. É-lhes também pedido para colocarem o seu contacto telefónico e o seu endereço eletrónico se assim o entenderem.

Material:

- Postais
- Canetas

Atividade 3. “Os frutos”

A cada jovem é distribuído um fruto em cartolina, no qual deverá escrever um aspeto positivo que recolheu deste programa. Seguidamente, este fruto deverá ser exposto pelo jovem numa árvore em cartolina, previamente colocada no placar da sala. Depois de a árvore estar completa, o psicólogo lê em voz alta, cada ideia presente nos frutos, seguindo-se uma reflexão em grupo.

Material:

- Frutos em cartolina
- Árvore em cartolina
- Cola
- Canetas

Atividade 4. Lanche de despedida

Para este lanche cada jovem trará comida saudável para partilhar com o grupo.

Anexo 18 – Ação de sensibilização “Gestão de conflitos nos profissionais de saúde” – Apresentação em *power point*



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa
Centro de Saúde de Santo Tirso

Gestão de conflitos nos profissionais de saúde



Março, de 2015

Conflito:

A palavra conflito liga-se a:

Desacordo, discórdia, divergência, dissonância, controvérsia ou antagonismo.



Para que haja conflito, além da diferença de objetivos e interesses...

...tem de existir uma interferência deliberada de uma das partes envolvidas

A interferência, pode ser:

- Ativa (mediante ação que provoque obstáculos, bloqueios ou impedimentos)
- Passiva (mediante o critério de omissão).

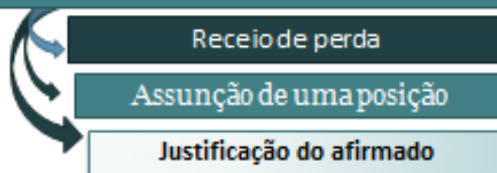


Necessidades/Interesses

São a razão específica da negociação e da posição que

- Podem ser tangíveis ou intangíveis;
- Devem ser satisfeitas com o objetivo a de alcançar um resultado estável.

- Obriga ao conhecimento das próprias e reais necessidades:



Categorias:

Conflito interno	<u>Conflito interno ou intrapessoal</u>	Envolve dilemas de ordem pessoal - ideias, pensamentos, emoções, valores e predisposições.
	<u>Interpessoal</u>	O conflito ocorre entre indivíduos - e.g., amigos, colegas de trabalho.
Conflito externo	<u>Intragrupal</u>	O conflito ocorre dentro de um pequeno grupo
	<u>Intra - organizacional</u>	O conflito abrange a generalidade das partes da organização
	<u>Intergrupal</u>	O conflito ocorre entre grupos
	<u>Inter - organizacional</u>	O conflito ocorre entre organizações

Gestão de conflitos

Vantagens do conflito

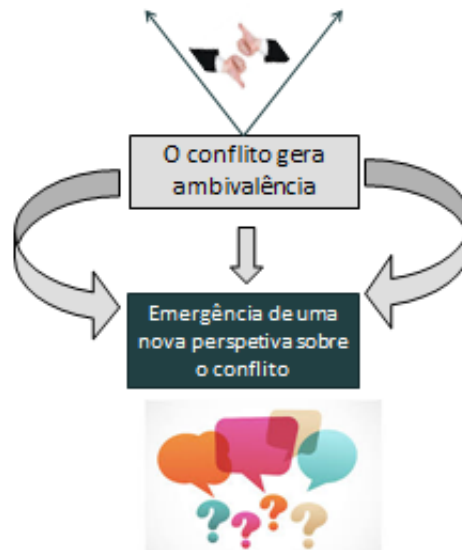
- Revela os problemas existentes;
- Gera ideias novas;
- Contribui para a redistribuição do poder e da influência;
- Facilita o envolvimento



Desvantagens do conflito

- Desvia a atenção dos objetivos;
- Gera ressentimentos entre os envolvidos;
- Contribui para a insatisfação

Vantagens e desvantagens



Efeitos positivos:



Desperta sentimentos e energia dos membros do grupo que estimulam interesse em descobrir meios eficazes de realizar as tarefas, bem como soluções criativas e inovadoras;

Estimula sentimentos de identidade no grupo, aumentando a coesão intragrupal;

Chama a atenção para os problemas existentes, uma vez que funciona como mecanismo de correção para evitar problemas mais sérios.

Efeitos Negativos:



Consequências indesejáveis para o bom funcionamento da organização, uma vez que os indivíduos e os grupos veem os seus esforços bloqueados, desenvolvendo sentimentos de frustração, hostilidade e tensão.

Prejudicando o cumprimento das tarefas, como o bom-coser das pessoas.

A cooperação passa a ser substituída por comportamentos que prejudicam o funcionamento da organização, e influenciam na natureza dos relacionamentos existentes entre pessoas e grupos.

Quando parte da energia criada pelo conflito é dirigida e gasta não no mesmo, prejudicando a energia que poderia ser utilizada no trabalho produtivo, pois ganhar o conflito passa a ser mais importante do que o próprio trabalho.

Conflito: Processo



FASES DO CONFLITO

Latente → Percecionado → Sentido → Manifesto → Concretizado

Pondy (1967); Thomas (1992); De Dreu et al. (1999)

Conflito percebido ocorre quando:



- Sempre que as partes percebem e compreendem que o conflito existe porque sentem que seus objetivos são diferentes dos objetivos dos outros, e que há oportunidades para interferência ou bloqueio.

Conflito Latente

Gerando

- É por meio dele que as partes percebem um potencial de consequências graves que poderão impedir a consecução dos objetivos desejados.



Conflito Experienciado

Conflito experienciado.



Quando ocorre?

Quando entre as partes existe sentimentos e provoca-se:

Hostilidade



Raiva



Medo



Descrédito



O chamado conflito velado, pois tende a ser dissimulado, oculto e não manifesto externamente com clareza

Conflito Manifesto

Quando ocorre?

Sempre que é expresso por meio de um comportamento de interferência por pelo menos uma das partes de forma ativa ou passiva.

É chamado de conflito aberto e manifesta-se sem dissimulação.



Processos competitivos

(as partes competem entre si porque acreditam que os seus objetivos são opostos e que não os conseguem alcançar).

Distorção da Perceção

(com a intensificação do conflito a perceção torna-se distorcida, o pensamento estereotipado e enviesado).

A visão negativa do conflito resulta de:

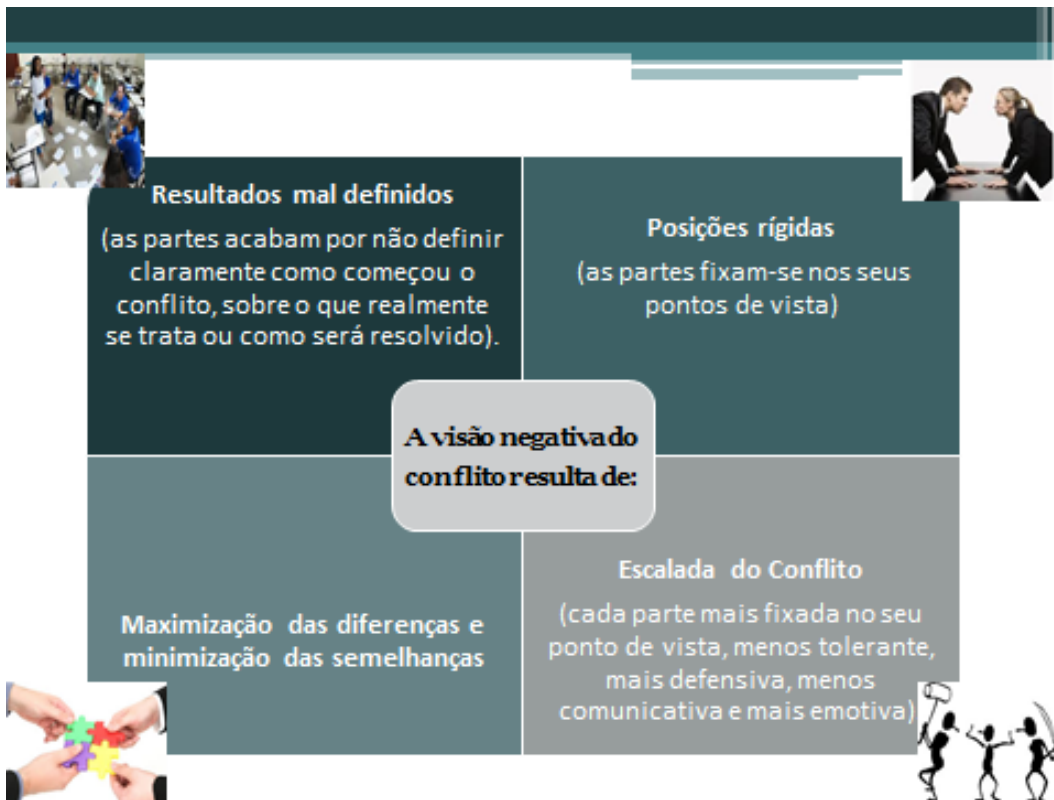
Decréscimo da comunicação

(deixa-se de comunicar com aqueles que discordam e comunica-se mais com os que concordam).

Emotividade

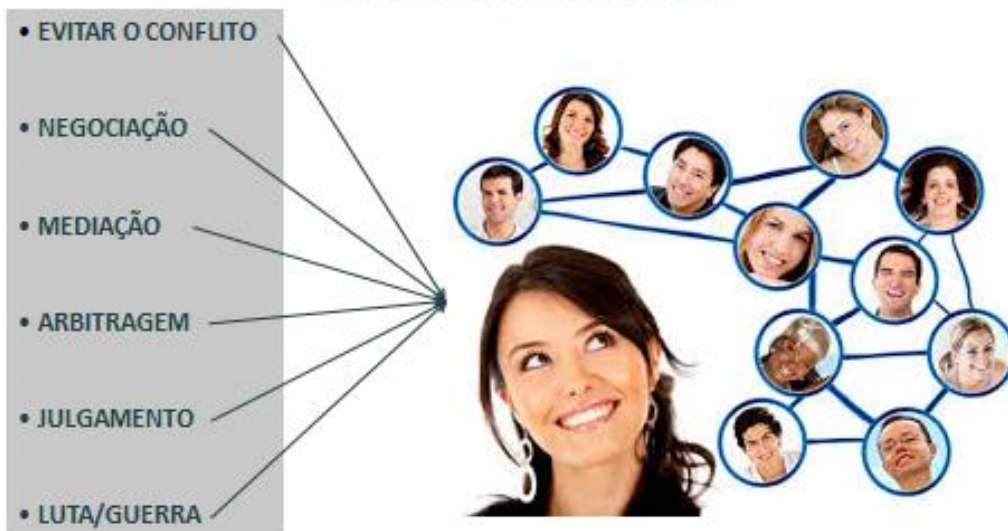
(as emoções passam a dominar o pensamento)





Conflito

Métodos de resolução



Resolução do conflito



Negociação:



A negociação é um exercício de convivência, a maneira mais democrática de resolver conflitos.

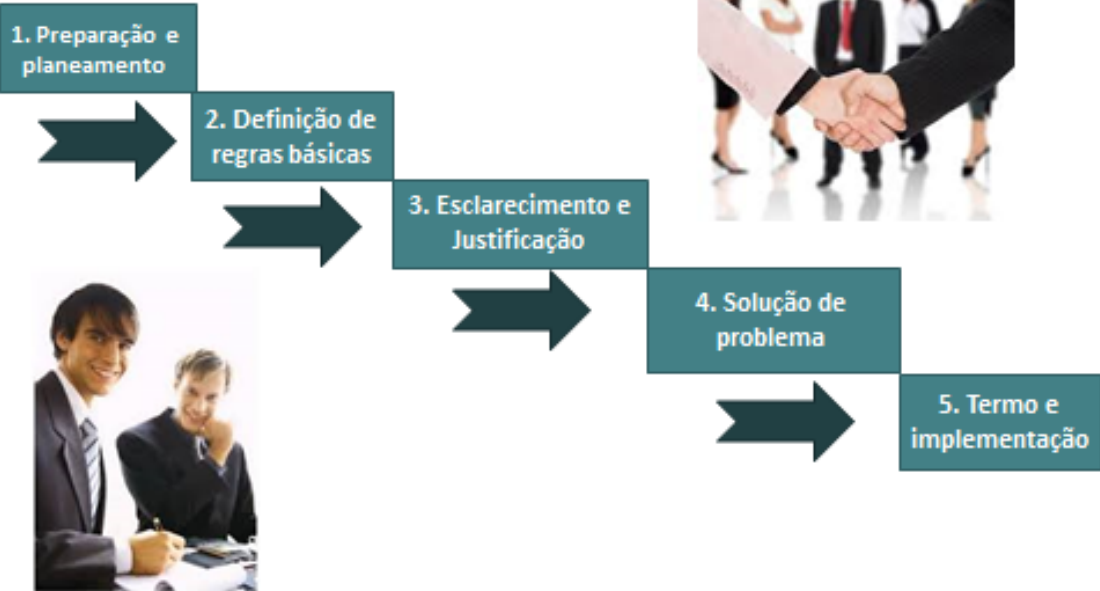
Resultados da negociação

1. Grau de alcance dos objetivos (satisfação);
2. Relacionamento interpessoal (grau de confiança e a comunicação entre as partes);
3. Custos emocionais (ataques verbais, preocupações, provocações, injúrias e a redução da tensão).








Negociação e a resolução do conflito

Negociação e a resolução do conflito



Conflito: Comportamento

	Padrões de Comportamento Agressivo:	Abordagem Passiva:	
	<ul style="list-style-type: none">•Atribuição de responsabilidades aos outros;•Culpabilização dos outros;•Imposição;•Expressão realizada de modo ameaçador;•Alcance de um modelo "Ganhador-Perdedor".	<ul style="list-style-type: none">•Fugimos da à ação;•Não cedência;•Isolamento dos outros;•Aguardar sempre a oportunidade de "dar resposta";•Ausência de expressão;•Alcance de um modelo "Perdedor-Ganhador".	
			
			

Colaboração	
Relacionamento	Importante: onde o apoio mútuo é necessário constantemente.
Balanceamento do poder	Sem importância: porque o compromisso se sobrepõe à obediência requer um compromisso negociado.
Comunicação	Aberta e Honesta
Atitude	Confiante e amigável
Conceito do conflito	Ganha/ganha
Perceção da diferença de valores	Ênfase nos valores e crenças comuns
Legitimidade	Aceite
Maus julgamentos	Benevolente
Táticas	Preocupação com os outros e consigo próprio, procura do comum
Consequências	Cooperação, soluções criativas

Estratégias para a colaboração



"Se um homem marcha com um passo diferente do dos seus companheiros, é porque ouve outro tambor."

Henry Thoreau

**Anexo 19 – Ação de formação: “Birras: promover a parentalidade” –
Informação**



Unidade de Cuidados na Comunidade Provida

NEGRELOS

BIRRAS

UCC Provida—Negrelos

Daniela Alves—aluna estagiária do Mestrado em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Orientação: Enfª especialista Elsa



2015

Anexo 20 – Ficha de encaminhamento médico LS

Ocultação dos dados de identificação do utente

Motivo do encaminhamento e Dados Relevantes da História Clínica

Homem 49 anos.

Antecedentes: S. depressivo e dislipidemia.

Já anteriormente seguido em psiquiatria mas teve alta em 2013. Desde então mantém mesma medicação abaixo referida.

Refere que tem dias melhores e piores, são mais os dias bons. No entanto, é muito ansioso, acha que pequenas coisas o deixam logo alterado. O próprio pede acompanhamento por psicólogo, que nunca teve.

Ocultação dos dados do MF

Pelo histórico de depressão e ansiedade importante, avaliação por psicologia no âmbito principalmente da definição de estratégias de coping.

Medicação:

Escitalopram 10 mg, alprazolam 1 mg 1/2 cp à noite

Anexo 21 – Instrumento SLC 90 R realizado pelo utente LS

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	EXTREMA MENTE
1. Dores de cabeça.		X		X	
2. Nervosismo ou tensão interior.				X	
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe doam a mente.				X	
4. Sensações de desmaio ou tonturas.		X			
5. Perda do interesse ou prazer sexual.		X			
6. Sentir-se criticado pelos outros.	X				
7. Ter a impressão de que alguém pode controlar os seus pensamentos.	X				
8. Ter a impressão que outros são culpados da maioria dos seus problemas.	X				
9. Dificuldade em se lembrar das coisas.		X			
10. Preocupado com a saúde ou com a falta de cuidado.	X				
11. Sentir-se facilmente irritado ou zangado.			X		
12. Dores no coração ou no peito.		X			
13. Medo de rua ou dos espaços abertos.	X				
14. Falta de força ou lentidão.		X			
15. Pensamentos de acabar com a vida.	X				
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.	X				
17. Tremuras	X				
18. Sentir que a maioria das pessoas não é de confiança.	X				
19. Falta de apetite.		X			
20. Choro fácil		X			
21. Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto.		X			
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta.	X				
23. Sentir medo súbito sem razão aparente.		X	X		
24. Impulsos de temperamentos que não consegue controlar.				X	
25. Sentir medo de sair de casa sozinho.	X				
26. Sentimentos de culpa.		X			
27. Dores no fundo das costas (cruzes).	X				
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas.		X			
29. Sentir-se só.		X			

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	EXTREMA MENTE
30. Sentir-se triste.			X		
31. Preocupado em demasia.			X		
32. Não ter interesse por nada.		X			
33. Sentir-se amedrontado.		X			
34. Melindrar-se facilmente.		X			
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos.	X				
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.			X		
37. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	X				
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que fica bem feito.		X			
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração.	X				
40. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.	X				
41. Sentir-se inferior aos outros.	X				
42. Sentir dores nos músculos.		X			
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros.		X			
44. Dificuldades em adormecer.			X		
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.		X			
46. Dificuldades em tomar decisões.			X		
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio.	X				
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar).		X			
49. Afrontamentos ou calafrios.		X			
50. Evitar certos lugares ou atividades porque lhe causam medo.	X				
51. Sensação de cabeça vazia.			X		
52. Adormecidos ou picadas (formigueiro) no corpo.		X			
53. Nó na garganta.		X			
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro.		X			
55. Dificuldades de concentração.		X			
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo.		X			
57. Sentir-se tenso ou aflito.		X			
58. Sentir as pernas ou os braços pesados.	X				
59. Pensar na morte ou que vai morrer.		X			
60. Comer demais.		X			
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito.		X			
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios.			X		

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	EXTREMA MENTE
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.		X			
64. Acordar muito cedo de manhã.		X			
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas ações como tocar, contar ou lavar.	X				
66. Sono agitado ou perturbado.		X			
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas.	X				
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham.	X				
69. Sentir-se muito embaraçado junto de outras pessoas.		X			
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema.	X				
71. Sentir que tudo constitui um esforço.	X				
72. Ataques de terror ou de pânico.	X				
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos.	X				
74. Envolver-se frequentemente em discussões.	X				
75. Sentir-se nervoso quando fica só.		X			
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades.	X				
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas.		X			
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.	X				
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor.	X				
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está a acontecer.		X			
81. Gritar ou alfinar coisas.	X				
82. Medo de desmaiar em público.	X				
83. Ter a impressão de que se deixasse as outras pessoas aproveitar-se-iam de si.	X				
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante.	X				
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.	X				
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora.	X				
87. Ter a ideia que algo grave se está a passar no seu corpo.		X			
88. Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa.	X				
89. Sentimentos de culpa.	X				
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente.			X		

Anexo 22 – Resultados obtidos no SLC 90 R do utente LS

Somatização		OBSESSÃO Compulsão		Relações Interpessoais		DEPRESSÃO		ANSIEDADE		HOSTILIDADE		
ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	
1		1	3	3	6	0	5	1	2	3	11	2
4		1	9	1	21	1	14	1	17	0	24	3
12		1	10	0	34	1	15	0	23	2	63	1
27		0	28	1	36	2	20	1	33	1	67	0
40		0	38	1	37	0	22	0	39	0	74	0
42		1	45	1	41	0	26	1	57	1	81	0
48		1	46	2	61	1	29	1	72	0		
49		1	51	2	69	1	30	2	78	0		
52		1	55	1	73	0	31	2	80	1		
53		1	65	0			32	1	86	0		
56		1					54	1				
58		0					71	0				
							79	0				
TOTAL=		9	TOTAL=	12	TOTAL=	6	TOTAL=	11	TOTAL=	8	TOTAL=	6
12		0,75	10	1,2	9	0,66667	13	0,84615385	10	0,8	6	1
Ansiedade Fóbica		Ideação Paranóide		Psicoticismo		Escala Adicional						
ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	Factor total		
13		0	8	0	7	0	19	Apetite -	1	Somat.	9	
25		0	18	0	16	0	60	Apetite +	1	Ob-comp	12	
47		0	43	1	35	0	44	Dist. sono PM	2	Rel. Intera	6	
50		0	68	0	62	2	64	Dist. sono AM	1	Depre.	11	
70		0	76	0	77	1	66	Insónias	1	Ansi.	8	
75		1	83	0	84	0	59	Pens. morte	1	Hostil.	6	
82		0			85	0	89	Culpa	0	Ans. Fob.	1	
					87	1				Id. Paran.	1	
					88	0				Psicot.	6	
					90	2				Esc. Adic.	7	
TOTAL=		1	TOTAL=	1	TOTAL=	6	TOTAL=		7	TOTAL=	67	
7		0,142857143	6	0,166666667	10	0,6			90	0,74444		