



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Relatório de Estágio

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Sara Cristina da Silva Freitas



Centro Regional de Braga – Faculdade de Filosofia

Outubro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Relatório de Estágio

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Sara Cristina da Silva Freitas

Sob a supervisão do Professor Doutor Rui Ramos e

Professora Doutora Ângela Sá Azevedo

Sob a orientação da Doutora Ângela Pontes



Centro Regional de Braga – Faculdade de Filosofia

Outubro de 2011

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, directa ou indirectamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria agradecer aos meus Supervisores de estágio, Professor Doutor Rui Devesa Ramos por ter aceite a supervisão do meu estágio a meio do ano lectivo, pela disponibilidade, compreensão, orientação e aconselhamento durante o estágio. À Professora Doutora Ângela Sá Azevedo a orientação e as sugestões na elaboração do trabalho.

Agradeço à minha orientadora de estágio da ULSAM, E.P.E., Doutora Ângela Pontes pela dedicação e partilha de conhecimentos que abriram os meus horizontes, e pelo exemplo de profissionalismo que me transmitiu como Psicóloga.

Agradeço à Professora Doutora Eleonora Veiga Costa pela disponibilidade e simpatia, e ainda pelos esforços realizados para minha integração numa Instituição de modo a complementar o meu estágio.

Agradeço ao Centro Social e Paroquial de Ronfe pela possibilidade de concretizar o meu estágio, principalmente, à Coordenadora Fernanda que abriu o *mundo da infância* ao dispor da Psicologia, à Educadora Paula e Auxiliar Marisa com quem trabalhei mais próximo a minha gratidão por me terem recebido sempre com simpatia, pela colaboração nas actividades e ‘dicas’ sugeridas, e a todas as Crianças da “*Sala do Grandes*” pelos momentos vivenciados e partilhados, foi muito gratificante trabalhar convosco.

Agradeço ao Lar da criança de Revelhe a recepção, aos Funcionários o carinho e a simpatia, e às Crianças por terem partilhado comigo as suas histórias.

Às minhas colegas de curso e amigas Tânia Correia, Marina Ferreira e Katiza Lima pela amizade, convívio, partilha e pelo encorajamento mútuo face às adversidades.

À minha amiga Liliana Fernandes a amizade, presença e apoio incondicional numa fase tão delicada da minha vida.

Ao meu amigo Hugo Almeida pela partilha dos sentimentos mais nobres, por toda a força e convicção com que acreditou em mim, e pela colaboração na elaboração do abstract.

À família Batista pelos momentos de convívio, por todo o apoio e incentivo na finalização deste percurso.

Ao meu irmão Tiago pelas conversas e incentivo permanente, pela paciência e por tudo que temos vindo a partilhar.

Ao meu *PAI* e à minha *MÃE*, o meu mais profundo e especial agradecimento pelo apoio e Amor incondicional, por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos, e pela enorme dedicação ao longo destes anos.

A todos,

O meu Profundo e Eterno agradecimento.

Resumo

O presente relatório de estágio enquadra-se no 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde leccionado pela Universidade Católica de Braga – Faculdade de Filosofia. O estágio realizou-se em dois contextos diferentes, nomeadamente, na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., Viana do Castelo, e no Centro Social e Paroquial de Ronfe, Guimarães. Em ambas instituições o estágio teve uma duração de 6 meses.

O estágio é um processo de aprendizagem indispensável para os profissionais estarem preparados para enfrentar os desafios da profissão. Assim, o estágio curricular teve como objectivo aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, contribuir para a aquisição de experiência e competências profissionais, reflectir sobre as práticas e as aprendizagens no contacto com a realidade e promover a formação ética alicerçada com a componente teórica.

Este relatório divide-se em três partes. Na primeira parte, encontra-se descrito o estágio desenvolvido na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., e na segunda parte, descrevemos o estágio realizado no Centro Social e Paroquial de Ronfe. No final da primeira e da segunda parte apresentamos uma reflexão crítica onde fazemos uma avaliação do estágio em cada contexto. A terceira e última parte, reporta-se à conclusão em que elaboramos uma consideração final sobre o estágio.

Abstract

This internship report falls within the 2nd year of Masters in Clinical Psychology and Health taught by the Catholic University of Braga - Faculty of Philosophy. The stage took place in two different contexts, including the Local Health Unit of the Alto Minho, EPE, Viana do Castelo, and the Center for Social and Parish Ronfe, Guimarães. In both institutions the stage had a duration of 6 months.

The internship is a learning process necessary for professionals to be prepared to face the challenges of the profession. Thus, the curricular aim was to apply the theoretical knowledge acquired during the course, contribute to the acquisition of experience and skills, reflect on practices and learning in contact with reality and promote the ethical education grounded in the theoretical component.

This report is divided into three parts. The first part is described in the developed stage of the Local Health Unit Minho, EPE, and the second part, we describe the stage held in the Center for Social and Parish Ronfe. At the end of the first and the second part we present a critical assessment of where we do a stage in each context. The third and last part refers to the conclusion that we make a final consideration on the stage.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice	v
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	viii
Índice de Anexos	ix
Introdução	10
Parte I – Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.P.E.)	12
1. Caracterização do contexto institucional	13
1.1. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	13
1.1.1. Breve historial da ULSAM, E.P.E.	14
1.1.2. Missão	14
1.1.3. Valores	15
1.1.4. Obrigações de Serviço Público	15
1.1.5. Organização de Serviços	15
1.2. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)	17
1.2.1. Missão	17
1.2.2. O Papel do Psicólogo Clínico no DPSM	18
1.3. Serviço de Psicologia na ULSAM, E.P.E.	19
1.3.1. Serviço de Pediatria da ULSAM, E.P.E. – Papel do Psicólogo	20
2. Caracterização da Observação	23
2.1. Descrição da observação de casos clínicos	23
2.2. Descrição da observação de actividades no contexto estágio	25
2.3. Avaliação das necessidades	27
3. Caracterização da Intervenção	29
3.1. Caso clínico A – Conceptualização do caso clínico	32
3.2. Acompanhamento de outros casos clínicos	49

3.3. Acção de formação – dirigida a profissionais de saúde	49
3.3.1. Descrição da formação	50
3.3.2. Avaliação da acção de formação	51
4. Reflexão	56
Parte II – Centro Social e Paroquial de Ronfe	58
5. Caracterização do contexto institucional	59
5.1. Centro Social e Paroquial de Ronfe	59
5.1.1. Valência de Creche e Jardim-de-Infância	60
5.1.2. Projecto educativo	61
5.2. Caracterização do Serviço de Psicologia	62
6. Caracterização da Observação	63
6.1. Levantamento de necessidades da valência de Creche e Jardim-de-Infância	63
6.2. Observação de outras actividades/dinâmicas institucionais	65
7. Caracterização da Intervenção	67
7.1. Intervenção em grupo - “ <i>Brincando com as emoções</i> ”	68
7.1.1. Características do programa	70
7.1.2. Avaliação do programa	73
7.2. Acção de Formação - dirigida a Educadoras de infância e Auxiliares de educação	75
7.2.1. Descrição da formação	78
7.2.2. Avaliação da formação	78
8. Reflexão	80
Parte III – Conclusão	82
Referências Bibliográficas	85
Anexos	88

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Organização dos Serviços pela respectiva área	16
Tabela 2 – Caracterização dos serviços integrantes disponíveis no DPSM	18
Tabela 3 – Psicólogos integrantes do Serviço de Psicologia	20
Tabela 4 – Apresentação do programa de intervenção em competências emocionais	72

Índice de Figuras

Figura 1 – Percentagem de respostas em relação aos objectivos da formação e quanto ao nível do desenvolvimento e utilidade do tema da formação	52
Figura 2 – Percentagem de respostas em relação ao Desenvolvimento/Realização da acção e o nível de conhecimentos dos participantes quanto ao tema da formação	53
Figura 3 – Percentagem de respostas em relação ao desempenho do formador	54

Índice de Anexos

Anexo I – Organigrama geral da ULSAM, E.P.E.

Anexo II – Observação de casos clínicos

Anexo III – Descrição sumária do Caso clínico B, C e D

Anexo IV – *Power-point* da acção de formação na ULSAM, E.P.E.

Anexo V – Questionário de avaliação da acção de formação na ULSAM, E.P.E.

Anexo VI – Actividades desenvolvidas no Colégio São Caetano e no Lar da criança

Anexo VII – Organigrama do Centro Social e Paroquial de Ronfe - Valência Creche e Jardim-de-Infância

Anexo VIII – Projecto Educativo do Centro Social e Paroquial de Ronfe - Valência Creche e Jardim-de-Infância

Anexo IX – Descrição da observação de outras actividades institucionais

Anexo X – Descrição das sessões do programa em competências emocionais

Anexo XI – Pré e pós-teste do programa em competências emocionais

Anexo XII – Avaliação do programa em competências emocionais

Anexo XIII – *Power-point* da acção de formação no Centro Social e Paroquial de Ronfe

Anexo XIV – Plano da sessão de formação no Centro Social e Paroquial de Ronfe

Anexo XV – Questionário de avaliação da acção de formação no Centro Social e Paroquial de Ronfe

Anexo XVI – Apresentação e descrição dos resultados do questionário de avaliação da formação no Centro Social e Paroquial de Ronfe

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga, realizado no ano lectivo 2008/2009 no Centro Social e Paroquial de Ronfe, e no ano lectivo 2009/2010 na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.P.E.) em Viana do Castelo.

Este relatório constitui-se como uma etapa de uma caminhada de aprendizagem construída durante os cinco anos de curso. O estágio curricular é um componente fundamental na medida em que permite aplicar todos os conhecimentos adquiridos, contribuindo de igual modo como dimensão para o desenvolvimento pessoal e profissional.

De forma genérica, podemos referir que o papel do Psicólogo Clínico e da Saúde é bastante abrangente e o seu modo de actuação deve, sobretudo, adequar-se à instituição onde exerce actividade e às principais necessidades prevalentes nesse contexto. Neste sentido, ao Psicólogo Clínico e da Saúde compete-lhe a *“promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e a prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física”* (Ribeiro & Leal, 1996).

O estágio iniciou-se em Outubro de 2008 e finalizou em Agosto de 2010, contudo, este período de tempo foi faseado por algumas pausas, não foi contínuo. De um modo sucinto, passamos a referir que inicialmente o estágio decorreu em duas instituições as quais não proporcionaram condições para a realização do mesmo. Daí surgiu a necessidade de integrar a estagiária nos contextos institucionais mencionados neste trabalho.

Passando de seguida à estrutura do presente relatório, este encontra-se organizado em: Parte I - Descrição do estágio desenvolvido na Unidade Local de Saúde do Alto Minho¹; e Parte II - Descrição do estágio desenvolvido no Centro Social e Paroquial de Ronfe². Sendo que a Parte I aborda os seguintes tópicos: i) Caracterização da instituição de estágio, onde é descrito o contexto institucional (ULSAM, E.P.E.); ii) Caracterização da observação que constitui a primeira etapa do estágio; iii) Caracterização da intervenção, na qual se incorporam as actividades de intervenção; e, iv) Reflexão, na qual é construída uma apreciação crítica da experiência no contexto do estágio. Por sua vez, a Parte II do relatório encontra-se organizada do modo seguinte: v) Caracterização do contexto institucional, onde fazemos uma apresentação do Centro Social e do Serviço de Psicologia; vi) Caracterização da

¹ O estágio desenvolvido na ULSAM, E.P.E, foi sob a supervisão do Dr. Rui Ramos.

² O estágio desenvolvido no Centro Social e Paroquial de Ronfe foi supervisionado pela Dra. Ângela Azevedo.

observação, onde é descrita a metodologia utilizada no levantamento de necessidades; vii) Caracterização da intervenção, na qual descrevemos as actividades desenvolvidas no estágio; e, viii) Reflexão sobre o estágio realizado nesta instituição.

Para terminar este compêndio de experiências finalizamos com a Parte III composta pela Conclusão do relatório que exprime a reflexão final de toda uma experiência de estágio.

Parte I

Unidade Local de Saúde do

Alto Minho, E.P.E.

Parte I – Estágio Desenvolvido na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.P.E)

O presente estágio foi realizado na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, nas Consultas Externas do Serviço de Pediatria sob a orientação da Dr.^a Ângela Pontes¹. O estágio iniciou-se em Março/2010 e teve o seu término em Agosto/2010, com uma duração de 6 meses e com uma assiduidade de dois a três dias por semana.

No contexto do estágio desenvolvido na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, procederemos ao enquadramento da mesma, seguindo-se a apresentação dos Serviços de Psiquiatria e de Pediatria (consultas externas), com destaque para o Serviço de Psicologia, onde serão exploradas as principais funções, actividades e dinâmicas deste serviço, inserido no âmbito das Consultas Externas de Pediatria.

1. Caracterização do contexto institucional

1.1. Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.P.E.)

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., situa-se em Viana do Castelo e foi criada a 1 de Outubro de 2008 pelo Decreto-Lei 183/2008 de 4 de Setembro, rectificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro. Esta nova Unidade resultou de uma fusão que integrou o Centro Hospitalar do Alto Minho (C.H.A.M., E.P.E.) com os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.

A ULSAM, E.P.E., constitui uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo como **principal objectivo** “*o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia asseguráveis a toda a população*”².

Esta Unidade incorpora duas unidades hospitalares: o Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo, e o Hospital Conde de Bertiandos, em Ponte de Lima. Incorpora ainda um Agrupamento de 12 Centros de Saúde, 21 Extensões de Saúde e 2 Unidades de Convalescença no distrito de Viana do Castelo. Cada concelho pertencente a este distrito possui um Centro de Saúde, com excepção do concelho de Viana do Castelo que contempla 3

¹ Psicóloga Clínica na área da Infância e Adolescência, e também responsável pelos estágios de Psicologia no Serviço de Pediatria.

² Informação acedida a 07/10/2010 no website da ULSAM, E.P.E.; http://www.cham.minsaude.pt/ULSAM/Apresentação/?sm=1_0

Centros de Saúde. Além destes encontram-se ainda em actividade 4 Unidades de Saúde Familiares, inseridas nos Centros de Saúde de Ponte de Lima, Arcos de Valdevez e Caminha.

A área de abrangência da USLAM, E.P.E. é bastante alargada uma vez que compreende todo o distrito de Viana do Castelo com cerca 251.000 habitantes, o qual integra os seguintes concelhos: Melgaço, Monção, Valença, Paredes de Coura, Cerveira, Caminha, Viana do Castelo, Ponte de Lima, Ponte da Barca e Arcos de Valdevez. Para além destes fornece ainda apoio a algumas cidades e freguesias dos concelhos de Barcelos, Braga e Esposende por questões de maior proximidade, tradição ou de diferenciação.

1.1.1. Breve historial da ULSAM, E.P.E.

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.P.E), antigamente denominado Hospital de Santa Luzia e, posteriormente, Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM, E.P.E.), entrou em funcionamento em 1983 com o Serviço de Urgência, e foi oficialmente inaugurado a 6 de Janeiro de 1984.

O Hospital de Santa Luzia, com mais de duas décadas de existência, foi ao longo dos anos tendo obras de conservação e reformulação ao nível da estrutura, assim como da sua qualificação e designação. Em 2002, com o surgimento da privatização dos hospitais foi criado o Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A, passando a ser constituído por duas unidades hospitalares, o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo e o Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima. Mais tarde, em 2005, com um novo Decreto de Lei o Hospital passou a Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. (CHAM, E.P.E.). A partir do ano de 2008, o CHAM, E.P.E., foi convertido a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (ULSAM, E.P.E.) integrando as duas unidades hospitalares referidas acima e os Agrupamentos de Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.

1.1.2. Missão

A USLAM, E.P.E., existe com o objectivo de *“identificar as necessidades de saúde da população da sua área de abrangência e responder de forma compreensiva e integrada a essas necessidades, através da prestação de cuidados de saúde, adequados e em tempo útil,*

garantindo padrões elevados de desempenho científico e uma eficaz e eficiente gestão de recursos” (site oficial da ULSAM, E.P.E).

1.1.3. Valores

Os colaboradores da ULSAM, E.P.E, no desenvolvimento da sua actividade regem-se por quatros valores fundamentais:

- a. Atitude centrada no utente e respeito pela dignidade humana;
- b. Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- c. Cultura da excelência médica e do cuidar;
- d. Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho³.

1.1.4. Obrigações de Serviço Público

A ULSAM, E.P.E., tem como actividade principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, nomeadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. Propõem-se também a assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários para o exercício das funções no âmbito da saúde dentro da sua área geográfica, e desenvolver actividades de investigação, formação e ensino.

1.1.5. Organização de Serviços⁴

A nível organizacional, a ULSAM, E.P.E., está organizada em três áreas: Serviços de Prestação de Cuidados, Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados e Serviços de Gestão e Logística. Estas áreas incluem Departamentos, Serviços e/ou Unidades Funcionais, sendo cada uma dirigida por um órgão próprio conforme a hierarquia e Unidade de Controlo. A tabela seguinte demonstra como estão organizadas as áreas e os respectivos serviços.

³Informação obtida no site da ULSAM, E.P.E.: http://www.cham.minsaude.pt/ULSAM/Apresentação/?sm=1_0

⁴ Cf. Anexo I: Organigrama da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.P.E.).

Tabela 1: Organização dos Serviços pela respectiva área.

Área	Serviços
Prestação de cuidados	Internamento. Cirurgia Ambulatória. Consulta Externa. Hospital de Dia. Urgência. Domicílio. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
Suporte à prestação de cuidados	Blocos Operatórios. Serviços Farmacêuticos. Serviço Social. Esterilização. Serviço de Nutrição e Alimentação.
Gestão e Logística	Planeamento e Controlo da Gestão. Serviço de Apoio ao Utente. Gestão Financeira. Gestão de Recursos Humanos. Gestão de Sistemas de Informação. Instalações e Equipamentos. DEPM. Comunicações e Relações Públicas. Centro de Documentação/Biblioteca. Aprovisionamento. Serviços Hoteleiros. Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SSHST). Transportes. Vigilância e Comunicações.

Relativamente à prestação de cuidados Hospitalares (ou cuidados diferenciados), segundo o Relatório e Contas (2009), a ULSAM, E.P.E. tem uma lotação de 445 camas, dispendo da seguinte distribuição: no Departamento de Cirurgia – 155; no Departamento de Medicina – 181; no Departamento da Mulher e Criança – 77; no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – 24; e nos Cuidados intensivos (unidade polivalente) – 8. Para além destes dispõem ainda de 24 Berços, 20 Camas de OBS, 2 Blocos Operatórios (um Central e um Ambulatório), com 5 e 2 salas, respectivamente, todas com equipamento para cirurgia tradicional e laparoscópica e, por fim, um Bloco de Partos com 6 salas.

Em relação ao Serviço de Consulta Externa, a ULSAM, E.P.E., dispõe de 45 gabinetes, dos quais 34 pertencem ao Hospital de Santa Luzia e 11 ao Hospital Conde de Bertiandos. A área de Hospital de Dia está equipada com 16 cadeirões, dos quais 11 estão instalados no Hospital de Santa Luzia e 5 no Hospital Conde de Bertiandos. Esta área disponibiliza ainda 5 camas, 3 no Hospital de Santa Luzia e 2 no Conde de Bertiandos. Por sua vez, a Unidade de

consultas externas do Serviço de Pediatria é composta por 7 gabinetes, sendo um destinado para o Serviço de Enfermagem e os restantes gabinetes para consultas de Medicina (Pediatria do Desenvolvimento e Imunoalergologia), Nutrição, Psicologia, Terapia da Fala e Psicomotricidade.

1.2. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)

O DPSM constitui um nível intermédio de gestão inserido na área dos Serviços de Prestação de Cuidados. Este Departamento possui os seus próprios objectivos enquadrados na orgânica e na estratégia definida para a ULSAM, E.P.E.. Tendo sido criado nos termos do Regulamento Interno do CHAM rege-se pelo mesmo Regulamento, pelo Estatuto do SNS e ainda pelo regime jurídico das entidades públicas empresariais. O Departamento tem sede própria nas instalações da ULSAM, E.P.E, e nas mesmas instalações estão inseridos os profissionais de Psicologia Clínica.

1.2.1. Missão

O DPSM assume como missão a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais, bem como a reabilitação e reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental nas diferentes áreas de intervenção que o integram, nomeadamente, o Serviço de Ambulatório (crianças e adultos), assimilando as Consultas Externas e o Hospital de Dia, e o Serviço de Internamento (adultos). Tem ainda como missão a responsabilidade de assegurar a formação, o ensino, a investigação e o apoio técnico a actividades desenvolvidas dentro do seu âmbito. Para prossecução da sua missão o Departamento desenvolve as suas competências através de um conjunto de serviços como vêm descritos na tabela 2.

Em seguida, apresentamos a tabela 2 onde enumeramos os serviços e a descrição das funções e/ou prestação de cuidados correspondente a cada um.

Tabela 2: Caracterização dos serviços integrantes disponíveis no DPSM.

Serviços	Descrição
Internamento	Prestação de cuidados a doentes psiquiátricos em fase aguda de descompensação. Dispõe de 24 camas mistas.
Hospital de Dia	Prestação de cuidados globais, em regime de tratamento ambulatorio (todos os dias úteis das 9h às 15h), a doentes psiquiátricos cuja gravidade exija um tratamento coordenado, intensivo, compreensivo e multidisciplinar e cujas capacidades e suporte familiar/social permitam o tratamento em hospitalização a tempo parcial.
Consultas Externas	Atendimento de pacientes referenciados pelos médicos de família ou médicos de outras especialidades hospitalares, do Serviço de Urgência e de instituições exteriores. Conta com as especialidades médicas de Psiquiatria (4 gabinetes) e Pedopsiquiatria (2 gabinetes) e ainda de Psicologia (3 gabinetes), nas vertentes de adulto, criança e adolescente. Em funcionamento todos os dias úteis das 8h às 17.30h.
Atendimento Urgente	Assegurada por psiquiatras em regime de presença física no período das 8h às 20h nos dias úteis, e em regime de prevenção nos fins-de-semana, de acordo com a disponibilidade da equipa médica.
Psiquiatria de Ligação	Prevenção e tratamento das perturbações psiquiátricas nas pessoas com doenças somáticas internadas em serviços médicos e cirúrgicos da ULSAM, E.P.E. ou seguidos em consulta externa das especialidades hospitalares ou dos centros de saúde.
Exames Médico-Legais	Os médicos psiquiatras do DPSM estão organizados de acordo com as orientações da legislação que regula a matéria no sentido da realização dos exames médico-legais pedidos pelas estruturas judiciais responsáveis pela área geográfica abrangida pela ULSAM, E.P.E.
Serviço Social	Presta o seu contributo a utentes no internamento, no hospital de dia e nas consultas externas, que sejam socialmente desfavorecidos.
Intervenções na comunidade (visitas domiciliárias e campanhas da informação junto dos centros de saúde)	Sempre que as condições dos pacientes assim o justifiquem, médicos, enfermeiros e assistentes sociais prestam apoio domiciliário. Desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença.

1.2.2. O Papel do Psicólogo Clínico no DPSM

De acordo com as Funções do Psicólogo Clínico enumeradas pelo DPSM (2008), o Psicólogo é um “*profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde*”.

Ao Psicólogo Clínico são-lhe atribuídas funções com um nível elevado de complexidade e responsabilidade, tendo o DPSM estabelecido com base no Decreto-Lei

241/94, de 22 de Setembro, Portaria nº 171/96 de 22 de Abril, as seguintes funções para os Psicólogos no âmbito da saúde:

- a) O estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico;
- b) O estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento;
- c) A participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico;
- d) O aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo;
- e) A intervenção psicológica e psicoterapia;
- f) A responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia;
- g) A integração em equipas multidisciplinares do serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente;
- h) A participação em reuniões científicas;
- i) A participação em acções de formação na área da especialidade e afins;
- j) A participação em programas de investigação em aspectos relacionados com a sua área profissional;
- k) A responsabilização por sectores ou unidades de serviços;
- l) A participação em júris de concurso e de avaliação.

Os psicólogos clínicos que integram o DPSM utilizam vários instrumentos de avaliação, como a observação, os testes, as entrevistas e outros utensílios de modo que lhes permita fazer uma avaliação psicológica consistente. Esta avaliação tem como finalidade identificar aspectos específicos para chegar a determinadas conclusões, prever o possível curso de casos, assim como comunicar os resultados e propor soluções. A estes profissionais é-lhes atribuída a tarefa de compreender as pessoas e as suas perturbações, estando a sua actividade relacionada com o sofrimento, as dificuldades comportamentais e a saúde mental das pessoas.

1.3. Serviço de Psicologia⁵ na ULSAM, E.P.E.

O Serviço de Psicologia teve início no ano 2010, embora já existissem Psicólogos a exercer funções no contexto da saúde mental, agregados ao DPSM. No ano transacto, o Serviço Psicologia teve a possibilidade de se tornar um serviço autónomo. Este serviço é

⁵ O Regulamento Interno do Serviço de Psicologia encontrava-se em fase de elaboração.

constituído por 9 Psicólogos, os quais estão distribuídos por diferentes serviços na ULSAM, E.P.E.. A tabela seguinte indica-nos o número de Profissionais de Psicologia que estão vinculados a um determinado serviço.

Tabela 3: Psicólogos integrantes do Serviço de Psicologia.

Profissionais	Número
Director do serviço afecto ao DPSM – Psiquiatria	1
Técnica afecta ao DPSM – Psiquiatria	1
Técnica afecta ao DPSM – Pedopsiquiatria	1
Técnicas afectas ao Serviço de Pediatria	3
Técnica no Gabinete de Saúde Pública – CAD	1
Técnica no Centro de Saúde de Viana do Castelo	1
Técnica que dá apoio ao AVC e Ginecologia/Obstetrícia	1

Tendo em conta que o presente estágio se realizou no Serviço de Pediatria (consultas externas/ambulatório) da ULSAM, E.P.E., em seguida fazemos uma exposição realçando, especificamente, o papel e/ou as funções que um Psicólogo desempenha neste serviço.

1.3.1. Serviço de Pediatria da ULSAM, E.P.E. – Papel do Psicólogo

O Serviço de Pediatria da ULSAM, E.P.E., tem como objectivo a prestação e assistência em cuidados de saúde à população com menos de 18 anos. Este Serviço contempla a Consulta Externa e o Internamento.

No Serviço de Pediatria o alargamento da equipa da Consulta de Desenvolvimento teve como propósito proporcionar um atendimento e/ou intervenção interdisciplinar e inter-institucional criando, particularmente, a Consulta de Psicologia Pediátrica. Neste âmbito “*A psicologia pediátrica, enquanto área de investigação e de intervenção, deve contribuir de forma significativa para fazer ouvir a voz de todas as crianças, para que estas possam ser parceiros activos no seu processo de desenvolvimento de saúde*” (Barros, 1999, p. 170).

O principal objectivo da Psicologia Clínica e da Saúde nas consultas externas no Serviço de Pediatria é procurar fornecer apoio psicológico e intervir em diversas problemáticas. Segundo Fonseca (1998, p. 181), “*o psicólogo pediátrico tem um papel determinante como agente de modificação de comportamentos individuais e sociais*”.

Num contexto de Pediatria, o trabalho realizado pelo Psicólogo é bastante diversificado, entre as tarefas que desempenha destacam-se a implementação de programas de prevenção e promoção da saúde, a contribuição com uma análise pormenorizada sobre os problemas psicológicos e de saúde da criança tendo em conta uma perspectiva desenvolvimentista, o planeamento de intervenções de crianças em risco, e a cooperação no tratamento, na recuperação e no apoio à criança doente e à respectiva família (Viana & Almeida, 1990 cit. in Fonseca, 1998).

O Serviço de Psicologia num contexto de consultas externas em Pediatria desempenha, por um lado, um papel clínico se considerarmos que parte do trabalho está relacionado com o atendimento de crianças enviadas ao consultório pelos Médicos de Família ou Pediatras (e/ou Pediatras do Desenvolvimento) que, após a avaliação médica, considerem pertinente encaminhar a criança para o acompanhamento psicológico. E, por outro lado, um papel no âmbito da saúde incidindo na promoção da saúde (e.g., adopção de estilos de vida saudável) e na prevenção da doença (e.g., educação sexual). Esta conjugação entre a psicologia clínica e a saúde permite ao Psicólogo, em contexto individual, promover e/ou reforçar comportamentos saudáveis não descurando a saúde mental do paciente; e num grupo terapêutico (e.g., crianças com obesidade) promover a saúde e prevenir possíveis desenvolvimento de patologia (e.g., anorexia/bulimia, depressão).

Neste serviço a dinâmica e gestão das consultas psicológicas são estruturadas pelas Psicólogas. A duração e assiduidade das consultas varia conforme a pertinência de cada caso clínico, podendo ser semanal e/ou quinzenal, ou ainda de *follow up*; a duração de cada consulta alterna entre 40 a 50 minutos, com excepção das primeiras consultas e das consultas de avaliação cognitiva com uma durabilidade de 90 minutos. Normalmente, os utentes que chegam às consultas de Psicologia são encaminhados para o serviço através do médico Pediatra das consultas externas da ULSAM, E.P.E., ou a pedido do médico de família, e distribuídos pelas Psicólogas do Serviço de Pediatria de acordo com sua a área geográfica.

A função da Psicóloga⁶ do Serviço de Pediatria é bastante diversificada, por não se limitar apenas ao contexto de consulta clínica. Portanto, além das consultas em ambulatório, a Psicóloga presta auxílio no internamento sempre que necessário, e integra também o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em risco. Este Núcleo é constituído por uma equipa multidisciplinar a qual tem como objectivo a promoção e protecção dos direitos das crianças, através de intervenções visando a reposição do seu bem-estar, afectadas por algum dos factores de risco.

Importa ainda referir um projecto, de suma importância, embora já tenha sido amplamente difundido. Em 2003, a Dra. Ângela Pontes fundou o Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (NADI) que se difundiu no decorrer de 2007, cujos membros do projecto foram posteriormente integrados na equipa do Serviço de Pediatria da Unidade Hospitalar mencionada. O projecto NADI era constituído por objectivos e valores que actualmente ainda contribuem como missão no atendimento e na de prestação de cuidados aos utentes do Serviço de Pediatria. O NADI caracteriza-se por um projecto que visa a diversificação da estratégia e a captação de outros segmentos, neste caso, das crianças e adolescentes que carecem de apoio diferenciado. Designamos por apoio diferenciado a multiplicidade e diversidade de problemáticas diagnosticadas à população em questão e, conseqüentemente, a necessidade de existirem profissionais de saúde especializados de áreas distintas, tal como no projecto NADI que integrava uma equipa multidisciplinar constituída por técnicos⁷ de áreas diferentes, nomeadamente de Psicologia, de Psicomotricidade (Terapia Ocupacional) e de Terapia da Fala.

A equipa multidisciplinar supramencionada continua ao serviço dos utentes das Consultas Externas do Serviço de Pediatria da ULSAM, E.P.E.. Esta equipa considera que as suas funções passam pela avaliação e intervenção terapêutica diversificada de acordo com a especialidade em causa, tendo como propósito o desenvolvimento e a promoção de bem-estar da criança e/ou adolescente.

⁶ Nas Consultas Externas do Serviço de Pediatria da ULSAM, E.P.E. existem 2 Psicólogas. O texto apresentado designa-se a realçar o trabalho realizado, sobretudo, pela orientadora de estágio Dra. Ângela Pontes.

⁷ A equipa multidisciplinar integrava 2 Psicólogas – Dra. Ângela Pontes e Dra. Carla Silva; 1 Terapeuta Ocupacional – Dra. Sofia Queiroz Ribeiro; e 2 Terapeutas da Fala – Dra. Rita Carlos e Dra. Sílvia Meira.

2. Caracterização da Observação

A observação constitui a primeira etapa do estágio e um momento crucial para a integração na instituição de acolhimento. Esta etapa tem como objectivos efectivar o levantamento das necessidades da instituição (e.g., através de entrevistas ou de registos diários), observar as interacções entre os intervenientes, de um modo geral, observar toda a dinâmica institucional. A observação é, portanto, uma componente essencial para a intervenção no estágio pois somente com base nos dados obtidos e/ou registados nos é possível proceder à elaboração de um plano de intervenção.

Neste sentido, o período de observação durante o estágio é importante para a formação profissional do futuro psicólogo uma vez que possibilita ao estagiário o contacto directo com um contexto institucional que tem a sua própria dinâmica, regras e modo de funcionamento, proporcionando uma reflexão entre a teoria aprendida e prática exercida.

De facto a observação constitui o primeiro momento de contacto com prática e oferece aos estagiários momentos de reflexão que certamente determinam a construção de uma postura enquanto profissional de Psicologia.

Em seguida, fazemos a descrição da observação de casos clínicos e de outras actividades institucionais que tivemos a possibilidade de participar. Por último, apresentamos a avaliação das necessidades do contexto institucional.

2.1. Descrição da observação de casos clínicos

A observação constitui uma técnica essencial para recolha de dados utilizada quer nas ciências naturais, quer nas ciências sociais (Ferreira & Mousquer, sd). No contexto clínico, a observação baseia-se na observação directa de comportamentos e atitudes do indivíduo, tendo como objectivo a compreensão de si e dos seus problemas. Esta observação é focalizada sobre o indivíduo e em diversas situações, nomeadamente, na entrevista clínica, na realização de provas e/ou de testes, e pela interpretação dos variados contextos em que o indivíduo se insere⁸. Neste sentido, a observação revela-se como um elemento fundamental devendo ser inerente ao papel do entrevistador ou do mero observador (Almeida, 2004).

A observação de consultas psicológicas de cariz avaliativo e/ou interventivo no Serviço de Pediatria da ULSAM, E.P.E., decorreu ao longo de todo o estágio, tendo sido realizado,

⁸ Informação obtida através do site: <http://digitaljovem.com.sapo.pt/Unid1-APsicologiaComoCiencia.pdf>

sobretudo, nas consultas externas no Serviço de Pediatria, local onde o Psicólogo Clínico intervém e desempenha a maioria das suas funções.

Numa fase inicial, por ser necessário integrar a dinâmica das consultas de psicologia, adoptou-se meramente uma postura de observação passiva. Contudo, no decorrer da fase observacional, foi necessário moldar a atitude, e revelou-se importante a participação, intervindo e opinando durante a consulta e após o termino da mesma (i.e., neste último ponto, discussão do caso clínico com a orientadora de estágio). Esta mudança de atitude foi incentivada pela orientadora de estágio. Numa fase posterior, foi possível conduzir com plena autonomia a gestão de casos clínicos, constituindo-se alvos de avaliação e/ou intervenção.

Nas consultas de Psicologia no Serviço de Pediatria um dos objectivos iniciais começa por ser a detecção do problema. Na primeira consulta, exploramos o motivo ou o problema apresentado, efectuamos a anamnese aos pais e/ou cuidadores e pede-se ao paciente que faça um desenho ou redacção (e.g., sobre a escola, família ou um tema que o paciente tenha preferência). No caso de suspeita que o problema possa ser de origem orgânica aconselhamos os pais a exporem o caso ao médico responsável ou encaminhamos o paciente. Se os resultados excluïrem a presença de doença biológica procedemos a uma avaliação mais exhaustiva e a uma intervenção ajustada à problemática. Acontece, por vezes, que após a realização da avaliação formal do paciente é necessário encaminhá-lo para outra especialidade (e.g., Terapia da Fala, Pedopsiquiatria). Porém, se a exploração do problema e avaliação formal nos indicar que o paciente deverá ser submetido a uma intervenção mais especializada ou psicoterapia de apoio, estes procedimentos não se verificam.

Neste contexto clínico, deparamo-nos com uma multiplicidade e diversidade de problemáticas apresentadas pelos casos clínicos encaminhados para o Serviço de Psicologia na Pediatria. Conforme cada problemática apresentada pelos pacientes elegem-se técnicas específicas de avaliação e intervenção, designadamente, a observação (clínica), a entrevista, a triagem e a administração de provas de avaliação psicológica. Relativamente aos instrumentos de avaliação psicológica mais utilizados nas consultas de Psicologia, destacamos os seguintes: Teste do Desenho da Família (Corman), Questionário Zelazosca, WISC-III, WPPSI-R, TONI 2, Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD), Figura Complexa de Rey, Teste de Bender, Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar (BAPAE), Bateria Fonológica da Universidade do Porto, Inventário de Estado/Traço de Ansiedade para Crianças (STAIC C2), Inventário de Depressão Infantil (CDI), Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças

(CMAS-R), Questionário de Avaliação de diferentes categorias de medos (FSSC-R), Escala de Ruth Griffiths. Para além destes instrumentos, na Pediatria dispomos de vários jogos que utilizamos em consulta (e.g., “Sentimentos: jogo dos afectos” e “GOSTARzinho” de Graça Gonçalves). Utilizamos ainda materiais construídos pela equipa do Serviço Pediatria (Psicólogos e Terapeutas da Fala) para o desenvolvimento da linguagem e para as dificuldades de aprendizagem.

Durante a fase de observação dos casos clínicos elaborou-se um registo, o qual descreve as fases e o processo de acompanhamento psicológico (cf. Anexo II). A selecção utilizada para eleger estes casos clínicos foi determinada com base naqueles casos que iniciaram o processo clínico e/ou que foram encaminhados para reavaliação. Relativamente às considerações sobre os casos clínicos, existe uma prevalência de determinadas perturbações observadas nas consultas de psicologia, especificamente, as Dificuldades de Aprendizagem (DA) e a Hiperactividade (PHDA). Portanto, os pedidos de consulta são, maioritariamente, decorrentes de problemas de comportamento, falta de atenção/concentração, baixo rendimento escolar. Na sequência do pedido de consulta fazemos a avaliação formal e o instrumento mais utilizado foi a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III).

A principal finalidade desta fase de observação nas consultas de Psicologia na Pediatria foi a aquisição de um conjunto de competências necessárias ao bom desempenho da prática clínica. Neste âmbito, o contacto com variadas problemáticas e situações contribuíram para o desenvolvimento de capacidades e da postura a adoptar, bem como para uma reflexão sobre o contributo da formação teórica e a integração da mesma na prática exercida.

2.2. Descrição da observação de actividades no contexto estágio

Para além da concretização das actividades mínimas exigidas pelo Regulamento de estágio surgiu a possibilidade de participar noutras actividades institucionais que, por sua vez, proporcionaram um maior enriquecimento ao estágio, as quais passamos a descrever em seguida.

- Participação em reuniões clínicas multidisciplinares - a participação do Serviço de Psicologia nestas reuniões teve como objectivos obter e facultar informação pertinente para delinear e debater possíveis estratégias de intervenção dos casos clínicos que

estavam a ser alvo de avaliação e/ou intervenção pelos diversos profissionais de saúde envolvidos nos processos terapêuticos.

- Participação na formação de Psicofarmacologia promovida pelo serviço de Psicologia - o objectivo consistia em ajudar os profissionais de psicologia a identificar os efeitos benévolos de determinado psicofármaco, bem como os efeitos colaterais do mesmo, permitindo assim que a intervenção psicoterapêutica seja mais eficaz.
- Participação no curso de “Abuso de crianças e jovens⁹” - o curso tinha como objectivo proporcionar aos participantes uma aquisição de conhecimentos e capacidades de modo a actuarem de forma adequada quando confrontados, na sua vida profissional, com situações de suspeita de abuso em crianças e jovens.
- Observação de uma Avaliação do desenvolvimento (Escala de Ruth Griffiths dos 0-2 anos) na consulta de Psicomotricidade – o R. tinha 18 meses e foi à consulta para avaliar o nível global de desenvolvimento. A avaliação foi realizada através da Griffiths, a qual avalia cinco áreas do desenvolvimento: Locomoção, Pessoal-Social, Audição e Linguagem, Coordenação Olho-Mão e Realização. Os resultados obtidos na Escala demonstraram que o R. apresenta dificuldades, sobretudo, na área da Locomoção (e.g., marcha, subir e descer escadas).
- Observação de um paciente na Unidade de internamento de Pediatria - após a hospitalização da criança e consequente sinalização da família (em risco) houve necessidade de um acompanhamento multidisciplinar à mesma. Durante o internamento surgiu a possibilidade de acompanhar a orientadora de estágio numa das visitas à criança e respectiva família e observar os procedimentos usados em situações de risco.
- Observação do trabalho de Consultadoria realizado pela Psicóloga - o trabalho de Consultadoria tem por base os princípios do Projecto NADI o qual enfatiza que, neste caso, o Psicólogo interaja com equipas multidisciplinares de modo a fornecer informações acerca de aspectos psicológicos específicos do paciente. Esta partilha de

⁹ O curso de “Abuso de Crianças e Jovens” foi promovido pelo Serviço de Psicologia da ULSAM, E.P.E. e coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e pelo Instituto Nacional de Medicina Legal (INML).

informação entre técnicos de saúde (e.g., Psicólogo, Pediatra do Desenvolvimento, Terapeuta da Fala ou Ocupacional, Pedopsiquiatria) possibilita a identificação de problemas e/ou patologias, além de contribuir para opções de tratamento e/ou solução do problema com maior eficácia.

2.3. Avaliação das necessidades

O período de observação, como referimos, permite fazer o levantamento de necessidades no contexto institucional. Embora o presente estágio contemplasse, principalmente, o acompanhamento de casos clínicos (observação, avaliação e intervenção), foi de igual modo pertinente envolver-nos em toda a dinâmica do serviço no qual nos inserimos. A fase de observação foi distribuída por cerca de três meses e durante esse período existiu a oportunidade de observar diferentes aspectos, tais como, as condições do espaço físico, as relações ou ligações entre vários serviços/departamentos, os contextos ao qual o serviço de Pediatria está vinculado ou presta apoio. Ainda que não nos tenha sido possível realizar entrevistas com a Direcção ou Coordenação do Serviço (Psicologia ou Pediatria), que teria por finalidade obter dados para posterior intervenção, foi-nos permitido fazer um diagnóstico de necessidades baseado numa aproximação à realidade. Através desse diagnóstico fez-se o levantamento de informações ou dados que nos mostraram quais as necessidades a colmatar no serviço, facilitando a escolha de alternativas ou soluções exequíveis.

A identificação das necessidades surgiu da análise efectuada a documentos relativos ao DPSM e ao Serviço de Pediatria, das reuniões informais com a orientadora de estágio e da observação do funcionamento do Serviço de Psicologia em contexto de Pediatria.

Constituindo a observação realizada um instrumento de avaliação, formal e informal, assim como os contactos e/ou reuniões informais estabelecidas no local de estágio, destacamos algumas das necessidades do Serviço de Psicologia inserido no contexto de Consulta Externa de Pediatria:

- a. Necessidade de programas de intervenção em grupo direccionados para a promoção da saúde e prevenção da doença (e.g., obesidade infantil) e de comportamentos de risco (e.g., consumo de substâncias) com os utentes da Pediatria¹⁰ devido à existência e

¹⁰ Colocamos a ressalva que o Serviço de Psicologia das Consultas Externas de Pediatria em conformidade com a Terapia da Fala implementou um programa de intervenção para os utentes com diagnóstico de Dificuldades de Aprendizagem.

sinalização pela Psicóloga destas situações nas consultas de acompanhamento individual.

- b. Ausência de apoio formal aos pais e/ou familiares de crianças com determinadas patologias (e.g., Dificuldades de Aprendizagem, Hiperactividade, entre outras). Consideramos útil contribuir com formações de carácter informativo e/ou preventivo de modo a melhorar a interacção entre o paciente e os familiares mais próximos.
- c. Necessidade de avaliação e intervenção com os utentes da Pediatria pela dificuldade em agendar consultas psicológicas com maior frequência devido à indisponibilidade ou sobrecarga da agenda¹¹.
- d. Necessidade de intervenção psicológica no internamento de Pediatria: i) dirigida à criança e à sua família (e.g., proporcionar um ajustamento dos familiares à situação de internamento e doença (e.g., apoio emocional); ii) dirigida aos profissionais de saúde (acções de consultadoria e formação, e.g., como dar más notícias, alertar para situações de depressão e ansiedade em consequência do internamento, do diagnóstico médico, entre outras).

Atendendo às necessidades descritas, assim como aquelas que foram apresentadas pela orientadora de estágio procedeu-se à selecção das necessidades a colmatar. O surgimento de limitações¹², relacionadas com o tempo e com os participantes exigiram que, em conformidade com a orientadora, seleccionássemos uma necessidade considerada com carácter prioritário de intervenção, nomeadamente, avaliação e intervenção em casos clínicos.

Relativamente às necessidades sujeitas a intervenção grupal, sugerimos que a intervenção fosse feita com o grupo de crianças com perturbações alimentares. Contudo, embora tenham sido estabelecidos contactos telefónicos, a indisponibilidade dos participantes tornou inviável a realização desta actividade grupal.

Em relação à outra actividade contemplada no Regulamento de estágio a acção de Formação, em consonância com a orientadora de estágio e outros Serviços (Terapia da Fala e Ocupacional) optou-se por eleger uma acção de formação dirigida a estes profissionais de saúde.

¹¹ Importa referir que quando se deu início ao acompanhamento individual de casos clínicos as consultas eram realizadas semanalmente e coincidiu com o período de férias escolar, daí que essa dificuldade fosse menor. No entanto, durante o ano esta dificuldade mantém-se.

¹² O estágio na ULSAM, E.P.E. foi somente de 6 meses com o intuito de complementar actividades em falta, nomeadamente, o acompanhamento de casos clínicos.

3. Caracterização da Intervenção

Fundamentação teórica da intervenção

A Psicologia é uma área diversificada que consagra diversas possibilidades em termos de abordagens terapêuticas. Entre essa vasta panóplia de abordagens torna-se imprescindível seleccionar a que melhor se adequa para cada caso.

No âmbito do estágio, a opção pelo referencial teórico deveu-se à singularidade de cada um dos casos. Deste modo, as intervenções incidiram sobre o modelo cognitivo-comportamental e modelo narrativo.

O modelo cognitivo-comportamental foi desenvolvido no início do século XX com o surgimento do evolucionismo de Darwin e de um aumento da realização de estudos empíricos sobre o comportamento. O desenvolvimento e implementação das bases teóricas da terapia cognitivo-comportamental ocorreu de forma diversificada, uma vez que os seus seguidores vêm de diferentes orientações teóricas. Assim, esta abordagem representa uma fusão entre a terapia cognitiva e a terapia comportamental, integrando um conjunto de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais com o objectivo de alcançar mudanças aos dois níveis (cognição e comportamento).

Os principais pressupostos da abordagem cognitivo-comportamental sustentam que a cognição influencia o comportamento do indivíduo para que as alterações de comportamento possam ser utilizadas como uma dimensão que provoca a mudança cognitiva; e ainda que, a cognição e o comportamento sejam as componentes usadas para a mudança, existem de igual modo as mudanças emocionais e fisiológicas onde a alteração emocional ou fisiológica demonstra ser indício do problema principal existente em terapia (Dobson & Block, 1988). Neste sentido, na terapia os objectivos definem-se em concomitância com o problema e/ou questões expostas pelo paciente (Bahls & Navolar, 2004).

Um dos objectivos do modelo cognitivo-comportamental consiste em corrigir ou modificar as distorções cognitivas que afectam o indivíduo de modo a que este desenvolva estratégias para defrontar o problema. Para que tal mudança ocorra são usadas técnicas cognitivas e técnicas comportamentais: as técnicas cognitivas incidem sobre a identificação dos pensamentos automáticos, testando-os e substituindo possíveis distorções cognitivas; por sua vez, as técnicas comportamentais utilizam-se para modificar condutas inapropriadas e direccionadas com o problema apresentado (Bahls & Navolar, 2004).

No processo terapêutico, a terapia deve ser adaptada às características individuais de cada paciente, sejam adultos ou crianças. Daí que a psicoterapia se proponha a desenvolver no paciente habilidades e competências necessárias ao seu bem-estar (Friedberg & McClure, 2004).

A intervenção cognitivo-comportamental pressupõe que os problemas emocionais e/ou comportamentais advêm da interpretação que a criança atribui às suas experiências. Nesta sequência, o modo distorcido com que a criança compreende e avalia os acontecimentos influencia o seu funcionamento emocional e comportamental (Friedberg & McClure, 2004). Portanto, a psicoterapia infantil visa proporcionar um melhor desenvolvimento e funcionamento psicológico na criança.

Por conseguinte, o trabalho terapêutico com base na intervenção cognitivo-comportamental consiste em desenvolver na criança estratégias eficazes para lidar com as situações mais difíceis e formas de adaptação saudáveis (Friedberg & McClure, 2004). Por sua vez, no processo terapêutico o recurso a jogos lúdicos, histórias, metáforas, desenhos permite envolver a criança no relacionamento terapêutico, além de facilitar e ajustar o objectivo proposto para cada etapa do plano de tratamento, possibilitando assim a identificação dos objectivos, intervenções e soluções para o problema (Miller, 2003; Friedberg & McClure, 2004). Dentro da vasta panóplia de técnicas e estratégias que o modelo disponibiliza destacamos a mais utilizadas, nomeadamente, o treino de relaxamento, o treino de habilidades sociais, o treino de resolução de problemas, o reforço, a descatastrofização, a dessensibilização sistemática, a automonitorização e a psicoeducação.

Outro modelo utilizado na intervenção foi o modelo narrativo. A literatura foca vários autores que indicam que os processos psicológicos se organizam através da narrativa. A narrativa permite ao indivíduo organizar a sua história de vida e construir significados para a mesma.

Neste sentido, as terapias narrativas referem que o bem-estar dos indivíduos resulta dos significados que atribuem àquilo que os rodeia, como a si próprios, sendo que isso é o resultado da construção e atribuição do significado e da explicação que atribuem às suas vivências (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Logo, é a partir do sentido que atribuímos ao mundo e a nós próprios que construímos e desconstruímos histórias (Gonçalves & Henriques, 2005).

Segundo Gonçalves e Henriques (2005) no contexto de psicoterapia o objectivo passa pela desconstrução de narrativas e pela elaboração de outras que sejam mais adaptativas e flexíveis, possibilitando a prossecução dos seus objectivos.

Para a concretização dos objectivos delineados para intervenção deste modelo seguimos algumas das propostas do manual terapêutico de Terapia Narrativa da Ansiedade, o qual é dirigido para crianças e adolescentes com problemas de ansiedade e medo. Neste manual o modelo narrativo de re-autoria enfatiza três componentes fundamentais no processo terapêutico: a) *linguagem externalizadora* (i.e., ao externalizar compreendemos quais as estratégias que o problema usa para se manter forte, para depois ajudarmos a pessoa a diminuir o impacto deste); b) *enquadramento discursivo do problema* (o terapeuta analisa os mecanismos do discurso do paciente que sustentam o problema); c) *identificação e amplificação de resultados únicos* (a mudança surge sustentada pelos resultados únicos, i.e., o problema diminui em consequência das narrativas dominarem o problema) (Gonçalves & Henriques, 2005).

Um outro modelo adoptado foi o Modelo Humanista no que concerne à relação terapêutica como uma estratégia e não somente como processo de mudança. Desta forma, a criação de uma relação emocional positiva entre a criança e o terapeuta é uma das condições para o sucesso da terapia. Daí que a componente afectiva, a empatia, o encorajamento, sejam factores de predisposição que facilitam o envolvimento da criança no processo terapêutico.

De seguida, apresentamos as actividades de intervenção desenvolvidas no local de estágio, nomeadamente, a avaliação e intervenção psicológica individual junto dos utentes das consultas externas do Serviço de Pediatria e uma acção de formação dirigida aos profissionais de saúde.

3.1. Caso clínico A – Conceptualização do caso clínico

Dados de identificação

A B. tem 9 anos de idade, é do sexo feminino e, actualmente, frequenta o 3º ano de escolaridade. A paciente é filha única, e vive com os pais. A mãe (32 anos) está desempregada e o pai (36 anos) tem como profissão trabalhador da Construção Civil. É de referir que o pai da B. trabalha em Espanha há cerca de dois meses, condição que só lhe permite vir a casa aos fins-de-semana.

Motivo do pedido/Problema apresentado

A B. foi encaminhada para o Serviço de Psicologia da ULSAM, E.P.E pelo Serviço de Endocrinologia (Nutrição), uma vez que a mãe da B. referiu à nutricionista que a filha desde que iniciou a dieta alimentar ficou mais introvertida, triste e afirmou “*estar farta desta vida*” (sic mãe no pedido da Nutricionista). No contexto escolar, a B. apresenta dificuldades de relacionamento com alguns colegas, sentindo-se constrangida quando estes lhe chamam “*gorda*”. Consequentemente, o pedido de consulta surge pela preocupação da mãe relativamente à apatia e tristeza constantemente manifestadas pela B. após a dieta.

História do problema actual

A paciente começou a ser seguida nas consultas externas da ULSAM, E.P.E, pela Pediatra, a qual realizou em 2009 um pedido de colaboração à consulta de Nutrição para observação da B. sendo que a paciente apresentava excesso de peso (Índice de Massa Corporal [IMC] – 25,33 com 7 anos e 7 meses). Após a consulta de Nutrição, a mãe encontrou a B. a chorar no quarto, tendo dito que “*estava farta desta vida....de não poder comer o que os outros podem comer*”. Segundo a mãe, a B. ficou muito triste por ter sido encaminhada para a consulta de obesidade e por ter de cumprir o plano alimentar.

De acordo com mãe, a B. desde bebé que come bastante bem, nunca fez rejeição de alimentos, sendo necessário “*pedir-lhe para não comer*” (sic mãe). Em relação aos hábitos alimentares, a mãe só adquiriu hábitos alimentares saudáveis e/ou equilibrados após as recomendações da Nutricionista. A ingestão de doces (e.g., bolos, bolachas) e guloseimas não acontecia com muita regularidade, mas por chamadas de atenção por parte da mãe. De modo a

motivar e facilitar a adesão da paciente à dieta, a família desta aderiu à mesma alimentação e/ou dieta nas principais refeições.

É de salientar, que não existem antecedentes familiares e/ou historial de obesidade na família da paciente, no entanto, pela sua aparência física, a mãe da B. também demonstra ter peso acima do normal.

Quanto à prática de exercício físico, a B. não tem como *hobbies* ou actividades de lazer a realização de actividades desportivas, para além das caminhadas ou passeios de bicicleta que faz de forma irregular.

Tentativas Prévias de Tratamento

Em 2007, a paciente começou a ser acompanhada no Serviço de Pediatria. Em 2009, a Pediatra realizou um pedido para a consulta de Nutrição no mesmo serviço. Actualmente, a B. continua a ser acompanhada em consultas de obesidade, e a cumprir o regime alimentar.

A nível psicológico, a paciente não teve nenhum acompanhamento anterior.

História Clínica

De acordo com as informações recolhidas a paciente não teve nenhum problema de saúde significativo, não existindo, um historial clínico relevante.

História do desenvolvimento psicossocial (Anamnese)

1. História familiar

a. Gravidez e parto

A gravidez da B. foi planeada e decorreu sem qualquer complicação. A mãe engravidou com 23 anos e o tempo de gestação foi até ao termo. A menina nasceu de parto eutócico natural e, segundo a mãe, o parto inicialmente “*correu bem...*” com a excepção da fase final em que a B. teve necessidade de ser reanimada pois “*tinha o cordão à volta do pescoço*” [sic mãe].

A B. foi amamentada até aos dois meses de idade porque o leite materno não era suficiente para a alimentar e, desde então, passou a ser alimentada pelo biberão que usou até aos três anos de idade. Segundo a mãe, a paciente desde bebé comeu sempre muito bem e todos alimentos. A nível linguístico, motor e dos esfíncteres a paciente

teve um desenvolvimento dentro dos parâmetros normais de acordo com a faixa etária. Em relação ao seu desenvolvimento físico, a B. apresentou sempre um peso elevado e uma altura acima da média, enquadrando-se acima dos padrões normativos para a sua idade. A nível da autonomia, a B. tem algumas dificuldades na execução das actividades básicas de higiene corporal, ainda precisa da ajuda da mãe para realizar essas tarefas como, tomar banho, lavar o cabelo, vestir/despir. É de salientar que dorme com a mãe durante a semana e só ao fim-de-semana no seu próprio quarto, e não participa nas tarefas domésticas.

b. Relacionamento com a mãe

A mãe da paciente tem um papel activo na sua educação, porém não possui práticas educativas apropriadas, pois não consegue ser suficientemente rigorosa, por exemplo, relativamente à promoção da autonomia e incentivo à realização das tarefas pela filha. Deveria exigir-lhe um comportamento mais responsável, principalmente, no que diz respeito à higiene pessoal. A relação de proximidade e cumplicidade entre ambas é muito visível, e numa das consultas foi realizado um exercício (“A minha filha é especial porque...”) a mãe da B. emocionou-se quando fez a leitura desse texto. No entanto, a permissividade da mãe está a prejudicar um desenvolvimento saudável da B., aspectos notórios na alimentação e na autonomia.

c. Relacionamento com o pai

A mãe e a B. descrevem a relação entre pai-filha como afectuosa, carinhosa “*elas gostam muito um do outro*” [sic mãe]. No entanto, como o pai está ausente durante a semana quando regressa para passar o fim-de-semana em família impõe algumas regras o que origina, por vezes, pequenas discussões entre pai e filha. Como referiu a progenitora “*estão sempre a pegar um com o outro, mas não vivem um sem o outro*”.

d. Relacionamento entre os pais

De acordo com o relato da mãe, o relacionamento com o marido é bastante saudável e muito bom. No que concerne às práticas parentais, o modo como cada progenitor incute as regras na educação da filha difere, sendo que a mãe é mais permissiva no cumprimento das regras em relação ao pai. No que respeita ao cumprimento da dieta alimentar, a mãe só começou a ter cuidados com a alimentação após as recomendações da nutricionista. Por sua vez, o pai não interfere com estas questões, e embora haja

dissonância nas regras parentais, esse aspecto não interfere negativamente com a relação do casal.

e. Relacionamento com família alargada (avós)

A B. até ao três anos de idade ficou aos cuidados da avó materna. Actualmente, durante as férias escolares passa algum tempo na casa da avó com os primos. A avó chegou, inclusive, a acompanhar a B. às consultas de Psicologia, o que permitiu constatar que a paciente mantém uma relação muito próxima com a avó e que o relacionamento familiar é saudável.

f. História médica e psiquiátrica familiar

Segundo a mãe, não há qualquer registo de problemas de ordem médica e psiquiátrica na família da paciente.

2. História Escolar

a. Percurso escolar

A B. ingressou no infantário com três anos de idade. Teve uma boa adaptação ao Jardim-de-Infância e nunca foi alvo de queixas por parte da Educadora.

Entretanto, ingressou para o primeiro ciclo com seis anos e, de acordo com a progenitora, a B. adaptou-se muito bem pois “*tinha uma Professora meiguinha...*” [sic mãe]. Em relação ao rendimento escolar tem sido sempre bom, assim como o seu comportamento na escola. A mãe de B. salienta que a Professora faz apreciações bastante positivas, quer nas fichas avaliativas como nas reuniões. A mãe refere também que a B., por vezes, necessita de algum incentivo para fazer os T.P.C., e no presente ano lectivo tem tido algumas dificuldades em matemática, recorrendo a apoio/explicações para melhorar a aprendizagem dos conteúdos da disciplina.

b. Interesses extra-curriculares

De acordo com a mãe, para o próximo ano lectivo, a B. irá frequentar as aulas de Inglês e de Música. Além disto estão a considerar fazer uma actividade desportiva (e.g., natação). Actualmente, a B. faz apenas algumas caminhadas com a mãe e alguns passeios de bicicleta com o pai.

3. História Social

A B. revela que tem amigos na escola e que gosta muito dos jogos e das brincadeiras que fazem juntos. Refere ainda que tem três amigas mais especiais, referindo que uma dessas amigas é “*como uma irmã*” porque se dão muito bem.

No entanto, na escola existe uma colega da B. que tem por hábito importuná-la e, segundo a paciente, essa colega “*arranja sempre confusão entre os amigos...é má, grita, faz ameaças...insulta-nos e é agressiva connosco*”¹³. Perante estas situações a B. sente-se triste chegando, inclusive, a chorar com as atitudes inoportunas da colega.

A mãe refere que já expôs a situação à Professora tendo sido desvalorizada a queixa apresentada com a justificação de que é habitual entre as crianças haverem “*pequenas zangas*” e disse à B. para “*escolher outros amigos*”. A mãe de B. acrescenta ainda que já ponderou abordar a mãe dessa menina caso essas situações se repitam, uma vez que a referida menina apresenta comportamentos agressivos com os colegas da escola.

Observação Comportamental

A paciente, nas consultas, adoptou sempre uma postura adequada, cooperante e motivada em colaborar com as tarefas propostas. Nas primeiras consultas, foi possível observar alguns comportamentos que poderiam indicar alguma ansiedade, tristeza, apatia e, de apreensão com a consulta de Psicologia. Porém, com o decorrer do processo, a B. começou a apresentar melhorias na sua disposição e na colaboração.

Avaliação psicológica

No presente caso, seria pertinente recorrer à administração de alguns instrumentos de avaliação com o intuito de obter mais informação que permitisse compreender o estado actual da paciente, assim como tornar viável e fundamentar a intervenção para a problemática apresentada. Neste contexto, foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação:

- **Entrevista de Anamnese** à mãe com o propósito de recolher informações relativas ao presente caso clínico, uma vez que todos os aspectos/contextos da vida da criança são de extrema importância para a compreensão do seu funcionamento. No entanto, só nos foi possível entrevistar a mãe, dado que o progenitor não está presente no país durante a semana. A mãe forneceu-nos algumas informações acerca das apreciações da

¹³ Esta informação foi obtida numa consulta aquando da finalização do processo terapêutico.

Professora sobre a paciente. A professora não foi contactada para a recolha de informação por que a B. iniciou o processo aquando do encerramento do ano lectivo.

- **Inventário de Depressão Infantil (CDI – Kovacs, 1992 traduzido por Dias & Gonçalves, 1999).** Pela análise dos resultados do CDI não se verificam valores clinicamente significativos ($13 \leq 19$). O valor obtido leva-nos a inferir que a paciente se encontra no intervalo de baixo risco para a patologia depressiva. Por sua vez, apresenta alguma sintomatologia depressiva em questões relacionadas com a sua saúde.
- **Questionário de Ansiedade Estado/Traço para crianças (STAIC C2 - Spielberger et al., 1973 traduzido por Dias & Gonçalves, 1999).** A análise efectuada demonstra a presença de sintomatologia ansiogénica. A paciente apresenta *scores* mais elevados em afirmações relacionadas com preocupações do dia-a-dia e com os pais, apresentando também sinais de somatização. Contudo, os valores obtidos (nota T51) indicam que está dentro dos parâmetros normais, não sendo clinicamente significativo.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
Eixo II	V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
Eixo III	Doenças Nutricionais (Excesso de peso)
Eixo IV	Problemas relacionados com o ambiente social (discriminação por parte do grupo de pares). Problemas com o grupo de apoio primário (inconsistência das práticas parentais).
Eixo V	AGF= 65 (momento de avaliação) AGF= 80 (actual)

Justificação do Diagnóstico

A avaliação realizada e, conseqüente, o diagnóstico levam-nos a inferir uma análise desses resultados. A paciente manifesta dificuldades no apoio social e familiar, e sintomas relacionados com a **Perturbação de Humor** e a **Perturbação de Ansiedade Generalizada**.

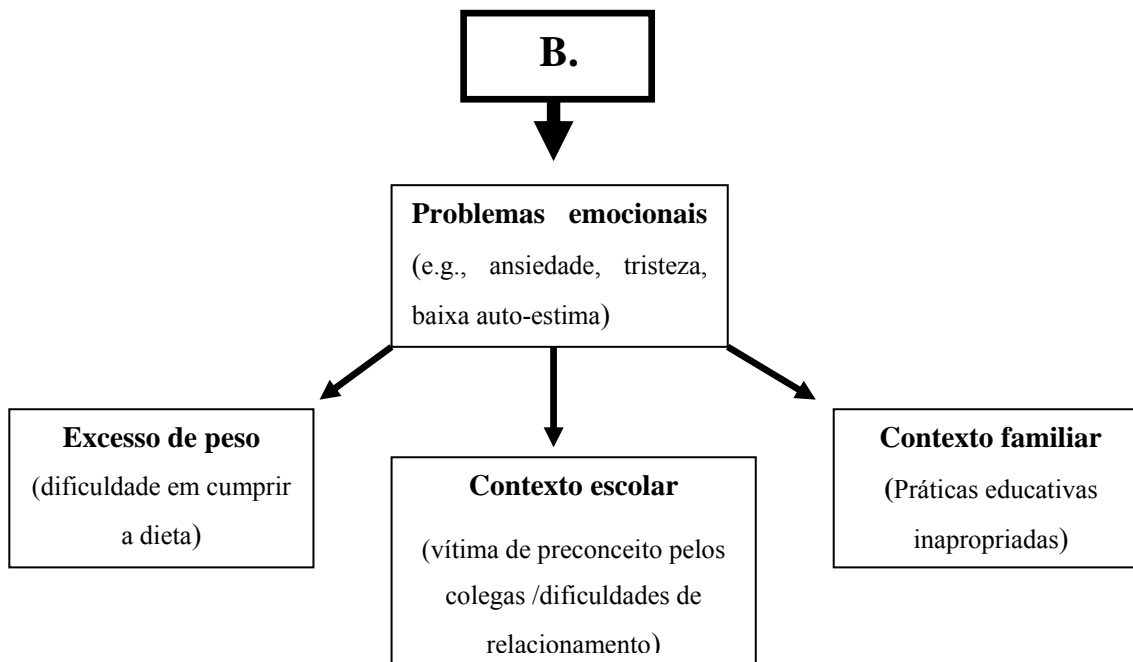
As **Perturbações de Humor** estão relacionadas com a depressão. Esta patologia “*refere-se a uma doença caracterizada pela presença de uma alteração do humor persistente e suficientemente grave para ser considerada «perturbação»*” (Crujo & Marques, 2009, p.579). Posto isto, a paciente preenche alguns dos critérios de diagnóstico para a Perturbação de Humor, nomeadamente, “a baixa da auto-estima e a desesperança, um sentimento de tristeza, o cansaço, as alterações do apetite, as queixas somáticas e a ansiedade” (Crujo & Marques, 2009, 579). Apesar de apresentar sintomatologia depressiva, não se verifica um défice significativo nas áreas sociais/ocupacionais (escolar) e familiares, logo não preenche todos critérios de diagnóstico para uma Perturbação de Humor.

A B. apresenta ainda, alguma sintomatologia ansiosa, o que nos leva a inferir que na **300.02 Perturbação de Ansiedade Generalizada [F41.1]** estão presentes os seguintes sintomas: “ansiedade e preocupação acerca de um número de acontecimentos ou actividades”; “dificuldade em controlar a preocupação” e “fadiga” (DSM-IV TR, 2002: 476). No entanto, não preenche todos os critérios de diagnóstico para uma perturbação.

Aquando da avaliação efectuada a paciente estava no período de férias escolar o que poderá ter influenciado o seu estado emocional. Ou seja, o contexto escolar pode ser um motivo de grande stresse e preocupação para as crianças. Perante os resultados da avaliação, e conseqüente diagnóstico, resta-nos inferir se os resultados e/ou a sintomatologia seriam clinicamente significativos caso a avaliação tivesse ocorrido durante o ano lectivo.

Conceptualização do caso clínico

A formulação conceptual do presente caso pressupõe que o problema apresentado esteja relacionado com diversos aspectos da história de vida, passada e presente, da paciente. Esses aspectos permitem uma melhor compreensão do caso em si e justificam o diagnóstico clínico. O esquema seguinte exemplifica a formulação do problema.



Em relação ao contexto escolar B. expõe uma história de opressão relativa ao seu aspecto físico por apresentar problemas de excesso de peso. Os estudos apontam que indivíduos com excesso de peso e obesidade são frequentemente alvo de discriminação e preconceitos quer pela sociedade, em geral, quer pelo grupo social em que estão inseridas.

Esta discriminação e estigmatização social tem implicações no funcionamento físico e psíquico podendo reflectir-se no surgimento de problemas de ordem psicológica, social e comportamental (Khaodhiar *et al.*, 1999 cit in Luiz, 2005). Na escola, B. é várias vezes importunada pelos colegas que lhe chamam nomes impróprios. Esta situação provocou-lhe alguma fragilidade psicológica causando-lhe sentimentos de insegurança e inferioridade.

Em relação ao aspecto físico, a B. parece ter desencadeado sentimentos de inferioridade que se reverteram em sinais de tristeza e ansiedade. Segundo Luiz *et al.* (2005, p. 36) “*aspectos emocionais podem estar associados à obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de problemas psicológicos, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais*”.

Em relação ao contexto familiar este deve proporcionar à criança um bem-estar geral contribuindo para um desenvolvimento saudável. O contexto familiar da B. é susceptível no que respeita às práticas educativas adoptadas e ao estilo parental. Deste modo, consideramos as práticas educativas parentais inadequadas, uma vez que se reflectem no nível psicológico e comportamental da paciente. A B. tem pouca autonomia, é insegura, tem uma auto-imagem

negativa, tem baixa auto-estima. A mãe da paciente não a estimula no sentido de ser mais autónoma (e.g., com a higiene pessoal), e com a alimentação houve ausência de um plano alimentar antes do início da dieta recomendada pela Nutricionista, apesar do excesso de peso da filha. Isto demonstra a permissividade da mãe e falta de imposição de regras.

Assim, a adopção e um estilo parental adequado às características de cada criança é fundamental para o desenvolvimento cognitivo, social e afectivo. Segundo Papalia, Olds e Feldman (2007), as práticas educativas parentais influenciadas pelo estilo democrático e exigente permite às crianças o desenvolvimento de competências de controlo interno de modo a lidar com exigências do mundo (externo) que as rodeia. Além disto, assimilam as regras e têm condutas que vão ao encontro do que é esperado pelos pais. Por outro lado, a inconsistência das práticas parentais pode ter um efeito adverso no comportamento da criança tendo implicações ao nível das competências sociais e emocionais.

Relativamente ao excesso de peso, a B. manifesta dificuldades em cumprir o regime alimentar. Supõe-se que a criança não entende a dieta como necessária ao seu bem-estar, e à sua saúde. Este facto está relacionado, em grande parte, pela falta de esclarecimentos e pela forma como a mãe administra a dieta, sendo imprescindível utilizar o reforço como instrumento para modificar comportamentos no sentido de uma melhor adesão (Albuquerque & Gomes, 2002). É consensual que os pais exercem uma forte influência sobre a ingestão de alimentos pelas crianças, daí que seja fundamental que a família modifique os seus hábitos alimentares.

Importa referir que a literatura foca a existência de um número substancial de crianças obesas ou com excesso de peso. Considerado um dramático problema de saúde – a obesidade infantil e o excesso de peso - surgem como uma doença e/ou problema associado a causas multifactoriais, entre as quais a hereditariedade, os hábitos alimentares, os hábitos sedentários e/ou a falta de exercício físico regular (Luiz *et al.*, 2005; Rêgo, 2008). Estes factores de risco para a obesidade estão presentes, na sua maioria, na história da B., o que torna imprescindível o enfoque na importância da dieta alimentar para salvaguardar a saúde física e psicológica da paciente.

Em relação aos antecedentes familiares, não temos informação de doenças do foro psiquiátrico (e.g., depressão) na família da paciente, além de não existir nenhum indicador de ansiedade e sentimentos negativos demonstrados pela mãe. Pelo contrário, a mãe da B. aparece nas consultas com boa disposição, é comunicativa e descontraída. No que respeita à

obesidade ou excesso de peso na família, a mãe da B., aparentemente, apresenta um peso acima da média, tal como a paciente. Como factores precipitantes podemos considerar acontecimentos e experiências significativas de B., tais como, dificuldades de relacionamento no contexto escolar devido às observações sarcásticas dos colegas, rejeição e mal-estar por frequentar consultas de obesidade. Como factores de manutenção do problema podemos considerar a permissividade da mãe, a relação entre mãe - filha com algum emaranhamento uma vez que a mãe tem dificuldades em se impor e a ausência do pai facilita esta condição.

Considerando estes aspectos parece essencial promover aspectos de gestão comportamental com os pais, e em relação a B. é necessário trabalhar aspectos relacionados com a auto-estima, como a assertividade (e.g., exprimir sentimentos e pensamentos de forma adequada, lidar com a crítica, entre outros).

Plano de tratamento/intervenção

Tendo por base as informações acima recolhidas foi elaborado um plano de intervenção que incidiu sobretudo na redução e/ou eliminação dos aspectos que interferiam com o nível de bem-estar da paciente. Um dos objectivos primordiais e iniciais da intervenção foi o desenvolvimento de uma relação terapêutica com base na confiança e empatia. Em seguida apresentamos os objectivos gerais da intervenção e, posteriormente, os objectivos específicos e/ou estratégias.

Objectivos gerais:

✓Promover o desenvolvimento de competências de autonomia a nível pessoal, pelas dificuldades da paciente em desenvolver a sua autonomia;

✓Promover uma auto-estima positiva e, em simultâneo, a autoconfiança pois a paciente demonstra insegurança em relação a si e às suas capacidades;

✓Consciencializar para os aspectos fundamentais envolvidos no relacionamento interpessoal, promovendo uma maior competência e/ou ajustamento em termos de sociabilidade. Trabalhando os constrangimentos que surgem com os colegas e às dificuldades de relacionamento que sente em relação aos mesmos;

✓Reforçar o cumprimento das recomendações alimentares propostas pela Nutricionista e, conseqüentemente, o autocontrolo alimentar uma vez que seguir o regime alimentar é uma situação vivida pela criança com alguma dificuldade;

✓Apoiar os pais relativamente às estratégias mais eficazes a adoptar com a B., [autonomia, auto-estima] na medida em que a participação dos pais é fundamental para incentivar a criança a aplicar as estratégias aprendidas.

Objectivos específicos e/ou estratégias de intervenção:

✓ Trabalhar com B. a sua autonomia incentivando-a a cumprir o que está estipulado no exercício “Tarefas da B.”;

✓ Trabalhar e estimular a B. a desenvolver uma auto-estima positiva recorrendo a histórias e exercícios para a promoção da auto-estima;

✓Ajudar a B. a aumentar o auto-conceito através da auto-valorização focando aspectos positivos de si e ao nível do seu desempenho em casa, com os pais, na escola, e com os amigos;

✓ Explorar e trabalhar o modo como a B. se relaciona e/ou interage com os outros (e.g., amigos/as);

✓Explorar as narrativas da B. face aos momentos em que se sente triste (e.g., explorar quando é que isso acontece, em que situações e o porquê);

✓Explorar as emoções primárias, tais como, a tristeza, a alegria, a raiva, o medo, a aversão;

✓Promover e facilitar a sua expressão emocional;

✓Promover a consciência em relação aos indicadores fisiológicos das emoções, vulnerabilidades e potencialidades. Consciencializar a B. das suas características pessoais no sentido de esta compreender os sinais que o corpo dá quando está, por exemplo, triste, e conseguir ultrapassar esse estado de ânimo;

✓Explorar e promover as questões relacionadas com a imagem corporal;

✓ Explorar algumas questões relacionadas com o plano alimentar, e encorajá-la a seguir esse mesmo plano para obter os efeitos desejáveis. Incentivar a B. no sentido de ter um maior controlo alimentar, desmistificando as suas crenças e a associação que faz entre a alimentação e o seu bem-estar em geral;

✓ Fornecer indicações à mãe para que ajude a B. a ter uma imagem positiva de si própria. Uma metodologia eficaz seria dar elogios à B., focar maioritariamente os aspectos positivos, encorajar em caso de fracassos a tentar novamente. Outra forma seria incentivar a mãe a promover a autonomia na B., e ainda ajudando-a com a dieta (sempre com reforços positivos).

Obstáculos à intervenção

- Práticas educativas incongruentes;
- Estilo educativo da mãe é caracterizado pela permissividade;
- Limitação do tempo de intervenção;
- Indisponibilidade do pai para comparecer nas consultas;
- Falta de informação/dados pertinentes por parte Professora da paciente.

Plano das consultas

Nº de sessões: 10

Início/fim: Junho/Agosto

Frequência: semanal

Descrevemos, em seguida, as consultas e os objectivos delineados para cada uma, assim como as actividades e estratégias desenvolvidas com a paciente.

1 e 2ª consulta:

✓ O **objectivo** é explorar o motivo da consulta e recolher informação pertinente para posterior avaliação e intervenção.

Actividades/estratégias:

- Exploração do pedido;
- Aplicação da entrevista de Anamnese;
- Proposta de T.P.C. “As minhas Tarefas”.

3ª consulta

✓ O **objectivo** da consulta é a recolha de informação através de uma avaliação formal e estabelecer com a paciente propostas para realizar uma intervenção.

Actividades/estratégias:

- Aplicação do CDI e do STAIC C2;
- Desenho (pediu-se à B. para realizar um desenho que a incluía e si própria e aos seus amigos/as com o intuito de compreender a percepção que a criança tinha em relação a si própria e às amigas em termos de imagem corporal);
- Avaliação de necessidades colhida através das narrativas da criança (i.e., através do discurso da criança compreender as suas dificuldades e/ou problemas);
- Proposta de T.P.C.: Registo de auto-monitorização (sobre situações do quotidiano que possam desencadear reacções adversas na paciente) e “As minhas tarefas”.

4ª consulta

✓ O **objectivo** desta consulta é explorar os sentimentos/emoções.

Actividades/estratégias:

- Analisar o T.P.C. (ponto de situação acerca da autonomia e analisar o Registo de auto-monitorização);
- Aplicação de um pacto/contrato comportamental (no sentido de dar responsabilidades à paciente nas hipóteses de melhoras, aplicando as estratégias e comportamentos que promovam a mudança);
- Abordar os sentimentos e promover a expressão de sentimentos;
- Utilizar a “máscara facial” para ajudar na expressão de sentimentos;
- Exercício que consiste em completar a “Roda dos sentimentos” (alegre, triste e zangado);
- Proposta de T.P.C.: pedir uma carta à B. e à mãe “A minha filha é especial porque...” e “A minha mãe é especial porque...”;

5ª consulta

✓ O **objectivo** desta consulta é promover, essencialmente, a auto-estima.

Actividades/estratégias:

- Integração/sumarização da consulta anterior;
- Leitura do livro “Feliz por ser quem sou!”;
- Exercício de promoção da auto-estima.

6ª consulta

✓ O **objectivo** desta consulta é dar continuidade à sessão anterior que consistia em promover a auto-estima.

Actividades/estratégias:

- Integração/sumarização da consulta anterior;
- Finalização da leitura do livro “Feliz por ser quem sou!”;
- Finalização do exercício para a promoção da auto-estima.

7ª consulta

✓ O **objectivo** da consulta é incidir sobre as questões relacionadas com auto-conceito (particularmente, na imagem corporal).

Actividades/estratégias:

- Integração/sumarização da consulta anterior;
- Fazer o ponto da situação em relação à auto-estima;
- Preenchimento da ficha “O meu corpo é assim”;
- Explorar e avaliar o exercício anterior em conjunto com a B. De acordo com as respostas, vamos fazer com que a paciente descubra no seu aspecto físico características positivas escrevendo na ficha “Tenho um corpo especial porque...”;
- Incentivar a B. a praticar exercício físico (e.g., natação, passeios de bicicleta, fazer caminhadas com regularidade);
- Referir a importância em cumprir o plano alimentar: explicar à B. as implicações que a alimentação tem sobre a saúde física e mental e, conseqüentemente, na nossa aparência física, reforçando sempre a importância da alimentação equilibrada para o nosso bem-estar em geral e auto-estima.

8ª consulta

✓ O **objectivo** desta consulta é trabalhar o relacionamento interpessoal.

Actividades/estratégias:

- Integração/sumarização da consulta anterior;
- Preenchimento da ficha “Com os meus amigos, eu sou assim...”;
- Exercício que consiste em demonstrar através de exemplos de como nos devemos relacionar com os outros “Eu e outros...”.

9ª consulta

✓ O **objectivo** desta consulta é dar continuidade ao trabalho sobre o relacionamento interpessoal.

Actividades/estratégias:

- Leitura da história “A minha turma é única e especial”;
- Exercício com base na história anterior que consiste em descrever as principais qualidades dos/as amigos/as.
- Explorar padrões de beleza, diferenciando entre beleza física e valor pessoal.
- Explorar questão relacionada com relacionamento entre pares, nomeadamente, com colega da escola através de um exercício “Aspectos positivos/negativos”.

10ª consulta

✓ O **objectivo** da consulta é fazer um balanço do processo terapêutico.

Actividades/estratégias:

- Leitura do T.P.C. realizado na 4ª consulta;
- Síntese sobre todas as actividades realizadas durante o processo;
- Avaliação do estado actual da paciente através do preenchimento de uma Ficha “Aprendi que...”;
- Diploma;
- Feedback da mãe com a “Avaliação” do estado actual da B.;
- Fornecer algumas informações à mãe que permitam ajudar a B. em questões como a auto-estima (vs auto-conceito), autocontrolo (com os alimentos) e ao nível da autonomia.

Estado actual

No momento actual, a paciente manifestava melhorias significativas. Este aspecto notou-se através da percepção positiva que a B. tinha de si própria, com uma auto-estima mais elevada, mais confiante no relacionamento saudável com os outros, de um modo geral, a B. refere que o processo terapêutico “*ajudou-me a sentir-me melhor*” [sic B.].

Em contexto familiar, segundo a mãe, a B. a melhorou desde o início da intervenção até ao presente momento, principalmente, em relação à autonomia. Por outro lado, a mãe referiu que a B. ainda é uma criança insegura, mas acredita que a filha será capaz de aplicar as estratégias aprendidas. A mãe acrescentou ainda que aguarda com alguma expectativa início do próximo ano lectivo, pois é quando a B. se encontra mais ansiosa.

No que respeita ao contexto escolar não nos foi possível fazer uma avaliação posterior e prevenção da recaída num *follow-up*. Dado o término do estágio, a paciente continuará a ser acompanhada pela Psicóloga do serviço em consultas de monitorização tendo como principal objectivo, a consolidação das competências adquiridas durante o processo terapêutico e manutenção dos resultados expressos.

3.2. Acompanhamento de outros casos clínicos

No estágio houve a possibilidade de fazer o acompanhamento de outros casos clínicos, quer a nível de avaliação como de intervenção. Deste modo, no Anexo III fazemos a descrição sumária de três casos de acompanhamento individual.

3.3. Acção de formação – dirigida a profissionais de saúde

O tema central da formação foi a Depressão Infantil. A opção pelo tema surge em conformidade com a orientadora de estágio da ULSAM, E.P.E., uma vez que optamos pelo mesmo tema desenvolvido no estágio no Centro Social de Ronfe por consideramos de extrema importância alertar os profissionais de saúde para a patologia. A sessão da formação foi ministrada somente pela estagiária. Concomitantemente, os objectivos e conteúdo apresentados nesta formação são muito similares à anterior, tendo sofrido apenas alguns ajustes e alterações para melhor se adequar à população destinada.

Como veremos mais detalhadamente na segunda parte do presente trabalho, o interesse pela depressão na infância tornou-se alvo de investigações desde a década de 1970¹⁴. A partir desta década, houve um maior interesse e preocupação dos profissionais de saúde, sendo que vários profissionais já haviam notado sintomas depressivos em crianças. Porém, pelas dificuldades de diagnóstico que apresenta, esta patologia nem sempre é identificada pois pode estar “mascarada” pelos sintomas manifestados pela criança (Miller, 2003; Calderaro & Carvalho, 2005).

A pertinência da formação na área da depressão infantil tem subjacente aspectos que consideramos fundamentais para a sua realização. É notório que cada vez mais crianças sofrem deste problema grave que afecta a sua saúde, trazendo diversas repercussões psicológicas ao longo do seu desenvolvimento. Outro aspecto igualmente importante é o cariz preventivo desta formação, pois através da detecção precoce de sintomas depressivos em crianças/adolescentes podemos evitar que venham a desenvolver quadros graves, e com menos prejuízos no ambiente escolar e familiar. Desta forma, ao alertamos e informamos os profissionais de saúde sobre a patologia estamos a facilitar a prevenção e a identificação do diagnóstico e possibilitamos o encaminhamento para uma avaliação clínica adequada.

¹⁴ A fundamentação teórica do tema é apresentada na segunda parte do trabalho, uma vez que este foi concretizado aquando da realização do estágio anterior (Centro Social de Ronfe).

A acção de formação teve como **objectivo principal** a identificação de comportamentos disfuncionais na criança e no adolescente com depressão, transmitindo aos profissionais de saúde uma panóplia de conhecimentos sobre a patologia. Ao alertarmos estes profissionais estamos a permitir às crianças um acompanhamento adequado e um menor risco para o desenvolvimento da mesma. De seguida apresentamos os objectivos específicos.

Objectivos específicos

-
- Ilustrar a importância do tema no contexto hospitalar;
 - Definir o conceito de Depressão Infantil;
 - Reconhecer as alterações de comportamento da criança com depressão;
 - Identificar os sinais e os sintomas da depressão na criança e no adolescente;
 - Consciencializar sobre factores de risco para esta perturbação.
-

3.3.1. Descrição da formação

A acção de formação foi realizada no dia 5 de Agosto de 2010 e teve a duração de 60 minutos. A população-alvo foram os profissionais de saúde das diferentes áreas, nomeadamente, Terapeutas da Fala, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga. Na sessão estiveram presentes quatro participantes. No Anexo IV encontra-se o *Power-point* utilizado na sessão. Importa salientar que inicialmente a formação seria dirigida também à equipa de enfermagem, incluindo igualmente os estagiários, do internamento da Pediatria da ULSAM, E.P.E.. No entanto, após vários contactos estabelecidos com a enfermeira responsável concluiu-se que não seria possível uma vez que a formação coincidiu com o período de férias dificultando a reunião de toda a equipa. O processo de selecção dos participantes teve como critérios de inclusão a frequência de contacto com crianças (quer no internamento como em ambulatório), a falta de informação sobre a patologia e, em alguns casos, o desconhecimento por parte destes profissionais da presença de depressão em crianças.

No que concerne à planificação da sessão, foi programada tendo em conta os objectivos propostos e, como tal, organizou-se pela seguinte estrutura: i) breve introdução do tema e espaço para recolher informações junto dos participantes sobre os seus conhecimentos da

temática da formação; ii) apresentação dos conteúdos relacionados com a depressão infantil (definição do conceito, sinais e sintomas da patologia de acordo com as fases de desenvolvimento, factores de risco); iii) criação de espaço para dinâmica de grupo (dúvidas/questões) durante e no final da sessão; iv) recurso a conteúdos audiovisuais para reforçar o impacto da perturbação na infância; e, por último v) aplicação de um questionário com a finalidade de obter a avaliação dos participantes quer da acção de formação como do formador. Relativamente ao método utilizado foi, sobretudo, o método expositivo para facilitar a integração do tema com base em referências teóricas e, ao mesmo tempo, despertar o interesse dos participantes pelo tema.

3.3.2. Avaliação da acção de formação

Com o objectivo de avaliar esta actividade procedemos à elaboração de um questionário, o qual visava avaliar o grau de satisfação dos participantes relativamente aos objectivos propostos, à qualidade técnica e pedagógica da acção. Este questionário contempla ainda a avaliação do formador com a finalidade de avaliar o seu desempenho por forma a melhorá-lo em futuras acções. A pontuação para cada item do questionário variava numa escala entre 0 e 5 (0-Não se aplica; 1- Nada Satisfatório; 2- Pouco Satisfatório; 3- Satisfatório; 4- Bastante Satisfatório) (cf. Anexo V).

Em seguida, apresentamos em forma de gráficos os resultados da avaliação realizada pelos participantes em relação à formação (Figura 1 e 2) e ao formador (Figura 3).

O gráfico abaixo representado engloba a primeira e segunda questão incluídas no questionário de avaliação da formação. Uma análise do gráfico permitiu concluir os seguintes aspectos: na primeira questão (Objectivos) os participantes ficaram ‘Bastante satisfeitos’ o que sugere a clareza e a realização dos objectivos propostos para esta formação. Na segunda questão (Desenvolvimento/Utilidade) referiram que a importância do tema para o bom desempenho das suas funções é ‘Bastante satisfatório’ e o nível de conhecimentos adquiridos com a formação foi ‘Satisfatório’ para o desempenho profissional.

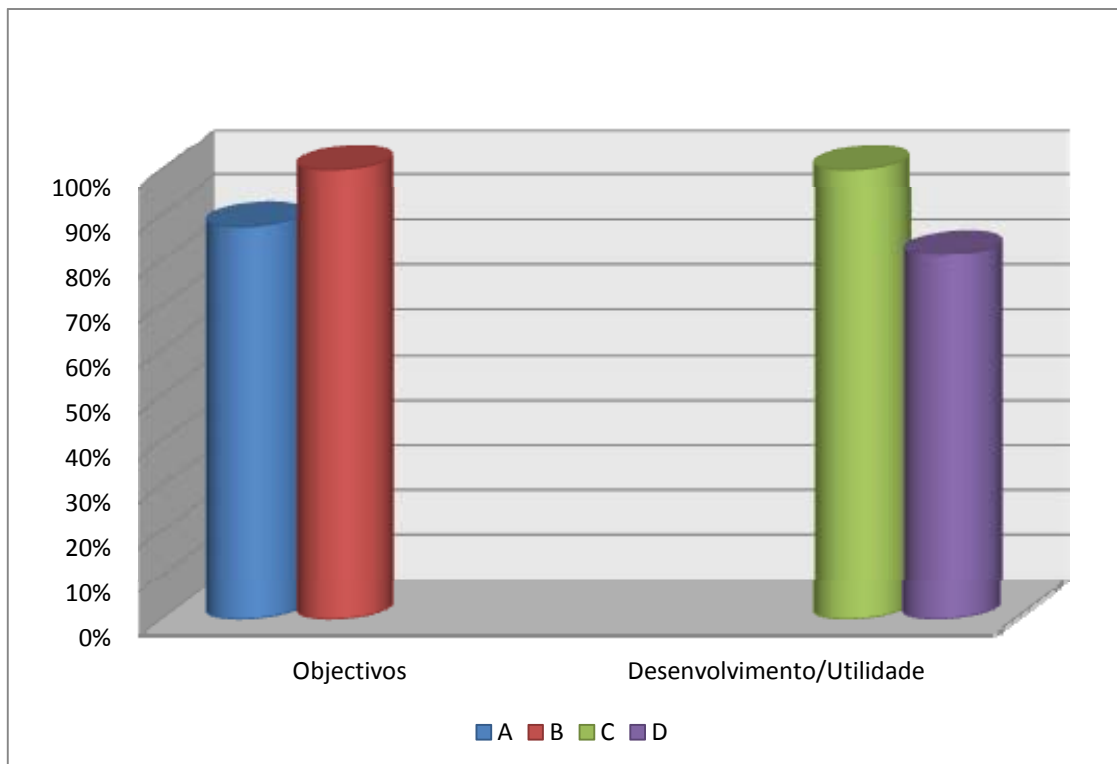


Figura 1. Percentagem de respostas em relação aos objectivos da formação e quanto ao nível do desenvolvimento e utilidade do tema da formação.

Legenda: **A** - Classifique a clareza na definição dos objectivos da formação; **B** - Avalie o grau de realização dos objectivos propostos; **C** - Avalie a utilidade do tema tratado para o desempenho das suas funções; **D** - Classifique o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional.

O gráfico abaixo representado engloba a terceira e quarta questão incluídas no questionário de avaliação da formação. Na terceira questão (Desenvolvimento/Realização da acção), os participantes ficaram ‘Satisfeitos’ com a duração da formação, contudo, ao nível da componente prática da acção ficaram ‘Pouco satisfeitos’. Na última questão (Auto-avaliação de conhecimentos) os resultados indicam que os participantes adquiriram um nível de maior conhecimento sobre a temática após a formação.

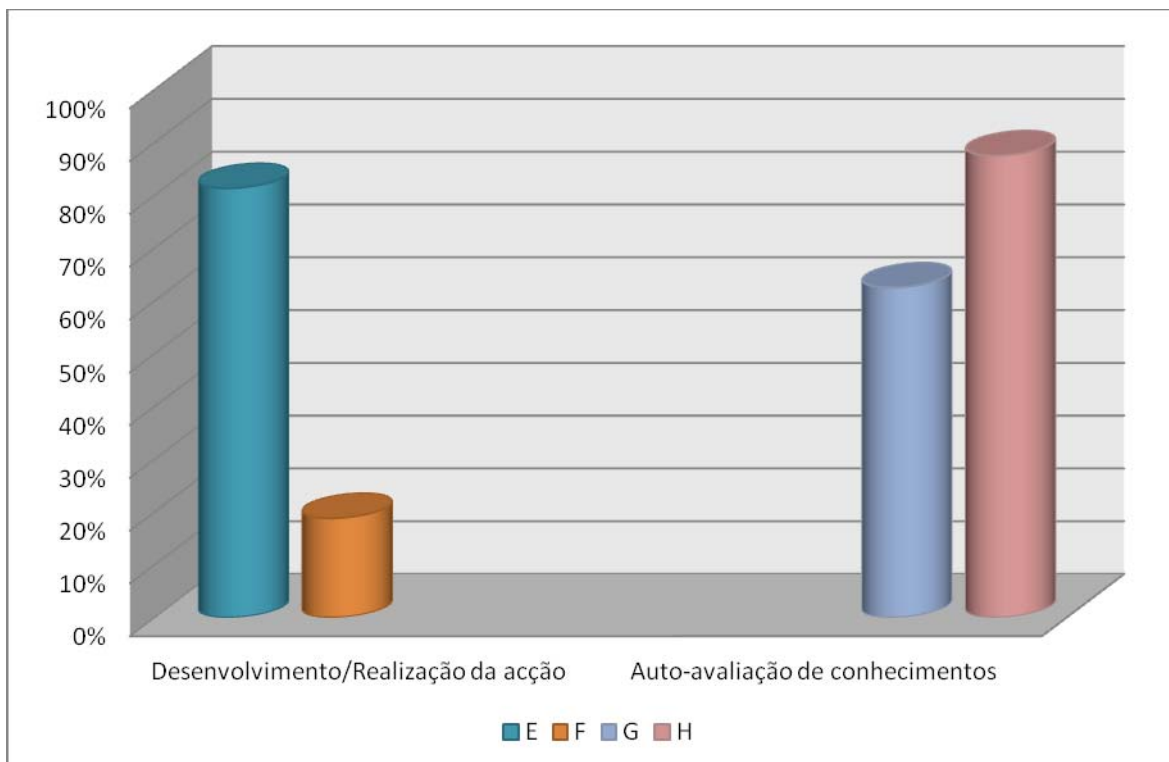


Figura 2. Percentagem de respostas em relação ao Desenvolvimento/Realização da acção e o nível de conhecimentos dos participantes quanto ao tema da formação.

Legenda: **E** - Classifique esta formação quanto à duração; **F** - Avalie o nível de componente prática desta acção de formação; **G** - Nível de conhecimento no início da acção; **H** - Nível de conhecimento no final da acção.

O gráfico apresentado refere-se à avaliação dos participantes em relação ao formador. Assim, pela análise do gráfico os participantes ficaram ‘Bastante satisfeitos’ com o desempenho do formador.

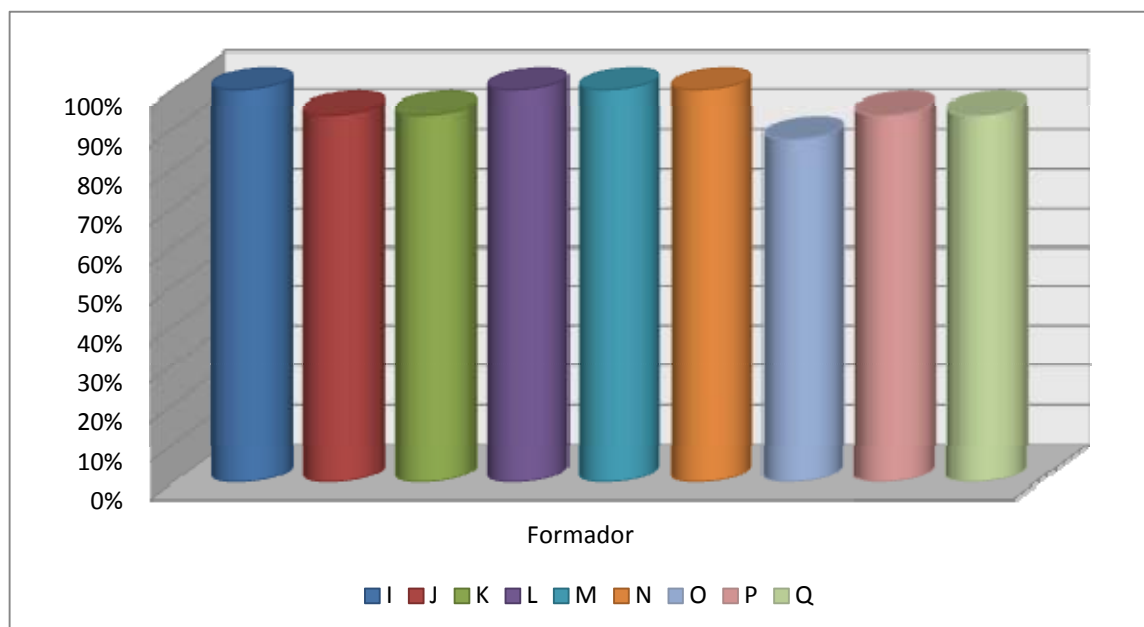


Figura 3. Percentagem de respostas em relação ao desempenho do formador.

Legenda: **I** - Domínio do tema tratado; **J** - Motivação para a participação do grupo; **K** - Relação com o grupo; **L** - Interesse que despertou no grupo; **M** - Clareza da comunicação; **N** - Esclarecimentos às dúvidas colocadas; **O** - Recurso a exemplos e exercícios para expor os temas; **P** - Metodologia que facilitou a aprendizagem; **Q** - Utilidade prática dos conteúdos.

Uma análise e interpretação das respostas dos participantes às questões incluídas no seguimento do questionário de avaliação destacamos os aspectos mais relevantes. A primeira questão refere-se à importância da formação e as respostas indicam que esta acção de formação foi essencial para “*aprofundar o conhecimento no que respeita aos sinais da depressão e consequentes sintomas*”, assim como “*ficar mais sensibilizadas para os sinais de alerta desta problemática*”. Em relação ao que mais gostaram na formação afirmaram que foi o tema e, sobretudo, “*a forma clara como os conhecimentos foram transmitidos*”. Quanto ao que menos gostaram não assinalaram nenhum aspecto e, por último, deixaram algumas

sugestões para futuras formações, tendo sugerido a discussão de mais casos práticos. Os resultados obtidos através da análise de dados dos questionários indicam que conseguimos atingir os objectivos propostos, podendo com isto concluir que a formação foi positiva.

Relativamente à participação do grupo salientamos que demonstraram interesse e motivação pela temática da formação. Ao longo da exposição foram colocando dúvidas/questões e, no final, foi aberto um espaço para discussão em que os participantes relataram alguns casos clínicos que acompanharam e a possível ligação ao diagnóstico de depressão tendo sido esclarecidas as dúvidas suscitadas. O balanço da participação do grupo e da interacção entre estes e a moderadora foi positivo.

Quanto à auto-avaliação, durante a exposição houve alguma inibição da formadora, no entanto, houve um esforço para incentivar o grupo transmitindo-lhes um conjunto de informações pertinentes e oportunas, recorrendo constantemente a exemplos. A possibilidade de realizar a formação permitiu a identificação de lacunas que contribuíram para melhorar a eficácia e eficiência quer de próximas acções de formação como a nível do desempenho do formador.

Assim, podemos afirmar que a formação atingiu os objectivos propostos e teve o impacto esperado no sentido em que a aquisição de conhecimentos sobre a depressão infantil dará aos participantes competências para os aplicar em contexto de trabalho.

4. Reflexão

Após uma análise global do estágio e das actividades realizadas na ULSAM, E.P.E., elaboramos algumas considerações sobre o mesmo. Deste modo, atendendo às fases definidas para o estágio, o período de observação revelou-se imprescindível para a integração da estagiária na instituição. Da observação de consultas de cariz psicológico elencamos como aspectos positivos a possibilidade de compreender a dinâmica das consultas, a aplicação/administração dos instrumentos conforme a problemática apresentada, a preparação da consulta e a gestão do tempo, a diversificação de actividades e estratégias com recurso ao lúdico, a adequação de procedimentos e instrumentos na avaliação psicológica. A observação efectuada demonstrou ainda algumas fragilidades, nomeadamente, nos acompanhamentos individuais, os quais são na maioria de monitorização, assumindo sobretudo um carácter de orientação e aconselhamento ao invés de uma intervenção de cariz clínico. Salientamos ainda que o espaço de tempo da marcação entre as consultas é muito extenso. Estas situações referidas acontecem devido ao grande número de pedidos para consultas de Psicologia, não sendo possível fazer um acompanhamento contínuo e sistemático. Um outro aspecto é o nível de ruído na recepção que interfere com as consultas, principalmente, nas de avaliação psicológica (e.g., passagem da WISC-III) que decorrem na sala de Psicologia.

Em relação às actividades de intervenção delineadas para o estágio na ULSAM, E.P.E, foram realizadas com sucesso, no entanto, o tempo limitado de estágio (6 meses) dificultou a intervenção, principalmente, no acompanhamento individual de casos clínicos (realizadas num período máximo de 3 meses). Neste sentido, no contexto de consultas clínicas pretendeu-se promover e desenvolver as capacidades dos pacientes de modo a que estes fizessem a sua posterior aplicação face às dificuldades sentidas no dia-a-dia, procurando assim que o paciente possa utilizar as estratégias aprendidas e funcionar de uma forma mais saudável. O trabalho terapêutico com crianças exige o manuseamento de técnicas específicas bem como a interpretação das suas necessidades uma vez que as crianças não possuem a capacidade de discernir e tomar decisões. Tendo em conta a escassa experiência clínica foi possível estabelecer uma relação de confiança e empatia com os pacientes e, principalmente, obter mudanças de comportamento e atitudes. Estes resultados indicam que os objectivos do plano de intervenção foram de encontro às necessidades, provocando o processo de mudança. Uma dificuldade sentida no exercício da prática clínica foi a falta de um quadro de referência teórico de base que definisse estratégias e suportasse uma linha de orientação.

A concretização da acção de formação demonstrou-nos que o papel do Psicólogo é diversificado e não se restringe unicamente ao contexto clínico. A formação em *Depressão infantil* despertou o interesse dos profissionais de saúde sobre a Psicopatologia e teria sido mais enriquecedor envolver mais profissionais (e.g., médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica). Além disto deveria ter tido um carácter mais prático recorrendo, por exemplo, à análise de casos de crianças com depressão.

O contacto com a instituição foi de encontro às minhas expectativas em que realçamos as boas condições, instalações e equipamentos, bem como a acessibilidade de recursos humanos que optimizam a adesão da população e a qualidade de atendimento e dos serviços. Relativamente ao Serviço de Psicologia na Pediatria destacamos o trabalho em equipa, o relacionamento interpessoal, as reuniões entre técnicos de saúde (equipas multidisciplinares), o acesso aos instrumentos de avaliação psicológica, os jogos lúdicos e outros materiais (e.g., livros). Não menos importante foi a qualidade de orientação da Psicóloga do serviço, a qual foi determinante para a execução e desenvolvimento da qualidade das actividades do estágio.

Importa ainda frisar alguns constrangimentos sentidos no decurso do estágio, nomeadamente, as dificuldades de autonomia pela estagiária e a dificuldade em implementar novas actividades (e.g., grupos terapêuticos, palestras/formações para pais). Salientamos ainda as oportunidades proporcionadas pelo estágio, principalmente, a participação em reuniões multidisciplinares no DPSM, a participação em formações desenvolvidas pelo Serviço de Psicologia e a possibilidade de desenvolver o estágio na ULSAM, E.P.E., foi por si só uma mais-valia.

Concluindo, o contexto de Pediatria é bastante diversificado o que permitiu o desenvolvimento de competências, a aquisição de novos conhecimentos, modificar a atitude e a postura, adoptar novas metodologias de intervenção e resolução de problemas, e identificar estratégias para fazer face às dificuldades sentidas no decorrer do estágio. Por último, podemos considerar que este estágio correu segundo as expectativas, tendo sido atingidos os objectivos propostos.

Parte II

Centro Social e Paroquial de

Ronfe

Parte II - Estágio Desenvolvido no Centro Social e Paroquial de Ronfe

O presente estágio foi realizado no Centro Social e Paroquial de Ronfe, na valência Infanto-Juvenil, mais especificamente, na valência de Creche e Jardim-de-Infância. O estágio nesta valência iniciou-se em Maio/2009 e terminou em Janeiro/2010, com uma duração de cerca de 6 meses (não incluímos os meses do período de férias – Agosto, Setembro e Dezembro) e com uma assiduidade de três a quatro dias por semana. Foram frequentadas outras duas instituições, anteriormente a esta, as quais não apresentavam requisitos nem condições para a realização das actividades contempladas para estágio. Essas instituições são Colégio São Caetano em Braga e o Lar da Criança em Revelhe (Fafe), e no Anexo VI fazemos uma breve descrição das actividades realizadas nestas instituições. Neste sentido, a fim de concretizar o estágio curricular procedeu-se à integração da estagiária neste Centro Social.

De seguida, com o objectivo de enquadrar este relatório no contexto espacial, fazemos uma breve apresentação do Centro Social e da valência Creche e Jardim-de-Infância, do Projecto Educativo e, posteriormente, a caracterização do Serviço de Psicologia, onde descrevemos as funções exercidas pelo Psicólogo numa instituição de Educação Infantil.

5. Caracterização do contexto institucional

5.1. Centro Social e Paroquial de Ronfe

O Centro Social e Paroquial de Ronfe foi fundado em 1983 por organizações da Igreja Católica, e situa-se na Vila de Ronfe, concelho de Guimarães. Este Centro Social é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que tem como **principal objectivo** “*contribuir para a promoção integral de todos os paroquianos, cooperando com os serviços públicos competentes ou com instituições particulares, num espírito de solidariedade humana, cristã e social e sempre que tal se justifique, e seja possível, a acção do Centro estender-se-á aos habitantes das paróquias vizinhas*” (Regulamento Interno, 2009). Para a concretização dos seus objectivos o Centro Social mantém as actividades que passamos a destacar: 1) Apoio à Primeira e Segunda Infância, através da Creche e Jardim de Infância; 2) Apoio à Segunda Infância, através de ATL (Actividades

de Tempos Livres); 3) Apoio à juventude, proporcionando o acesso a Cursos de Formação Profissional; e 4) Apoio à Terceira Idade, através do Centro de Dia para idosos, Centro de Convívio, Apoio Domiciliário ou Lar de Idosos (Regulamento Interno, 2009).

Esta Instituição encontra-se dividida em quatro valências, sendo elas: Creche e Jardim-de-Infância, ATL, Centro-de-dia e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e o Serviço de Acção Social. O Órgão Administrativo e de gestão da presente instituição conta com a colaboração do seu presidente, Pe. João Silva e de três coordenadoras das respectivas valências. A instituição dispõe de uma Equipa Técnica multidisciplinar distribuída por cada valência de acordo com a população a que se destina. Esta equipa é composta por Educadoras de Infância, Educadora Social, Assistente Social, Psicólogos, Auxiliares de Acção Directa e Auxiliares de Serviços Gerais, e tem ainda a colaboração de voluntários.

O Centro Social e Paroquial estabelece **parcerias e protocolos** com outras entidades sociais, com o objectivo que visa a cooperação com Instituições vocacionadas para esta área em particular. Esse trabalho em parceria permite um acompanhamento social com vista ao desenvolvimento de iniciativas de carácter preventivo, bem como na resolução dos problemas existentes. Essas parcerias e/ou protocolos são estabelecidos com organismos ligados à solidariedade, à educação e à formação¹.

Posteriormente, apresentamos uma descrição da valência na qual realizamos o estágio.

5.1.1. Valência de Creche e Jardim-de-Infância²

A valência Infanto-Juvenil engloba a Creche e Jardim-de-Infância, sendo nesta última que foi realizado o estágio. Esta valência oferece os seus serviços a cerca de 102 crianças, com idades compreendidas entre os 4 meses e 5 anos.

A **comunidade educativa** da valência é constituída por quatro Educadoras, 10 Auxiliares de Educação, 3 Auxiliares de Serviços Gerais, uma Chefe de Serviços Gerais, uma Cozinheira e uma Administrativa. Conta ainda com a colaboração de uma

¹Por uma questão de espaço e de limitação de texto não nos é possível enumerar as instituições com as quais o Centro Social está vinculado.

²Cf. Anexo VII: Organigrama da valência Creche e Jardim-de-Infância.

Professora de Música, uma Professora de Inglês, uma Professora de Dança e o Professor Educação Física que se ocupam das actividades extra-curriculares.

Quanto às **infra-estruturas** da valência estas são compostas por 5 salas devidamente equipadas e organizadas com materiais necessários para receberem as crianças, sendo elas: o Berçário, a Creche, e o Jardim-de-Infância encontra-se organizado pela sala dos três anos (ou Sala dos *Pequenos*), a sala dos quatro anos (ou Sala dos *Médios*), a sala dos cinco anos (ou Sala dos *Grandes*). Dispõe ainda de três refeitórios, uma cozinha, uma arrecadação, duas casas de banho adaptadas às necessidades das crianças, uma sala de administração, um salão onde decorrem as festas organizadas pela valência e um pátio ao ar livre onde as crianças podem brincar, jogar ou realizar outras actividades.

A valência procura dar uma resposta sócio-educativa à Infância, daí a criação do Projecto Educativo o qual descrevemos no ponto seguinte.

5.1.2. Projecto educativo

O **Projecto Educativo** 2009/10 tem como lema “*À Procura das nossas raízes*”³. Este Projecto tem como principal objectivo valorizar os saberes da criança como fundamento de novas aprendizagens, pois ao focalizarem as suas atitudes na cooperação, cada criança beneficiará do processo educativo desenvolvido pelo grupo. Assumem-se como uma instituição inclusiva, promotora do sucesso individual e colectivo, aberta à diferença, proporcionando a igualdade de oportunidades a todas as suas crianças.

No Projecto Educativo os objectivos foram divididos pela Creche em três áreas de desenvolvimento: i) Socialização, ii) Expressão e comunicação, iii) Desenvolvimento cognitivo; e pelo Jardim-de-Infância em três áreas de conteúdo: i) Área da formação social e pessoal, ii) Área da expressão e comunicação, iii) Área do conhecimento do mundo.

No cumprimento do Projecto educativo estão em curso diversas **dinâmicas e projectos** no Centro Social em diferentes áreas, nomeadamente, actividades de dança,

³Cf. Anexo VIII: Descrição e apresentação do Projecto Educativo da valência de Creche e Jardim-de-Infância.

música, inglês, natação; participação no projecto “*Jardins Portáteis*” inserido na actividade “*Dias a Crescer*” no Centro Cultural Vila flor; participação na actividade “*Meninos hoje há espectáculo*” promovido pela Câmara Municipal de Guimarães através da Divisão de Acção Social; celebração do Dia Mundial da Criança para a comunidade em parceria com a junta de Freguesia de Ronfe; a actividade de “*Semana da praia*”; participação no concerto de música clássica no Pavilhão Multiusos em Guimarães; e por fim, o passeio anual e a festa de final de ano.

Seguidamente, fazemos uma apresentação do Serviço de Psicologia inserido numa instituição de Educação Infantil.

5.2. Caracterização do Serviço de Psicologia

A valência de Creche e Jardim-de-Infância, não dispõe de um Serviço de Psicologia, no entanto, é fundamental fazer-se uma perspectiva dos objectivos a que este serviço se propõe, tendo em conta a população à qual se destina. Os objectivos primordiais da inserção de um Serviço de Psicologia numa instituição de Educação Infantil são contribuir para o desenvolvimento integral das crianças e promover o desenvolvimento de relações interpessoais dentro do estabelecimento de Infância e com a comunidade. Neste âmbito, o trabalho desenvolvido pelo Psicólogo é bastante diversificado e abrange um conjunto de diferentes modalidades de intervenção, tanto de prevenção como de promoção da saúde.

Nesta sequência, o papel do Psicólogo Clínico e da Saúde numa instituição de Educação incide na realização de avaliações psicológicas e, posteriormente, na intervenção e acompanhamento psicológico e/ou psicoterapêutico. Associado à modalidade de intervenção procedemos à utilização do processo de Consultadoria, cujo método consiste na recolha de diferentes fontes de informação possibilitando a compreensão para cada caso clínico. Por último, a função do Psicólogo incide ainda na contribuição com programas de promoção da saúde e no desenvolvimento de acções de prevenção das doenças, procurando que as crianças adquiram hábitos e comportamentos saudáveis.

6. Caracterização da observação

De acordo com o Regulamento de Estágio foram definidas como actividades a desenvolver no decurso deste estágio: (i) observação do contexto institucional; (ii) desenvolvimento e implementação de um programa de intervenção; e (iii) acção de formação. A observação e o acompanhamento individual de casos clínicos não se realizou, uma vez que na valência Infanto-Juvenil não existe Serviço de Psicologia não nos tendo sido dada a possibilidade de prestar apoio psicológico individualizado às crianças. Importa referir que o Centro Social tem Psicólogos nas outras valências da instituição (Centro de dia e Serviço de Acção Social), no entanto, não exercem funções nem concedem apoio à valência de Creche e Jardim-de-Infância.

Seguidamente, descrevemos os procedimentos e metodologias utilizadas no levantamento de necessidades da valência, e uma síntese da observação de actividades no contexto de estágio.

6.1. Levantamento de necessidades da valência de Creche e Jardim-de-Infância

O levantamento de necessidades é um processo fundamental para a planificação de qualquer plano de intervenção o que implicou, neste estágio, a observação directa das características físicas e dinâmicas institucional, a análise documental facultada pelos órgãos directivos, as entrevistas e/ou contactos informais com a Coordenadora, com as Educadoras de Infância e Auxiliares de Educação.

Além destes procedimentos foram ainda utilizadas outras técnicas de recolha de informação de modo a fiabilizar a intervenção, nomeadamente, a observação naturalista, uma análise do registo das fichas de desenvolvimento de cada criança (idades compreendidas entre os 3-5 anos), o preenchimento de uma ficha “*Linhas de Orientação na Observação do Desenvolvimento Cognitivo e Social*” de Linder (1993).

Assim, a utilização do método de observação naturalista permitiu a observação de comportamentos individuais e em grupo no contexto de sala, bem como tirar inferências sobre as rotinas diárias, actividades desenvolvidas nas salas, as interacções entre as crianças, de um modo geral, a dinâmica institucional.

Procedeu-se de igual modo à análise das avaliações das Educadoras, as quais dão informações sobre as crianças sob o ponto de vista do desenvolvimento pessoal, sócio-

afectivo e cognitivo. As fichas de desenvolvimento são utilizadas como instrumento de avaliação da evolução das aprendizagens e das competências adquiridas pela criança integrando as áreas de conteúdo das linhas de orientação curricular, sendo elas: i) Área de formação pessoal e social; ii) Área de expressão plástica/comunicação que contempla o desenvolvimento de três domínios: (1) Domínios das Expressões, (2) Domínio da Linguagem oral e abordagem à escrita, e o (3) Domínio da Matemática; e iii) Área Conhecimento do Mundo. A análise de cada ficha contribuiu como uma ‘ferramenta’ informativa sobre o desenvolvimento global das crianças, deveras importante.

Quanto à utilização das “*Linhas de Orientação na Observação do Desenvolvimento Cognitivo e Social*” (Linder, 1993) consideramo-la uma estratégia eficaz na medida em que possibilitou a compreensão do nível de desenvolvimento de cada criança, assim como identificar os pontos fortes e fracos.

De um modo geral, todas as técnicas foram imprescindíveis para fomentar as diversas linhas de actuação. Tendo-se recolhido as necessidades da instituição facultadas por fontes distintas procedemos, de forma sucinta, à enumeração de necessidades a colmatar:

Com as crianças:

- **Acompanhamento psicológico individual às crianças** (avaliação e intervenção psicológica: realizar avaliações de cariz psicológico e acompanhamento/apoio psicológico às crianças) – é uma necessidade da valência, uma vez que as crianças quando precisam de apoio psicológico são encaminhadas para uma Clínica. Os principais motivos desse acompanhamento relaciona-se com dificuldades em situações de divórcio, problemas de comportamento e do desenvolvimento, e negligência emocional.
- **Programas de intervenção em grupo** (e.g., gestão emocional) – esta necessidade foi identificada através das “*Linhas de Orientação na Observação do Desenvolvimento Cognitivo e Social*” de Linder (1993) e da análise do registo das fichas de desenvolvimento de cada criança. Esta análise permitiu identificar que algumas crianças manifestavam problemas emocionais no que concerne ao relacionamento interpessoal

com o grupo de pares (e.g., dificuldade em compreender as diferenças afectivas e respeitar os sentimentos dos outros).

Com a equipa pedagógica:

- **Acções de formação com as Educadoras de Infância** (sobre temáticas relacionadas com problemáticas inerentes ao desenvolvimento infantil, como a psicopatologia infantil [e.g., depressão, ansiedade de separação, perturbação de comportamento]) – esta necessidade foi abordada em reuniões de cariz informal realizada com a Coordenadora e Educadoras devido a determinados comportamentos de algumas crianças face a situações, sobretudo, de divórcio e/ou separação pais.

Com a família/encarregados de educação:

- **Acções de sensibilização com os pais** (acções e/ou palestras sobre o desenvolvimento infantil saudável) – trata-se de uma necessidade da valência incentivar a família a desenvolver um maior sentido de responsabilidade no processo educativo, contribuindo para um desenvolvimento emocional mais equilibrado dos filhos.

Considerando a limitação de tempo e a institucional não nos foi possível contribuir para colmatar todas as necessidades. Todavia optamos por, de acordo com as necessidades enumeradas, realizar uma intervenção em grupo com as crianças e uma formação com a equipa pedagógica, como veremos descrito na parte da intervenção.

Na fase de observação participamos noutras actividades que decorriam no Centro Social, as quais enunciamos no ponto seguinte.

6.2. Observação de outras actividades/dinâmicas institucionais

Com a finalidade de enriquecer o período de estágio foi-nos possível participar como observadora em actividades desenvolvidas no local de estágio, nomeadamente, no Gabinete de Atendimento e Acompanhamento Social (GAAS) e na valência Infanto-Juvenil. No Anexo IX apresentamos as seguintes actividades:

- **Observação da formação para Auxiliares de Acção Directa do GAAS:** Esta acção tinha como objectivo dar respostas às necessidades da valência e às dificuldades manifestadas pelas Auxiliares em lidar com a população à qual o serviço presta apoio. Uma necessidade do GAAS consistia na inexistência de um plano de acompanhamento às famílias inseridas no programa de reinserção social. Deste modo, esta acção revelou-se fundamental pois elaborou-se um dossier com um conjunto de procedimentos a implementar que possam contribuir para a promoção da qualidade de vida dos utentes e/ou famílias. Assim, a utilização do registo dos procedimentos são uma ferramenta essencial no trabalho da equipa do GAAS permitindo adequar o modo de intervenção na assistência aos utentes.
- **Observação da apresentação do Plano de Desenvolvimento de Actividades (PDA) na valência Infanto-Juvenil:** O principal objectivo desta formação consistiu em “*uniformizar as práticas educativas e meios de avaliação, garantindo a adequação dos métodos de ensino, aos objectivos propostos*”⁴. Esta acção foi desenvolvida de modo a auxiliar a gestão e coordenação das actividades desenvolvidas pelas Educadoras de Infância, com a finalidade de promover um desenvolvimento infantil saudável. O PDA é um documento que contém actividades e competências a serem desenvolvidas ao longo do ano lectivo por cada sala de modo a contribuir para o desenvolvimento das crianças. A acção revelou-se pertinente pois a construção do PDA permite contribuir para o desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial num plano individual, possibilitando avaliações periódicas da evolução de cada criança.

⁴ Informação cedida através do Relatório da estagiária.

7. Caracterização da intervenção

Com base nas informações obtidas e nos dados recolhidos através das diferentes técnicas e contactos estabelecidos foi possível identificar as principais necessidades de intervenção da valência de Creche e Jardim-de-Infância.

Tendo em conta que na valência não existia apoio nem trabalho desenvolvido pela área da Psicologia estava patente a necessidade de iniciativas dentro deste âmbito. Contudo, procuramos atender às prioridades de intervenção e ao tempo previsto para a realização das actividades.

Neste sentido, a nossa intervenção foi dirigida a dois grupos distintos, nomeadamente, às crianças e à equipa pedagógica. Relativamente às crianças procedeu-se à implementação de um programa de competências emocionais direccionada à “Sala dos Grandes”. Esta intervenção visa contribuir para o desenvolvimento das competências emocionais nas crianças do ensino pré-escolar. Quanto à equipa pedagógica (Educadoras de Infância e Auxiliares de Educação) foram alvo de uma formação no âmbito da prevenção no contexto de saúde mental infantil. Esta acção de formação objectiva a sensibilização dos participantes para a existência de psicopatologia na infância possibilitando-lhes a identificação precoce destes transtornos de modo a minimizar as consequências na saúde da criança. Por sua vez, o acompanhamento psicológico individual (observação/avaliação/intervenção) como já foi referido não se concretizou devido à inexistência de um Serviço de Psicologia nesta valência, assim como as acções de sensibilização com os pais não foram efectuadas devido a delimitações temporais.

De seguida, apresentamos o programa de intervenção em grupo, as características e a avaliação do programa. Posteriormente, fazemos a apresentação da acção de formação, com a descrição e avaliação da formação desenvolvida no âmbito do estágio.

7.1. Intervenção em grupo - “*Brincando com as emoções!*”

Fundamentação teórica

Nos últimos anos, tem sido dado um maior enfoque às emoções devido à importância que desempenham na vida humana. A nova forma de inteligência, a emocional, é considerada essencial e de absoluta importância, para sabermos viver bem e para alcançarmos um desenvolvimento integral.

A abordagem ao tema das “emoções” tem sido consensual quando se pretende realizar um programa de intervenção dirigido ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais. A capacidade de ler emoções, diferenciá-las e geri-las, são competências essenciais para um bom relacionamento consigo próprio e com os outros (Melo, 2002). A primeira infância oferece uma oportunidade única para o desenvolvimento de capacidades latentes, sendo tal de igual modo válido para o desenvolvimento do mundo emocional (Martin & Boeck, 2002).

Por competência emocional entende-se “*a capacidade pessoal para responder emocionalmente e tornar mais eficazes as emoções que são desencadeadas pelas situações sociais com que se deparam*” (Crusellas & Alcobia, 2006, p. 65).

Deste modo, uma das tarefas que se propõe às crianças que frequentam o Jardim-de-Infância é a capacidade de gerir as suas emoções, i.e., espera-se que tenham competências emocionais dado que estas capacidades estão directamente correlacionadas com a qualidade das interacções sociais (Saarni, 1990 cit. in Vale, 2009). Para serem emocionalmente competentes, numa primeira fase, as crianças devem passar por um processo de *identificação e diferenciação* das emoções, i.e., conhecer os aspectos que distinguem a alegria da tristeza, reconhecendo as manifestações corporais que cada emoção origina (e.g., rubor, aumento do ritmo cardíaco, choro) (Crusellas & Alcobia, 2006).

A pré-escola é um contexto que privilegia promover estratégias de prevenção, auxiliando as crianças a desenvolverem eficazmente competências sociais e emocionais. Essas competências incluem a *auto-consciência*, o *controlo dos impulsos*, a *empatia*, a *escolha de perspectiva*, a *cooperação*, a *resolução de conflitos* (Vale, 2009).

No domínio da gestão emocional emerge a necessidade da criança adquirir a regulação das suas emoções. A regulação implica uma progressão ao nível da

compreensão das emoções, por exemplo, em relação aos seus próprios sentimentos e no reconhecimento de sinais emocionais nos outros. A regulação emocional permite à criança reagir adequadamente às situações e estabelecer interações mais positivas com os pares (Crusellas & Alcobia, 2006; Vale, 2009; Teixeira, 2010).

Neste sentido, gerir eficazmente as emoções contribui para o sucesso das interações sociais (e.g., maior capacidade de ouvir os outros, maior sentido de cooperação e negociação), maior sucesso escolar/académico, manifestam emoções mais positivas (e.g., alegria, optimismo), e, conseqüentemente, um maior bem-estar, além de apresentarem mais recursos para prevenir possíveis disfunções emocionais e comportamentos desajustados ou disruptivos (Crusellas & Alcobia, 2006; Machado *et. al.*, 2008).

No conjunto de competências sociais e emocionais destacamos a importância da linguagem: é através desta que as crianças e os adultos exprimem o que sentem. Os progressos em termos do desenvolvimento da linguagem são bastante significativos nos primeiros anos de vida. A linguagem constitui um ponto de interação entre todos os aspectos do desenvolvimento infantil permitindo às crianças expressarem as suas ideias, sentimentos e desejos (Siraj, 2005). A expressão das emoções pode ocorrer através da linguagem *verbal* (através de um diálogo) ou *não verbal*, i.e., através de manifestações corporais (e.g., sorrir, olhar, abraçar). Logo, é fundamental que as crianças aprendam o repertório de palavras relacionadas com a grande diversidade de emoções existentes, mas que reconheçam, igualmente, as expressões ou os sinais não verbais. É nesta interação que as crianças conseguem identificar os sinais expressos pelos pares e que conseguem comunicar os seus estados emocionais (Crusellas & Alcobia, 2006). É através desta reciprocidade que desenvolvem as competências emocionais e aumentam a qualidade das suas relações sociais.

Portanto, o reconhecimento do papel das competências emocionais no ajustamento e na adaptação destas ao longo da vida leva-nos a assegurar a eminência do seu desenvolvimento desde a infância. As fases de transição são consideradas como períodos favoráveis à intervenção por tratar-se de fases mais significativas na vida das crianças. Deste modo, o período de transição do ensino pré-escolar para o primeiro ciclo é uma fase crucial, uma vez que a criança alcançou um determinado estágio de desenvolvimento, não somente a nível cognitivo mas sócio-emocional. Por este motivo,

e atendendo que há, por vezes, um descuro na exploração da vertente emocional, pretendemos intervir preventivamente no desenvolvimento das competências emocionais (Lourenço, 2002 cit. in Barradas *et al.*, sd).

Nos programas de intervenção com base deste domínio, o recurso ao jogo é uma estratégia que tem sido consolidada. Os materiais utilizados constituem a base e recriam situações que promovem a experimentação de papéis, a reflexão sobre a vivência e a partilha de experiências. Este processo de acção - reflexão – acção faz do jogo lúdico a sua principal estratégia, permitindo tirar partido do espaço mágico que o mundo ‘faz de conta’ oferece enquanto espaço de espontaneidade (Melo, 2002).

Ainda no âmbito da promoção das competências emocionais devemos “*atender à idiosincrasia de cada criança reconhecendo o seu valor enquanto ser humano independente, possuidor de uma história de vida, de características individuais, de conhecimentos, de limitações e capacidades que a tornam única e especial*” (Moreira, 2002). Assim, tendo em atenção estes aspectos a nossa intervenção propôs-se a promover o desenvolvimento de cada criança através de actividades educativas e lúdicas, considerando as suas características pessoais e contemplando os objectivos do programa.

Descrevemos, a seguir, as principais características do programa de intervenção em grupo dirigido a um grupo de crianças.

7.1.1. Características do programa

O programa desenvolvido no âmbito das competências emocionais ‘Brincando com as emoções’ foi dirigido a um grupo de 21 crianças (12 do sexo masculino e 9 do sexo feminino) do ensino pré-escolar com 4 e 5 anos de idade que frequentavam a “Sala dos Grandes” da valência Creche e Jardim-de-Infância. Quanto às características deste grupo podemos afirmar que era um grupo heterogéneo, possuíam capacidades, interesses e dificuldades distintas. Porém, eram um grupo coeso, participativo, receptivo às actividades educativas e motivado a novas aprendizagens. Uma característica que partilhavam era o gosto pela descoberta e pela novidade. A nível emocional este grupo revelava dificuldades em valorizar e respeitar as demonstrações afectivas dos outros, em responder às emoções manifestadas por outras crianças, e na expressão corporal de

sentimentos/emoções. Tendo em conta a dimensão do grupo poderíamos tê-lo dividido, no entanto, este grupo foi constituído desde a entrada no Berçário até ao Jardim-de-Infância e acompanhado sempre com a mesma Educadora, não consideramos como opção separá-los, atendendo igualmente ao facto das actividades serem realizadas na própria sala do grupo. A selecção deste grupo de participantes foi determinada em função dos registos da observação naturalista e da análise das avaliações das Educadoras.

Este programa teve início em Novembro de 2009 e terminou em Janeiro de 2010, foi constituído por 8 sessões com uma duração de 40 a 60 minutos, com uma frequência semanal (com excepção das férias de Natal). Quanto aos **objectivos gerais** do programa foram delineados os seguintes:

-
- Fomentar a identificação das próprias emoções e sentimentos;
 - Aprender a verbalizar as próprias emoções, bem como identificar as dos outros;
 - Apoiar na gestão das emoções de forma saudável;
 - Desenvolver a estabilidade das vivências afectivas de modo a conseguir manifestar progressivamente os seus sentimentos, emoções e vivências;
 - Promover o auto-conhecimento em cada criança;
 - Desenvolver competências relacionais;
 - Envolver as crianças num clima afectivo proporcionando-lhes bem-estar na exteriorização dos seus sentimentos e emoções.
-

Em seguida, na Tabela 4 fazemos uma apresentação sumária de cada sessão (tema e objectivos específicos) do programa de intervenção.

Tabela 4. Apresentação do programa de intervenção em Competências emocionais.

Síntese do programa de intervenção em grupo ‘Brincando com as emoções’		
Nº da sessão	Tema	Objectivos específicos
1	“ Olá amiguinhos! Vamos conhecer o mundo dos sentimentos ...”	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da Psicóloga estagiária e dos elementos do grupo; • Definição do âmbito do programa; • Definir e estabelecer as regras de funcionamento na sala; • Passagem do pré-teste.
2	“O Nino e a Nina descobrem que têm muitos sentimentos!”	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar sobre o que é um sentimento; • Possibilitar a identificação e diferenciação dos sentimentos; • Demonstrar as alterações que cada sentimento tem no nosso corpo.
3	“Hoje vamos falar do Feliz”	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar o conceito de sentimento “feliz”; • Desenvolver as emoções positivas.
4	“O triste veio-nos visitar”	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os alunos a perceber e exteriorizar o sentimento “triste”; • Sensibilizar os alunos para uma atitude de compreensão e aceitação em relação ao sentimento de tristeza; • Capacitar os alunos para lidar com os sentimentos negativos.
5	“A cara do chefe medo...”	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os alunos a perceber e exteriorizar o sentimento “medo”; • Capacitar os alunos para uma atitude de compreensão e procura de soluções para ultrapassar o medo.
6	“Espelho meu... há alguém mais zangado do que eu!”	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os alunos a perceber e exteriorizar o sentimento “zangado”; • Capacitar os alunos para uma atitude de compreensão e procura de soluções para ultrapassar o sentimento “zangado”.
7	“O que eu penso sobre os meus sentimentos hoje...”	<ul style="list-style-type: none"> • Levar ao dia-a-dia da criança a Identificação e Diferenciação Emocional; • Incentivar momentos de reflexão.
8	“Nós aprendemos que...”	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar as competências trabalhadas nas sessões anteriores; • Pós-avaliação do programa de intervenção “Brincando com as emoções”; • Entrega de Diplomas de participação.

O programa de intervenção em grupo apresentado neste relatório teve como referencial teórico o *Pré: Guia de Competências* de Crusellas e Alcobia (2006) o qual foi delineado para ser implementado com crianças da pré-escola, por Professores ou Psicólogos. Neste sentido, os objectivos específicos e as sessões foram formulados considerando os objectivos gerais a que nos propusemos.

O contexto pré-escola é um contexto privilegiado para desenvolver acções de intervenção porque as crianças passam o dia-a-dia no Infantário, o que oferece um leque amplo de oportunidades para desenvolver actividades. Este foi um dos motivos que nos levou a escolher os alunos da pré-escola.

Na elaboração do programa e das dinâmicas do mesmo procurou-se atender ao nível de desenvolvimento das crianças alvo de intervenção, por outro lado, tentámos que os conteúdos das sessões fossem ao encontro dos interesses e necessidades do grupo.

Ao finalizar as sessões fizemos sempre uma reflexão sobre o conteúdo da sessão, da importância dessa aprendizagem, e do seu usufruto no dia-a-dia. No Anexo X fazemos a descrição das sessões do programa em competências emocionais.

No ponto seguinte procedemos à avaliação efectuada e aos resultados do programa de intervenção.

7.1.2. Avaliação do programa

De modo a avaliar a eficácia do programa de intervenção elaboramos um questionário (cf. Anexo XI), o qual foi aplicado aos participantes antes e após a intervenção. No Anexo XII apresentamos os dados obtidos na avaliação do pré e do pós-teste e fazemos uma exposição do procedimento usado na aplicação do questionário, bem como uma análise dos resultados. Deste modo, uma breve apresentação dos resultados da avaliação do programa: no momento do pré-teste os dados obtidos apontam para 38 respostas correctas e 46 respostas incorrectas, pois as crianças não conseguiram identificar todas as emoções apresentadas (7 crianças não identificaram o 'Feliz', 9 crianças não identificaram o 'Triste', 18 crianças não identificaram o 'Medo' e 12 crianças não identificaram o 'Zangado'); e no momento do pós-teste houve um total de 84 respostas correctas, o que significa que todas as crianças

conseguiram identificar os quatro sentimentos/emoção da imagem do cartão⁵. Neste sentido, existem diferenças entre o momento pré e pós-teste na identificação das emoções, tendo obtido resultados significativamente melhores na pós-avaliação do programa.

Para além desta avaliação realizamos no final de cada sessão um momento de avaliação pelo grupo. Com esta avaliação pretendíamos levar o grupo a uma reflexão sobre os conteúdos da sessão. Esta acção tornou-se essencial porque permitiu aos participantes expressarem-se sobre os conteúdos assimilados e fazer um balanço por cada sessão. Desta forma, a 4ª sessão em que abordamos o sentimento ‘Triste’ houve um grau de dificuldade superior por se tratar de um tema que obrigou as crianças a relatarem situações/acontecimentos em que sentiram tristeza. Contudo, nas restantes sessões demonstraram um interesse constante, motivação e estavam sempre expectantes.

Foi possível ainda ter acesso ao *feedback* por parte da Educadora do grupo, a qual sublinhou a importância de desenvolver as emoções neste grupo, reforçando a aprendizagem das crianças ao abordarem os conteúdos do programa, para além de estarem familiarizadas com o mesmo porque falavam das personagens usadas nas sessões. De modo a acrescentar mais dados sobre a colaboração da Educadora na avaliação do programa de intervenção poderíamos ter elaborado um questionário que contribuísse para facultar mais informação, tornando-se um procedimento enriquecedor para a avaliação.

No que diz respeito à implementação do programa todas as sessões foram realizadas com sucesso, o horário (manhã) previamente definido com a Educadora responsável mostrou-se o mais adequado, pois durante a tarde as crianças estavam mais cansadas e demonstravam mais dificuldade em participar nas actividades. As sessões decorreram na própria sala do grupo “Sala dos Grandes”, facto que ajudou a que as crianças se sentissem confortáveis nas sessões.

Após uma reflexão crítica relativamente ao programa retirámos algumas ilações úteis para futuras intervenções do género. O programa deveria: i) conter um maior número de sessões (pelo menos 12) tornando-o mais consistente e permitindo demonstrar a sua eficácia para próximas intervenções; ii) abordar mais emoções além

⁵ Consideramos a resposta correcta quando a criança identifica o sentimento/emoção que lhe apresentamos na imagem do cartão.

das básicas (e.g., vergonha, orgulho); iii) ter um grupo mais reduzido (no máximo 12 crianças); e por fim, iv) deveríamos ter utilizado um instrumento para avaliação da inteligência emocional/conhecimento das emoções o que nos daria uma avaliação mais fiável.

De um modo geral, com esta intervenção pretendíamos contribuir para um conjunto de aprendizagens e experiências favoráveis à maturação e ao desenvolvimento das competências emocionais nas crianças. Traçando uma apreciação global, os resultados demonstraram o impacto do programa nos conhecimentos das crianças ao nível da identificação e diferenciação emocional (e.g., maior capacidade em nomear/verbalizar os sentimentos, maior consciência dos estados emocionais, melhor expressão de sentimentos na resolução de problemas relacionais), ampliando assim o leque de sentimentos, a linguagem e o vocabulário emocional. Analisando os resultados, podemos concluir que os objectivos do programa “Brincando com as emoções” foram alcançados com sucesso. A avaliação do programa confirma que os resultados são positivos e que a intervenção foi fundamental para o enfoque das competências emocionais.

No decorrer do estágio executamos uma outra actividade exigida no Regulamento de estágio, nomeadamente, uma acção de formação que descrevemos em seguida.

7.2. Acção de Formação sobre Depressão infantil - dirigida a Educadoras de infância e Auxiliares de educação

Fundamentação teórica

A acção de formação teve como tema central a depressão infantil. Nos últimos anos, os transtornos afectivos, entre eles a depressão, adquiriram maior destaque no meio científico, passando também a atrair a atenção da população. A depressão tornou-se mais visível desde a década de 70, altura em que aumentou o interesse no campo da investigação, reconhecendo-se igualmente a presença significativa deste distúrbio nas crianças (Nakamura & Santos, 2007). A partir dessa década a depressão na criança passou a ser reconhecida enquanto patologia existente e inibidora do saudável desenvolvimento psíquico e somático (Câmara, 2005). Conforme referenciado por

Barrio (2005) a depressão tem a sua origem, como muitas outras patologias, numa disfunção da regulação emocional.

A literatura foca que na análise de diagnóstico sobre a depressão infantil é fundamental conhecer os comportamentos que são possíveis de constatar em crianças com quadros de depressão. Outro aspecto a ter em consideração são os aspectos ambientais, uma vez que estes podem englobar um conjunto de riscos que fomentam o aparecimento da depressão infantil ou o agravamento/manutenção desta perturbação. Por fim, deve-se também focalizar os aspectos pessoais intrínsecos ao indivíduo: o temperamento, e aspectos inerentes à personalidade que podem constituir factores de risco. Tais factores de risco devem incidir também em possíveis casos de depressão materna, problemas familiares, episódios de depressão prévios, possíveis acontecimentos negativos que tenham ocorrido, escasso apoio social e a classe social de pertença do indivíduo.

Neste sentido, a depressão infantil existe e está intimamente ligada ao ambiente e às situações vivenciadas pela criança. A família e a escola são, geralmente, o foco desta depressão. Algumas situações como: divórcio dos pais, morte, abandono, doenças, maus-tratos físicos e mentais, também levam a distúrbios psicológicos na infância (Silveira & Grinfeld, 2004).

Segundo Câmara (2005), a criança deprimida surge no futuro como um adulto depressivo, o seu crescer é demasiado doloroso, por vezes, resultando num falso crescer, na medida em que é inibido ou desajeitado nas suas explorações. É, portanto, uma criança que vive em sofrimento por estar em constante conflito interno e numa busca incessante de confirmação e valorização.

Bahls (2002) refere ainda que a depressão *major* na infância (e adolescência) apresenta uma natureza duradoura e pervasiva, afecta variadas funções e causa significativos danos psicossociais. Conforme Matos (2001), a depressão manifesta-se e pode tornar-se num grave problema nas crianças em idade escolar.

Os estudos mais recentes demonstram que 2,5% das crianças e adolescentes passam por uma depressão (Miller, 2003). Clerget (2001) menciona que cerca de 2% das crianças desenvolvem uma depressão grave, sendo que este valor tem tendência para aumentar para 10% na adolescência.

Segundo Calderaro e Carvalho (2005) o ensino pré-escolar é um contexto que permite aos educadores identificar as mudanças e/ou alterações de comportamento e, conseqüentemente, sintomas depressivos uma vez que estes profissionais são quem acompanha diariamente as crianças.

Deste modo, todos estes factores ressaltam a importância da prevenção e do diagnóstico atempado da depressão infantil, pois sem a ajuda necessária os danos podem ter um impacto grave na vida da criança, comprometendo a sua auto-estima, o desempenho escolar e os relacionamentos pessoais. Assim, estando a escola consciencializada dos problemas que a depressão pode acarretar em crianças, principalmente, ao nível do desenvolvimento cognitivo e emocional, estes terão a possibilidade de dar um alerta precoce evitando maiores comprometimentos no repertório de comportamentos (Andriola & Cavalcante, 1999).

O **objectivo geral** desta acção de formação é possibilitar aos formandos a identificação de comportamentos disfuncionais na criança com depressão infantil. Pretendemos de igual modo transmitir um conjunto de conhecimentos acerca desta patologia/transtorno psiquiátrico, tendo como principal finalidade a prevenção e sinalização destes casos e o encaminhamento para um acompanhamento adequado. Esperamos levar os formandos a alcançar os seguintes aspectos:

Objectivos específicos

-
- Aumentar o nível de conhecimentos sobre a Depressão infantil;
 - Alertar para os factores de risco da perturbação;
 - Reconhecer as alterações de comportamento da criança com depressão;
 - Identificar os sinais e os sintomas da depressão na criança;
 - Facultar estratégias de prevenção e estratégias para lidar com crianças com depressão.
-

7.2.1. Descrição da formação

A acção de formação teve como população alvo a equipa pedagógica da valência Infanto-Juvenil, e foi realizada no dia 16 de Janeiro de 2010 com uma duração de 120 minutos. A formação foi ministrada pela estagiária, e participaram na sessão 17 elementos da equipa, tendo sido efectuado previamente o convite para estarem presentes. No Anexo XIII apresentamos o *Power-point* usado na sessão.

No que concerne à planificação da sessão (cf. Anexo XIV) esta foi organizada tendo em conta os objectivos a que nos propusemos. De forma sucinta, a sessão estruturou-se da seguinte forma: i) breve enquadramento ao tema e espaço para recolher informações junto dos participantes sobre os seus conhecimentos da temática da formação; ii) apresentação dos conteúdos relacionados com a depressão infantil (definição do conceito, sinais e sintomas da patologia em crianças, factores de risco, estratégias de prevenção); iii) criação de espaço para dinâmica de grupo com apresentação e discussão de dois casos práticos; iv) recurso a conteúdos audiovisuais (através de pequenos filmes que abordavam o tema da formação); e, por último v) aplicação do questionário com a finalidade de obter a avaliação dos participantes quer da acção de formação como do formador. No final, foram distribuídos folhetos informativos sobre a depressão infantil e o certificado de participação.

Em seguida, apresentamos a avaliação e os resultados da acção de formação.

7.2.2. Avaliação da formação

Para procedermos à avaliação da acção de formação elaboramos um questionário com objectivo avaliar a satisfação dos participantes quanto à formação. Este questionário contém uma avaliação do formador com vista a avaliar o seu desempenho. A pontuação para cada item do questionário variava numa escala de 0 e 5 (0-Não se aplica; 1- Nada Satisfatório; 2- Pouco Satisfatório; 3- Satisfatório; 4- Bastante Satisfatório) (cf. Anexo XV). Após a análise dos resultados obtidos no questionário de avaliação da formação podemos inferir os seguintes aspectos: as participantes consideraram o tema e o conteúdo da formação essenciais para a sua prática profissional porque é um problema muitas vezes “*banalizado, confundido e escondido*”; referiram que gostaram do modo como o tema como foi abordado e desenvolvido e que a

“*formação foi bastante positiva*”; quanto ao que menos gostaram apontaram para o facto da existência da depressão nas crianças; e, por último, sugeriram para próximas formações que a imagem do retroprojector fosse maior, e que seria pertinente abordar mais módulos sobre problemas/patologia infantil, como por exemplo, o medo nas crianças. Quanto à avaliação dos participantes sobre o desempenho da formadora a percentagem de respostas às questões encontra-se entre os 70% e 90%. Tendo por base estes resultados sobre a formação podemos afirmar que são positivos. No Anexo XVI apresentamos a descrição detalhada dos dados obtidos no questionário.

Em relação à participação do grupo podemos qualificá-la como positiva, os formandos demonstraram motivação e interesse pela temática, e estiveram sempre muito atentos em relação aos assuntos abordados ao longo da sessão. Importa acrescentar que a adesão de toda a equipa pedagógica à formação evidenciou o empenho destes profissionais.

Relativamente a uma apreciação ou à auto-avaliação, enquanto formadora, consideramos que houve um esforço para me sentir desinibida e o grupo ajudou nesse sentido. A possibilidade de dar uma formação foi uma experiência que permitiu conjugar a teoria com a prática contribuindo como um momento de aprendizagem para próximas acções.

Por fim, consideramos que a formação atingiu os objectivos propostos e teve o impacto desejado, uma vez que disponibilizamos informação aos participantes para alcançarem um conhecimento razoável sobre a depressão infantil. O nosso intuito consistiu que com esse conhecimento tivessem a oportunidade de colocar em prática algumas medidas que no seu contexto de trabalho beneficiarão as crianças.

8. Reflexão

Após uma avaliação crítica e global do estágio e das actividades realizadas no Centro Social, particularmente, na valência infanto-juvenil procederemos a algumas ilações sobre o mesmo.

Assim, o contacto inicial com a instituição decorreu como mera observadora de toda a dinâmica institucional sendo que cada instituição possui uma forma única de trabalho. Para compreendermos a dinâmica diária da valência propusemo-nos a realizar uma observação naturalista por cada sala do Jardim-de-Infância revelando-se uma experiência enriquecedora porque foi possível recolher muitos dados e informações. Desta observação salientamos como aspectos positivos que todas as actividades diárias, inclusive, as próprias rotinas apresentam uma ligação com conteúdos educacionais. Como fragilidades apontamos o facto de as crianças não terem apoio psicológico individualizado, pois foram detectadas situações diversificadas como problemas de comportamento, de aprendizagem, emocionais, entre outros. Esse apoio privilegiaria a criança num desenvolvimento saudável, atendendo às suas vontades, necessidades e dificuldades que precisam ser considerados, compreendidos e respeitados.

Relativamente às actividades de intervenção programadas, nomeadamente, intervenção em grupo e acção de formação do estágio no Centro Social podemos considerar que foram realizadas com sucesso tendo em conta todas as limitações e potencialidades que fomos descrevendo ao longo do relatório. No entanto, seguem-se algumas considerações sobre estas actividades: i) a intervenção em grupo consistiu no desenvolvimento de competências emocionais e a avaliação do programa permite-nos inferir que o balanço é positivo, por outro lado, consideramos que este grupo obtinha mais ganhos se o programa inclui-se mais competências (e.g., sociais, autocontrolo) e fosse prolongado durante o ano lectivo; ii) a acção de formação foi uma mais-valia para a equipa pedagógica, no entanto, beneficiariam mais se tivesse sido criado um módulo sobre Psicopatologia infantil. Um aspecto em falta na formação foi não termos avaliado os conhecimentos dos participantes sobre a temática antes e após a sessão. Além disto poderíamos ter dirigido a formação sobre *Depressão infantil* aos encarregados de educação ou cuidadores alertando-os para a existência desta perturbação na infância.

É de todo relevante frisar alguns pontos fortes e fracos sentidos no percurso do estágio nesta instituição. Neste sentido, como pontos fortes realçamos o relacionamento

interpessoal, o trabalho da equipa pedagógica é muito eficiente, as infra-estruturas são adaptadas às necessidades das crianças (e.g., casas de banho cadeiras/mesas da cantina), as salas estão divididas por cantinhos e o material é diversificado, o espaço envolvente é agradável e, sobretudo, a melhor qualidade existente na valência de Creche e Jardim-de-Infância é a condição humana e o profissionalismo. Como pontos fracos destacamos a inexistência de um Serviço de Psicologia, a falta de material de Psicologia, a impossibilidade de fazer o acompanhamento de casos clínicos, a entrada da estagiária na instituição próxima do final do ano lectivo, a pouca orientação no local estágio e, por último, o facto da valência Infante-Juvenil ser a única valência da instituição que não dispõe de um Serviço de Psicologia, não beneficiando com isso. Como ameaças /constrangimentos salientamos as dificuldades em organizar mais actividades de intervenção devido ao tempo limitado de estágio (e.g., palestras/formações para pais, equipa pedagógica). No exercício da prática profissional compreendemos que há uma diferença entre o que queríamos ter feito e o que é possível realizar. Por fim, como oportunidades ressaltamos a possibilidade de conhecer a dinâmica institucional, o desafio de trabalhar com crianças entre os 3-5 anos levando-nos a adaptar as actividades de grupo, e na construção de uma perspectiva sobre a acção ou o papel desempenhado pelo Psicólogo Clínico e da Saúde numa instituição de Educação Infantil.

Assim, no final deste percurso foi imprescindível o exercício de reflexão sobre a prática vivida pois permitiu fazer estas considerações e ter uma postura crítica face ao desempenho e às actividades realizadas de modo a melhorar a nossa actuação e transformar a prática profissional.

Em suma, a realização de estágio nesta instituição contribuiu positivamente para a formação da estagiária, proporcionou o desenvolvimento de habilidades necessárias na prática profissional, como a aquisição de conhecimentos e capacidades para enfrentar e ultrapassar as dificuldades na elaboração das tarefas e actividades, e na implementação e adopção de metodologias no trabalho realizado com os diferentes grupos.

Parte III

Conclusão

Parte III – Conclusão

Findado o percurso desta minha caminhada as palavras são limitadoras para descrever o quão importante foi para mim a experiência de estágio. Esta fase e todo o percurso realizado desde o início do curso ficam marcados por momentos diversos, pelas dificuldades e oportunidades, pela autonomia e confiança que alcancei, pelo crescimento que fui desenvolvendo ao longo deste tempo.

Na formação profissional, o estágio constitui um espaço crucial para aplicar e desenvolver conhecimentos no contacto com uma realidade concreta proporcionando o desenvolvimento da prática profissional. Assim, a realização do estágio curricular contribuiu para a construção da experiência profissional e para desenvolver competências práticas em contexto real de trabalho.

Neste sentido, o estágio foi uma experiência muito diversificada na medida em que frequentei diferentes instituições que possuem características próprias, cingindo-se pelos seus objectivos e políticas institucionais levando-os a comportarem dinâmicas de acção que vão de encontro a esses mesmos valores e normas estipuladas. A visão sobre cada realidade institucional – Centro Social de Ronfe e ULSAM, E.P.E. – levou-nos a adaptar a nossa forma de actuação e de intervenção não descurando as principais necessidades da população com quem trabalhamos. Contudo, o início do estágio fica marcado por dificuldades que despoletaram em mim alguma desmotivação e descontentamento. No entanto, a busca pela conquista de uma identidade pessoal e profissional e através de um forte sentimento de motivação foi possível ultrapassar todos os obstáculos e desenvolver este trabalho.

Ao longo do meu estágio desenvolvi diferentes concepções e significados de modo a articular a teoria com a prática, constituindo este um exercício rigoroso porque exige uma organização de todos os princípios teóricos aprendidos junto à prática. Inicialmente, somos invadidos por sentimentos de insegurança relacionados com a falta de experiência perante novas situações e, até mesmo, com a concretização das actividades estipuladas para o estágio. De forma gradual, fui-me sentindo mais confiante e autónoma na preparação e realização das actividades de intervenção.

Assim, o período de estágio como facilitador do processo de reflexão sobre as práticas permitiu-nos levantar algumas questões, nomeadamente, sobre o que somos, o que queremos ser e, principalmente, sobre o que não queremos ser e fazer enquanto profissionais da área da saúde. Deste modo, o estágio foi o momento mais apropriado para compreender aquilo que

precisava aprender para me aperfeiçoar, tornando-se possível identificar lacunas e falhas na base da minha formação, no entanto, aprendemos tirando benefício dos erros cometidos.

Para concluir, a experiência de estágio revelou-se a fusão entre um ciclo e o início de um novo pautado por uma maior responsabilidade e autonomia. O estágio permitiu-me uma vivência prática do conhecimento adquirido na formação acadêmica e contribuiu para o enriquecimento da minha formação profissional, possibilitando assim o desenvolvimento de diversas capacidades de modo a estar preparada para os desafios do mercado de trabalho que é muito exigente e está em constante transformação. Considero ainda que o curso de Psicologia e o estágio foram de extrema importância, constituindo estes o berço da minha experiência, ajudando-me a “*aprender a ser*” uma pessoa capaz de enfrentar situações insolúveis e reveses devido à profunda transformação pessoal e profissional.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. & Gomes, J. (2002). *Obesidade Infantil: As dificuldades da criança em relação à obediência de regras impostas por uma dieta alimentar*. Disponível online: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/OBESIDADE_INFANTIL.PDF [Acedido em 8 de Julho de 2011]
- Almeida, N. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia*, vol. 5, n.1, p. 34-39.
- Andriola, W. & Cavalcante, L. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, p. 419-428.
- Associação de Psiquiatria Americana (2002). *Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi.
- Bahls, S. (2002) Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. In *Jornal de Pediatria*, 78 (5), p. 359-66.
- Bahls, S. & Navolar, A. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. Disponível online: http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf [Acedido em 21 de Novembro de 2010]
- Barradas, A.; Rego, C.; Hasse, J.; Godinho, M. & Teixeira, M. (sd). *Actividades para o desenvolvimento de competências sócio-emocionais na transição para o 1º ciclo*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Barrio, V. (2005). La evaluación de la depresión en el niño y el adolescente In *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. Disponível online: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/64> [Acedido em 23 de Outubro de 2010]

- Calderaro, R. & Carvalho, C. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 2, p. 181-189. Disponível online: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a04.pdf> [Acedido em 18 de Junho de 2011]
- Câmara, P. (2005). *Depressão na infância e relações objectais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Centro Social e Paroquial de Ronfe (2009). Regulamento Interno. Ronfe.
- Clegert, S. (2001). *Não estejas triste meu filho: compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Ambar.
- Crujo, M. & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, p.576-582.
- Crusellas, L. & Alcobia, V. (2006). *Pré: Guia de Competências. Como promover o autocontrolo, a diferenciação emocional, a auto-estima e as competências sociais nas crianças pré-escolares*. Lisboa: Associação Prevenir.
- Dobson, K. & Block, L. (1988). *Bases teóricas e filosóficas das terapias cognitivo-comportamentais*. Disponível online: http://www.nelydecastro.com.br/publicacao/artigos/bases_teoricas_filosoficas_terapias_cog_comp_ort.pdf [Acedido em 14 de Junho de 2011]
- Ferreira, V. & Mousquer, D. (sd). Observação em Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia*, vol.2, n.1, p.54-61. Disponível online: <http://www.nead.uncnet.br/2009/revistas/psicologia/3/36.pdf> [Acedido em 11 de Novembro de 2010]
- Fonseca, M. (sd). O papel do psicólogo pediátrico. Disponível online: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a21.pdf> [Acedido em 26 de Outubro de 2010]
- Friedberg, R. & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Luiz, A.; Júnior, R. & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 2005, 10 (1), p. 35-39.

- Martin, D. & Boeck, K. (2002). *O que é a Inteligência Emocional*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Melo, R. (2002). *Baralhões: um baralho de emoções*. Lisboa: ARISCO - Instituição para a Promoção Social e da Saúde.
- Miller, J. (2003). *O livro de referência para a depressão infantil*. Brasil: M.Books.
- Moreira, P. (2004). *Ser Professor: Competências Básicas...3: Emoções positivas e regulação emocional, competências sociais e assertividade*. Porto: Porto Editora.
- Nakamura, E. & Santos, J. (2007). Depressão na infância: abordagem antropológica. In *Revista de Saúde Pública*, p. 1-8. Disponível on-line: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/ao-5092.pdf>. [Acedido em: 11 de Maio de 2009]
- Papalia, D.; Olds, S. & Feldman, R. (2007). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Rêgo, C. (2008). *Obesidade em idade pediátrica: marcadores clínicos e bioquímicos associados a comorbilidade*. Porto: Patrocínio de Abbot
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (XIV), p. 589-599.
- Silveira, K. & Grinfeld, S. (2004). Depressão Infantil: Um breve estudo. In *International Journal of Dentistry*, 3 (1), p. 312-323.
- Siraj, I. (2005). *Manual de Desenvolvimento Curricular para a Educação de Infância*. Texto Editores.
- Teixeira, M. (2010). *Estudo sobre a eficácia de um programa de inteligência emocional no auto-conceito de alunos 2º ciclo do ensino básico*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho (2009). Relatório e contas. Viana do Castelo.
- Vale, V. (2009). *Do tecer ao remendar: os fios da competência sócio-emocional*. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra.

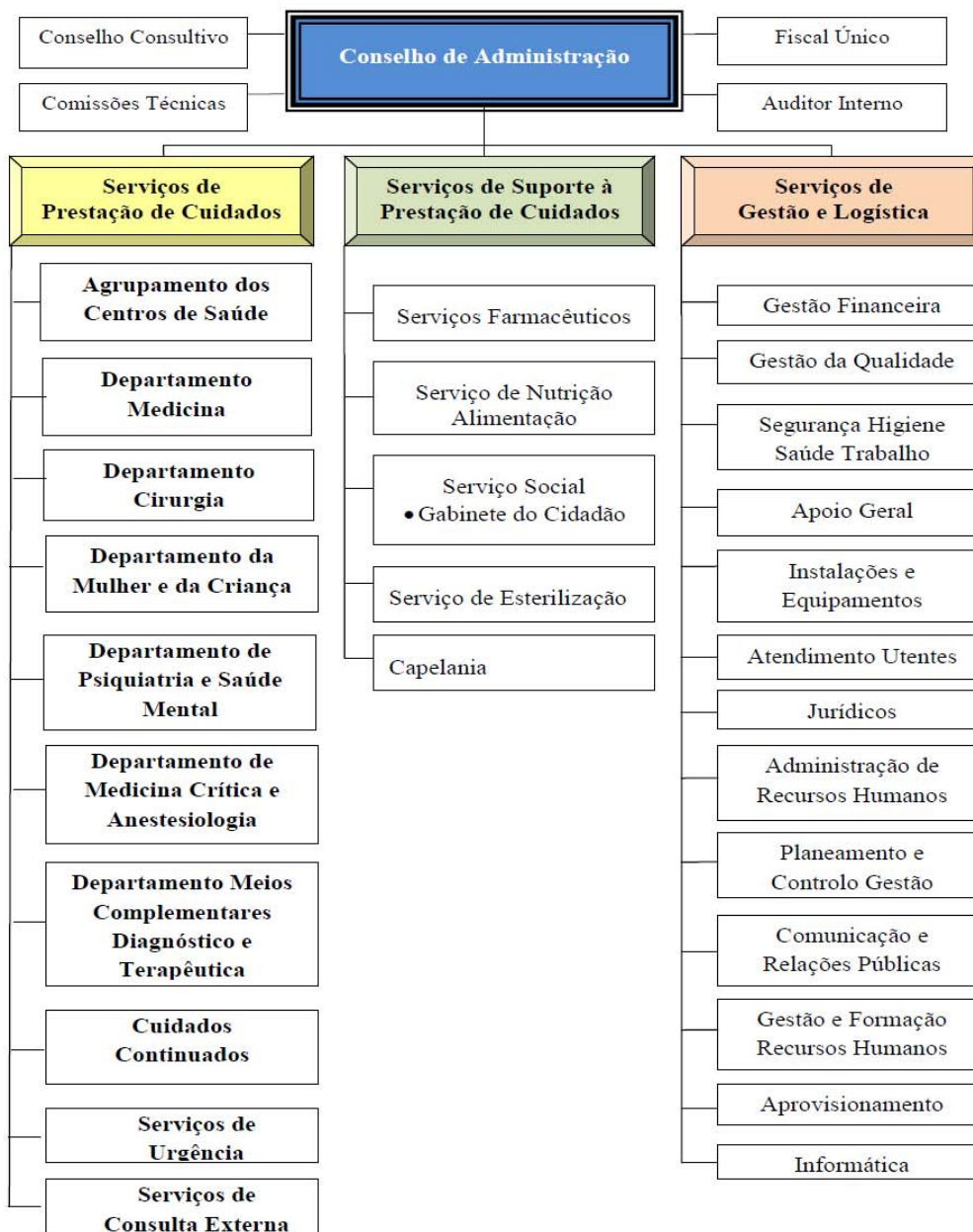
ANEXOS

Anexo I

Organigrama da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

ULSAM, E.P.E.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE



Anexo II

Observação de casos clínicos

CASO CLÍNICO n.1

Dados de Identificação	Nome: R. Sexo: Feminino Idade: 12 anos
Problema/Motivo da consulta	A R. apresenta dificuldades de atenção e alterações de comportamento.
Avaliação	Na consulta foi-lhe administrado uma WISC-III com a finalidade de avaliar a sua capacidade cognitiva.
Intervenção	A intervenção com a R. incidiu, essencialmente, na intervenção medicamentosa (Ritalina®) prescrita pela Pediatra do Desenvolvimento. A intervenção psicológica efectuou-se através da monitorização da evolução do paciente ao nível do comportamento, atenção/concentração, e das competências escolares.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	A R. nas consultas demonstra atitudes de indiferença e alguma provocação. O seu comportamento reveste-se, sobretudo, de falta de interesse pelo que lhe é transmitido na consulta. Deste modo, é bastante difícil uma aproximação com a paciente porque esta evita o contacto.

CASO CLÍNICO n.2

Dados de Identificação	Nome: T. Sexo: Feminino Idade: 7 anos
Problema/Motivo da consulta	A T. apresenta alterações de comportamento, após separação dos pais. Na escola demonstra falta de concentração, tendência para o isolamento, choro frequente, insónia (pesadelos).
Avaliação	A primeira consulta foi, essencialmente, exploração do pedido e recolha de dados através da Anamnese.
Intervenção	A intervenção não se realizou devido à desistência da paciente.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	<p>Na consulta, a T. não demonstrou sentimentos de tristeza ou apatia. Pelo contrário, a T. esteve sempre muito à vontade e interrompeu por várias vezes o discurso da mãe enquanto esta expunha a situação familiar à Psicóloga. A mãe da paciente evidenciou uma preocupação muito grande com estado psicológico da filha e o quanto a separação dos pais a tinha afectado. O facto é que o modo como esta mãe se refere ao ex-marido e à situação de divórcio demonstra que ainda se encontra bastante afectada com esse processo.</p> <p>No entanto, após a primeira consulta a T. faltou às consultas que foram sendo marcadas não sendo possível, deste modo, dar continuidade ao processo de avaliação e intervenção.</p>

CASO CLÍNICO n.3

Dados de Identificação	Nome: F. Sexo: Feminino Idade: 11 anos
Problema/Motivo da consulta	A F. foi à consulta para uma reavaliação por apresentar dificuldades de concentração/atenção.
Avaliação	Na consulta foi-lhe administrado uma WISC-III com a finalidade de avaliar a sua capacidade cognitiva.
Intervenção	A intervenção neste caso incidiu, sobretudo, numa intervenção medicamentosa (psicofármacos). De modo a avaliar os efeitos do fármaco a paciente foi acompanhada em consultas de monitorização.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Na primeira consulta, a F. demonstrou alguma imaturidade para a idade, embora colaborasse com as tarefas incutidas na avaliação formal. As consultas de monitorização permitiram apurar a evolução da paciente, melhorou comportamento na escola e em casa, e segundo a mãe, é mais responsável e preocupada com a escola, aspecto que anteriormente descurava.

CASO CLÍNICO n.4

Dados de Identificação	Nome: J. Sexo: Feminino Idade: 6 anos
Problema/Motivo da consulta	A J. foi à consulta por apresentar dificuldades escolares segundo as informações dadas pela Professora à mãe.
Avaliação	Nas consultas foi-lhe administrado uma Anamnese, Desenho da Família (Corman), foi realizada avaliação da leitura (através de um poema) e da escrita (letras do abecedário) e avaliação cognitiva com a WISC-III. Os resultados da avaliação demonstraram que a J. tem um nível de desenvolvimento esperado de acordo com o seu grupo etário.
Intervenção	A intervenção foi realizada através de consultas de monitorização com a finalidade de acompanhar o comportamento em casa e na escola, assim como os resultados escolares.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Nas consultas a J. demonstrou sempre interesse pelas actividades e participou com empenho.

CASO CLÍNICO n.5

Dados de Identificação	Nome: P. Sexo: Masculino Idade: 6 anos
Problema/Motivo da consulta	O P. foi à consulta por suspeita de Hiperactividade. A Professora queixava-se do seu comportamento à mãe.
Avaliação	Nas consultas foi realizada avaliação cognitiva com a WISC-III e ainda avaliação da leitura e da escrita através de um texto e de um ditado de palavras.
Intervenção	Tendo em conta os resultados da avaliação, considerou-se realizar uma intervenção medicamentosa (pela médica Pediatra). Para avaliar os efeitos do fármaco o paciente continuou a ser acompanhado em consultas de monitorização.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Nas consultas o P. esteve sempre disponível para participar em todas as tarefas da avaliação. Em contexto de consulta o seu comportamento de agitação não era muito patente.

CASO CLÍNICO n.6

Dados de Identificação	Nome: J.L. Sexo: Masculino Idade: 5 anos
Problema/Motivo da consulta	O J.L. foi encaminhado para o Serviço de Psicologia a pedido da Terapeuta da Fala que o acompanhava nas suas consultas. Em tempos o J.L. teve enurese nocturna.
Avaliação	Nas consultas foi-lhe administrado uma WPPSI-R com a finalidade de avaliar a sua capacidade cognitiva.
Intervenção	Não foi possível acompanhar o processo de intervenção devido à incompatibilidade de horários.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	O J.L. teve muitas dificuldades em participar na avaliação. Inicialmente, colaborou com as actividades mas, de repente, o seu comportamento alterou-se completamente, sendo mesmo necessário chamar a mãe para estar presente na consulta. A sua falta de motivação era evidente pois quando questionado respondia “não sei”.

CASO CLÍNICO n.7

Dados de Identificação	Nome: L. Sexo: Masculino Idade: 5 anos
Problema/Motivo da consulta	O L. foi encaminhado para o Serviço de Psicologia pela Pedopsiquiatria.
Avaliação e resultados obtidos	Na consulta foi-lhe administrado uma WPPSI-R com a finalidade de avaliar a sua capacidade cognitiva. Os resultados da avaliação revelaram que L. apresenta muitas dificuldades tanto na escala de realização como na verbal.
Intervenção	Não foi possível acompanhar o processo de intervenção devido à incompatibilidade de horários.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	O L. colaborou com a avaliação, no entanto, demonstrou pouco interesse pelas actividades.

CASO CLÍNICO n.8

Dados de Identificação	Nome: A. Sexo: Feminino Idade: 8 anos
Problema/Motivo da consulta	A A. foi à consulta por apresentar dificuldades relacionais com os colegas da escola.
Avaliação e resultados obtidos	Na consulta foi administrado a Anamnese e o Desenho da Família (Corman).
Intervenção	O objectivo da intervenção foi trabalhar com a paciente estratégias de autocontrolo, de comunicação e diferenciação emocional. Inicialmente, começamos com a “História do Lupinhas – Zangado”, fizemos o reforço de condutas positivas com os colegas da escola e, no final, aplicamos e ensinamos técnicas de respiração diafragmática.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Durante as consultas a A. manteve-se sempre atenta a tudo o que foi dito e esteve sempre calma, colaborando com as actividades propostas. No entanto, houve desistência da paciente, não sendo possível dar continuidade à intervenção.

CASO CLÍNICO n.9

Dados de Identificação	Nome: F. X. Sexo: Masculino Idade: 6 anos
Problema/Motivo da consulta	Consulta de monitorização. É acompanhado em consultas de Psicologia desde 2009 devido ao mau comportamento e impulsividade.
Avaliação	A avaliação (WISC-III) efectuada ao paciente em 2009 revelou muitas dificuldades de permanência na tarefa e baixa concentração. Demonstrou instabilidade psicomotora e impulsividade. A avaliação cognitiva indicou um desenvolvimento intelectual médio baixo.
Intervenção	A intervenção com o paciente incidiu, sobretudo, na intervenção medicamentosa devido ao diagnóstico de Hiperactividade. É acompanhado em consultas de monitorização.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Durante a consulta o F. X. teve sempre muito irrequieto, fazia imensas perguntas e falava imenso, e não conseguia permanecer no seu lugar.

CASO CLÍNICO n.10

Dados de Identificação	Nome: P. A. Sexo: Masculino Idade: 10 anos
Problema/Motivo da consulta	O P.A. veio à consulta por apresentar problemas de comportamento, sobretudo, na escola.
Avaliação e resultados obtidos	Na consulta foi administrado uma Anamnese, o questionário Zelazosca, a WISC-III, uma ficha “Quem sou eu?”. A avaliação formal indica que o P.A. apresenta bastantes dificuldades de atenção/concentração.
Intervenção	Ao nível da intervenção, foram utilizadas estratégias para lidar com o medo com base no livro “ <i>Pôr o medo a Fugir</i> ” de Miguel Gonçalves (1. Desobedecer ao medo; 2. Relaxar (técnica de relaxamento e respiração diafragmática; 3. Ter outros pensamentos)
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Durante a exploração do pedido o P.A. manteve-se bastante calmo e tranquilo. Porém, na avaliação demonstrou uma certa impulsividade e insegurança nas respostas.

CASO CLÍNICO n.11

Dados de Identificação	Nome: J. M. Sexo: Masculino Idade: 15 anos
Problema/Motivo da consulta	Consulta de monitorização. O J.M., nos últimos tempos, tem apresentado problemas de comportamento.
Avaliação	A avaliação do caso clínico foi realizada em 2009 (Anamnese e WISC-III).
Intervenção	O paciente foi alvo intervenção medicamentosa pela Pediatra do Desenvolvimento. A nível de intervenção psicológica foi necessário realizar com o paciente e com mãe. No paciente a intervenção consistiu no ensino de competências de auto-instrução e de resolução de problemas interpessoais. Com a mãe a intervenção incidiu no aconselhamento para a aplicação de estratégias e de regras.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Na consulta o J.M. demonstrou um comportamento e atitudes pouco próprias, tais como, respondia mal e com agressividade quer para a Psicóloga como para a mãe. O paciente tem um mau ambiente familiar, evidenciando isso no modo como interage com a mãe e como faz referência ao pai (o qual tem comportamentos aditivos).

CASO CLÍNICO n.12

Dados de Identificação	Nome: F. R. Sexo: Masculino Idade: 8 anos
Problema/Motivo da consulta	O F.R. apresenta dificuldades escolares, falta de atenção/concentração. É bastante inseguro e pouco autónomo.
Avaliação	Nas consultas foi administrado a Anamnese e a WISC-III. Também foi realizada avaliação da leitura e da escrita (história da Oriana – livro do 3ºano) e um ditado de palavras.
Intervenção	O F.R. foi alvo intervenção medicamentosa pela Pediatra do Desenvolvimento. De modo a acompanhar a evolução do paciente continuará a ser seguido em consultas de monitorização. Estas consultas tem como finalidade promover autonomia, auto-estima e acompanhar os resultados escolares.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	O F.R. nas consultas manteve-se sempre muito calmo e disponível para participar na avaliação e actividades propostas.

CASO CLÍNICO n.13

Dados de Identificação	Nome: B. Sexo: Masculino Idade: 9 anos
Problema/Motivo da consulta	O B. foi encaminhado para uma reavaliação. A 1ª consulta realizada foi em 2007 por apresentar dificuldades escolares.
Avaliação	Na consulta de modo a avaliar o desenvolvimento intelectual do B. foi feita uma reavaliação através WISC-III.
Intervenção	Tendo em conta os resultados da avaliação formal, o paciente continuará a ser seguido em consultas de monitorização.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	O B. na consulta colaborou com a avaliação formal. Em relação à avaliação efectuada em 2007, nesta última avaliação B. demonstra melhorias ao nível das capacidades globais, no entanto, revela ainda dificuldades em diversas áreas, com especial destaque, na memória.

CASO CLÍNICO n.14

Dados de Identificação	Nome: H. Sexo: Masculino Idade: 17 anos
Problema/Motivo da consulta	O H. apresenta comportamentos de risco e desmotivação em relação à escola.
Avaliação	Na consulta explorou-se alguns aspectos, nomeadamente, o motivo da consulta, o consumo de substâncias (e.g., quando começou, em que situação, a frequência desse consumo), o ambiente familiar, e a desmotivação em relação à escola. Foi também administrado a Anamnese.
Intervenção	A intervenção com o H. foi no sentido de o alertar (e não condenar) para o uso de substâncias, sensibilizando-o para as causas e consequências desse consumo. Ao nível escolar foi realizada uma orientação relativamente aos estudos e à importância de dar continuidade, assim como uma exploração de áreas de interesse e, conseqüentemente, informações sobre cursos profissionais e do ensino superior.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Durante as consultas o H. demonstrou, de facto, alguma falta de motivação para dar continuidade aos estudos e desorientação em algumas decisões a tomar. É bastante tranquilo e demonstrou interesse em toda a informação que lhe foi facultada. Importa acrescentar que o H. tem um ambiente familiar pouco estruturado, e é notório a falta de apoio por parte da família (pais).

CASO CLÍNICO n.15

Dados de Identificação	Nome: P.M. Sexo: Masculino Idade: 9 anos
Problema/Motivo da consulta	O P. M. foi encaminhado para uma reavaliação por apresentar dificuldades de aprendizagem.
Avaliação	Para avaliar as dificuldades do P.M. foi realizada uma avaliação da leitura e da escrita: história da Oriana – livro do 3ºano e um ditado de palavras.
Intervenção	Não foi possível acompanhar a fase de intervenção, uma vez que o processo clínico iniciou-se no final do estágio.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Nas consultas o P. M. esteve tranquilo, participativo e muito afável. O seu esforço foi sempre notório nas tarefas e nas actividades propostas.

CASO CLÍNICO n.16

Dados de Identificação	Nome: T.S. Sexo: Masculino Idade: 9 anos
Problema/Motivo da consulta	O pedido da consulta surgiu em consequência das dificuldades ao nível da leitura e da escrita apresentadas pelo paciente.
Avaliação	A avaliação formal incidiu sobre a leitura e a escrita. Na avaliação da leitura a tarefa consistiu em leitura silenciosa e, posteriormente, leitura em voz alta e resposta às perguntas do texto. A avaliação da escrita foi efectuada através de um ditado de palavras.
Intervenção	Não foi possível acompanhar a fase intervenção, uma vez que o processo clínico iniciou-se no final do estágio.
Anotações/Observação (Comportamento durante a consulta)	Durante as consultas o T.S. manteve-se tranquilo e participou com interesse nas actividades e na avaliação.

Anexo III

Descrição sumária do Caso clínico B, C e D

Caso B

Nº de sessões: 10

Dados de identificação

O D. tem 11 anos de idade, é do sexo masculino e, actualmente, frequenta o 6º ano de escolaridade. O paciente vive com o pai (45 anos), a mãe (47) e com a irmã (17 anos). O pai do D. ausenta-se do país durante cerca de 6 meses para trabalhar.

Motivo do pedido

O pedido de acompanhamento e/ou reavaliação para o D. surgiu pelos pais, uma vez que este voltou a ter alguns medos, motivo pelo qual, não quer dormir sozinho, tem dificuldades em estar sozinho em casa, assustando-se com muita frequência e com pequenos ruídos.

Influências do desenvolvimento (Anamnese¹)

De acordo com a mãe, a gravidez de D. foi planeada e correu bem. No entanto, a mãe referiu que ao longo da gravidez andou “*muito nervosa*”, pois na altura o marido estava no Canadá e ela estava sozinha mais a filha. O parto foi Distócico (cesariana) e decorreu tudo com normalidade, sendo D. um bebé saudável. A mãe amamentou-o até aos 10 meses, e depois usou biberão até aos seis anos. A nível linguístico, motor e dos esfíncteres o paciente teve um bom desenvolvimento de acordo com a faixa etária. Em relação à autonomia, o D. tinha dificuldades em adormecer sozinho, daí que fosse necessário pedir aos pais que ficassem com ele até adormecer.

O D. ficou aos cuidados da mãe nos primeiros meses, e depois até aos 4 anos com a avó materna. Entretanto, ingressou no Jardim de Infância e, mais tarde, no Primeiro Ciclo sendo que a adaptação em ambos decorreu sem dificuldades.

Relativamente à história clínica, a mãe refere que D. sempre foi uma criança saudável.

¹ As informações da Anamnese foram recolhidas pela Dra. Ângela Pontes, uma vez que o paciente teve acompanhamento psicológico anteriormente.

História do problema actual

Em Novembro de 2006, a pedido realizado pela médica assistente, o D. começou a ter acompanhamento psicológico por apresentar uma série de comportamentos estranhos e alguns medos.

De acordo com a informação dos pais, estes comportamentos do D. surgiram na sequência da visualização do filme “*Paixão de Cristo*”. Segundo a mãe, o D. manifestava grande interesse em assistir a este filme e, após vários pedidos, a tia do D. concedeu-lhe essa possibilidade. Todavia, esta situação teve um impacto inesperado sobre o D. que começou a demonstrar medos depois de ter assistido ao filme.

A mãe refere ainda que o D. começou a recusar ir à sala na casa da avó porque na estante estava o DVD com filme. Por sua vez, na sua casa tem dificuldades em estar sozinho e dormir no seu quarto. Além destas situações, surgiram episódios que pareciam rituais compulsivos, como mudar três vezes o canal da TV, ligar/desligar a luz três vezes, descer/subir as escadas três vezes, entre outras.

Em relação ao contexto escolar, a Professora sentiu mudanças e reuniu com a mãe de D. para a informar que o filho teve alterações significativas nas últimas fichas de avaliação. Nessa reunião a Professora relatou que o D. mantinha comportamentos desadequados, tais como, repetição de palavras, as suas respostas eram fora de contexto, respondendo constantemente “Desculpe” e “Tchau”. Tendo em conta que o D. era bom aluno a Professora questionou a mãe se estes comportamentos estariam relacionados com a operação da tia do D. devido à proximidade entre eles, no entanto, a mãe referiu que na sua opinião não havia qualquer ligação ao estado de saúde dessa tia.

Avaliação psicológica e Diagnóstico

- **Entrevista de Anamnese:** aos pais para recolha de informações pertinentes sobre o paciente.
- **Questionário de Ansiedade Estado/Traço para crianças (STAIC C2 - Spielberg *et al.*, 1973 traduzido por Dias & Gonçalves, 1999).** Neste questionário obteve uma nota T55 o que demonstra a existência de sintomatologia ansiogénica. Apresenta *scores* mais elevados em afirmações relacionadas com a *performance* escolar, preocupação com os pais, e com os medos. Contudo, estes valores não são clinicamente significativos.
- **Questionário de Avaliação de diferentes categorias de medos (FSSC-R – Ollendick, 1978 traduzido por Dias & Gonçalves, 1999).** Neste questionário

obteve as seguintes notas F1=T64, F2=T61, F3=T63, F4=T55, F5=T66. Estes resultados são clinicamente significativos nas categorias F1 (Medo de falhar e da crítica), F3 (Medo do desconhecido) e F5 (Medos relacionados com actos médicos).

Tendo por base os resultados obtidos no STAIC C2 e no FSSC-R foi possível constatar a presença de sintomatologia de **300.02 Perturbação de Ansiedade Generalizada [F41.1]** e de **300.29 Fobia Específica [F40.2]**.

Na **Perturbação de Ansiedade Generalizada** estão presentes os seguintes sintomas: “dificuldade em controlar a preocupação” e “ansiedade e preocupação associadas: (1) agitação, nervosismo ou tensão interior; (5) tensão muscular” (DSM-IV TR, 2002: 476), no entanto, não preenche os critérios de diagnóstico para a perturbação.

Quanto à **Fobia Específica** está presente a seguinte sintomatologia: “medo acentuado e persistente que é excessivo ou irracional, desencadeado por antecipação de um objecto ou situação específica”; “a exposição ao estímulo fóbico provoca uma resposta ansiosa imediata” e “a situação fóbica é evitada/enfrentada com intensa ansiedade e mal-estar”. Apesar da presença destes sintomas, o paciente não preenche todos os critérios de diagnóstico (DSM-IV TR, 2002: 443).

Conceptualização do caso clínico

Os medos são considerados marcadores do desenvolvimento da criança e funcionam como tarefas desenvolvimentais. Quando a criança não ultrapassa essa tarefa surgem entraves na sua autonomia, auto-conceito e desenvolvimento emocional. O medo surge através da avaliação que a criança faz sobre o perigo circundante a si ou é provocado por um acontecimento interpretado como assustador (Papalia, Olds & Feldman, 2007).

No caso clínico em análise podemos considerar como factor precipitante a exposição a um acontecimento stressante que desencadeou uma reacção adversa. Deste modo, a visualização do filme “*Paixão de Cristo*” teve um impacto sobre a criança o nível do psicológico e emocional, daí os comportamentos atípicos e, consequentemente, o medo, a ansiedade e a insegurança.

Ao nível dos antecedentes familiares, a mãe demonstra ser insegurança e o facto de o marido não estar sempre presente contribui para aumentar a fragilidade desta mãe em relação à educação dos filhos. Neste sentido, a manutenção do problema é,

sobretudo, a superprotecção dos pais com o D., a falta de congruência nas práticas educativas entre mãe, avó e tia, e a ansiedade da mãe face ao problema do filho.

Objectivos de intervenção

- Procurar estabelecer uma empatia com o D. de modo que este sinta confiança no terapeuta permitindo-lhe falar acerca dos seus problemas/receios/medos.
- Promover a auto-confiança do D. de forma a aumentar a sua autonomia e auto-eficácia.
- Reflectir sobre a natureza universal do medo.
- Demonstrar ao D. que todas as pessoas tem medos distintos e qual a função do medo na nossa vida, incentivando-o a enfrentar os medos para os conseguir minimizar e/ou eliminar.
- Identificar e desmistificar os medos do paciente.

Estratégias de intervenção

- Utilização do livro *“Pôr o medo a fugir: As aventuras da Joana contra o medo”* focando as principais técnicas para enfrentar o medo *“1º Desobedecer devagarinho, 2º Fazer relaxamento ou acalmar-se, 3º Ter outros pensamentos”* (Gonçalves, 2005).
- Utilização de um registo comportamental (registo diário sobre os medos).
- Utilização de técnicas de relaxamento para o controlo de ansiedade.
- Realização de pedido de colaboração ao Serviço de Pedopsiquiatria.

Estado actual

Inicialmente, o D. apresentava-se nas consultas muito tímido, com uma postura curvada, não direccionava o olhar para o terapeuta e falava muito pouco. Na fase final da intervenção o D. estava mais desinibido, a sua postura alterou-se significativamente.

Com base no registo comportamental, nas últimas semanas, o D. já conseguia ultrapassar alguns dos seus medos. De acordo com a avaliação realizada à mãe do paciente este progrediu e melhorou bastante desde que iniciou o processo terapêutico. Segundo a mãe, o D. já consegue ficar em casa sozinho, dormir sozinho, de um modo geral, estava mais calmo. No entanto, ainda é vulnerável a imagens que possam ser mais susceptíveis de desencadear reacções adversas, uma vez que o D. é muito vulnerável.

Após a finalização do processo, o D. continuará a ser acompanhado em consultas de Psicologia para monitorização. A consulta de Pedopsiquiatria somente se realizará a meados de Outubro do presente ano e o *feedback* dessa avaliação será transmitido à Psicóloga.

Dados de identificação

O R.M. tem 11 anos de idade, é do sexo masculino e, actualmente, frequenta o 5º ano de escolaridade. O paciente vive com o pai (30 anos), a mãe (29), com o irmão (6 anos) e a avó materna (55 anos).

Motivo do pedido

O paciente foi encaminhado para reavaliação pela Pediatra do Desenvolvimento por queixas de mau comportamento na escola, mencionando que o R.M. é pouco empenhado, distraído e desorganizado. Teve negativas a quase todas as disciplinas, sendo necessário integra-lo num Plano de Recuperação.

Influências do desenvolvimento (Anamnese²)

Segundo a mãe, a gravidez não foi planeada e esteve de repouso praticamente toda a gravidez. O parto foi Distócico (cesariana) e correu bem, sendo R.M. um bebé que nasceu saudável. A mãe amamentou-o somente 8 dias, e depois usou biberão até aos cinco anos (mas só à noite). A nível linguístico, segundo a avó, começou a falar “*um bocado tarde*”; a nível motor, o paciente necessitou de apoio especializado, tendo sido acompanhado em consultas de Psicomotricidade, pois “*não se sentava, nem gatinhava*” (sic avó). O controlo dos esfíncteres deu-se aos três anos, mas apenas no período diurno. Actualmente, o paciente ainda não tem controlo dos esfíncteres no período nocturno e durante o dia tem, por vezes, algumas perdas de fluxo urinário.

Em relação à autonomia, o R.M. teve algumas dificuldades em ser autónomo mas, actualmente, já conseguiu superar essas mesmas dificuldades.

O R.M ficou aos cuidados da avó materna até aos três anos. Seguidamente, ingressou no Jardim de Infância sendo a adaptação difícil no início uma vez que o R.M. não se relacionava com as outras crianças. Essa dificuldade foi superada mais tarde. Com seis anos iniciou o Primeiro Ciclo e a adaptação decorreu bem. Relativamente ao rendimento escolar, o R.M. tinha dificuldades na leitura e na escrita.

² As informações da Anamnese foram recolhidas pela Dra. Ângela Pontes, uma vez que o paciente teve acompanhamento psicológico anteriormente.

Relativamente à história clínica, o R.M. foi operado à cabeça, foi encaminhado para consultas de ORL (Otorrinolaringologia), e em Abril de 2010 iniciou Metilfenidato. Além destes fármacos o paciente está medicado com Minocin³.

História do problema actual

De acordo com a mãe, o R.M. sempre apresentou dificuldades na escola. Enquanto frequentava o Jardim-de-Infância a Educadora por considerar que a criança não compreendia a informação transmitida enviou um relatório para a Pediatra do Desenvolvimento. No primeiro ciclo, a Professora do 1ºano achava que o R.M. só estava ligeiramente atrasado na leitura e, anos posteriores, apresentou dificuldades em relação à escrita.

Em relação ao mau comportamento, tanto a mãe como a avó referem que o R.M. é desobediente, não responde nem fala quando lhe pedem. A avó acrescenta que ele é muito teimoso e que a ausência do pai se reflecte nas suas alterações de comportamento.

O paciente apresenta ainda problemas de enurese quer nocturna como diurna (mais ocasional). O R.M., segundo a mãe, nunca teve controlo da micção durante o período nocturno e, por este motivo, é ainda acompanhado em consultas médicas e medicado para o efeito. Contudo, a medicação ainda não produz o resultado desejado. Importa salientar que o paciente fez exames físicos que revelaram ausência de causa orgânica. Porém, a avó tem opinião peculiar mencionando que o problema de enurese não é constrangedor para o R.M.

Importa acrescentar algumas informações significativas da família do paciente, nomeadamente, que passaram por problemas financeiros e o pai teve que ir trabalhar para Espanha, por sua vez, a mãe teve uma depressão no final de 2009. É notório que esta mãe ainda se encontra bastante fragilizada devido às dificuldades que tiveram de enfrentar, uma vez que apresenta choro fácil quando abordamos essa questão.

Avaliação psicológica e Diagnóstico

- **Entrevista de Anamnese** à mãe e avó materna para recolha de informações pertinentes sobre o paciente.
- **Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)**. Foi utilizada como instrumento de apoio para avaliar a capacidade cognitiva, uma vez que o

³ Relativamente aos fármacos referidos, o paciente não faz a ingestão dos mesmos com a regularidade prescrita pelo médico.

R.M. tem dificuldades escolares. Esta prova permite-nos identificar os pontos fortes e fracos e, posteriormente, fazer aconselhamento pedagógico de modo a minimizar as dificuldades reveladas. Os resultados da reavaliação cognitiva obtidos nesta escala são **QI – 75 (QIV- 67; QIR- 90)**. Estes resultados indicam um desenvolvimento intelectual global abaixo da média face aos parâmetros normativos estabelecidos para a sua faixa etária. A discrepância entre o $QIV < QIR$ levam-nos a realizar a seguinte análise: o QI Verbal (é determinado pela inteligência cristalizada) adquire-se através das aprendizagens culturais e escolares; e o QI Realização (é influenciado pela inteligência fluida) inclui factores de ordem espacial, temporal e prático. Assim, a interpretação dos resultados indicam-nos que o R.M. na parte de realização tem rapidez de execução nas tarefas e adaptação a estímulos ou a novas situações. Por sua vez, na parte verbal apresenta um défice significativo ao nível dos conhecimentos adquiridos e da capacidade linguística.

Tendo em conta os resultados da avaliação foi possível constatar a presença de **314.00 Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção [98.8]** e **307.6 Enurese [F98.0]**.

Na **Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção** estão presentes os seguintes sintomas: “falta de atenção, e.g., dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades, parece não ouvir quando se lhe fala directamente, distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”; “os sintomas estão presentes em casa e na escola”. (DSM-IV TR, 2002: 92). Todavia, não preenche todos critérios de diagnóstico para esta perturbação.

No que concerne à **Enurese** o paciente preenche todos os critérios de diagnóstico para a perturbação, dos quais passamos a especificar: “emissão repetida da urina na cama ou nas roupas”; o comportamento é clinicamente significativo, manifestando-se com uma frequência de dois episódios semanais (...) défice social ou académico”; “o comportamento não é devido exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância” (DSM-IV TR, 2002: 121).

Conceptualização do caso clínico

A enurese é uma disfunção urinária que ocorre durante o sono, pelo menos duas vezes por semana em crianças com idade superior a cinco anos. Essa falta de controlo urinário provoca *stress* e prejudica o processo de socialização da criança, contribuindo ainda para diminuição da auto-estima e autonomia. Esta situação afecta o normal funcionamento da criança na escola e em várias rotinas ou actividades diárias (Papalia, Olds & Feldman, 2007).

O presente caso clínico permite-nos elaborar uma linha de análise. Assim, quanto a possíveis antecedentes familiares a avó referiu que tios do R.M. tiveram até à adolescência problemas de enurese nocturna. Como factores precipitantes destacamos um ambiente familiar pouco estruturado, acontecimentos de vida (tais como, dificuldades financeiras), a ausência do pai e o problema de saúde da mãe. Para a manutenção do problema contribui a falta de regras parentais, a baixa autonomia e auto-estima, a insegurança da criança.

Objectivos de intervenção

- No presente caso clínico estabeleceram-se prioridades tendo em conta o limite de tempo para intervenção. Assim, o objectivo principal da intervenção consistiu em promover na criança um padrão de funcionamento mais adaptativo, funcional e com menos prejuízos interpessoais.

Estratégias de intervenção

- Ao nível da intervenção com o paciente foram utilizadas, sobretudo, estratégias de reeducação, tais como: treino de retenção da urina, interrupção do fluxo urinário, restrições alimentares/hídrica.
- Introdução de um registo comportamental (registo diário para enurese).
- Promover o envolvimento dos pais e/ou avó materna, dando-lhes indicações de estratégias a adoptar em casa.

Estado actual

Na fase final da intervenção o R.M. ainda mantinha episódios de enurese nocturna. O paciente referiu, contudo, que cumpria com as recomendações e estratégias

abordadas nas consultas. Por sua vez, houve uma evolução visto que não tem ocorrido episódios de enurese diurna, embora estes acontecessem de forma ocasional/espórádica.

Deste modo, o R.M. não conseguiu eliminar o problema da enurese, no nosso parecer, devido à falta de motivação por parte dos cuidadores em cumprir as nossas recomendações (e.g., acordar a criança para urinar durante o período nocturno) e pela falta de encorajamento da criança.

Por estes motivos, o paciente continuará a ser seguido em consultas de Psicologia com o objectivo de dar continuidade ao processo de intervenção.

Síntese do Caso D

Nº de sessões: 6

Dados de identificação

O R. tem 7 anos de idade, é do sexo masculino e, actualmente, frequenta o 2º ano do Primeiro Ciclo. O paciente vive com o pai (46 anos), a mãe (42), o irmão (20 anos), a irmã (14 anos), a avó paterna (92 anos) e a tia paterna (50 anos).

Motivo do pedido

O paciente foi encaminhado para consulta de Psicologia pela Pediatra por apresentar dificuldades de aprendizagem. Actualmente, frequenta o 2ºano do Primeiro Ciclo e tem 7h de apoio/semana. É bastante imaturo e só quer brincar (sic mãe).

Influências do desenvolvimento (Anamnese)

Conforme as informações obtidas pela mãe, a gravidez “foi por um acaso, o meu marido não queria” (sic mãe), mas decorreu normalmente. O parto foi Eutócico natural e correu bem, sendo o R. um bebé saudável e robusto. A mãe amamentou-o durante 6 meses, e depois usou biberão mas “pouco tempo” (sic mãe). A nível linguístico, motor e dos esfíncteres o R. teve um desenvolvimento esperado de acordo com cada faixa etária. No que concerne à sua à autonomia, o R. ainda necessita de ajuda para tomar banho, para se vestir/despir, e não participa em tarefas domésticas.

Em relação à primeira infância, o R. nos primeiros meses ficou aos cuidados da avó materna e, entretanto, aos três anos ingressou no Jardim de Infância. Segundo a mãe, a integração foi difícil, “chorava muito”, e a Educadora considerava que o R. era muito imaturo para iniciar o 1º CEB. Quando iniciou o Primeiro Ciclo a adaptação foi complicada pois o R. reagiu muito mal às tarefas e obrigações escolares.

Em relação à história clínica, o R. tem asma e, além deste problema de saúde o paciente não apresenta outros apoios especializados. De salientar, que o paciente tem antecedentes familiares com asma (avós paternos).

História do problema actual

Segundo a mãe, o R. teve dificuldades de adaptação à escola devido, sobretudo, às responsabilidades que a escola exige, como fazer os trabalhos de casa. Esta falta de

preparação e de autonomia em relação à tomada de responsabilidade sobre determinadas tarefas tornou o R. mais nervoso desde que começou a frequentar a escola.

No período em que frequentou o Jardim-de-infância a Educadora relatou à mãe que o R. era muito imaturo para transitar para o Primeiro Ciclo, no entanto, não abordou a condição da criança ficar mais um ano no Jardim.

Aquando da frequência no Primeiro Ciclo o R. teve, portanto, bastantes dificuldades em adaptar-se assim como em relação às primeiras aprendizagens. A mãe narra que R. tinha muitas dificuldades ao nível da leitura e da escrita, mas era bom na disciplina de matemática. Contudo, transitou sempre de ano, apesar dos entraves que sentiu face à aprendizagem.

Actualmente, manifesta ainda problemas em relação à escola e às aprendizagens. Demonstra ser pouco persistente e quer terminar rápido as tarefas. A Professora relata que o R. é muito conversador e distrai-se com muita facilidade. Por sua vez, a mãe refere que o R. é muito preguiçoso para fazer os trabalhos de casa, “*é um castigo*”, e somente os realiza pelo incentivo constante e apoio da mãe nessas tarefas.

Avaliação psicológica e Diagnóstico

- **Entrevista de Anamnese** à mãe para recolha de informações pertinentes sobre o paciente.
- **Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)**. Foi utilizada como instrumento de apoio para avaliar a capacidade cognitiva. Esta prova permite-nos, entre outros aspectos, compreender (e.g., atenção/concentração, memória), uma vez que a Professora refere que o R. é muito distraído e tem dificuldades cognitivas. Os resultados da avaliação cognitiva obtidos nesta escala são **QI- 106 (QIV-105; QIR-108)**. Estes resultados indicam um desenvolvimento intelectual global médio face aos parâmetros normativos estabelecidos para a sua faixa etária. Contudo, uma análise efectuada a partir do perfil de resultados em cada subteste permite-nos inferir que apresenta dificuldades em relação ao conhecimento de temáticas genéricas, ao nível da concentração, compreensão verbal, memória e raciocínio lógico-conceptual.
- **Despiste das dificuldades de leitura e da escrita**. A avaliação demonstrou que o R. tem dificuldades na leitura e na escrita. O ritmo e compreensão da leitura são deficitários face ao seu nível de escolaridade. Apresentou dificuldades na elaboração do texto e escreveu com bastantes erros ortográficos.

- **Bateria Fonológica da Universidade do Porto** (Pontes *et al*, 2007). O objectivo principal da Bateria consiste no despiste de Dificuldades de Aprendizagem (DA) e de Dislexia. A Bateria é composta pelas seguintes provas: *Tarefa do Alfabeto* (TA), *Nomeação Rápida em Série* (NRS) e *Fluência Verbal* (FV – composta por Fluência Semântica [FS] e Fluência Fonémica [FF]). Os resultados obtidos nas provas são os seguintes: **TA** pontuou no P10; **NRS** pontuou no P10; e **FV** (**F.S.**- P25; **F.F.**- P10). A interpretação dos resultados levam-nos a inferir que a pontuação obtida nas provas não é significativa, no entanto, manifestou dificuldades na NRS, na FF e na integração ortográfica-motora.

Tendo em conta os resultados da avaliação é-nos possível concluir que o paciente não preenche os critérios de diagnóstico para **315.0 Perturbação da Leitura [F81.0]**, nem para uma **315.2 Perturbação da Escrita [F81.8]** (DSM-IV TR, 2002: 51-56), uma vez que apresenta um quociente de inteligência médio face ao grupo etário, e um nível de escolaridade próprio para a sua idade.

Conceptualização do caso clínico

A entrada para a escola é sempre um momento de preocupação em relação à adaptação e às novas aprendizagens. As crianças que iniciam a escola cada vez mais dominam habilidades consideradas fundamentais para alcançarem o sucesso. Contudo, existem crianças melhor preparadas do que outras, daí que algumas apresentem dificuldades ou tenham problemas de aprendizagem. Algumas crianças são totalmente autónomas e assumem as responsabilidades nas tarefas escolares, por sua vez, outras apresentam dificuldades na gestão do tempo e nos trabalhos, surgindo dificuldades que muitas vezes vão além dos conteúdos escolares. As capacidades cognitivas são um instrumento crucial para uma boa aprendizagem, no entanto, alguns factores como o temperamento, as atitudes e emoções, constituem-se como aspectos que influenciam a adaptação à escola assim como a disposição que a criança tem para se aplicar. Assim, o desempenho escolar da criança é influenciado pelo seu nível de desenvolvimento cognitivo, físico, emocional e social (Papalia, Olds & Feldman, 2007).

A análise do caso clínico pressupõe que os factores precipitantes envolvem práticas educativas desapropriadas e reguladas pela permissividade da mãe. Em relação

à manutenção do problema subsiste a desmotivação e falta de interesse da criança pela escola e, de igual modo, pelo estilo parental que assenta na falta de imposição de regras e horários para diversas tarefas, das quais se incluem as escolares.

Objectivos de intervenção

- No presente caso clínico, após ter sido efectuada avaliação formal, o principal objectivo consistiu na monitorização através de consultas. Estas têm como finalidade avaliar os efeitos/resultados da intervenção farmacológica e a possível evolução do paciente no que concerne ao contexto escolar.

Estratégias de intervenção

- Realização de pedido de colaboração à Terapia da Fala. Este pedido tem como finalidade fazer discussão de caso no intuito de avaliar se o paciente tem, eventualmente, alguma perturbação específica da linguagem.
- Discussão de caso com Pediatra do Desenvolvimento. Este procedimento tem como objectivo a partilha de informação pertinente sobre o caso clínico para propor possíveis soluções.
- Envio de Relatório da avaliação para a escola facultando informações sobre a avaliação efectuada e, ainda, dando indicações e/ou estratégias a adoptar com o R. no contexto escolar.
- Algumas recomendações e/ou estratégias à mãe no sentido de aumentar a autonomia do R., responsabilizando-o com determinadas tarefas, nomeadamente, na gestão do tempo de estudo e na execução das tarefas escolares (e.g., estabelecimento de horários).

Estado actual

Após a finalização da avaliação e intervenção o R. teve uma evolução muito positiva. A intervenção incidiu também sobre o psicofármaco (Ritalina® 20) prescrito pela Pediatra do Desenvolvimento.

Transitou para o 3º ano do Primeiro ciclo. Embora apresente melhorias significativas ainda mantêm dificuldades na escrita de textos e ortografia.

Segundo a mãe, o R. em casa também demonstra melhorias e está mais calmo. De modo a dar continuidade e seguimento ao processo o paciente continuará a ser seguido em consultas de monitorização com a Psicóloga.

Anexo IV

Power-point da acção de formação na ULSAM, E.P.E




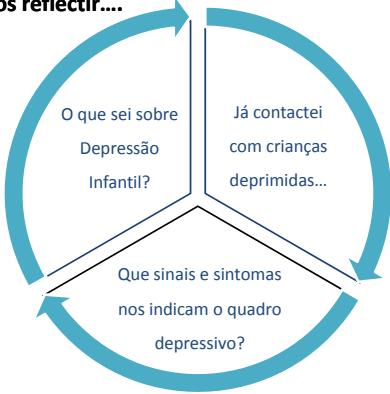
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA
Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

Depressão Infantil

5 de Agosto de 2010

Sara Freitas

 Vamos reflectir....




Índice

- Pertinência do tema
- Definição de Depressão Infantil
- Principais manifestações da patologia (sinais e sintomas)
- Factores de risco
- Algumas estratégias

Pertinência do tema


- A depressão na criança é nos dias de hoje um dado adquirido, existe e como tal manifesta-se (Câmara, 2005).
- Porém, esta realidade sobre a depressão infantil foi durante muito tempo negligenciada.



- Só recentemente é que os estudos sobre esta patologia se começaram realmente a desenvolver (Barrio, 2005).

Pertinência do tema


- A depressão pode ter um impacto devastador na vida das crianças e, por sua vez, na sua família, sendo que a depressão afecta o comportamento da criança em casa, na escola, com os amigos (Miller, 2003).
- Segundo Câmara (2005), a criança deprimida surge no futuro como um adulto depressivo, o seu crescer é demasiado doloroso, por vezes, resultando num falso crescer, na medida em que é inibida ou desajeitada nas suas explorações.




- É, portanto, uma criança que vive em sofrimento por estar em constante conflito interno e numa busca incessante de confirmação e valorização.

Pertinência do tema

- Portanto, o papel dos profissionais de saúde para **intervir** nesta questão é fundamental, inclusive ajudando a encaminhar a criança para um atendimento especializado.




- Por sua vez, o ideal é que a criança seja encaminhada para um profissional em saúde mental (Psiquiatra e/ou Psicólogo) antes da DI já estar instalada.



Pertinência do tema


- Através da **PREVENÇÃO**



- passa por alertar e informar os pais, professores/educadores e profissionais de saúde fornecendo-lhes dados que permitam um conhecimento mais aprofundado sobre a manifestação desta patologia.
- **Assim, quanto mais precoce a identificação desta problemática melhor será para a sua eliminação ainda nesta fase, pois mais tarde poderá não só manifestar-se na adolescência como na fase adulta.**


Depressão Infantil

- O que sabemos do tema?



- Já contactamos com estas crianças?

- Que sinais/sintomas nos podem indicar um quadro patológico?



Depressão Infantil

“A depressão é um tipo de emoção que resulta da perda do objecto amado, seja ele real ou irreal. O elo principal entre o objecto amado e a depressão reside exactamente no sentimento de perda” (Coutinho, 1994, cit por Silveira & Grinfeld, 2004, p.313).

“A depressão é um desajuste na regulação da intensidade e duração da tristeza, que se produz por muitos diversos motivos tanto em adultos como em crianças” (Barrio, 2005).

Depressão Infantil

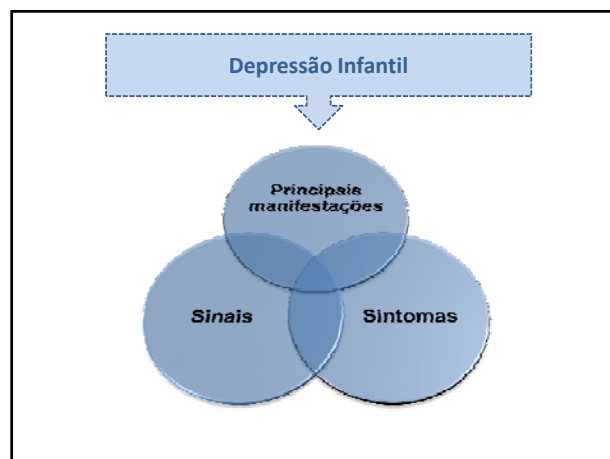
- Assim, a depressão infantil resulta de uma **perda**, podendo esta perda ser

- **real ou prolongada** (e.g., falecimento de um ou de ambos os pais, ou outro familiar significativo; separação brusca e total de um dos pais, irmão ou de outro familiar devido à separação parental, desaparecimento ou partida)
- **simbólica** (e.g., quando os pais estão fisicamente presentes, mas não o estão emocionalmente).

Depressão Infantil

- Também pode ocorrer quando as **adaptações psicológicas** normais no desenvolvimento se tornem demasiado difíceis para a criança, constituindo-se não como uma causa, mas como um factor de risco para uma depressão.
- O acontecimento é tanto mais traumático quanto mais a criança esteja numa idade considerada crítica (entre os 6 meses e os 4-5 anos) e não se mantenha qualquer elo de ligação ao ente perdido.





Como se manifesta a depressão na criança?



- A depressão infantil pode passar despercebida ou ser confundida com uma fase de **temperamento difícil ou retraído da criança**.
- Muitas vezes o comportamento da criança é alvo de **críticas** ou, até mesmo, de **punições**.
- As condutas de oposição, a hostilidade, a instabilidade de humor, as crises de raiva são comuns e, na maioria das vezes, constituem as manifestações centrais do quadro clínico.



- **Esses afectos negativos podem ser desencadeados por motivos fúteis.**

- A identificação psíquica e motora estão geralmente presentes. A acção e a expressão estão alteradas, inibidas,



- Sendo isto notado através da indiferença, do desinteresse quer pelas actividades de rotina, como pelas actividades escolares e brincadeiras.

- A criança tem tendência a isolar-se e a evitar o contacto.



- De um modo geral, o que acontece é uma perda do entusiasmo e as actividades passam a ser executadas mecanicamente, apenas por **obrigação**.

Sinais da depressão

✓ Tristeza	✓ Alterações do sono
✓ Dificuldades na escola	✓ A fala
✓ Problemas de comportamento	✓ As queixas do corpo
✓ O apetite	✓ Ansiedade

(Clerget, 2001)

Sinais da depressão

➤ Tristeza

- A tristeza é um sentimento normal que pode ser sentido em diferentes momentos pela criança. No entanto, se essa tristeza se prolonga demasiado no tempo é fundamental estar em alerta. A tristeza da criança relaciona-se com um **ar ausente**, o seu rosto torna-se **sério e pouco expressivo**.

➤ Dificuldades na escola

- Os problemas escolares numa criança deprimida manifestam-se através da **ansiedade**, do **desinteresse**, das **dificuldades de concentração**, e dos **problemas de comportamento**.

Sinais da depressão

➤ Problemas de comportamento

- A criança deprimida pode apresentar : **agitação** (salta, corre, impaciente) e **agressividade**; ou adoptar uma postura de se **fechar em si própria** (isola-se, torna-se passiva e submissa, tem intolerância ao esforço e cansa-se mais que o habitual).

➤ O apetite

- O comportamento alimentar sofre alterações. A criança deprimida pode perder o apetite pelos alimentos do mesmo modo como perde o apetite pela vida. Faz selecção dos alimentos que ingere e opta sempre por alimentos mais fáceis de digerir.

Sinais da depressão

➤ Alterações do sono

- As alterações do sono são frequentes entre os 18 meses e os 6 anos, devido à intensa actividade psíquica. Para percebermos se este tem carácter patológico devemos ter em conta a **frequência**, a **intensidade**, e a sua ligação a outras perturbações.

➤ A fala

- O principal cenário de uma criança depressiva é uma **história sem palavras**. A criança economiza as palavras, fala muito menos e as suas frases tornam-se mais curtas. Quando a criança é muito pequena a sua linguagem pode mesmo regredir e voltar a «falar à bebé». Outro aspecto que pode surgir ainda é a **gaguez**.

Sinais da depressão

➤ As queixas do corpo

- Na depressão estão presentes as **perturbações psicossomáticas**, isto é, a doença é sofrida através do corpo. Quanto mais pequena for a criança mais o seu sofrimento é exprimido por intermédio das queixas físicas (e.g., dores cabeça, barriga, braços, pernas). No entanto, é sempre imprescindível fazer-se um despiste de uma doença física, mesmo na presença de uma depressão.

➤ Ansiedade

- A ansiedade caracteriza-se por um medo de uma ameaça que pode ser **real ou imaginária**. Esta agrava em intensidade a síndrome depressiva, mas não aumenta a duração da evolução. Por sua vez, pode estar presente sem existir síndrome depressiva, mas quando há um quadro depressivo a ansiedade é em geral muito intensa.

Sintomas

Sintomas de depressão em crianças pré-escolares (Bahis, 2002)

1. Dores (de cabeça e abdominais)
2. Prazer de brincar e ir à pré-escola diminuiu
3. Dificuldade nas aquisições de habilidades sociais da idade
4. Ansiedade
5. Fobias
6. Agitação ou hiperactividade
7. Irritabilidade
8. Diminuição do apetite
9. Alterações de sono

Sintomas

Sintomas de depressão em crianças escolares (Bahis, 2002)

1. Tristeza, irritabilidade e/ou tédio
2. Falta de habilidade em se divertir
3. Aparência triste
4. Choro fácil
5. Fadiga
6. Isolamento e fraco relacionamento com os pares
7. Baixa auto-estima
8. Declínio ou desempenho escolar fraco
9. Ansiedade de separação
10. Fobias
11. Desejo ou fantasias de morte

Sintomas

Sintomas de depressão em adolescentes (Bahis, 2002)

1. Irritabilidade e instabilidade
2. Humor deprimido
3. Perda de energia
4. Desmotivação e desinteresse importante
5. Retardo psicomotor
6. Sentimentos de desesperança e/ou culpa
7. Alterações do sono
8. Isolamento
9. Dificuldade de concentração
10. Prejuízo no desempenho escolar
11. Baixa auto-estima
12. Pensamentos e tentativas de suicídio
13. Problemas graves de comportamento

Factores de risco

- ❖ Depressão materna;
- ❖ Problemas familiares;
- ❖ Características da personalidade;



Factores de risco

- ❖ Acontecimentos negativos;
- ❖ Escasso apoio social;
- ❖ Classe social.

❖ (Barrio, 2005)



Conclusão

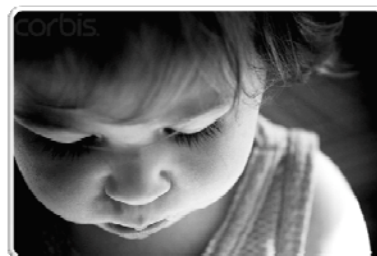
- A depressão em crianças resulta de uma interação e consequente acumulação de factores de ordem biológica, psicológica e social.
- A depressão infantil existe e está intimamente ligada ao ambiente e às situações vivenciadas pela criança (e.g., divórcio dos pais, morte, abandono, doenças, maus-tratos físicos e psicológicos) (Silveira & Grinfeld, 2004).
- É importante que os pais, professores e profissionais de saúde estejam atentos ao comportamento das crianças, e quando estas apresentarem sinais e/ou sintomas de depressão sejam encaminhadas para especialistas afins (Muzardo, 2007).

Conclusão

- Assume-se, deste modo, a importância do diagnóstico da depressão, pois sem a ajuda necessária, podem ocorrer danos graves na vida da criança, comprometendo a sua auto-estima, o desempenho escolar e os relacionamentos pessoais.
- Assim, estando a família e a escola consciencializada dos problemas que a depressão pode acarretar em crianças, principalmente,
 - ao nível do desenvolvimento cognitivo e emocional, estes terão a possibilidade de dar um tratamento precoce, evitando maiores comprometimentos no repertório de comportamentos (Andriola & Cavalcante, 1999).

Conclusão

Uma criança triste....



Conclusão

...não é obrigatoriamente uma criança deprimida.



Referências Bibliográficas

- Barrio, V. (2005). La evaluación de la depresión en el niño y el adolescente *In Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bahis, S. (2002) Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. In *Jornal de Pediatria*, 78 (5), p. 359-66.
- Câmara, P. (2005). *Depressão na infância e relações objectais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Castillo, A. ; Recondo, R.; Asbahr, F. & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (II), p. 20-23. Disponível on-line: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/2791.pdf> [Acedido em: 17 de Agosto 2009]
- Clegert, S. (2001). *Não estejas triste meu filho: compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Ambar.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Miller, J. (2003). *O livro de referência para a Depressão Infantil*. Editora M.Books.
- Muzardo, M. (2007). Depressão infantil: causas e prevenção. Disponível on-line: http://fraternidadedonagraciati.com.br/home/index.php?view=article&catid=37%3Apsicologia&id=147%3Adepressao-infantil-causas-prevencao&format=pdf&option=com_content&Itemid=80 [Acedido em: 11 de Maio de 2009]
- Nakamura, E. & Santos, J. (2007). Depressão na infância: abordagem antropológica. In *Revista de Saúde Pública*, p. 1-8. Disponível on-line: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/ao-5092.pdf>. [Acedido em: 11 de Maio de 2009]
- Keuffer, A. & Nahmias, T. (2000). Depressão Infantil: uma Análise Comportamental. Disponível on-line: http://www.nead.unama.br/site/bbdigital/pdf/artigos_revisas/58.pdf. [Acedido em: 11 de Maio de 2009]
- Rojas, E. (2007). *Adelus depressão*. Lisboa: Dom Quixote.
- Silveira, K. & Grinfeld, S. (2004). Depressão Infantil: Um breve estudo. In *International Journal of Dentistry*, 3 (1), p. 312-323.

Anexo V

Questionário de avaliação da acção de formação

ULSAM, E.P.E.

Questionário de avaliação da Formação

A sua opinião sobre a acção de formação intitulada com o tema Depressão Infantil reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia/eficiência de futuras acções. Assim, solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa e, posteriormente, responda às outras questões abertas colocadas.

Não se aplica	Nada Satisfatório	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bastante Satisfatório
0	1	2	3	4

1. OBJECTIVOS	0	1	2	3	4
A. Classifique a clareza na definição dos objectivos da formação					
B. Avalie o grau de realização dos objectivos propostos					
2. DESENVOLVIMENTO/UTILIDADE					
C. Avalie a utilidade do tema tratado para o desempenho das suas funções					
D. Classifique o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional					
3. DESENVOLVIMENTO/REALIZAÇÃO DA ACÇÃO					
E. Classifique esta formação quanto à duração (tempo total da formação)					
F. Avalie o nível de componente prática desta acção de formação					
4. AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS					
G. Nível de conhecimento no início da acção					
H. Nível de conhecimento no final da acção					
5. FORMADOR (a)					
I. Domínio do tema tratado					
J. Motivação para a participação do grupo					
K. Relação com o grupo					
L. Interesse que despertou no grupo					
M. Clareza da comunicação					
N. Esclarecimentos às dúvidas colocadas					
O. Recurso a exemplos e exercícios para expor os temas					
P. Metodologia que facilitou a aprendizagem					
Q. Utilidade prática dos conteúdos					

O que considerou mais importante nesta formação?

O que mais gostou?

O que menos gostou?

Sugestões para futuras formações:

Outros comentários.

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo VI

Actividades desenvolvidas no Colégio São Caetano e no Lar da Criança

Apresentação sumária das actividades desenvolvidas nas instituições

★ Colégio São Caetano de Braga

O colégio referido foi a primeira instituição que frequentei no estágio. Teve uma duração de apenas três semanas devido à indisponibilidade da Psicóloga da instituição em dar acompanhamento ao meu estágio curricular. A limitação de tempo de estágio não me permitiu conhecer o funcionamento e a dinâmica institucional e, deste modo, somente realizei a primeira actividade de estágio exigida – *Caracterização da instituição*. Durante este período tive ainda a oportunidade de consultar os processos dos educandos que beneficiavam de acompanhamento psicológico, assim como os processos do Serviço Social que constava toda a informação relevante do educando (e.g., motivo do internamento) e da família.

Desta instituição tenho a lamentar a falta de profissionalismo da Psicóloga, pois a sua atitude condicionou o início do meu estágio, tendo sido urgente contactar outras instituições para a concretização do mesmo. Contudo, atendendo aos princípios e valores institucionais gostaria de ter realizado todas as actividades de estágio neste contexto uma vez que teria sido uma mais-valia desenvolver um trabalho direccionado para crianças e jovens em condição de acolhimento social devido à vivência anterior e exposição a situações de risco.

★ Lar da criança de Revelhe

O Lar referido foi a segunda instituição que integrei no meu estágio. Tal como na primeira instituição este Lar acolhe crianças e jovens em risco. Aquando da minha entrada o Lar encontrava-se em fase de reestruturação o que pensamos ser uma oportunidade para a estagiária acompanhar esse processo pois constituir-se-ia numa aprendizagem. Porém, as condições necessárias para o bom funcionamento do Lar não foram sendo criadas, daí que nesta instituição somente foi possível realizar a primeira fase de estágio – *Observação* – que teve a duração de 3/4 meses.

Tendo em conta o período de tempo de estágio neste contexto passamos a descrever as actividades e/ou dinâmicas que foram possíveis de realizar: i) observação da rotina da instituição e dos educandos; ii) leitura e análise de documentos e do Regulamento Interno do Lar para posterior elaboração da *Caracterização da instituição*; iii) consulta e análise dos processos educandos em regime de CAT e Lar; iv) realização de uma actividade denominada “Cartão de Identificação” com a finalidade de conhecer os educandos, bem como obter uma

proximidade inicial aos mesmos; v) passagem de entrevistas ao Presidente do Lar, à Assistente Social, à Psicóloga e às Educadoras de Infância com o objectivo de efectuar o levantamento de necessidades da instituição; vi) reorganização dos processos dos educandos do Gabinete de Psicologia; vii) observação pontual da visita de algumas famílias aos educandos; viii) observação e acompanhamento de visita domiciliária à família de uma jovem institucionalizada com a Assistente Social. Esta actividade tinha como objectivo contribuir para a efectivação das necessidades e formas de vivência dessa família, sendo efectuado um levantamento das necessidades para, posteriormente, promover acções de orientação e articulação com a família, assim como desenvolver competências parentais com os pais da menor; ix) acompanhar com a Psicóloga os educandos a consultas de Pedopsiquiatria. Por último, importa referir que em conjunto com a Psicóloga iríamos implementar um programa de intervenção junto de um grupo de educandos no âmbito da sexualidade. Todavia, devido a alguns constrangimentos institucionais esse projecto não chegou a ser concretizado.

Como aspecto negativo desta instituição destaca-se a má gestão e a desorganização, e como aspectos positivos saliento o acolhimento por parte dos funcionários e dos educandos com a estagiária. Assim, caso as condições mínimas para a realização de estágio tivessem reunidas tinha sido muito importante desenvolver o estágio nesta instituição social que acolhe crianças e jovens com variadas problemáticas, sendo perceptível a necessidade da maioria dos educandos em beneficiarem de acompanhamento e apoio psicológico.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA
ESTÁGIO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Sara Cristina da Silva Freitas nº224907034

CARACTERIZAÇÃO DO COLÉGIO SÃO CAETANO

Prof. Doutora Ângela Azevedo

Outubro de 2008

BRAGA

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Colégio de São Caetano situa-se no palacete da Quinta da Madre de Deus, em Maximinos – Braga, desde 1886. Este Colégio é uma Instituição de Solidariedade Social (I.P.S.S.), sem fins lucrativos e de utilidade pública, tendo como principal finalidade “*o acolhimento e a educação integral de crianças e jovens, de ambos os sexos, desinseridos do meio familiar ou em situação de risco, transitoriamente, até à sua reintegração familiar, à sua reintegração social e ao seu pleno desenvolvimento ou total autonomia.*”¹

Este Colégio foi fundado em 1971 por D. Frei Caetano Brandão, Arcebispo de Braga. A sua iniciativa foi construir uma obra de caridade cristã, inicialmente designada por Seminário dos Meninos Órfãos e Expostos de São Caetano. Posteriormente, essa designação alterou-se passando a ser o Colégio dos Órfãos de São Caetano e, finalmente, Colégio de São Caetano. O prelado tinha como preferência “*acolher jovens órfãos e expostos, tocados pelo infortúnio da pobreza*”². Passados mais de dois séculos de existência, o Colégio S. Caetano educou milhares de alunos, continuando nos dias que decorrem com a sua missão de acolher e educar crianças e jovens em risco.

A **comunidade educativa** do Colégio é constituído pelos educadores, educandos, pessoal auxiliar e administrativo e, num âmbito mais alargado, incluem-se os pais ou representantes legais dos educandos, os voluntários, as famílias de apoio/afecto, e todos os colaboradores. Por sua vez, a equipa educativa é constituída por 15 educadores que são distribuídos pelos três grupos. Os educadores têm formação nas seguintes áreas: Serviço Social, Educação, Sociologia, Animação Sócio-Cultural e Formação Lassalista³. Cada educador deverá desenvolver e estimular nos educandos as competências sociais e cognitivas, proporcionando de igual modo um crescimento dos valores humanos e cristãos.

No lar existem também as **Comissões** em que os objectivos coincidem com os do plano educativo. A organização do trabalho educativo e de animação é efectuado através das Comissões da Formação, Convivência, Cultura, Justiça e Solidariedade. Outras equipas existentes, e que asseguram o funcionamento do Colégio são o Serviço de Psicologia, o Serviço Social, o Gabinete da Administração e o Serviço de Voluntariado, o qual é essencial para acompanhar de forma personalizada os educandos com dificuldades a nível escolar, social ou da saúde. Em relação à parte directiva do Colégio é da responsabilidade dos *Irmãos*

¹ Informação transcrita do Projecto Educativo do Colégio São Caetano (2007).

² Informação retirada do Projecto Educativo Colégio Sao Caetano.

³ Os educadores participam em cursos de formação e actualização no Instituto Lassalista e no Centro de Estudos de La Salle.

*das Escolas Cristãs ou Irmãos de La Salle*⁴.

O Colégio São Caetano tem capacidade para acolher cerca de 100 crianças e jovens, mas ao longo dos anos, tem acolhido uma média de 95 educandos em regime de internato. As crianças e os jovens são agrupados em três grupos, os quais devem ter como lotação cerca de 30 elementos cada, possibilitando assim responder melhor às exigências de uma educação personalizada e de qualidade. Desta forma, os grupos dividem-se em: Pequenos, Médios e Maiores, e com idades compreendidas entre os 6 e 21 anos. Assim, o grupo dos **Pequenos** é constituído por 24 educandos, com idades entre os 5 e os 12 anos; o grupo dos **Médios** é constituído por 29 educandos, com idades entre os 10 e os 15 anos; e o grupo dos **Maiores** é constituído por 33 educandos, com idades entre os 13 e os 21 anos. Inicialmente, o Colégio destinava-se ao acolhimento de crianças e jovens do sexo masculino, no entanto, começou a acolher crianças e jovens do sexo feminino, preferencialmente no caso de serem irmãs de educandos do sexo masculino. Estas crianças/jovens são acolhidos pelo Lar anualmente e conforme as vagas existentes, privilegiando aqueles que são provindos de pedidos da Segurança Social e das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, assim como, do Centro de Emergência Infantil, do Centro de Acolhimento de Ruílhe e de Sto. Adrião (Braga).

Relativamente às infra-estruturas do Lar importa sublinhar que os três Grupos dispõem de salas de estudo, sala de jogos e TV. Nos dormitórios cada quarto tem três camas, sala de jantar, e ainda outros espaços de apoio anexados aos quartos. Os espaços comuns aos diversos grupos são a cozinha, a lavandaria, o pavilhão desportivo, o campo de jogos, a sala de vídeo, a sala de informática, a biblioteca, a capela, as salas dos clubes e a enfermaria. O colégio tem também um salão nobre e um auditório que é utilizado para momentos solenes, exposições e formação. Os espaços que servem de apresentação do Colégio são o átrio central, os jardins, o parque infantil e os locais de convívio. Quanto aos funcionários do Lar, os educadores dispõem de uma sala de trabalho e para as reuniões. Os Serviços Administrativos, os Órgãos de Direcção, o Serviço de Psicologia, o Serviço Social e de Saúde possuem espaços próprios. O sector de pastoral possui, de igual modo, estruturas próprias onde decorrem as reuniões da equipa e dos grupos de reflexão.

As **dinâmicas e projectos** existentes no Colégio para ocupação dos tempos livres são os “**Clubes**”. A sua principal finalidade é dinamizar actividades destinadas a todos os educandos da Instituição durante os tempos livres, pretendendo-se alcançar os seguintes objectivos: promover um espaço lúdico-pedagógico; aquisição de competências de vida; convívio entre educandos de diferentes níveis; possibilitar a preparação de materiais para as festas, semanas

⁴ Cf. Anexo: Figura 1 – Organigrama da Instituição.

temáticas, momentos de convívio, exposições e decoração dos espaços, entre outros. Para este ano lectivo, os “Clubes” que vão funcionar no Colégio são: o clube de Culinária, o clube da Viola, o clube dos Fantoques, o clube da Manutenção, o clube da Imagem, o clube da Expressão Plástica, o clube Baú dos Contos, o clube da Expressão Dramática e Corporal. Cada um dos “Clubes” tem um ou dois dinamizadores, sendo os Educadores, as Psicólogas e os Irmãos (Comunidade Cristã). No Colégio, todos os anos se elege um lema diferente, sendo este considerado como uma orientação para as actividades que serão desenvolvidas durante o ano lectivo. Assim, o lema para o ano lectivo 2008/09 é “*Contigo, Amigos e Irmãos*”⁵. Em relação à frequência escolar dos educandos, desde o 1º ciclo até ao 12º ano frequentam as escolas oficiais de Braga e o Colégio La Salle em Barcelos. O Colégio La Salle funciona como Pólo de Formação Profissional com os seguintes cursos: Marceneiro – Carpinteiro (Nível II), Técnico de Madeiras e Mobiliário (Nível III), Técnico de Informática e Técnico de Administração (Nível III). Quanto ao nível de ensino dos educandos, o grupo dos **Pequenos** frequenta o 1º ciclo, com excepção de dois educandos que frequentam o Infantário; o grupo dos **Médios** frequenta o 2º e 3º ciclo; no grupo dos **Maiores**, onze frequentam o 3º ciclo, três frequentam o Ensino Secundário, quatro frequentam o Ensino Secundário Profissional Nível III, treze frequentam Cursos Profissionais Nível II, um frequenta o ensino superior, e um o ensino especial.

O Colégio mantém **parcerias e protocolos** com outras entidades sociais e/ou instituições, considerando essa ligação essencial para o trabalho em rede e interdependente, o qual permite a partilha de possibilidades e troca de compromissos que enriquece ambas as partes. Essas parcerias e/ou protocolos são estabelecidos com organismos ligados, directa ou indirectamente, à solidariedade, à educação, à formação ou a outros lares como o Colégio.⁶

Desta forma, o Colégio estabelece parcerias com: o Lar de Stª Estefânia de Guimarães; o Lar da Criança de Revêlhe; o Centro Social Padre David de Ruilhe; a Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital de São Marcos; a Universidade Católica; a Comissão de Adopção de Braga; a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ); a Segurança Social; a Associação Portuguesa Pais Amigos Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), a Associação de Pais e Amigos de Crianças Inadaptadas (APACI – Barcelos); o Centro de Acolhimento Temporário (CAT); o Instituto Português da Juventude (IPJ); a Associação Portuguesa Paralisia Cerebral (APPC); a Escola Secundária Luís de Castro; o Colégio La Salle; a Escola de Educação Rodoviária; a Escola do 1º ciclo de Ensino Básico de Maximínios; a Escola do

⁵ O principal objectivo do lema deste ano lectivo ainda não se encontra definido no Projecto Educativo 2008/09.

⁶ Este texto contém várias informações e dados retirados do Projecto Educativo do Colégio São Caetano.

1º ciclo de Ensino Básico da Naia; a Escola do 1º ciclo de Ensino Básico de Semelhe; a Associação Bracarense de Amigos dos Animais (ABRA); o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF); o Instituto de Solidariedade e Cooperação Universitária; o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IFEP); o Tribunal de Família e Menores de Braga; o Instituto de Reinserção Social de Braga; a Rede Social de Braga; a Universidade do Minho; o Instituto Monsenhor Airosa; o Instituto Maria Imaculada; o Lar N.º Sr.ª. Do Sameiro; as Oficinas de S. José; a Associação Portuguesa de Prevenção e Apoio à Saúde Mental; a Associação de Estudantes da Guiné-Bissau de Lisboa.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO

O Serviço de Psicologia e Orientação (S.P.O.) do Colégio São Caetano teve início em Setembro de 1996, possuindo assim uma experiência consistente. Este serviço procura assegurar o acompanhamento dos educandos, individualmente ou em grupo, durante o processo educativo, assim como promover o desenvolvimento de relações interpessoais no Colégio e com a comunidade envolvente. O S.P.O. pretende ainda facultar aos educadores instrumentos de trabalho ao nível cognitivo e psicológico e relacional–afectivo. As principais funções da responsável pelo S.P.O. são: **a)** Elaborar o Plano de Actividades do S.P.O.; **b)** Contribuir para o desenvolvimento integral de cada educando e para a construção da sua identidade; **c)** Apoiar os educandos nos diversos processos e formas de integração; **d)** Prestar apoio de natureza psicológica e psicopedagógica aos educandos e educadores; **e)** Detectar e acompanhar educandos com problemas e/ou N.E.E., avaliar e estudar as situações concretas e propor as soluções adequadas, em colaboração com outros agentes e/ou serviços competentes; **f)** Elaborar planos educativos individuais, acompanhar a evolução e avaliar os resultados; **g)** Articular a sua acção com os Coordenadores de Grupo, com o Serviço Social e os técnicos externos, no acompanhamento psicossocial dos educandos; **h)** Colaborar na análise dos candidatos propostos para internamento; **i)** Promover actividades específicas de informação, susceptíveis de ajudar os educandos perante oportunidades disponíveis, no domínio de opção de estudos e formação, e na opção profissional; **j)** Elaborar acções pedagógicas e de formação aos educadores; **k)** Elaborar o relatório anual das actividades desenvolvidas pelo S.P.O.; **l)** Participar nas reuniões da Equipa Educativa⁷.

⁷ Texto baseado no Regulamento Interno do Colégio São Caetano.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA
ESTÁGIO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Sara Cristina da Silva Freitas

CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE REVELHE

Professora Doutora Ângela Sá Azevedo

Fevereiro de 2009

BRAGA

I – Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito de estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica, a realizar no ano lectivo de 2008/09, no Centro Social e Paroquial de Revelhe.

O objectivo deste trabalho é, inicialmente, fazer uma caracterização desta Instituição onde irá decorrer o estágio. Para tal, considerou-se pertinente apresentar uma breve perspectiva histórica desta Instituição, os objectivos gerais que guiam a conduta da mesma, as equipas que compõem a comunidade educativa, o tipo de população que integra esta Instituição, as infra-estruturas, o lema do Projecto Educativo do ano lectivo 2008/09, as dinâmicas e projectos a concretizar na Instituição, e as entidades com quem a Instituição estabelece parcerias e protocolos. Posteriormente, é efectuada uma caracterização do Serviço de Psicologia.

II – Caracterização do Centro Social e Paroquial de Revelhe

O Centro Social e Paroquial de Revelhe foi fundado em Junho de 1996 pelo Pe. Joaquim Flores, e situa-se no concelho de Fafe, na freguesia de Revelhe. Este Centro Social é uma estrutura de acolhimento de menores em situação de risco, o qual tem como principal objectivo prestar os cuidados necessários às crianças e jovens, contribuindo para o seu bem-estar, para o desenvolvimento físico, social, psicológico e emocional⁸.

Esta Instituição está a incrementar medidas para atingir os seguintes **objectivos gerais**: **a)** Promoção da qualidade e bem-estar; **b)** Desenvolvimento de iniciativas orientadas para a promoção dos direitos das crianças e jovens; **c)** Cooperação com Instituições vocacionadas para o acompanhamento de situações de Exclusão Social; **d)** Promoção de programas específicos de apoio a pessoas/grupos em situação de risco.

O Centro funciona com duas valências: a valência de **Lar** e a valência de **CAT**, e ambos estão inseridos nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), em parceria com o Serviço da Segurança Social de Fafe e com o Serviço Sub – Regional de Braga. Estas duas valências diferem quanto à finalidade. Assim, os Lares funcionam como equipamentos sociais com uma duração superior a 6 meses, tendo como finalidade o acolhimento de crianças e jovens, no sentido de lhes proporcionar estruturas de vida tão aproximadas quanto possíveis às das famílias, visando ao seu desenvolvimento global (Fernandes & Silva, 1996a). Por sua

⁸ Informação retirada do Regulamento Interno do Centro Social e Paroquial de Revelhe

vez, os Centros de Acolhimento Temporário (CAT) funcionam como equipamentos sociais, tendo como finalidade o acolhimento urgente e transitório de crianças e jovens, com duração inferior a 6 meses (Fernandes & Silva, 1996b). Deste modo, esta Instituição visa promover os direitos das crianças e jovens em situação de vulnerabilidade, assim como contribuir para um bem-estar seguro e afectuoso.

A **comunidade educativa**⁹ do Centro Social é constituída pelos educadores, educandos, pessoal auxiliar e, num âmbito mais alargado, incluem-se as famílias amigas, os voluntários e todos os colaboradores. Esta Instituição integra três equipas distintas. Deste modo, a **Equipa Técnica** do Centro Social é constituída pelo Serviço Social, pelo Serviço de Psicologia e de Sociologia, sendo uma das suas principais funções a elaboração e orientação do projecto de promoção e protecção das crianças/jovens, envolvendo-os desde logo bem, assim como à sua família. Por sua vez, a **Equipa Educativa** é constituída por Educadores de Infância, por Auxiliares de Educação e Monitores, os quais devem proporcionar às crianças/jovens as condições necessárias para um desenvolvimento harmonioso, estimulando-as a alcançar competências sociais e cognitivas de acordo com cada etapa de desenvolvimento. A **Equipa de Apoio** é constituída por um Motorista, Auxiliares de Acção Directa e pelas Cozinheiras, os quais contribuem de igual modo para o bom funcionamento do Centro Social, prestando serviços nas diversas áreas a que estão ligados. Em relação à parte **Directiva** do Centro Social é da responsabilidade da Assistente Social. As suas funções são diversas, das quais destacamos as seguintes: **a)** proporcionar às crianças/jovens a satisfação das suas necessidades, o quanto mais próximo possível de um ambiente familiar equilibrado; **b)** zelar por condições que garantam a protecção e o bem-estar dos educandos; **c)** assegurar o Projecto de Vida para cada um dos educandos, bem como que tenham a medida de promoção e protecção apropriada, e que esta seja reavaliada periodicamente¹⁰.

O Centro Social tem capacidade para acolher cerca de 33 crianças e jovens. Estes estão agrupados em dois grupos, os quais devem ter como lotação cerca de 20 crianças e jovens do sexo feminino, 13 crianças e jovens do sexo masculino, possibilitando assim responder melhor às exigências de uma educação personalizada e de qualidade. Desta forma, os grupos estão divididos em dois: um grupo é constituído pelas meninas, e o outro grupo é constituído por rapazes, e com idades compreendidas entre os 7 e 17 anos. Assim, o grupo das meninas é constituído por 15 educandas, com idades entre os 7 e os 17 anos; e o grupo dos rapazes é constituído por 8 educandos, com idades entre os 9 e os 16 anos.

⁹ Cf. Anexo I – Organograma do Centro Social e Paroquial de Revelhe.

¹⁰ Informação retirada de documentos fornecidos pela Directora do Centro Social.

O Centro Social destina-se, portanto, ao acolhimento de crianças e jovens de ambos os sexos, funcionando esta condição desde o surgimento do Lar e CAT. Estas crianças/jovens são acolhidos pelas diferentes respostas sociais conforme as vagas existentes, privilegiando aqueles pedidos que são provindos de pedidos da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Fafe. Os menores dão entrada na Instituição (Lar e CAT) de acordo com a indicação do Tribunal, da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), em articulação com a Direcção da Instituição e com a Coordenação Pedagógica da mesma.

Relativamente à família das crianças e jovens institucionalizados, estas tem que possuir características específicas que justifiquem a retirada de um ou mais elementos do agregado familiar. As situações que levam as entidades superiores (ex. Tribunal, CPCJ, Segurança Social) a considerar uma criança/jovem em situação risco são aquelas em que as suas famílias possuem determinadas características, tais como, famílias beneficiárias do Rendimento Social de Inserção, famílias monoparentais, famílias com baixa escolaridade e baixos recursos económicos, famílias com problemas de alcoolismo, de toxicodependência e de prostituição.

Quanto às **infra-estruturas** do Centro Social, ambos os Grupos dispõem de salas de estudo, sala de jogos e TV, ludoteca, refeitório e sala de informática. O Centro Social está dividido em duas alas, uma para as meninas e outra para os rapazes. Ambas as alas dispõem de quartos partilhados (isto é, quartos com duas camas), casas de banho, e uma sala de estar. A Direcção Técnica, o Serviço Social, o Serviço de Psicologia, de Sociologia, e o Serviço de Saúde possuem espaços próprios.

O **Projecto Educativo**¹¹ 2008/09 do Centro Social tem como lema “*Educar para o Bem-Estar*”. Em relação às **dinâmicas e projectos**¹² previstos para Janeiro/Fevereiro de 2009 no Centro Social são diversas, nomeadamente, actividades de dança, actividades de desporto (futebol, basketball, natação), remodelação do quadro de aniversários das crianças/jovens, realização de festas de Aniversário, comemoração do Dia dos Amigos, festa de Carnaval, organização de grupos temáticos sobre a afectividade, criação de pequenas oficinas por grupos por preferências dos educandos, passeios de fim – de – semana e actividades de teatro.

Em relação à frequência escolar dos educandos, desde o 1º ciclo até ao 9º ano frequentam o Agrupamento Vertical de Escolas Pe. Joaquim Flores de Revelhe. Quanto ao nível de ensino dos educandos, quatro educandos frequentam o 1º ciclo; doze educandos frequentam o 2º e 3º ciclo; uma educanda frequenta o Curso Profissional de Cabeleireiros, um

¹¹ O Projecto Educativo 2008/09 do Centro Social e Paroquial de Revelhe está por concluir, daí que não seja possível avançar com mais informações sobre o mesmo.

¹² Relativamente às actividades previstas no Centro Social apenas é possível referir as que serão realizadas a curto prazo.

educando frequenta o Curso Profissional de Técnico de Informática; um educando frequenta o Ensino Especial (CERCI), e duas educandas exercem o primeiro contacto com a realidade profissional, com o objectivo de adquirir algumas competências na Creche do Centro Social e Paroquial de São Martinho de Medelo (Fafe).

O Centro Social e Paroquial estabelece **parcerias e protocolos** com outras entidades sociais, com o objectivo que visa a cooperação com Instituições vocacionadas para esta área em particular. Esse trabalho em parceria permite um acompanhamento social com vista ao desenvolvimento de iniciativas de carácter preventivo, bem como na resolução dos problemas existentes. Essas parcerias e/ou protocolos são estabelecidos com organismos ligados à solidariedade, à educação e à formação. Desta forma, o Centro Social estabelece parcerias com: a Câmara Municipal de Fafe; a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ – Fafe, Cabeceiras de Basto, Vila Verde, Braga); a Segurança Social de Fafe; ISS – Centro Distrital de Braga; o Clube de Futebol Vasco da Gama; o Agrupamento Vertical de Escolas Pe. Joaquim Flores de Revelhe; a Escola Profissional de Fafe; a CERCI de Fafe; a Escola Matriz de Fafe; a Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital de São Marcos; o Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho; o Tribunal de Fafe.

III – Caracterização do Serviço de Psicologia

O Serviço de Psicologia do Centro Social e Paroquial de Revelhe teve início em 1996, possuindo assim uma vasta experiência. Este Serviço tem como objectivo apoiar o desenvolvimento integral dos educandos e a construção da sua identidade, colaborar na detecção, avaliação de alunos com NEE, promover actividades de informação escolar e profissional, e desenvolver acções de aconselhamento psicossocial e vocacional. As principais funções da responsável pelo Serviço de Psicologia são: **a)** Realizar a observação e avaliação psicológica de cada criança; **b)** Elaborar relatórios psicológicos dirigidos aos Tribunais, nos quais se apresentam o diagnóstico psicológico e parecer relativo ao encaminhamento da criança; **c)** Elaborar informações clínicas dirigidas ao médico Pediatra que assiste as crianças; **d)** Prestar apoio ao pessoal da Casa relativamente a aspectos sócio-afectivos e de estimulação psicopedagógica importante para cada criança; **e)** Dar apoio psicológico à família da criança de modo a desenvolver essa relação; **f)** Elaborar e pôr em prática projectos de auto-ajuda junto das famílias, de modo a promover competências parentais ajustadas e adequadas; **g)** Informar o Director Técnico sobre o trabalho desenvolvido e as necessidades da Instituição; **h)**

Acompanhar e avaliar as visitas dos familiares às crianças em contexto institucional; **i)** Seleccionar e acompanhar as famílias voluntárias, em cooperação com a Equipa Técnica; **j)** Acompanhamento Psicológico, individual ou em grupo, às crianças sinalizadas pela Equipa Técnica; **k)** Colaborar no cumprimento das rotinas e regras da Casa; **l)** Participar nas reuniões de Equipa e de funcionários¹³.

IV – Conclusão

Com este trabalho pretendeu-se fazer uma caracterização do Centro Social e Paroquial de Revelhe, local onde a estagiária irá realizar estágio curricular. Esta caracterização permitiu à estagiária compreender vários aspectos relativos à Instituição, tais como, a história e os objectivos da mesma, o tipo de população que esta Instituição acolhe, os membros que compõem a comunidade educativa, as dinâmicas e os projectos previstos para o presente ano lectivo. Por sua vez, a caracterização do Serviço de Psicologia possibilitou à estagiária conhecer os objectivos desse Serviço, assim como as principais funções da psicóloga da Instituição.

Assim, este trabalho foi importante na medida que constitui uma primeira integração da estagiária na Instituição para, posteriormente, serem realizadas actividades que vão de encontro às necessidades do Centro Social e Paroquial de Revelhe.

V – Referências Bibliográficas

Fernandes, M.; Silva, M. (1996a). *Lar para Crianças e Jovens*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social.

Fernandes, M.; Silva, M. (1996b). *Centro de Acolhimento para Crianças em Risco*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social.

Regulamento Interno do Centro Social e Paroquial de Revelhe (2008) – CAT (Centro de Acolhimento Temporário).

Regulamento Interno Centro Social e Paroquial de Revelhe (2008) – Lar.

¹³ Informação fornecida pela Psicóloga do Centro Social.

ENTREVISTA (Presidente do Lar)

- 1. O Centro Social e Paroquial foi fundado por quem e quando?**
- 2. Qual a principal finalidade do Lar?**
- 3. Quais os objectivos e princípios que orientaram a Instituição?**
- 4. Ao longo do tempo ocorreram mudanças? Quais? (ex. Localidade, nome do Lar)**
- 5. Gostaria que me explicasse o porquê de considerarem importante criar uma Instituição com estes objectivos?**
- 6. Quais são as normas/regras estabelecidas para o bom funcionamento do Lar?**
- 7. O Lar estabelece parcerias e/ou protocolos com outras instituições ou entidades sociais? Se sim, quais instituições e os principais objectivos?**
- 8. A instituição recebe algum tipo de apoio para o seu funcionamento?**
- 9. Como Presidente do Centro Social e Paroquial de Revelhe quais as necessidades que considera importante colmatar a nível institucional?**
- 10. Considera importante a estagiária de Psicologia fazer intervenção nessas ou em outras necessidades existentes no sentido de as colmatar?**

ENTREVISTA
(Directora e Assistente Social)

■ **Características da Instituição**

1. Quais os objectivos e princípios que orientaram a Instituição?
2. Quais são as normas/regras estabelecidas para o bom funcionamento do Lar?
3. O Lar estabelece parcerias e/ou protocolos com outras instituições ou entidades sociais? Se sim, com que objectivos?

■ **Aspectos relacionados com as crianças/jovens e famílias**

4. Por quem são enviadas as crianças que chegam ao Centro Social e Paroquial de Revelhe?
5. Quais são as problemáticas que estão na origem da institucionalização das crianças/jovens internados no Lar?
6. Como reagem as famílias à institucionalização das crianças/jovens?
7. Relativamente às famílias das crianças, de que forma se processa o trabalho realizado no sentido de melhorar alguns aspectos? Quais são as famílias e o que é feito?
8. Os familiares das crianças/jovens costumam visitá-las? Com que frequência? Quais familiares (Ex. pais, irmãos, avós)?

■ **Aspectos relacionados com funcionários da Instituição**

9. Qual a média de idades das auxiliares da Instituição?
10. Os funcionários (ex., educadores, auxiliares de educação, auxiliares de acção directa) do Lar participaram em cursos de formação para lidar com este tipo de população tão específica?
- 10.1. Quais os principais objectivos que se pretendem alcançar nessa formação?

12.Os funcionários têm conhecimento das problemáticas das crianças. Quais?

■ **Aspectos relacionados com as necessidades da Instituição**

13.De que forma se processa o acolhimento de uma criança? Existe algum guião de acolhimento?

14.De que forma preparam as crianças institucionalizadas para receber uma nova criança?

15.Quais as principais regras que as crianças/jovens do Centro tem que obedecer?

16.Que tipo de crianças tem mais dificuldades em aceitá-las e obedecê-las?

17.No seu parecer, quais as crianças/jovens que apresentam sinais de ansiedade e tristeza excessiva, introversão, dificuldades com os pares (entre outros aspectos que considere importantes)?

18.Existem algumas crianças em situação de CAT e outras de Lar. Quando saem do Centro como fazem a desvinculação das outras crianças e dos funcionários?

19.Como reagem a crianças a esta situação?

20.Como Directora e Assistente Social quais as necessidades que considera importante colmatar a nível institucional?

21.Considera importante a estagiária de Psicologia fazer intervenção nessas ou em outras necessidades existentes no sentido de as colmatar?

ENTREVISTA
(Educadoras de Infância)

■ **Aspectos profissionais**

1. Há quanto tempo trabalha no Centro Social e Paroquial de Revelhe?

2. Qual a sua área de formação/especialização?

3. Qual a motivação que sente em trabalhar nesta Instituição?

4. Quais as dificuldades que sentiu inicialmente? E actualmente?

5. Quais as actividades que tem vindo a realizar com as crianças/jovens do Lar?

■ **Aspectos relacionados com as crianças/jovens institucionalizados**

6. Quais as problemáticas com que se depara ao lidar com estas crianças/jovens?

7. Quais as principais regras que as crianças/jovens do Centro tem que obedecer?

8. Que tipo de crianças tem mais dificuldades em aceitá-las e obedecê-las?

9. Os familiares das crianças/jovens costumam visitá-las? Com que frequência? Quais familiares (Ex. pais, irmãos, avós)?

10. Como reagem as crianças às visitas dos familiares? (antes, durante e após a visita)

11. Como reagem no caso de não receberem visitas dos familiares?

■ **Aspectos relacionados com as necessidades a nível de intervenção**

12. No seu parecer, quais as crianças/jovens que apresentam sinais de ansiedade e tristeza excessiva, introversão, isolamento, dificuldades com os pares (entre outros aspectos que considere importantes)?

13. Quais as necessidades ao nível de intervenção da Psicologia que considera mais importantes e urgentes?

14. Gostaria que, de forma sucinta, fizesse uma caracterização geral das crianças/jovens internados no Lar.

CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE REVELHE



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

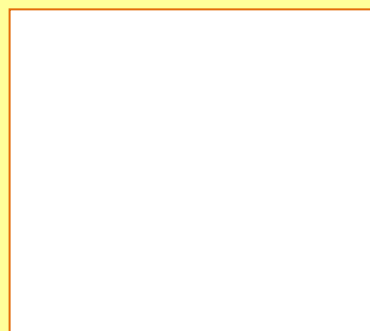
Idade _____

Data de Nascimento _____

Ano de Escolaridade _____

Sexo: Feminino

Masculino



Agora que já preenchestes o teu *Cartão de Identificação* gostava de te conhecer ainda mais. Para que isso aconteça vais responder às perguntas abaixo.

O que mais gosto em mim. 😊

O que menos gosto em mim. 😞

A minha maior qualidade. 😊

O meu maior defeito. 😞

A cor que mais gosto é _____

A minha comida preferida é _____

Refere as actividades que mais gostas de fazer nos tempos livres:

TV

Música

Cinema

Ler

Estudar

Passeios

Visitas

Desporto

Qual: _____

Jogos

Quais: _____

Outros: _____

Qual a tua série de televisão preferida?

Qual o teu filme favorito?

Quais são os desenhos animados que mais gostas?

Gostas da escola?

Sim Não

Se a resposta for **Não** justifica?

Qual é o ano que estás a frequentar?

Já repetiste algum ano?

Qual é a disciplina que mais gostas? Porquê?

Qual o professor(a) que mais gostas? Porquê?

Se pudesses mudar alguma coisa na tua escola, o que mudarias?

“Os animais são nossos amigos”

Gostas de animais? Se sim, qual é o teu animal preferido?

Completa as seguintes frases:

Um amigo é _____

O que mais me faz feliz é _____

“Sentir-me bem!” Elabora uma lista de coisas que te fazem sentir bem:

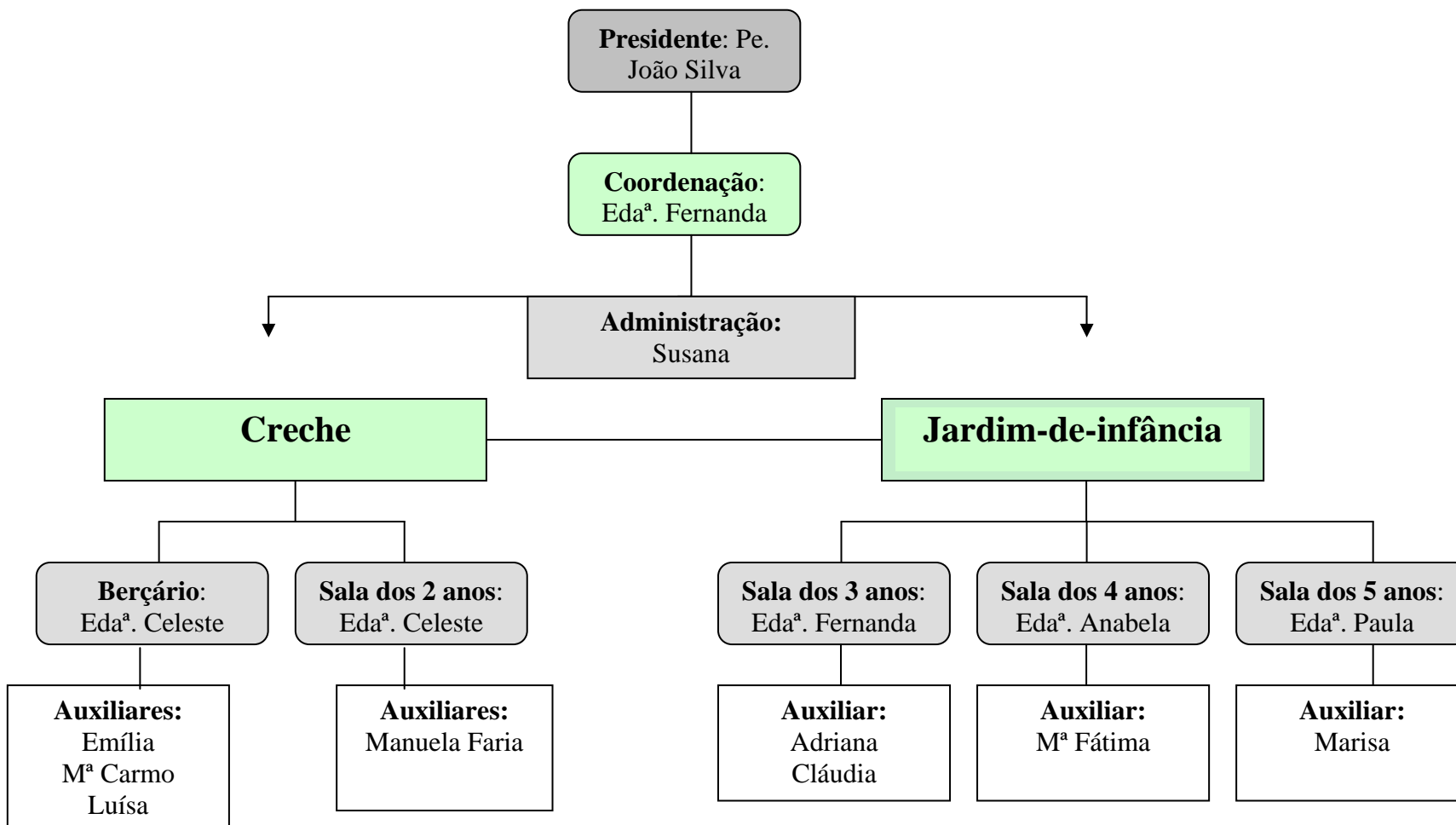
Muito obrigado!



Anexo VII

Organigrama do Centro Social e Paroquial de Ronfe

Valência Creche e Jardim-de-Infância



Anexo VIII

**Projecto Educativo do Centro Social e Paroquial de Ronfe
Valência Creche e Jardim-de-Infância**

“À procura das nossas raízes”

A equipa educativa do Centro Social Paroquial de Ronfe, valorizou o referido projecto, porque acredita que em Creche e Jardim de Infância que se proporciona às crianças um contacto com saberes diversos que lhe vão servir de base para continuar aprender ao longo da vida.

Este projecto contempla todas as áreas curriculares abordando-as de uma forma globalizante e integrada, o que permite a construção articulada do saber.

Na sua construção está inerente valorizar os saberes da criança como fundamento de novas aprendizagens. Ao centramo-nos na cooperação, cada criança beneficia do processo educativo desenvolvido pelo grupo.

Na sequência da avaliação feita pela equipa no ano lectivo transacto e, tendo em conta que o tema é tão vasto que não se esgota nem em um, nem em dois anos lectivos, é nosso objectivo dar continuidade em 2008/2009.

O projecto está organizado segundo as Orientações Curriculares para a educação pré-escolar, que se fundamentam na perspectiva que o desenvolvimento e aprendizagem são vertentes indissociáveis, nesta perspectiva, foram ainda definidos os objectivos gerais de cada valência.

Na valência de Creche, os objectivos foram divididos nas três áreas de desenvolvimento e na valência de Jardim de Infância nas três áreas de conteúdo:

Creche:

- Socialização
- Expressão e comunicação
- Desenvolvimento cognitivo

Jardim de Infância:

- Área da formação social e pessoal
- Área da expressão e comunicação
- Área do conhecimento do mundo

Valência - Creche

1. Socialização

- Criar um ambiente relacional, seguro e acolhedor, em que a criança é valorizada e escutada;
- Organizar uma rotina diária previsível e, no entanto, flexível às necessidades de cada criança;
- Incorporar aprendizagens activas em cada momento da rotina diária;
- Proporcionar, incentivar e valorizar situações de autonomia e independência das crianças, em situações de rotina diária.
- Promover o desenvolvimento da identidade com base no reconhecimento das características individuais.
- Aprender a desenvolver relações sociais.

2. Expressão e comunicação

- Desenvolver e consolidar aquisições psico-motoras;
- Valorizar o processo de exploração e descoberta;
- Criar oportunidades que permitam desenvolver a imaginação e a criatividade;
- Contribuir para o desenvolvimento da linguagem;

3. Desenvolvimento Cognitivo

- Promover a exploração do próprio corpo, permitindo às crianças tomar consciência do esquema corporal;
- Proporcionar experiência de modo a permitir às crianças aprendizagem sobre o mundo que as rodeia;
- Proporcionar um ambiente que estimule e incentive os interesses e curiosidades das crianças;
- Promover o contacto com a Natureza;
- Incentivar a exploração de diferentes sensações: visuais, olfactivas, gustativas, tácteis e auditivas.

Valência – Jardim de Infância

Área do Conhecimento do Mundo

- **OBJECTIVO GERAIS**

- Alcançar uma imagem positiva e precisa de si mesmo, identificando características e qualidades pessoais;
- Desenvolver a própria autonomia pessoal;
- Alcançar uma actividade criativa perante o meio e a partir da própria realidade pessoal;
- Identificar os próprios sentimentos, emoções e necessidades e comunicá-los aos outros.

Área de Formação Social e Pessoal

- **OBJECTIVOS GERAIS**

- Potenciar as vivências afectivas pessoais: os sentimentos de plenitude, de gozo, felicidade, etc.
- Tomar a iniciativa, planificar e dar sequência às próprias acções para resolver tarefas simples ou problemas da vida quotidiana;
- Participar na vida familiar com atitudes activas e passivas;
- Descobrir a utilidade do grupo familiar na satisfação das próprias necessidades;
- Descobrir a casa como centro da vida familiar e identificar a utilização de cada um dos seus elementos;
- Ser capaz de localizar a casa, em relação com o ambiente imediato;
- Descobrir e integrar com o meio natural;
- Mediante a experiência compreender a natureza do meio;
- Descobrir reconhecer e relacionar adequadamente o meio natural;
- Valorizar atitudes de respeito, cuidado e usos adequados dos Recursos Naturais;
- Estimular a elaboração de atitudes de respeito e cuidado ecológico;
- Fomentar atitudes de cuidado e conservação básicas para a sobrevivência.

Área de Expressão e Comunicação

• OBJECTIVOS GERAIS

- Adquirir a confiança e segurança básicas na utilização do próprio corpo;
- Conhecer as características dos objectos, utilizando as possibilidades sensitivas dos corpo;
- Consolidar hábitos e atitudes positivas, respeitantes ao cuidado do próprio corpo;
- Estruturar o espaço exterior e localizar nele o próprio corpo e os objectos;
- Adequar o próprio comportamento às exigências das sequências temporais dos outros;
- Aplicar nas acções quotidianas e nos jogos, cálculos de tempos de velocidades, duração, simultaneidade e sucessão;
- Expressar livremente, através da imagem espontânea, as próprias vivências;
- Criar imagem partindo das diferentes estimulações ambientais;
- Representar diversas situações do ambiente afectivo, através do desenho.

Anexo IX

Descrição da observação de outras actividades institucionais

CSPRonfe

Observação de actividades e dinâmicas institucionais

★ Observação da formação para Auxiliares de Acção Directa

A formação foi executada por uma estagiária¹ e dirigida às Auxiliares de Acção Directa do Gabinete de Atendimento e Acompanhamento Social (GAAS). O objectivo da formação consistiu em dar respostas às necessidades da valência e às dificuldades manifestadas pelas Auxiliares em lidar com uma população específica (famílias carenciadas)². A formação tinha uma periodicidade semanal, com uma duração de cerca 2h por sessão. Era constituída por 8 sessões, no entanto, somente assisti a partir da 4ª sessão, uma vez que aquando da minha entrada na instituição a estagiária já tinha iniciado o seu trabalho.

De modo a auxiliar a intervenção da equipa do GAAS elaborou-se um dossier com um conjunto de procedimentos a implementar que possam contribuir para a promoção da qualidade de vida dos utentes e/ou famílias. O dossier para esta formação era constituído por seis módulos: o primeiro módulo consistiu na promoção da “*relação com o utente*”; o segundo módulo incidiu sobre as “*técnicas de estudo*”; o terceiro módulo focava-se na “*promoção da saúde*”; o quarto módulo comportava a “*gestão de rendimentos*”; o quinto módulo continha a “*promoção de apoio psicossocial e organização da vida quotidiana*”; o sexto módulo abrangia as “*estratégias de procura activa de emprego*”.

Da observação efectuada, consideramos que a actividade foi deveras importante para as Auxiliares do GAAS, na medida em que os temas e conteúdo das sessões iam de encontro às suas necessidades. Durante as sessões, as participantes tiveram a possibilidade de partilhar e esclarecer dúvidas sobre a intervenção junto das famílias. Assim, as Auxiliares de Acção Directa beneficiaram com a formação para o bom desempenho das suas funções, podendo contribuir para uma melhoria na qualidade de vida das famílias e/ou cidadãos.

★ Observação da apresentação do Plano de Desenvolvimento de Actividades (PDA)

Esta formação foi elaborada pela mesma estagiária da acção anterior e foi dirigida à equipa pedagógica da valência Infanto-Juvenil. O principal objectivo da formação consistiu em “criar um meio que orientasse o trabalho das Educadoras, no sentido de uniformizar as práticas educativas e meios de avaliação, garantindo a adequação dos métodos de ensino, aos

¹ Aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia.

² Informação obtida através do Relatório da estagiária.

objectivos propostos”³. A formação estava organizada em 5 sessões, com uma periodicidade semanal e duração de 60/90 minutos por sessão.

O PDA é um documento que inclui actividades e competências a serem desenvolvidas ao longo do ano lectivo por cada sala de modo a contribuir para o desenvolvimento das crianças. Este documento foi dividido do seguinte modo: uma parte contém actividades a serem desenvolvidas por todas as salas da valência; e a outra parte, é mais específica pois contém actividades a serem realizadas por sala, e as fichas de avaliação para cada educando possibilitando a monitorização do desenvolvimento global.

A observação e participação nesta formação foi uma mais-valia porque julgamos de extrema importância a elaboração do PDA, o qual contém o nível de desenvolvimento infantil esperado para cada faixa etária tendo em conta o desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial. Este plano deverá ser preenchido pelas Educadoras para cada criança, permitindo este procedimento um acompanhamento da evolução da criança, assim como alertar para possíveis dificuldades (e.g., linguagem) que a criança possa apresentar. Por fim, importa referir que o PDA é um excelente guia para orientar a prática pedagógica.

³ Informação cedida através do Relatório da estagiária.

Anexo X

Descrição das sessões do programa em competências emocionais

CSPRonfe

Sessões do programa “Brincando com as emoções”

1ª Sessão: “Olá amiguinhos! Vamos conhecer o mundo dos sentimentos ...”

Objectivos:

- Apresentação formal da Psicóloga estagiária e dos elementos do grupo;
- Definição do âmbito do programa;
- Definir e estabelecer as regras de funcionamento na sala;
- Passagem do pré-teste .

Material: Cartolinas, canetas, tinta de cores, fita-cola, caixa espelho, história do “Nino e a Nina”, Ficha de avaliação do programa “Brincando com as emoções!”.

Procedimento:

A intervenção iniciou-se com uma apresentação mais formal da Psicóloga estagiária. Esta apresentação incluiu ainda a definição e o objectivo do programa de intervenção. Posteriormente, passamos à apresentação de cada elemento do grupo. Para promover coesão grupal e evidenciar, ao mesmo tempo, a individualidade do grupo foi utilizada a caixa espelho. Isto é, explica-se ao grupo que dentro daquela caixa existe uma criança muito especial, e questiona-se porque que pensam que aquela criança é especial, que qualidades a farão tão especial. Depois a caixa é distribuída por cada um, que abrimos a caixa e perceberão que a imagem reflectida no espelho é a sua.

Após esta exposição, foi estabelecido um diálogo com o grupo sobre os comportamentos mais adequados a ter na sala de aula. À medida que as crianças os enumeraram, a Psicóloga anota os comportamentos referidos e, no final, pergunta-se a todos se concordam com os comportamentos referidos como sendo as regras da sala.

Entretanto, essas regras foram escritas numa cartolina com o título “*As Nossas Regras*” e cada criança colocou o seu nome numa das regras. As regras ficaram expostas na sala, e sempre que foi necessário foram lidas para que as crianças não se esquecessem.

Por fim, apresentamos o Nino e a Nina. Estas duas personagens acompanharam as crianças ao longo do programa, e foi através destas personagens que se abordou o tema

das emoções. Portanto, propusemo-nos a ler uma história sobre o “*Nino e a Nina*” para que as crianças conhecessem estes novos amigos que lhes iam ensinar as emoções.

No final da sessão cada criança foi convidada a participar na avaliação do programa (pré-teste: “Brincando com as emoções”).

2ª Sessão: “O Nino e a Nina descobrem que tem muitos sentimentos!”

Objectivos:

- Abordar sobre o que é um sentimento;
- Possibilitar a identificação e diferenciação dos sentimentos;
- Demonstrar as alterações que cada sentimento tem no nosso corpo.

Material: História de “O Nino e a Nina tem muitos sentimentos”, Baralho do Nino e a Nina, retroprojector, computador, folhas, caneta.

Procedimento:

A Psicóloga pediu às crianças para se sentarem num círculo e mostrou as figuras do Nino e da Nina, dizendo-lhes que iam ouvir a história de “O Nino e a Nina tem muitos sentimentos”. Como modo de introduzir a história a Psicóloga inicia um diálogo referindo “o Nino e a Nina aprenderam coisas muito importantes! E uma dessas coisas são os sentimentos! Vocês sabem o que é um sentimento? Vamos perguntar ao Nino e à Nina como é que descobriram os sentimentos?”. Então contou-se a história recorrendo à apresentação em *Power-point*. No final, era importante reflectir sobre a história para a interiorizar e, portanto, fizemos algumas perguntas sobre a história e explicou-se a importância dos sentimentos (e.g., que servem para nos advertir de algo que nos aconteceu ou alguma coisa que se está a passar connosco).

Entretanto, a Psicóloga através do Baralho dos sentimentos da Nina e do Nino (utilizou-se os quatro sentimentos incluídos no programa: triste, feliz, zangado e medo) mostrou-se os cartões que contém as personagens, perguntando às crianças o que é que lhes parece que o Nino e a Nina estão a sentir em cada um dos cartões. À medida que as crianças identificarem um sentimento foi-lhes pedido para contarem uma situação em

que vivenciaram esse sentimento (e.g., a Maria identifica o sentimento triste, e então a Psicóloga pergunta-lhe se ela se lembra de uma situação em que se sentiu triste). Este procedimento será utilizado para todas as crianças.

Para os alunos aprenderem e interiorizarem mais facilmente os sentimentos colocamos numa cartolina os quatro sentimentos do programa. Ao lado de cada sentimento decidimos aplicar um *smile* para facilitar a identificação de cada sentimento assim como possibilitar o reconhecimento através da expressão facial. Assim, escolhemos uma criança de forma aleatória para colocar os *smiles* ao lado do sentimento correspondente. Após este procedimento colou-se os *smiles* na cartolina e afixamos na parede da sala. No final os alunos pintaram a figura do Nino (rapazes) e da Nina (meninas).

3ª Sessão: “Hoje vamos falar do Feliz”

Objectivos:

- Rever os conceitos aprendidos na sessão anterior;
- Explorar o conceito de sentimento “feliz”;
- Desenvolver as emoções positivas.

Material: Carta da “Nina Feliz”, lápis para pintar, papel.

Procedimento:

A intervenção iniciou-se com a revisão dos conceitos aprendidos na sessão anterior. Posteriormente a Psicóloga expôs o sentimento de ‘feliz’ através da carta “Nina Feliz” e perguntou às crianças qual é o sentimento aí demonstrado. Para ilustrar este sentimento a Psicóloga deu alguns exemplos “a Nina sente-se muito feliz porque os seus pais levaram-na ao jardim zoológico e viu animais que não conhecia” e/ou “a Nina ajudou a sua mãe a fazer um bolo de chocolate e levou para pré-escola e a educadora e os seus colegas ficaram muito felizes”.

De seguida, a Psicóloga pediu às crianças para fazerem um desenho sobre algum acontecimento em que tenham vivenciado situações felizes. Após a finalização dos

desenhos foi reservado um espaço para um diálogo aberto, onde se fez questões às crianças sobre situações retratadas nos desenhos. Para cada situação referida a Psicóloga analisou juntamente com as crianças o sentimento, dando exemplos que ajudassem a reforçar a importância de estarmos felizes.

4ª Sessão: “O triste veio-nos visitar”

Objectivos:

- Ajudar os alunos a perceber e exteriorizar o sentimento “triste”;
- Sensibilizar os alunos para uma atitude de compreensão e aceitação em relação ao sentimento de tristeza;
- Capacitar os alunos para lidar com os sentimentos negativos.

Material: Carta do “Nino Triste”, canetas coloridas, lápis, papel, máscara facial, labirinto.

Procedimento:

Esta sessão começou com a apresentação de um novo sentimento a carta do “Nino Triste”, e questionou-se as crianças qual é o sentimento do Nino na carta. Introduzimos uma história dando como exemplo que o Nino está triste naquela imagem porque, “no dia anterior estava no jardim da sua casa e o vizinho furou-lhe a bola, e então o Nino ficou tão triste que começou a chorar”.

Entretanto, a Psicóloga narrou uma situação em que ela própria se sentiu triste e pediu às crianças para darem um exemplo de uma situação em que elas próprias se sentiram tristes. Utilizamos um *brainstorming* e escrevemos todas as situações referidas pelos alunos, em que situação ficaram tristes, o porquê, e qual a sensação (e.g., corporal) que tiveram. Perante as situações enumeradas, a Psicóloga juntamente com o(s) aluno(s) procuraram soluções para lidar e ultrapassar o acontecimento descrito.

Finda a apresentação do sentimento, foi apresentada às crianças um rosto de dupla face (feliz e triste), virando-o de um lado para o outro para mostrar como o desenho

funciona. Começando pela face feliz, escrevemos em torno do rosto “Às vezes quando dou um sorriso, na verdade estou triste por dentro”, com o intuito de habilitar os alunos para a importância de uma atitude compreensiva em relação aos seus sentimentos negativos e dos outros. Em seguida, os alunos foram convidados a ajudar a personagem “Nino Triste” a percorrer o caminho do labirinto para chegar até ao ‘feliz’.

No final da sessão, reservamos um espaço para um diálogo aberto, onde foram focadas dúvidas e comentários.

5ª Sessão: “A cara do chefe medo...”

Objectivos:

- Ajudar os alunos a perceber e exteriorizar o sentimento “medo”;
- Capacitar os alunos para uma atitude de compreensão e procura de soluções para ultrapassar o medo.

Material: Carta da Nina com medo, lápis para pintar, caneta, folha, fichas com a figura do “Chefe Medo” para pintar.

Procedimento:

Iniciamos a sessão com a apresentação de um novo sentimento, a carta da “Nina com Medo”, e ao mesmo tempo perguntamos aos alunos se conseguiam identificar o sentimento retratado na carta. De seguida, introduzimos uma breve narração, com o objectivo de explicar o sentimento de tristeza (e.g., a Nina foi ao jardim zoológico com os seus pais, e quando viu uma cobra a vir na sua direcção! Ela deu um grito e ficou parada, não conseguia mexer-se! Como a Nina tem medo de cobras, a sua mãe disse-lhe para ela ficar calma, que a cobra estava presa *habitat* e que não conseguia sair de lá e que com o grito dela também já a tinha assustado e que a cobra já se tinha escondido!).

A Psicóloga perguntou às crianças situações que tenham sentido medo ou assustados. À medida que as crianças relataram as situações a estagiária deu exemplos do que fazer perante essa situação de modo de ultrapassar o medo. Após este

procedimento explicamos às crianças que o medo é uma emoção básica, que coloca o nosso organismo em sobre alerta e o prepara para fugir e/ou defender-se perante a percepção de perigo ou assustadora (e.g., quando um estranho se aproxima de nós; quando um cão nos ladra muito).

Para finalizar esta sessão, distribuámos as fichas com a cara do “Chefe Medo “ para as crianças pintarem.

6ª Sessão: “Espelho meu... há alguém mais zangado do que eu!”

Objectivos:

- Ajudar os alunos a perceber e exteriorizar o sentimento “zangado”;
- Capacitar os alunos para uma atitude de compreensão e procura de soluções para ultrapassar o sentimento “zangado”.

Material: Carta do “Nino zangado”, lápis para pintar, papel, cartões com todos os sentimentos, imagem com zangado para pintar.

Procedimento:

Começamos a sessão com a apresentação do último sentimento do programa, através da carta do “Nino zangado”. Perguntamos aos alunos qual o sentimento que aquela carta representava. Posteriormente, recordamos às crianças a história que foi apresentada na sessão 2, especialmente o episódio que faz referência a este sentimento.

A Psicóloga pediu às crianças para reflectirem sobre situações em que se tenham sentido zangadas. À medida que as crianças relataram as situações a estagiária deu exemplos e/ou sugeriu o que fazer perante essa situação de modo de ultrapassar este sentimento.

Em seguida, os alunos pintaram um desenho elucidativo ao sentimento zangado. No final, dividimos os alunos em quatro grupos e distribuámos um sentimento por grupo. Em cada grupo os elementos fizeram mímica da sua carta, expressando a emoção

que ela continha, até que os restantes elementos conseguissem compreender qual o sentimento ou emoção exprimido.

7ª Sessão: “O que eu penso sobre os meus sentimentos hoje....”

Objectivos:

- Levar ao dia-a-dia da criança a Identificação e Diferenciação Emocional;
- Incentivar momentos de reflexão.

Material: Ficha de “Nina e Nino tem muitos sentimentos”, cartolina, caneta, papel com o nome dos alunos, velcro (para colar e descolar no quadro), tesouras, cola, caixinhas, tintas, papel autocolante, tabela de sentimentos.

Procedimento:

Nesta sessão foi necessário uma cartolina para desenhar um quadro em que numa das colunas inserimos as imagens do Nino e a Nina com os sentimentos abordados no programa (Feliz, Triste, Medo e o Zangado), e numa outra coluna os dias da semana. No cimo da cartolina colocamos como título “*Como me sinto hoje?*”, explicando-se às crianças que o quadro servia para nos ajudar no dia-a-dia a identificar os nossos sentimentos. Perguntamos às crianças se conseguiam identificar o sentimento de cada uma das imagens do quadro. Caso seja necessário mostra-se as cartas do Baralho para lhes permitir mais facilmente o reconhecimento dos sentimentos contidos nas imagens.

Consideramos necessário ilustrar o funcionamento do quadro. A Psicóloga deu exemplo de si própria, colocando o seu nome numa das linhas, por exemplo, na linha onde continha a imagem do Feliz acrescentado: “hoje sinto-me feliz porque vocês cumpriram as regras... aprenderam os sentimentos...fizeram uns desenhos muito bonitos”. Entretanto, pedimos às crianças para pensarem nesse dia da sessão (ou em dias anteriores, em situações que aconteceram e o que fizeram nesse dia) e qual dos sentimentos que tiveram ou o que essa situação originou. Posteriormente, cada criança colocou o seu nome no lugar do sentimento escolhido e explicou porque é que se sentiu assim. Consideramos pertinente reflectir sobre cada sentimento e o que fizeram para o ultrapassar (principalmente no caso de assinalarem o zangado, o triste e o medo).

Numa cartolina colocamos um quadro que ilustrava uma outra variedade de sentimentos (tabela de sentimentos¹) além dos que já foram aprendidos e que possam surgir durante o ano lectivo.

De modo a reforçar o uso da tabela dos sentimentos, os alunos pintaram umas caixinhas onde colocaram os sentimentos contidos na tabela (tendo sido previamente recortados) para terem a possibilidade de utiliza-los de forma individualizada e sempre que necessário. Estas actividades devem passar a fazer parte das actividades das crianças com muita frequência, podendo a Educadora da sala exercitá-la durante o ano lectivo.

8ª Sessão: “Nós aprendemos que...”

Objectivos:

- Consolidar as competências trabalhadas nas sessões anteriores;
- Passagem do pós-teste: Avaliação do programa de intervenção “Brincando com as emoções”;
- Entrega de Diplomas de participação e bom comportamento.

Material: Cartões, canetas, folhas, Diplomas, “Calendário das minhas emoções”.

Procedimento:

Nesta sessão pretendemos consolidar os conhecimentos adquiridos e as competências trabalhadas ao longo das sessões. Portanto, iniciamos um diálogo em que questionamos as crianças sobre o que aprenderam com o Nino e a Nina. Depois das crianças responderem, a Psicóloga fez um resumo das competências trabalhadas, assim como recordou todas as actividades que foram sendo realizadas.

Após esta abordagem, a Psicóloga pediu às crianças para se sentarem em círculo, abordando cada criança sobre qual foi a actividade que mais gostou de fazer e

¹ A tabela dos sentimentos do “Crescer a Brincar” de Paulo Moreira (2001).

porquê. Pedimos às crianças sobre qual dos sentimentos estavam a sentir naquele momento para assinalar no quadro “Como me sinto hoje?”).

Entretanto efectuamos a avaliação do programa com a finalidade de compreender a eficácia da intervenção. Para tal, realizamos o pós-teste do “Brincando com as emoções”.

Por fim, a uma última actividade realizada foi a entrega de um Diploma de participação e bom comportamento, bem como um “Calendário das minhas emoções”.

Anexo XI

Pré e pós-teste do programa em Competências Emocionais

CSPRonfe

Avaliação pré e pós-teste do “Brincando com as emoções!”

Nome: _____

Data: _____

Na avaliação (pré e pós-teste) do programa de intervenção utilizamos o seguinte procedimento dirigido às crianças: *“Agora vamos falar de Emoções. Sabes o que são emoções? Vou mostrar-te uns cartões e gostava que me dissesses o que vês nas imagens...Aquilo que tu achas que as imagens/personagens estão a sentir. Consegues identificar ou reconhecer esse sentimento? Quais são?”*

Os cartões apresentam os seguintes sentimentos:

FELIZ: _____

TRISTE: _____

MEDO: _____

ZANGADO: _____

Obrigado pela tua colaboração!



Anexo XII

Avaliação do programa em competências emocionais

CSPRonfe

Avaliação do programa “Brincando com as emoções”

Tabela 1. Resultados da avaliação pré e pós-teste do programa de intervenção em grupo.

Alunos	Pré - teste		Pós - teste	
	Afirmativo	Negativo	Afirmativo	Negativo
A1	1	3	4	0
A2	2	2	4	0
A3	1	3	4	0
A4	1	3	4	0
A5	2	2	4	0
A6	1	3	4	0
A7	1	3	4	0
A8	3	1	4	0
A9	3	1	4	0
A10	3	1	4	0
A11	3	1	4	0
A12	2	2	4	0
A13	2	2	4	0
A14	2	2	4	0
A15	2	2	4	0
A16	1	3	4	0
A17	2	2	4	0
A18	1	3	4	0
A19	0	4	4	0
A20	2	2	4	0
A21	3	1	4	0
Total	38	46	84	0

Na avaliação pré e pós-intervenção o questionário era constituído pelas emoções mais básicas (Feliz, Triste, Medo, Zangado) incluídas no programa. De modo a avaliar o programa utilizamos o seguinte procedimento: apresentamos os cartões um a um contendo as emoções básicas. Em cada um deles pediu-se à criança a identificação da emoção/sentimento que a imagem do cartão lhe transmitia. Após a resposta da criança assinalamos a resposta dada no questionário. Consideramos a resposta correcta quando a criança identifica o sentimento/emoção apresentado no cartão, e resposta errada quando não consegue identificar devidamente a emoção representada na imagem do cartão (e.g., nomear emoção diferente da apresentada, ou seja, na imagem do ‘Zangado’ nomear e/ou identificar como ‘Triste’). Este procedimento foi individual, tendo sido realizado do mesmo modo no pré e no pós-teste.

A Tabela (1) apresentada é constituída pelas 21 crianças que participaram no programa e pelas respostas dadas no pré e pós-teste. O ‘**Afirmativo**’ corresponde ao número de respostas correctas e o ‘**Negativo**’ ao número de respostas erradas. Através da análise dos dados obtidos podemos constatar que no momento do pré-teste houve 38 respostas afirmativas e 46 respostas negativas. A emoção que obteve um maior número de respostas erradas, i.e., a emoção que as crianças tiveram mais dificuldades e/ou não conseguiram identificar foi o “Medo”, houve ainda crianças que não conseguiram identificar o “Zangado”. No momento do pós-teste houve um total de 84 respostas afirmativas e nenhuma resposta negativa ou errada, sendo que estes dados nos indicam que todas as crianças identificaram as emoções/sentimentos apresentados na imagem do cartão. Neste sentido, os resultados obtidos demonstram que as crianças apresentam diferenças significativas entre o momento pré e pós-teste na identificação das emoções, tendo melhorado significativamente na pós-avaliação do programa.

Uma análise interpretativa do programa permite-nos inferir que as crianças progrediram na identificação e diferenciação emocional, bem como aprenderam estratégias que possibilitam a gestão emocional. Assim, estes resultados evidenciam a eficácia do programa em competências emocionais.

Anexo XIII

Power-point da acção de formação

CSPRonfe

Anexo XIV

Plano da sessão de formação

CSPRonfe

Plano da sessão de formação

Tema: Depressão Infantil		Data: 16/01/2010	Duração: 120 min.	
Desenvolvimento da sessão				
	Conteúdo	Métodos/Actividades	Material	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do tema, dos objectivos e os tópicos a serem abordados na formação. 	Apresentação oral.	Retroprojector Computador	10min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertinência do tema. ▪ Definição de depressão infantil. ▪ Manifestação da perturbação: <i>como se manifesta a depressão na criança?</i> ▪ Sinais da depressão infantil. ▪ Sintomas da depressão infantil. ▪ Os factores de risco. ▪ Estratégias de prevenção e estratégias para lidar com crianças com depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral do tema. ▪ Visualização de filmes alusivos ao tema. ▪ Apresentação de uma tabela “<i>Sintomas de depressão em crianças pré-escolares</i>” (Bahls, 2002). ▪ Leitura e análise de dois casos clínicos (exemplos). ▪ Enumeração e explicação das estratégias 	Retroprojector Computador Fotocópias Canetas	20min. 10min. 10min. 20-30min. 20min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese da sessão ▪ Avaliação da acção de formação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método interrogativo e expositivo. ▪ Preenchimento de um questionário. 	Fotocópias Canetas	20min.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA
Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

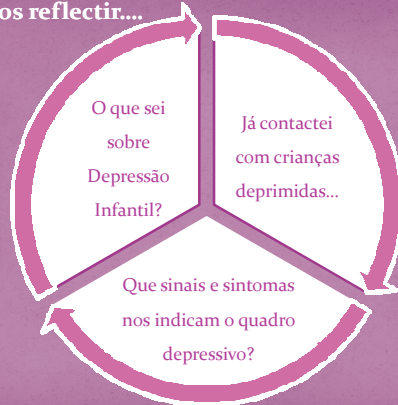
Depressão Infantil

Módulo: Psicopatologia Infantil

16 de Janeiro de 2010

Sara Freitas

✕ Vamos reflectir....



O que sei sobre Depressão Infantil?

Já contactei com crianças deprimidas...


Que sinais e sintomas nos indicam o quadro depressivo?

Índice

- > Pertinência do tema
- > Definição de Depressão Infantil
- > Principais manifestações da patologia (sinais e sintomas)
- > Factores de risco
- > Casos práticos
- > Algumas estratégias

Pertinência do tema

- A depressão na criança é nos dias de hoje um dado adquirido, existe e como tal manifesta-se (Câmara, 2005).
- Porém, esta realidade sobre a depressão infantil foi durante muito tempo negligenciada.




- Só recentemente é que os estudos sobre esta patologia se começaram realmente a desenvolver (Barrio, 2005).

Pertinência do tema

- A depressão pode ter um impacto devastador na vida das crianças e, por sua vez, na sua família. Sendo que a depressão afecta o comportamento da criança em casa, na escola, com os amigos (Miller, 2003).
- A escola é um dos locais onde a criança passa a maioria das horas do dia, para além da sua casa. Nestas horas a criança vivência diferentes experiências: estuda, brinca, come, interage socialmente e encontra espaço para manifestar as suas emoções (Silva, 2008).
- Por sua vez, os professores enquanto agentes de socialização e aprendizagem das crianças podem observar o comportamento de cada criança e se esta se desenvolve de maneira saudável.

Pertinência do tema

- Daí que o professor possa fornecer informações sobre o histórico pessoal da criança quando se pretende verificar se a mesma está a passar por situações de *stress* e/ou ansiedade e que associado a outros factores desencadeia quadros depressivos (Silva, 2008).



Portanto, o papel do professor para **prevenir e intervir** nesta questão é fundamental, inclusive ajudando a encaminhar a criança para um atendimento especializado.

- Por sua vez, o ideal é que a criança seja encaminhada para um profissional de saúde antes da DI já estar instalada.

COMO?

Pertinência do tema

- Através da **PREVENÇÃO**
 - passa por alertar e informar os responsáveis pela criança (pais, professores/educadores, entre outros) fornecendo dados que permitam um conhecimento mais aprofundado sobre a manifestação desta patologia.
 - A escola exerce, deste modo, um papel importante na prevenção, pois quando surgem os primeiros sinais de DI, um deles é o baixo rendimento escolar (dificuldade em realizar tarefas) devido à falta de concentração.
 - Assim, quanto mais precoce for possível a identificação desta problemática melhor será para a sua eliminação ainda nesta fase, pois mais tarde poderá não só manifestar-se na adolescência como na fase adulta.

Depressão Infantil

- O que sabemos do tema?
 - Já contactamos com estas crianças?
- Que sinais/sintomas nos podem indicar um quadro patológico?



Depressão Infantil

“A depressão é um tipo de emoção que resulta da perda do objecto amado, seja ele real ou irreal. O elo principal entre o objecto amado e a depressão reside exactamente no sentimento de perda” (Coutinho, 1994, cit por Silveira & Grinfeld, 2004, p.313).

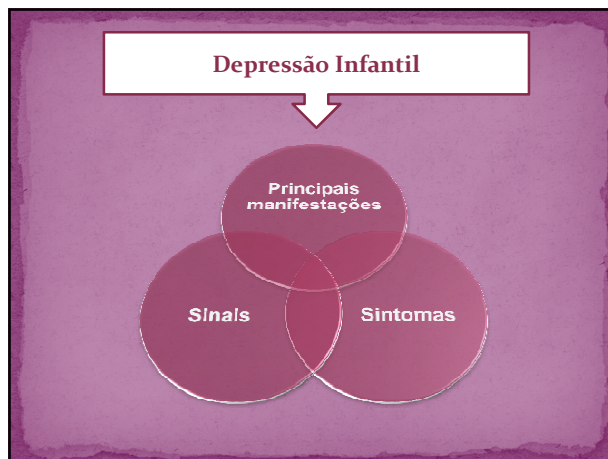
“A depressão é um desajuste na regulação da intensidade e duração da tristeza, que se produz por muitos diversos motivos tanto em adultos como em crianças” (Barrio, 2005).

Depressão Infantil

- Assim, a depressão infantil resulta de uma **perda**, podendo esta perda ser
 - real ou prolongada** (e.g., falecimento de um ou de ambos os pais, ou outro familiar significativo; separação brusca e total de um dos pais, irmão ou de outro familiar devido à separação parental, desaparecimento ou partida)
 - simbólica** (e.g., quando os pais estão fisicamente presentes, mas não o estão emocionalmente).

Depressão Infantil

- Também pode ocorrer quando as **adaptações psicológicas** normais no desenvolvimento se tornem demasiado difíceis para a criança, constituindo-se não como uma causa, mas como um factor de risco para uma depressão.
- O acontecimento é tanto mais traumático quanto mais a criança esteja numa idade considerada crítica (entre os 6 meses e os 4-5 anos) e não se mantenha qualquer elo de ligação ao ente perdido.

Como se manifesta a depressão na criança?



- A depressão infantil pode passar despercebida ou ser confundida com uma fase de **temperamento difícil ou retraído da criança**.
- Muitas vezes o comportamento da criança é alvo de **críticas** ou, até mesmo, de **punições**.
- As condutas de oposição, a hostilidade, a instabilidade de humor, as crises de raiva são comuns e, na maioria das vezes, constituem as manifestações centrais do quadro clínico.



- Esses afectos negativos podem ser desencadeados por motivos fúteis.

- A identificação psíquica e motora estão geralmente presentes. A acção e a expressão estão alteradas, inibidas,



Sendo isto notado através da indiferença, do desinteresse quer pelas actividades de rotina, como pelas actividades escolares e brincadeiras.

- A criança tem tendência a isolar-se e a evitar o contacto.



- De um modo geral, o que acontece é uma perda do entusiasmo e as actividades passam a ser executadas mecanicamente, apenas por **obrigação**.

Sinais da depressão

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| ✓ Tristeza | ✓ Alterações do sono |
| ✓ Dificuldades na escola | ✓ A fala |
| ✓ Problemas de comportamento | ✓ As queixas do corpo |
| ✓ O apetite | ✓ Ansiedade |

✓ (Clerget, 2001)

Sinais da depressão

> Tristeza

- > A tristeza é um sentimento normal que pode ser sentido em diferentes momentos pela criança. No entanto, se essa tristeza se prolonga demasiado no tempo é fundamental estar em alerta. A tristeza da criança relaciona-se com um **ar ausente**, o seu rosto torna-se **sério** e **pouco expressivo**.

> Dificuldades na escola

- > Os problemas escolares numa criança deprimida manifestam-se através da **ansiedade**, do **desinteresse**, das **dificuldades de concentração**, e dos **problemas de comportamento**.

Sinais da depressão

> Problemas de comportamento

- > A criança deprimida pode apresentar : **agitação** (salta, corre, impaciente) e **agressividade**; ou adoptar uma postura de se **fechar em si própria** (isola-se, torna-se passiva e submissa, tem intolerância ao esforço e cansa-se mais que o habitual).

> O apetite

- > O comportamento alimentar sofre alterações. A criança deprimida pode perder o apetite pelos alimentos do mesmo modo como perde o apetite pela vida. Faz selecção dos alimentos que ingere e opta sempre por alimentos mais fáceis de digerir.

Sinais da depressão

➤ Alterações do sono

- As alterações do sono são frequentes entre os 18 meses e os 6 anos, devido à intensa actividade psíquica. Para percebermos se este tem carácter patológico devemos ter em conta a **frequência**, a **intensidade**, e a sua ligação a outras perturbações.

➤ A fala

- O principal cenário de uma criança depressiva é uma **história sem palavras**. A criança economiza as palavras, fala muito menos e as suas frases tomam-se mais curtas. Quando a criança é muito pequena a sua linguagem pode mesmo regredir e voltar a «falar à bebé». Outro aspecto que pode surgir ainda é a **gaguez**.

Sinais da depressão

➤ As queixas do corpo

- Na depressão estão presentes as **perturbações psicossomáticas**, isto é, a doença é sofrida através do corpo. Quanto mais pequena for a criança mais o seu sofrimento é exprimido por intermédio das queixas físicas (e.g., dores cabeça, barriga, braços, pernas). No entanto, é sempre imprescindível fazer-se um despiste de uma doença física, mesmo na presença de uma depressão.

➤ Ansiedade

- A ansiedade caracteriza-se por um medo de uma ameaça que pode ser **real ou imaginária**. Esta agrava em intensidade a síndrome depressiva, mas não aumenta a duração da evolução. Por sua vez, pode estar presente sem existir síndrome depressiva, mas quando há um quadro depressivo a ansiedade é em geral muito intensa.

Sintomas

Sintomas de depressão em crianças pré-escolares (Bahls, 2002)

1. Dores (de cabeça e abdominais)
2. Prazer de brincar e ir à pré-escola diminuiu
3. Dificuldade nas aquisições de habilidades sociais da idade
4. Ansiedade
5. Fobias
6. Agitação ou hiperactividade
7. Irritabilidade
8. Diminuição do apetite
9. Alterações de sono

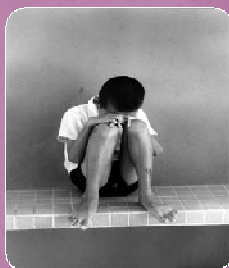
Factores de risco

- ❖ Depressão materna;
- ❖ Problemas familiares;
- ❖ Características da personalidade;



Factores de risco

- ❖ Acontecimentos negativos;
- ❖ Escasso apoio social;
- ❖ Classe social.



❖ (Barrio, 2005)

SÍNTESE

Síntese

- ✘ **Tema:** Depressão Infantil
- ✘ **Conceito:** Desajuste na regulação da intensidade e duração da tristeza
- ✘ **Principais manifestações / sinais :**
 - ✘ Tristeza, dificuldades na escola, problemas de comportamento, o apetite, alterações do sono, a fala, as queixas do corpo, a ansiedade.

Síntese

- ✘ **Sintomas:** Dores (de cabeça e abdominais), Prazer de brincar diminuído, Dificuldade nas aquisições de habilidades sociais da idade, Ansiedade, Fobias, Agitação ou hiperactividade, Irritabilidade, Diminuição do apetite, Alterações de sono.
- ✘ **Factores de risco:** Depressão Materna, Problemas Familiares, Características da personalidade, Acontecimentos Negativos, Escasso Apoio Social, Classe Social.

Casos práticos



Casos práticos

- Aspectos a ter em consideração:
 - i. Acontecimento precipitante;
 - ii. Alguns comportamentos, sinais e/ou sintomas manifestados pela criança;
 - iii. Factores de risco.

Estratégias de Prevenção



Em vez de prevenção, podia estar escrito **AMOR...** 

- ✓ Os pais são os melhores actores na prevenção da DI, dando aos seus filhos amor e carinho,

- bem como compreensão, protecção, segurança, atenção e transmitindo-lhes confiança.

- ✓ Os professores/educadores também podem contribuir para a transmissão destes afectos. Portanto, os educadores e outros responsáveis podem tomar algumas medidas de prevenção, tais como:



- ✓ Caso a criança revele alguma **timidez**, incentive-o a participar mas não a pressione (e.g., a falar perante o grupo).

- ✓ Quando a criança desempenha actividades em que é **bem sucedida** dê-lhe um **elogio**, pois é fundamental fortalecer-lhe a auto-estima, constituindo isto como uma forma de valorização pessoal e, ao mesmo tempo, o reconhecimento de ser valorizado pelo adulto.
- ✓ Quando alguma **criança se isola** do restante grupo estimule-a a interagir através de brincadeiras e jogos, uma vez que ao aumentar a rede de amizades diminuímos a tendência para a criança se sentir sozinha.
- ✓ Um outro aspecto de extrema importância é ensinar as habilidades necessárias para as crianças serem **emocionalmente bem-sucedidas**.
- ✓ As **EMOÇÕES** desempenham um papel essencial no funcionamento humano, sendo que estas servem como forma de expressão. Se a criança conhecer as emoções adequadamente ela irá expressá-las de modo a que os adultos percebam se esta se encontra bem ou se passa por algum tipo de mal-estar ou aflição.



- ✓ Se existir um **histórico familiar de depressão** na vida da criança, o professor deve estar mais atento a qualquer mudança de comportamento .

- ✓ Cada vez mais existem **crises familiares** e poucos recursos para a família lidar e ultrapassar essa situação.



- ✓ Normalmente quem mais sofre com este stress e/ou problemas são as crianças, pois são as primeiras a desenvolver complicações psicológicas. Nestes casos, converse mais vezes com a criança individualmente (isto ajudará a criança a verbalizar o que sente e diminuir o seu stress.)
- ✓ Em **situações de mudanças** (casa/escola), abandono, divórcio, falecimento de uma pessoa próxima, maus tratos (psicológicos/físicos), é necessário redobrar a atenção sobre o comportamento da criança.

Estratégias a utilizar em crianças com sinais e/ou sintomas de DI



Ninguém gosta de mim...

- ✓ Se a criança demonstrar **dificuldades em participar das actividades em grupo**, considere por ex., que ela escolha o grupo de trabalho, e incentive os colegas a pedirem que o aluno participe/colabore.

- ✓ Se a criança tem **tendência a culpar-se excessivamente** por situações que não pode controlar (e.g., os pais da criança vão-se divorciar. A criança verbaliza que isto aconteceu por sua causa porque "portei-me mal..."). Considere discutir com ela cada situação dando-lhe possíveis soluções.

- ✓ É importante que **forneça críticas verbais e construtivas** para todos os alunos, sendo que isto ajuda a criança a perceber que não é a única que tem dificuldades.

- ✓ Se a criança afirmar que **ninguém gosta dela**, explique-lhe como interagir correctamente com os colegas (e.g., que deve respeitar, partilhar, ouvir, ser afável). Além disso deve acrescentar que essa ideia é errónea.

- ✓ A criança pode **descuidar-se da sua aparência e higiene pessoal** . Neste caso pode abordar a criança (individualmente) sobre a importância da higiene e aparência pessoal. Pode ainda optar por fazer uma actividade que reforce a importância da higiene.

- ✓ Se a criança **não sorrir** peça-lhe para o fazer e pergunte-lhe por que ela não o faz. Considere a utilização de histórias, jogos e vídeos bem humorados. Quando a criança sorrir reforce este comportamento dizendo-lhe que é bom vê-la sorrir.

- ✓ Quando a criança apresentar **acessos de mau humor**, considere não dar atenção a isso. Caso não funcione, o ideal será mesmo retirar a criança da sala por um breve período. Após a criança voltar ao seu estado "normal" converse com ela sobre o que aconteceu. É importante que seja justo e consistente.

- ✓ Se o **humor da criança mudar constantemente**, ensine a criança a expressar os seus sentimentos de modo adequado. É importante que a criança reconheça aquilo que sente para poder lidar e exprimir apropriadamente.

- ✓ Se a criança **ficar excessivamente triste** quando recebe uma crítica construtiva considere intercalar com um alguns elogios: "vejo que te esforçaste, mas é necessário melhorar aqui e ali..." .

- ✓ A **raiva** é um problema manifestado por crianças deprimidas. Considere ensinar à criança a identificar as situações e/ou acontecimentos que a irrita de modo a diminuir e controlar esse comportamento.

Anexo XV

Questionário de avaliação da acção de formação

CSPRonfe

Questionário de avaliação da acção de formação

A sua opinião sobre a acção de formação reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia/eficiência de futuras acções. Assim, solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa e, posteriormente, responda às outras questões abertas colocadas.

Não se aplica	Nada Satisfatório	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bastante Satisfatório
0	1	2	3	4

Assinale com uma cruz (X)

FORMADOR (a)	0	1	2	3	4
A. Domínio do tema tratado					
B. Motivação para a participação do grupo					
C. Relação com o grupo					
D. Interesse que despertou no grupo					
E. Clareza da comunicação					
F. Esclarecimentos às dúvidas colocadas					
G. Recurso a exemplos e exercícios para expor os temas					
H. Metodologia que facilitou a aprendizagem					
I. Utilidade prática dos conteúdos					

O que considerou mais importante nesta formação?

O que mais gostou?

O que menos gostou?

Sugestões para futuras formações:

Outros comentários.

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo XVI

Apresentação e descrição dos resultados do questionário de avaliação da formação

CSPRonfe

O gráfico apresentado corresponde à avaliação dos participantes em relação ao desempenho do formador. Pela análise global do gráfico os participantes demonstraram ficar “Bastante satisfeitos” com o desempenho do formador. A percentagem de respostas às questões (da alínea **A** até à **I**) encontra-se entre os 70% e 90%.

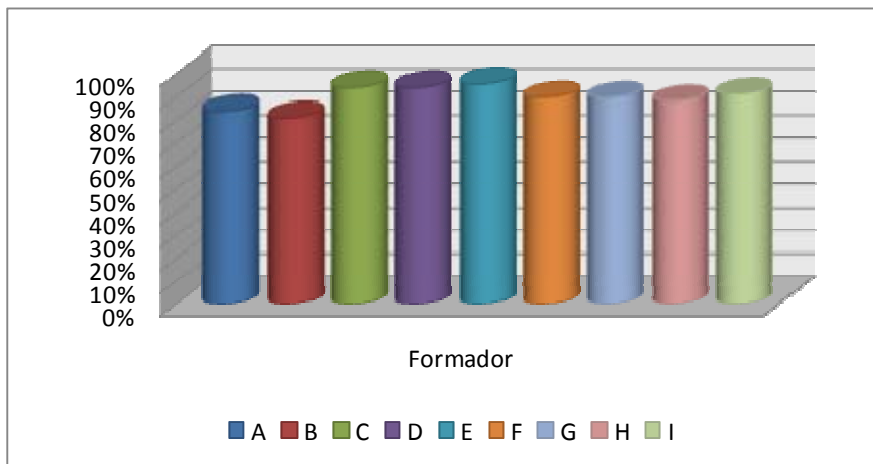


Figura 1. Percentagem de respostas em relação ao desempenho do formador.

Legenda: **A** - Domínio do tema tratado; **B** - Motivação para a participação do grupo; **C** - Relação com o grupo; **D** - Interesse que despertou no grupo; **E** - Clareza da comunicação; **F** - Esclarecimentos às dúvidas colocadas; **G** - Recurso a exemplos e exercícios para expor os temas; **H** - Metodologia que facilitou a aprendizagem; **I** - Utilidade prática dos conteúdos.

De acordo com a análise e interpretação das respostas dos participantes às restantes questões incluídas no questionário de avaliação podemos inferir alguns aspectos. Em relação à importância da formação os participantes responderam, de um modo geral, que o tema e o conteúdo da formação foram essenciais para a sua prática profissional e porque é um problema muitas vezes “*banalizado, confundido e escondido*”. Quanto aos aspectos que mais gostaram na formação os participantes referiram o tema e a forma como foi abordado e desenvolvido, mencionando também que a “*formação foi bastante positiva*”. No que concerne aos aspectos que menos gostaram apontaram para o facto da existência da depressão nas crianças. Por último, as sugestões dadas para próximas formações foram a imagem do retroprojector ser maior, e abordar mais módulos sobre problemas/patologia infantil, como por exemplo, o medo nas crianças. Estes resultados são positivos e permite-nos concluir a satisfação dos participantes com a formação.