



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Nanci Cláudia Frederico Leite



JULHO 2015



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: ACES Alto Ave-Centro de
Saúde das Taipas

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

Nanci Cláudia Frederico Leite

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



JULHO 2015

Resumo

O presente relatório está inserido no âmbito do estágio curricular do 2º ciclo do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Braga. O objetivo primordial deste relatório é a apresentação das linhas gerais do estágio curricular decorrido no ano 2014/2015, o qual foi realizado no ACES Alto Ave (Guimarães, Vizela e Terras de Basto), especificamente na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), inserida no Centro de Saúde das Taipas-Guimarães. A estrutura do relatório de estágio apresenta uma descrição das áreas de atuação. Seguidamente, são mencionadas as diferentes atividades de intervenção psicológica, designadamente de intervenção individual, em grupo e a ação de formação, e, finalmente, uma reflexão relativa à experiência desenvolvida durante o estágio.

Palavras-Chave: Estágio; Psicologia Clínica e da Saúde; Intervenção Psicológica.

Abstract

The present report emerges in the context of the master's degree in Clinical and Health Psychology from the Faculty of Philosophy and Social Sciences, Portuguese Catholic University-Regional Center of Braga. The main objective of this report is to present the guidelines of curriculum research at stage elapsed in the year 2014/2015, which was held at ACES High Ave (Guimarães, Vizela and Terras de Basto), specifically Unit Shared Resource Assistance (URAP) inserted at the Health Centre of Taipas, Guimarães. The internship report structure provides a description of areas of expertise. Next, they are mentioned the different activities of psychological intervention, including individual intervention group and the formation of action, and finally a reflection on the experience developed during the internship.

Keywords: Stage; Clinical and Health Psychology; Psychological intervention.

Índice

| | |
|---|----|
| Resumo..... | I |
| Abstract | I |
| Índice..... | II |
| Índice de figuras..... | II |
| Introdução..... | 3 |
| CAPÍTULO 1 - Local de estágio e funções do Psicólogo | 4 |
| 1.1 Caracterização do contexto institucional do estágio..... | 4 |
| 1.2 Caracterização do ACES Alto Ave: Taipas-Guimarães | 4 |
| 1.3 O papel do profissional de Psicologia na instituição..... | 5 |
| 1.4 Avaliação das necessidades..... | 6 |
| 1.5 Identificação das principais necessidades e alvos de intervenção..... | 6 |
| 1.6 Caracterização da observação..... | 7 |
| 1.7 Observação das consultas de Psicologia | 7 |
| 1.8 Intervenção..... | 8 |
| 1.9 Apresentação dos casos clínicos..... | 8 |
| CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA..... | 9 |
| 2.1 Intervenção psicológica individual: caso clínico (estudo de caso) | 9 |
| 2.2 Intervenção psicológica individual: casos clínicos | 17 |
| 2.3 Intervenção psicológica em grupo: “O abc da Educação Parental” | 40 |
| 2.4 Ação de formação: “Saúde Mental: da gestão de stress à promoção de bem-estar” | 42 |
| Conclusão..... | 45 |
| Referências Bibliográficas | 46 |
| Anexos..... | 50 |

Índice de figuras

| | |
|---|---|
| Figura 1- Organograma ACES Alto Ave | 5 |
|---|---|

Introdução

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular Seminário de Acompanhamento de Estágio inserida no Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Filosofia e de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa-Centro Regional de Braga. O estágio decorreu no ACES Alto Ave (Guimarães, Vizela e Terras de Basto), especificamente na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), incluída no Centro de Saúde das Taipas-Guimarães, tendo iniciado no dia 2 de Novembro de 2014 e a sua conclusão em Julho de 2015.

O Estágio Curricular é um processo de avaliação curricular que conferirá ao aluno a obtenção do grau de Mestre de Psicologia Clínica e da Saúde. Neste sentido, os objetivos primordiais consistiram em proporcionar a aplicação das diferentes abordagens teóricas nos diversos contextos da prática psicológica, promover o contacto e a aprendizagem de boas práticas de maneira a desenvolver competências profissionais apropriadas e autónomas, e facultar a formação adicional ao nível do uso de instrumentos de avaliação psicológica em termos de aplicação, cotação, e interpretação dos resultados.

As atividades de estágio abrangeram a observação de consultas de psicologia, a elaboração e participação em ações que incluem as necessidades do serviço, a avaliação psicológica e a intervenção psicológica individual e em grupo.

Este relatório está organizado em dois capítulos, sendo que o primeiro refere-se à caracterização da instituição e do serviço de psicologia na instituição e o segundo às atividades preconizadas, nomeadamente à avaliação e intervenção psicológica individual, em grupo e à ação de formação. No final, procede-se a uma reflexão relativa à experiência vivenciada no estágio.

CAPÍTULO 1 - Local de estágio e funções do Psicólogo

1.1 Caracterização do contexto institucional do estágio

O estágio decorreu num gabinete de psicologia da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que pertence ao ACES Alto Ave-Taipas, sob a orientação da psicóloga clínica Dr.^a Liliana Junot Rocha.

1.2 Caracterização do ACES Alto Ave: Taipas-Guimarães

O ACES Alto Ave foi criado em 2012 e resultou da fusão dos ACES Ave I e Ave II. O agrupamento de Centro de Saúde Ave II funciona como um observatório de saúde da população dos concelhos de Guimarães e Vizela e integra doze Unidades de Saúde Pública em Guimarães: Afonso Henriques, Pevidém, São Nicolau, São Torcato, Serzedelo e Vimaranes; em Vizela: Novos Rumos e Physis; nas Caldas das Taipas: Ara de Trajano, Duovida, Ponte e Ronfe) e duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados CSP (Amorosa e Moreira de Cónegos). A área de influência das Taipas não corresponde a um concelho, mas sim a uma parte do concelho de Guimarães, que corresponde a vinte e sete freguesias do concelho de Guimarães, distrito de Braga, sendo estas: Balazar, Barco, Brito, Caldelas, Corvite, Donim, Figueiredo, Gondomar, Leitões, Longos, Oleiros, Ponte, Ronfe, Briteiros (S. Salvador), Prazins (St^a. Eufémia) Briteiros (St^a. Leocália), Airão (St^a. Maria), Souto (St^a. Maria), Briteiros (St^o. Estevão), Prazins (St. Tirso) Airão (S.João), Sande (S. Clemente), Sande (S. Lourenço), Sande (S. Martinho), Sande (Vila Nova), S Souto (S. Salvador), Vermil. A área do Centro Saúde das Taipas abrange um total de 99,4 km, tendo uma população residente de 46 360, dos quais 22637 são homens (48,83%) e 23 723 são mulheres (51,17%), e uma densidade populacional de 466.39 hab./Km² (INE-CENSOS 2011).

As várias unidades funcionais dos ACES são: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada ACES pode ser composto por várias USF, UCSP e/ou UCC. No entanto, incorpora apenas uma USP e uma URAP.

O presente estágio curricular insere-se na Unidade de Saúde Familiar Ara Trajano nas Taipas-Guimarães, especificamente na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A URAP presta serviços de consultoria e assistência às restantes unidades funcionais, organizando ainda ligações entre estas unidades e os serviços hospitalares. A URAP pode ser composta por nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapia e outros profissionais.

Nomeadamente a URAP das Taipas inclui o serviço de assistência social e de psicologia. Este último visa prestar cuidados de saúde primários, ao nível da consulta psicológica individual e resposta em projetos de saúde nos diversos tipos de problemas humanos e institucionais.

Organograma

O presente organograma refere-se ao ACES Alto Ave.

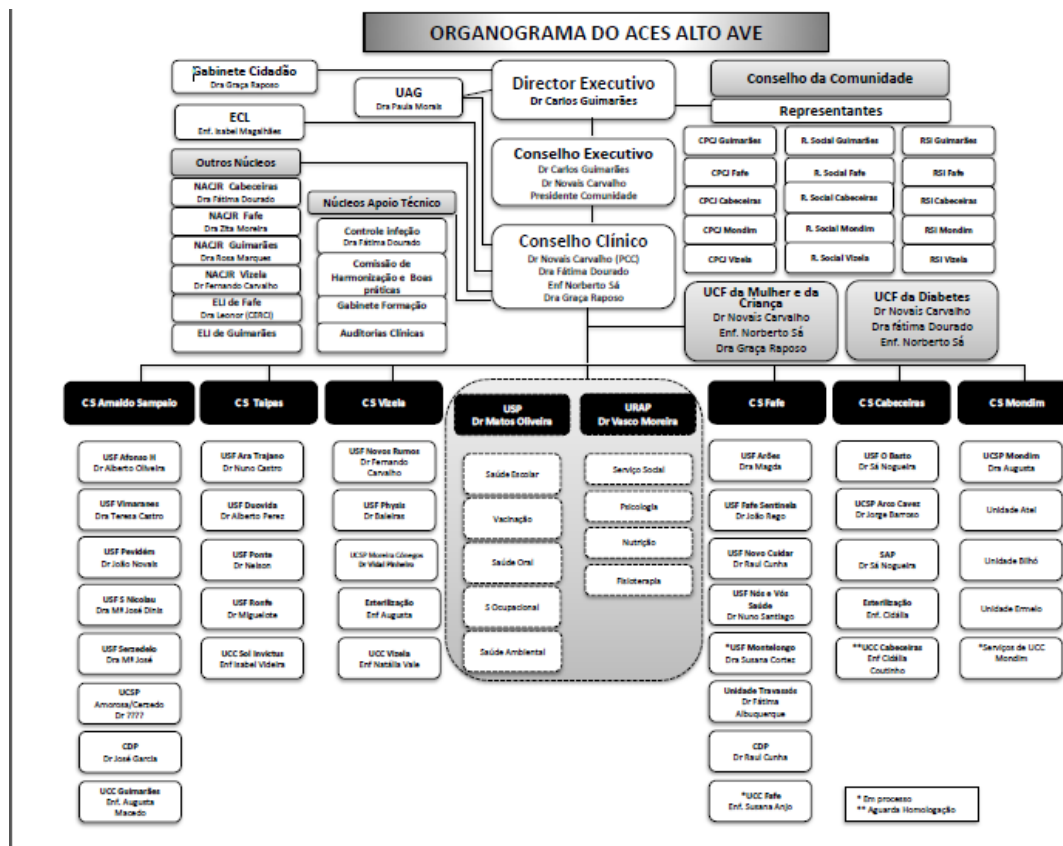


Figura 1- Organograma ACES Alto Ave

1.3 O papel do profissional de Psicologia na instituição

O estágio concretizado na Unidade de Saúde Familiar Ara Trajano permitiu a aprendizagem prática de conhecimentos nas especialidades da Psicologia Clínica e da Psicologia da Saúde. A psicologia nos cuidados de saúde primários de acordo com Trindade e Teixeira (2007) é a prestação de serviços psicológicos aos indivíduos, famílias e comunidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a função assistencial.

Trindade e Teixeira (2007) salienta que nos cuidados de saúde primários, os psicólogos são chamados a prestar serviços de consulta psicológica individual, mas têm também que dar respostas ao nível de projetos de saúde e a muitos tipos de problemas humanos e institucionais. Nesta instituição os pacientes que procuram o psicólogo são encaminhados pelos médicos de

família para a consulta de psicologia. O psicólogo faz intervenções individuais com crianças, adolescentes, adultos e idosos, ou trabalha em conjunto com os progenitores sempre que necessário, quando o utente é uma criança. Intervém junto das populações com múltiplas problemáticas e faixas etárias diferentes. E no final da intervenção terapêutica é realizado um relatório de orientação e de devolução das avaliações, quando solicitado. Integra ainda uma equipa multidisciplinar composta por médico, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista, que intervém junto dos professores, fazendo diversa formação desde o PRESSE, dedicada à Educação Sexual, o programa PASSE com o objetivo de fomentar hábitos de alimentação saudável nos estudantes dos diferentes ciclos e em outros projetos sempre que solicitado. Também trabalham junto das USF, no sentido de intervir junto de utentes que apresentam problemas psicológicos (ansiedade, depressão). A intervenção é realizada através da psicoeducação das patologias, na sua monitorização e prevenção através de intervenções individuais e em grupo.

1.4 Avaliação das necessidades

O estágio na URAP realizou-se com a orientação da psicóloga desta instituição, que periodicamente averigua e realiza o levantamento formal das necessidades, uma vez que procura dar resposta às necessidades da instituição.

1.5 Identificação das principais necessidades e alvos de intervenção

Na URAP há grande incidência de consultas encaminhadas pelo médico de família com suspeita de problemas de aprendizagem e comportamentais em crianças. Realiza-se uma avaliação psicológica (através da observação, entrevistas de anamnese e testes psicométricos) para posteriormente se intervir apropriadamente. Também se apresentam ao departamento da URAP pacientes com diagnósticos de depressão, ansiedade, disfunções sexuais, problemas conjugais, entre outros.

A intervenção psicológica é uma missão premente e indispensável nos centros de saúde. Deste modo, é relevante indicar e contextualizar a sua intervenção psicológica principalmente porque a inclusão dos psicólogos na carreira dos técnicos superiores de saúde assim o requiere, mas ainda porque, entre todas as questões relacionadas com a intervenção de psicólogos nos serviços de saúde, a intervenção nos cuidados de saúde primários é a mais prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde quer dos próprios psicólogos (Trindade & Teixeira, 1998).

1.6 Caracterização da observação

Em psicologia clínica, uma das contribuições mais revelantes da observação é a possibilidade que esta nos revela, ao facultar componentes que possam ser indícios de psicopatologia, bem como dispor de elementos normativos do comportamento. Esta é uma forma e uma estratégia de recolha de informação sobre os comportamentos apresentados pelos utentes e a partir dos quais torna-se possível familiarizar-se com vários conteúdos e significados tendo sempre como fundamento o contexto e a história na qual o indivíduo está inserido.

Desta forma, inicialmente no estágio, realizou-se a observação da Unidade de Saúde Familiar Ara Trajano, de maneira a promover a adaptação e o conhecimento do funcionamento do serviço. Posteriormente, realizou-se a observação da URAP, o contacto com a equipa de técnicos, os espaços, a forma de funcionamento fomentando maior ajuste ao contexto. Assim, durante a observação foi proporcionado a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências, conhecimentos, aptidões e atitudes, e demonstrou-se uma parte fundamental, na medida em que possibilitou o contacto com os diferentes contextos que fazem parte do serviço promovendo a adaptação aos mesmos.

1.7 Observação das consultas de Psicologia

As primeiras consultas e consultas subsequentes foram observadas sempre com o consentimento do utente, ou seja, no início de cada consulta foi-lhe solicitado a permissão para a observação. A postura assumida foi passiva, ou seja, não interferiu no decorrer da consulta, de maneira a que o utente se sentisse mais à vontade. No fim das consultas, realizaram-se reflexões relativas ao caso clínico, sobre a sua evolução e implementação das estratégias de intervenção. Assim, foram observadas as primeiras consultas e algumas consultas de seguimento, o que contribui para uma ampliação dos conhecimentos relativos às psicopatologias, através da visualização da sintomatologia associada e das opções de tratamento. Possibilitou também uma reflexão quanto às hipóteses de diagnóstico e prognóstico, e ainda o contacto com o progresso do estado psicológico dos utentes. Observou-se consultas com todo o tipo de população e problemática, dependendo dos encaminhamentos dos pedidos. Quanto aos procedimentos de encaminhamento, verificou-se que há uma particular atenção entre os médicos de família com o psicólogo clínico no encaminhamento de casos urgentes, facultando maior rapidez e solução dos casos. Constatou-se também, que na maioria dos casos, quando o utente é encaminhado para a consulta de psicologia já tem um diagnóstico médico,

todavia, na primeira consulta procede-se à exploração do motivo da consulta ou do problema apresentado, através da concretização da anamnese.

A observação teve início imediatamente no primeiro dia de estágio, em diferentes horários e foi realizada durante todo o período de estágio, contudo, posteriormente reduziu a sua duração. Nos primeiros três meses a observação foi mais frequente. Este período observacional como mencionado anteriormente facultou positivamente um aperfeiçoamento das diferentes competências subjacentes à prática da psicologia clínica e da saúde, ou seja, uma maior integração da formação teórica recebida com o exercício da prática.

1.8 Intervenção

Depois de um período observacional deu-se início à intervenção nos casos clínicos, os quais foram realizados atendendo às premências do local de estágio. Os casos clínicos foram selecionados pela orientadora de estágio de forma diversificada em diagnósticos, permitindo deste modo um contacto mais abrangente com diagnósticos e uma faixa etária diferente.

Quanto à intervenção em grupo, esta foi escolhida pela estagiária e consentida pela orientadora, em competências parentais. Foi ainda realizada uma ação de formação relativa à gestão de *stress* aos profissionais de saúde.

1.9 Apresentação dos casos clínicos

Foram selecionados cinco casos clínicos, dos dez que tiveram acompanhamento ao longo de estágio, descrevendo-se seguidamente o processo de avaliação e intervenção realizados. De forma a garantir a confidencialidade de cada pessoa, foi retirado o seu nome e dados que viabilizassem a sua identificação.

CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

2.1 Intervenção psicológica individual: caso clínico (estudo de caso)

| |
|---------------------------------|
| Caso Clínico S (Estudo de Caso) |
|---------------------------------|

Dados de identificação

S. é uma adolescente de dezassete anos. Mora com a mãe e não tem irmãos. Frequenta o 12º ano de escolaridade no curso profissional de técnico de receção.

Motivo de Encaminhamento

S. foi encaminhada para o serviço de psicologia, que segundo a referenciação da médica de família pediu para ser avaliada e acompanhada. De acordo com a indicação da médica foi-lhe diagnosticado recentemente Esclerose Múltipla (EM), e S. não está a lidar bem com a doença, refugia-se em casa, não quer frequentar as aulas, refere que o barulho a incomoda, tem medo de ficar em casa e muito anda triste.

História do problema

É acompanhada em Neurofisiologia, Neuropediatria e Psiquiatria desde julho de 2014, após o diagnóstico de Esclerose Múltipla.

S. apresenta alguns sintomas depressivos como tristeza, não quer sair de casa, e em casa quer manter os estores das janelas fechadas, tem medo de estar sozinha em casa, evita estar com os colegas, deixou de frequentar as aulas, o barulho incomoda-a, e estava a ter dificuldade em lidar com a doença. S. tinha terminado o estágio do curso profissional num hotel em junho, quando já sentia muitas vezes desequilíbrio e até tinha medo de ir para a escola, mas ia sempre, “muitas vezes chegava a casa da escola com falta de ar e muito cansada e até cheguei a fazer raio x” (sic). No final de junho S. mencionou: “um dia estava em casa e a minha mãe perguntou-me, estás bem S., eu disse que sim, mas ela disse-me que eu troquei a vista, mas passou e nem dei conta” (sic). Por vezes, sentia ainda tonturas e voz distorcida. S. chegou a ir ao médico de família que não detetou nada, foi também ao Oftalmologista que lhe disse que “via bem” (sic), e depois de lhe fazer um exame ao equilíbrio, encaminhou imediatamente para o hospital. Foi encaminhada em seguida para o Hospital de Santo António-Porto para realizar exames mais precisos, em que lhe foi diagnosticado Esclerose Múltipla e esteve internada durante quinze dias.

Quando voltou para casa refere ter iniciado pesquisa sobre a doença e indica que se sentiu perturbada. Os sintomas acima mencionados começaram a manifestar-se, até que foi a um psiquiatra que lhe receitou Fluoxetina, e que melhorou dos sintomas significativamente. Todavia, novamente em consulta no Hospital de Santo António-Porto tiveram que alterar a medicação, pois não era a adequada, pelos efeitos secundários que poderia provocar perante o diagnóstico de EM. Foi-lhe medicado Sertralina que ainda mantém, mas com um ligeiro aumento da dose 70 mg. Os sintomas que apresenta atualmente são ligeiros por causa da medicação que toma.

História do desenvolvimento biopsicossocial

No que concerne ao período pré-natal e desenvolvimental este foi normativo, a gravidez foi desejada e correu com normalidade. S. não tem irmãos e nasceu com 3.320 kg de peso e 49.5 cm de comprimento e nunca foi uma criança doente na infância, fazia apenas as consultas de rotina e estava sempre tudo bem, a não ser as doenças normais como constipações e varicela, foi sempre muito saudável, segundo a mãe. Iniciou a marcha aos doze meses e aos dois anos já falava com muito vocabulário. Tinha a tendência na 1ª infância para o isolamento. Não frequentou o jardim-de-infância, porque a mãe estava em casa e cuidava de outras crianças. É católica, batizada e com a primeira comunhão, mas agora não frequenta a Igreja.

Frequentou consultas de psicologia no 1º ciclo, do 1º ano até ao 3ºano, porque chorava sempre “fazia sempre um berreiro quando ia para a escola, não comia nada, não brincava com a canalha, só estava em casa e dormia, tinha medo da professora porque batia nos meus amigos, era má” (sic). Nunca reprovou de ano na escola e era boa aluna. Está atualmente no 12º ano de escolaridade no curso profissional de receção, embora lhe falte terminar algumas disciplinas que atrasou pelas faltas à escola e sua recuperação. Ao nível das relações interpessoais referiu que sempre teve muitos amigos, mas sente-se melhor com poucos amigos. Já teve alguns namorados na adolescência, e a sua primeira experiência sexual aconteceu aos dezasseis anos. Começou a fumar e a beber bebidas alcoólicas aos doze e treze anos, mas após o diagnóstico da EM deixou o hábito de fumar e beber. Teve sempre uma boa relação com os pais. Vive com a mãe que tem quarenta e quatro anos, e que atualmente está de baixa médica, por causa do apoio a S.. A mãe não recebe nenhum apoio monetário da segurança social, por isso, é ama de uma criança para poder obter algum dinheiro extra. O pai tem quarenta e cinco anos, e neste momento está emigrado no Mónaco há um ano a trabalhar na construção civil “O meu pai disse-me que está a trabalhar no Mónaco por causa de mim, e às vezes sinto-me culpada por isso”

(sic). Tem um bom suporte familiar da parte da mãe e familiares, mormente da madrinha e tios e fala diariamente por telefone com o pai.

História médica pessoal

É acompanhada atualmente em Neurofisiologia, Neuropediatria e Psiquiatria desde julho de 2014, após o diagnóstico de Esclerose Múltipla no Hospital de Santo António-Porto. Está a ser medicada com a utilização do dispositivo eletrónico para a administração de terapêutica para a Esclerose Múltipla, o RebiSmart, em que administra a si própria três injeções por semana à noite, na zona abdominal (segunda, quarta e sexta-feira) de 29 microgramas de Rebif. Toma antes da injeção o Ben-u-ron 1000 mg por causa da dor e cansaço. Também está medicada por Psiquiatria com Sertralina 70 mg no fim do pequeno-almoço.

História psiquiátrica e médica familiar

Segundo S. a sua mãe já teve um episódio depressivo, e uma tia materna tem depressão crónica. O pai tem diabetes, mas não toma medicação. No que se refere à história familiar, constata-se que não existem na família problemas médicos que se destaquem.

Estado mental/ observação clínica

A utente vem à consulta acompanhada com a mãe. Apresenta um aspeto bem cuidado e limpo. Necessita de ajuda da mãe para se movimentar e equilibrar corretamente, e treme um pouco das mãos. Sem alteração de qualquer pensamento, comportamento e perceção. Manifesta um discurso organizado, coerente e lógico. Mostra um humor ligeiramente deprimido e revela alguns sinais de ansiedade, pois está sempre a mexer no telemóvel e mantém pouco contacto ocular.

Avaliação psicológica

Com o objetivo de proceder à avaliação psicológica de S., foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: *Entrevista clínica semiestruturada para crianças e adolescente (6-18 anos)* adaptada da *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)* (McConaughy & Achenbach, 1994); *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)* Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa de Canavarro, 2007); *Inventário de Depressão de Beck* (Vaz Serra e Abreu, 1973); *Escala de ajustamento psicossocial à doença-SR* (Derogatis, 1978, 1973) Adaptação: Schildberger & Teixeira (I.S.P.A.) 1994; *Escala de Determinação Funcional da Qualidade de Vida na Esclerose*

Múltipla, traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Mendes, Balsimelli, Stangehaus & Tilbery (2004), a partir do *Funcional Assessment of Multiple Sclerosis* (FAMS) desenvolvido por Cella, Dineen & Arnason (1996); *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde* (WHOQOL-BREF, 1998); *Escala de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stresse* (23QVS), elaborada por Vaz Serra (2000).

- **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

A análise dos resultados obtidos no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) aponta para a não presença de perturbação emocional, pois o seu índice revela geral de sintomas revela uma pontuação (IGS=1.32).

Mais especificamente, na dimensão Somatização (SOM), a pontuação obtida (1.57) revela que S. apresenta algum mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, algumas queixas somáticas. Quanto à dimensão Obsessões-Compulsões (O-C), o valor obtido (1.33) sugere que a utente apresenta algumas cognições e comportamentos que são experienciadas como persistentes e aos quais S. não consegue resistir. Relativamente à Sensibilidade Interpessoal (I-S), a pontuação (1.00) demonstra que S. não apresenta sentimentos de inferioridade e de inadequação pessoal nas relações interpessoais. Na dimensão Depressão (DEP), o resultado (0.83) evidencia que S. não apresenta sintomas de afeto e humor disfórico, falta de energia, de motivação e interesse pela vida. A dimensão Ansiedade (ANX), a pontuação (1.67) revela que S. apresenta sintomatologia ansiosa, tal como nervosismo, tensão e pânico. No que concerne à Hostilidade (HOS), o valor obtido (2.60) indica um nível elevado de comportamentos hostis, irritabilidade, aborrecimento ou cólera. A dimensão Ansiedade Fóbica (PHOB), o resultado (1.80) sugere que a utente apresenta sintomas associados à ansiedade típica de fobias ou agorafobia. Na ideação paranoide (PAR), o valor que S. obteve (1.40) mostra que esta apresenta algum comportamento paranoide como projeção, hostilidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia, grandiosidade ou suspensão. Por fim, na dimensão Psicotismo (PSY) a pontuação (0.60) demonstra que a utente não apresenta sintomatologia psicótica.

- **Inventário de Depressão de Beck**

A utente obteve um total de nove pontos, no inventário da depressão de Beck (BDI), revelando ausência de sintomas depressivos mínimos.

- **Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença-SR**

Aplicou-se este instrumento de forma a avaliar o ajustamento geral psicológico e social à Esclerose Múltipla. A pontuação revelou um score T=56 que indica proximidade do score T=62 que regra geral este score equivalente ou maior mostra-se positivo em termos clínicos de mau ajustamento psicossocial. As pontuações mais elevadas referem-se aos seguintes domínios: domínio dois que reflete o impacto da doença médica no ajustamento vocacional (escola), domínio três, orientado para as dificuldades que a doença provocou ao nível do contexto familiar e em casa, e domínio sete que mede os pensamentos disfóricos e os sentimentos que acompanham a doença ou são resultado direto da doença. Estes domínios contêm um perfil das áreas problemáticas no ajustamento de S. à Esclerose Múltipla.

- **Escala de Determinação Funcional da Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla (DEFU)**

A escala DEFU permitiu aferir através das diferentes subescalas que engloba, que S. apresenta alguma dificuldade na mobilidade, que o seu estado emocional interfere na sua qualidade de vida bem como o pensamento e a fadiga. Nas restantes subescalas (sintomas, satisfação pessoal, situação social e familiar) não há indicadores revelantes que sejam determinantes na qualidade de vida na EM em S..

- **Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde-WHOQOL-BREF**

Pretendeu-se com este instrumento avaliar a qualidade de vida, tal como foi definida pela OMS. Os resultados indicam que S. está num valor de 55% que sugere uma qualidade de vida mediana. Todavia, o domínio das relações sociais necessita de ser melhorado.

- **Escala de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS)**

Segundo os resultados desta escala, S. manifesta muita vulnerabilidade ao *stress*, na forma como S. lida com os acontecimentos de vida e os episódios recorrentes e o agravamento da doença.

Diagnóstico do DSM-V: 293.83 (F06.31) Perturbação de Humor Devida a Esclerose Múltipla Com Características Depressivas

Justificação do diagnóstico

A atribuição do diagnóstico de Perturbação de Humor Devida a Esclerose Múltipla com Características Depressivas justifica-se uma vez que, os sintomas são considerados um efeito fisiológico direto de um estado físico geral (Esclerose Múltipla). Envolve um humor depressivo e irritável em que S. refere sentir-se triste, com uma marcada diminuição de interesse pela escola, e de outras atividades sociais como sair com os colegas, irrita-se com tudo e por qualquer aspeto (Critério A), no entanto, não cumpre todos os critérios para se atribuir um diagnóstico de episódio depressivo *major*, apenas tem características depressivas. Há a evidência a partir da história clínica, e exame físico de que a perturbação é consequência fisiológica direta de um estado físico geral da Esclerose Múltipla (Critério B). Também a perturbação não é melhor explicada por uma perturbação mental (Critério C) e ainda o diagnóstico não é feito se a perturbação de humor ocorrer somente durante a evolução de um *delirium* (Critério D). A perturbação causa um mal-estar clinicamente significativo no funcionamento social com a ausência de relações interpessoais (Critério E).

Diagnóstico diferencial

S. cumpre todos os critérios para uma Perturbação de Humor Devida a Esclerose Múltipla Com Características Depressivas. O diagnóstico separado da Perturbação de Humor Devida a Esclerose Múltipla Com Características Depressivas não é feito se a perturbação do humor ocorrer apenas durante a evolução de um *delirium*, dado que não houve a evolução de um *delirium* em S.. Também não é perturbação do humor induzida por substâncias, uma vez que não existe o uso de substâncias por parte de S.. Deve ser ainda distinguida da perturbação depressiva *major*, perturbação bipolar I, perturbação bipolar II e perturbação da adaptação com humor depressivo, pois não pode ser demonstrada a existência de mecanismos fisiológicos específicos e causais associados com o estado físico geral. Nestas perturbações ainda é difícil de determinar se certos sintomas representam uma perturbação do humor ou se são manifestação direta de um estado físico geral. Também não pode ser diagnosticada perturbação do humor sem outra especificação, pois é uma perturbação devida e provocada por estado físico geral.

Conceptualização clínica

A Esclerose Múltipla é uma doença crónica do sistema nervoso central, que afeta com maior incidência frequentemente adultos jovens, no auge de sua carreira profissional e desenvolvimento pessoal, sem cura e de causas desconhecidas, (Compton & Coles, 2002; MS

Canada, 2015). Mormente em S., que estava no estágio de um curso profissional do secundário e que a incapacitou de frequentar a escola pela dificuldade na área motora, praticamente durante um ano letivo. Os sintomas e sinais mais comuns são a fadiga, fraqueza muscular, alterações da sensibilidade, ataxia, alterações do equilíbrio, dificuldades na marcha, dificuldades de memória, alterações cognitivas e dificuldades na resolução de problemas (Composton & Coles, 2002; Grima, Torrance, Francis, Rice, Rosner & Lafortune, 2006; Henze, 2005; Kesselring, 2003; MSIF, 2015). A EM é uma doença progressiva e imprevisível, resultando nalguns casos, em incapacidades e limitações de atividade vida diária, causando danos irreparáveis para os indivíduos. De facto, S. já apresenta algumas limitações na área motora.

Segundo Cerqueira e Nardi (2011), há estudos que mostram uma associação entre fatores de risco neurobiológico e sintomas depressivos na EM, ou seja, pacientes com maior gravidade dos sintomas depressivos, apresentavam aumento na captação do contraste nos exames de RNM, portanto mais lesões inflamatórias em atividade, evidenciando associação entre atividade de doença e gravidade dos sintomas depressivos. S. na realização de um novo exame (TAC) apareceram mais e novas lesões, daí um aumento da dose do antidepressivo.

De acordo com Balsimelli (2005), é uma doença psicologicamente desafiadora, pelo modo como se manifesta. Os sintomas podem aparecer e desaparecer, ou aparecer e permanecer, levando à ocorrência de manifestações emocionais diversas: como ansiedade e depressão. Em S. as características depressivas são dos sintomas mais visíveis desde tristeza, isolamento, humor irritável e um déficit acentuado de funcionamento social. Também S. apresenta fatores etiológicos da sua perturbação de humor, diminuição do núcleo de suporte familiar, ou seja, emigração do pai bem como a presença de historial familiar depressivo (mãe e tia). Os modelos explicativos de influência familiar no desenvolvimento de depressão caracterizam o historial familiar de depressão como um forte preditor do desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Existe uma comorbilidade entre as perturbações de humor, especificamente a depressão e a ansiedade, característica visível em S..

Intervenção psicológica

Cada pessoa é um ser único, que reage à doença de uma forma individualizada, reação essa que depende de variados fatores, entre eles: experiência de vida; expectativas criadas relativas ao percurso de vida; compreensão da doença; formas de estar perante a saúde/doença; potencial próprio para reagir e gerar mecanismos de *coping* e suporte social (Soares, 2002). S.

reagiu à doença apresentando características depressivas fruto do impacto da doença na sua vida que ao longo das consultas iam diminuindo em concomitância com a medicação antidepressiva.

Diversos autores defendem a implementação de programas de intervenção constituídos pela integração entre os componentes físicos, psíquicos e sociais (Ford & Urban, 1998).

Segundo Carver e Scheier (1998), e Vohs e Baumeister (2004) a autorregulação é uma abordagem facilitadora para os indivíduos alterarem os seus pensamentos, sentimentos, desejos e ações, na perspectiva de alcançar os seus objetivos. O termo autorregulação refere-se à forma como os sistemas atuam no sentido de alcançar determinados fins, assim como às estratégias e recursos mobilizados para tal. Os objetivos da autorregulação são as experiências concretas e percebidas, os sintomas físicos e sensações, as disposições e emoções, os sentimentos de vigor e competência gerados pelos determinantes biológicos e psicossociais da pessoa. Os procedimentos e estratégias escolhidos para a regulação são definidos pelas características da ameaça à saúde, os recursos individuais e o contexto social e cultural (Leventhal, Brissette, Leventhal, 2003). As cognições da doença podem ser entendidas como crenças implícitas do senso comum que a pessoa tem sobre as suas doenças, fazendo parte do seu conhecimento individual (Ogden, 2003).

Deste modo, S. através da psicoeducação da doença que realizou ao longo do acompanhamento permitiu uma maior aceitação e atribuição de sentido ao problema da EM, acedendo assim às cognições que tinha sobre a doença. Iniciou-se a identificação e alteração dos pensamentos/crenças relativas à doença e incentivou-se à mudança. Por isso, foram dadas e desenvolvidas estratégias adequadas ao *coping*, neste sentido as linhas de orientação e resolução consistiram numa revisão dos hábitos de saúde: uma alimentação mais adequada e com horários, uma boa higiene de sono, o incentivo à realização de algum exercício físico como caminhadas, ajustamento nas relações interpessoais ao sair com os amigos e na manutenção das relações interpessoais com periodicidade que tinha anteriormente, no sentido de um maior equilíbrio. Trabalhar o incentivo no domínio académico, pois S. recusava-se ir à escola inicialmente. Posteriormente, S. já ia algumas vezes à escola, realizou alguns trabalhos para os professores, aos poucos sentia-se mais confiante na frequência à escola.

A relação existente entre as cognições abstratas, nomeadamente sentimentos de vulnerabilidade e as experiências concretas, geralmente associada aos sintomas, é decisiva tanto para a construção das emoções, como para a conceptualização das ameaças da doença (Leventhal, et al., 2003). Por isso, S. aprendeu a lidar e experienciar as diferentes emoções e sentimentos (medo, tristeza, irritabilidade) associados ao impacto da doença como percurso natural da adaptação à doença. Aplicaram-se também algumas técnicas de relaxamento como

respiração diafragmática, relaxamento progressivo de Jacobson e ainda a atenção plena ao caminhar para controlo de sintomas da ansiedade. Foram sempre dadas estratégias e mecanismos que pudessem dar resposta aos problemas com que S. se ia deparando, promovendo desta forma o bem-estar psicológico na diminuição de sintomas depressivos, bem como a sua qualidade de vida.

Este modelo integrou três fases processuais: numa primeira fase (interpretação), os indivíduos devem estabelecer as metas que pretendem alcançar, numa segunda fase (*coping*) é necessário procurar objetivos ativos no sentido de implementar estratégias para alcançar as metas pré-estabelecidas, numa terceira fase (avaliação) é importante a realização/consecução dos objetivos pretendidos, bem como a sua manutenção. Em todas estas fases estão envolvidos aspetos emocionais e cognitivos do indivíduo (Maes & Karoly, 2005). Este modelo permitiu a S. uma maior integração da EM na sua vida, maior capacitação para novas atividades desde o exercício físico, dança e hábitos de saúde mais saudáveis.

Assim, a intervenção em S. foi baseada neste modelo e teve-se particular atenção em criar uma aliança terapêutica baseada em atitudes de autenticidade, empatia e apoio incondicional e a concretização de um diagnóstico preciso e correto.

2.2 Intervenção psicológica individual: casos clínicos

| |
|-----------------------|
| Caso Clínico U |
|-----------------------|

Dados de identificação

U. tem treze anos idade e frequenta o 4º ano de escolaridade. Vive com os pais e três irmãos e é o terceiro irmão mais velho.

Motivo do encaminhamento

Utente encaminhado pela sua médica de família, por apresentar um conflito familiar com os irmãos mais novos, desde há dois anos até ao presente. Foi solicitada a avaliação e o acompanhamento psicológico do doente.

História do problema

U. veio à consulta porque apresentava conflitos com os irmãos mais novos, estava mais nervoso, sentia-se também muito cansado em casa e na escola, tinha muitas dores de cabeça e amuava bastante, segundo a mãe. Anteriormente tomou Sertralina durante três meses e melhorou significativamente, “andava muito mais calmo” (sic), neste momento espera nova consulta do Pedopsiquiatra. Estes sintomas tiveram início há dois anos atrás, quando tinha onze anos e não estava associado a nenhum evento de vida significativo.

História médica e psiquiátrica pessoal

U. é acompanhado em Pedopsiquiatria no Centro Hospitalar Alto Ave, desde novembro de 2014 e fez medicação de Sertralina 0.25 mg, durante apenas três meses e retomou novamente em junho. Já realizou TAC e os resultados indicaram normalidade. É ainda seguido em Pediatria Comunitária por causa das dificuldades económicas que a família apresenta. Verifica-se que não existem problemas médicos relevantes.

História do desenvolvimento biopsicossocial

U. tem treze anos, nasceu na Roménia, mas está em Portugal há vários anos, todavia, há três anos atrás estiveram durante um ano a viver novamente na Roménia. Mora com os pais, o pai tem o 8ºano de escolaridade e trabalha numa sucata, a mãe tem o 4ºano de escolaridade e está em casa a cuidar dos filhos (dezasseis, treze, nove e quatro anos), na Roménia a mãe trabalhava na agricultura.

A gravidez foi planeada e foi a “melhor de todas as outras” (sic), que decorreu dentro da normalidade, tendo o tempo de gestação sido levado a termo, e nasceu de parto eutócico natural com 3.850 kg. Iniciou a marcha e a linguagem com as primeiras palavras aos dezoito meses, comparativamente com os outros irmãos, estes andaram mais cedo e falaram também mais cedo. Só controlou os esfíncteres com dois anos de idade e a mãe referiu que quando estava mais cansado, não conseguia controlar os esfíncteres. Foi amamentado até um ano e quatro meses e nunca teve nenhuma alergia.

Quanto à higiene do sono dorme bem e não tem pesadelos, todavia, acorda sempre muito cedo. Nunca foi internado e ou teve problemas graves de saúde. Menciona que U. foi sempre uma criança normal, afetuosa e feliz, e que sempre manteve uma relação muito próxima com as figuras parentais e irmãos.

Frequentou o jardim-de-infância durante apenas três semanas na Roménia, porque depois veio viver para Portugal. Iniciou em Portugal o 1º ano e 2º ano de escolaridade com boa

adaptação à escola, mas depois foi novamente para a Roménia viver durante apenas um ano, ou seja, fez na Roménia o 3º ano de escolaridade. No final desse ano letivo regressou novamente a Portugal com a família e U. começou a frequentar o 4º ano de escolaridade, mas reprovou de ano. Neste momento, está novamente a frequentar o 4º ano, e esforça-se muito por atingir resultados positivos na escola, contudo, não consegue e isso deixa-o mais desanimado. Na mesma turma está um irmão que é mais novo e que tem bons resultados na escola.

As brincadeiras preferidas de U. são jogar futebol, andar de bicicleta e jogar no computador. Sempre que o pai e a mãe pedem ajuda, U. é muito colaborante, gosta de fazer trabalhos práticos e domésticos, quando está em casa. Em casa divide o quarto com um irmão de nove anos. Relaciona-se bem com os amigos, mas tem medo às vezes de alguns amigos na escola. Em casa tanto o pai como a mãe fazem as regras e normalmente os filhos obedecem. Evitam discussões diante dos filhos, mas têm muitos problemas económicos e esta situação afeta o humor de U. e dos outros irmãos, sobretudo do mais velho que fica mais triste. A mãe refere que a família é membro da Igreja Ortodoxa, embora frequentem a Igreja Católica, inclusive a irmã mais nova já foi batizada na Igreja Católica em Portugal, no entanto, os irmãos não vão à catequese.

Estado mental/ observação clínica

O utente vem acompanhado à consulta com a mãe. Denota-se um humor deprimido e muito introvertido e alguma sintomatologia ansiosa, quase não fala, mas mantém-se colaborante. Apresenta um aspeto cuidado. Encontra-se orientado ao nível espaço-temporal, e não se verifica qualquer tipo de alteração de pensamento, comportamento e perceção. Nota-se dificuldades na verbalização e expressão de um discurso fluente, dado ser de origem romena.

Avaliação Psicológica

Deste modo, foi efetuada uma avaliação de desenvolvimento cognitivo, emocional, comportamental e da dinâmica da personalidade através da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: entrevista de anamnese, aplicada à mãe de U., *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA); *Teste do Desenho de Família*; o *Questionário do comportamento da criança* (TRF) (Achenbach, 1991; traduzido por J. Paulo Almeida & Miguel Gonçalves), o *Questionário de Comportamentos da Criança* (CBCL 4-18) (Achenbach, 1991; tradução: A. C. Fonseca & M. R. Simões, J. P. Almeida & M. Gonçalves); o *Questionário de autoavaliação para jovens* (YSR 11-18) (T.M. Achenbach, traduzido por J. Paulo Almeida); o *Inventário de Depressão Infantil* (CDI) (Dias & Gonçalves, 1999); a *Escala*

de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R) (Dias & Gonçalves, 1999); e o teste projetivo *Roberts Apperception Test for Children* (McArthur & Roberts, 1995; versão portuguesa Gonçalves, Morais, Pinto & Machado, 1999). Realizaram-se ainda as provas de inteligência: *Matrizes Progressivas de Raven-SPM* (Raven, Court & Raven, 1995) e a *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)*, 2003).

- **Teacher's Report Form (TRF)**

O questionário revelou que U. não consegue atingir resultados positivos na aprendizagem, apesar do empenho e da vontade de aprender. Revela ansiedade, preocupação e tiques nervosos, cansa-se com facilidade, extremamente desejoso de agradar, tem bom comportamento e é responsável nas atividades propostas.

- **Child behavior checklist (CBCL)**

Segundo os dados recolhidos pelos pais, obtêm-se resultados da Escala II que se referem a queixas somáticas e dados relativos à Escala III de ansiedade e depressão que U. manifesta.

- **Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR)**

Este questionário de comportamentos sugere que U. revela resultados de síndrome de retraimento e queixas somáticas que são indicadores de internalização com associação empírica entre as escalas ansiedade e depressão.

- **Teste do Desenho de Família**

Analisando o Teste do Desenho de Família, denota-se que U. obedeceu ao princípio da realidade, na medida em que desenhou todos os membros da família. U. Começou a desenhar o pai e posteriormente as restantes personagens, indo da esquerda para a direita, revelando uma tendência progressiva, ou seja, de olhar para o futuro. Continuou a desenhar os restantes membros da sua família com uma proximidade idêntica entre eles e colocando-se entre a irmã mais os dois irmãos, do lado esquerdo, e o pai, do lado direito mais a mãe; constituindo este pormenor um indicador da presença de laços e proximidade entre as pessoas projetadas no desenho.

A localização no papel executada no meio da página, revela pessoa ajustada, todavia, manifestou pressão ao desenhar, apontando para ansiedade e a caracterização no traço revelou medo e insegurança. O desenho mostra também a indicação de detalhes que revela uma

adequada expansão. Quanto ao tamanho das figuras estão ajustadas, à exceção do próprio que se observa num tamanho diminuto apontando para timidez, sentimento de inferioridade e desajuste ao meio. Todas as figuras da família não têm mãos desenhadas revelando falta de confiança nos contactos sociais. As figuras estão desenhadas dentro de uma casa que pode ter a significado de constituir um autorretrato, expressando as suas fantasias, a realidade e os contactos que mantém, ou seja, pode evidenciar que a família tem pouca projeção social, indicando que a interação social pode estar com alguma dificuldade ao meio envolvente. O desenho da casa contém dois pormenores: o teto e a chaminé que revelam dados como imersão na fantasia e relativo retraimento do fraco contacto interpessoal e imaturidade afetiva. A porta fechada mostra uma atitude de autodefesa e as janelas desenhadas junto ao teto apontam para um problema somático. O fato de desenhar a chaminé com fumo reflete sentimento de pressão ambiental por parte dos pais associada a dificuldades de leitura. Os detalhes de árvores e vegetais à volta da casa sugerem a falta de segurança que U. manifesta. A utilização de cores vivas no desenho manifesta também reações muito emotivas de U., ou seja, indica que a resposta emotiva é precedida da resposta intelectual no seu desenvolvimento.

- **Inventário de Depressão Infantil (CDI)**

U. neste inventário obteve resultados que indicam que não se manifestam sintomas depressivos.

- **Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R)**

Através da aplicação do CMAS-R, U. revelou na escala da ansiedade, a presença sintomatologia ansiosa acima da média e um elevado resultado na escala da mentira que pode ser indicador de defensividade de U. e não falta de validade da nota da escala de ansiedade.

- **Matrizes Progressivas de Raven (SPM)**

Os resultados obtidos nas matrizes progressivas de Raven (SPM) destacam que U. se encontra num nível intelectual normal reduzido, isto é, obteve (GrauV-80/QI/90). Este resultado indica um nível de inteligência geral e de inteligência não-verbal que envolve uma capacidade de observação, de perceção, de raciocínio analógico, tal como, uma habilidade exploratória um pouco reduzida, de comportamento comparativo, de várias fontes de informação.

- **Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III)**

Foi ainda utilizada a Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III), seguindo o protocolo de avaliação para as perturbações específicas da aprendizagem. Esta escala é constituída por provas verbais e provas de realização. Os resultados mostram um desempenho, muito abaixo do que seria esperado para a sua idade, tanto nas provas de *Realização* (Q.I. de realização = 56), que informam sobre a capacidade de distinção entre o essencial e o acessório (acidental), como relativamente às provas *Verbais* (Q.I. verbal = 63), que informam sobre cultura geral e leque de interesses, conhecimento e compreensão das regras sociais. Paralelamente, verifica-se que as dificuldades são muito reduzidas ao nível de velocidade de processamento, organização perceptiva e compreensão verbal.

Numa análise intra-individual, tendo em conta cada prova, podemos referir que todos os resultados são representativos de valores muito aquém do que seria esperado. Nos subtestes de *Realização* revelou problemas ao nível da memória imediata, integração prática social, capacidade de análise e síntese do material perceptivo, antecipação do todo a partir das partes dispersas, concentração e atenção. Ainda que limitados, os seus melhores resultados envolvem as provas em que é requerida uma certa fluidez, que permitem a adaptação a estímulos menos familiares do que a atividades intelectuais cristalizadas, que se adquirem através do treino, educação e aculturação.

Por sua vez, nas provas de *Informação*, U. revela pouca adaptação e investimento escolar. Os resultados nestas provas indicam a fraca capacidade de memorização, representação simbólica e mental, conceptualização e abstração, adaptação social e sociabilidade. Apresenta igualmente dificuldades nas operações matemáticas, verbalização e expressão verbal, grafismo e expressão motora, estruturação temporal e referências temporais, lateralização e referências espaciais, revelando ainda pouca quantidade média de informação geral (sociocultural) que absorveu do seu meio ambiente, e juízo prático nas ações sociais quotidianas, com pouca capacidade de adaptação prática, de integração da educação parental e das normas sociais, dos valores do grupo. Revela ainda baixa capacidade de concentração, de resistência à distração e de expressão de conceitos numéricos, baixa capacidade para formar conceitos e de abstração verbal, pondo em jogo a capacidade de concetualização, de generalização e de processamento categorial.

Perante estes resultados, significa que as dificuldades de aprendizagem atuais de U. poderão revelar um défice de natureza intelectual, que condicionam toda a sua aprendizagem regular.

- **Teste Projetivo Roberts Apperception Test for Children (RATC)**

Neste teste constatou-se que U. respondeu a todas as placas, não havendo nenhuma recusa. Nas escalas adaptativas verificou-se a tendência para a resolução mágica dos problemas, indicando defensividade (valor elevado de RES-I) a falta de maturidade infantil esperado para a sua idade, na capacidade de raciocinar abstratamente e resolver problemas complexos (valor ausente de RES-3). U. apresentou falta de autoconfiança, assertividade e sentimentos positivos (valor baixo de (SUP-C). Não manifesta um número relativamente significativo de respostas atípicas, confirmando-se a colocação de limites razoáveis por parte dos pais, em resposta à quebra das regras e verificou-se um certo isolamento (resultado elevado na escala MAL).

As escalas clínicas revelam uma acentuação significativa dos valores de depressão, agressão e ansiedade que indicam a presença de sintomatologia depressiva. Percebeu-se também a existência de suporte positivo do sistema familiar (valor SUP-O normativo). Verificou-se também que U. não procura ajuda nos recursos internos da família ao deparar-se com problemas intrapsíquicos ou externos (ausência de valor REL). Não se verificam distorções dos conteúdos presentes nos cartões, nem evidência de perturbação de pensamento.

Deste modo, estes valores podem revelar características clínicas de depressão.

Conclusão

Integrando todos os resultados das provas podemos referir que os resultados obtidos nas Matrizes Progressivas de Raven (SPM) destacam que U. se encontra num nível intelectual normal reduzido que corrobora mais especificamente na aplicação da WISC-III que situa U. num nível de desempenho muito abaixo do que seria esperado para a sua idade. Também através dos questionários de diversas fontes de informação (TRF, CBCL, YSR), os dados revelam as mesmas queixas somáticas e a dificuldade em atingir resultados positivos escolares. Assim, as provas estão em conformidade no cruzamento de dados. Os resultados obtidos com a aplicação do CDI indicam a ausência de diagnóstico depressivo infantil, que não corrobora com os resultados do RATC, isto porque, a escala do CDI é uma escala de autopreenchimento, e que por vezes torna os resultados mais falaciosos, daí a aplicação de um instrumento projetivo onde está salvaguardado. O CMAS-R apresenta uma elevação de valores na ansiedade e defensividade/mentira que são atestados com o RATC. Também na realização do Teste Desenho de Família verificou-se ansiedade, insegurança, timidez, sentimento de inferioridade, desajuste ao meio e imaturidade afetiva comprovando com a RATC.

Deste modo, pode-se referenciar que U. perante estes resultados que englobam a avaliação psicológica revelam sintomatologia depressiva e ansiosa moderada, que poderá ser

despoletada pela incapacidade intelectual ligeira, associada e motivada pelo esforço contínuo em procurar atingir resultados quando as capacidades intelectuais não o permitem num currículo de aprendizagem normal.

Diagnóstico do DSM-V: 296.32 (F33.1) Perturbação Depressiva *Major*, episódio recorrente, moderado com angústia ansiosa e 317 (F70) Incapacidade Intelectual Ligeira

Justificação do diagnóstico

A manifestação da Perturbação Depressão *Major* em adolescentes (idade a partir de doze anos) costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, mas também existem características importantes fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva no seu comportamento (Bahls, 2002). Em U. verifica-se um humor deprimido durante as consultas e na escola, enquanto em casa manifesta um humor irritável. Sente-se sempre muito cansado, como mencionou a mãe e a professora e revela algumas dificuldades de concentração (Critério A), verifica-se que estes sintomas causam um mal-estar clinicamente significativo, ou seja, na escola apresenta dificuldades na aquisição da aprendizagem dos conteúdos programáticos, na relação com os irmãos têm diversas brigas (Critério B), também já foram realizados diversos exames médicos, desde tomografia axial computadorizada (TAC), e o resultado não indicou condição médica específica (Critério C), nunca manifestou nenhuma perturbação psicóticas (Critério D) e nem nunca existiu na história clínica nenhum episódio hipomaníaco (Critério E).

Diagnóstico diferencial

Tendo em conta a história clínica pode-se afirmar que os sintomas apresentados por U. não são devido a uma condição médica nem estão relacionados a consumo de substâncias. Descartou-se ainda o diagnóstico de episódios maníacos com humor irritável, uma vez, que não foi observada a presença de sintomas maníacos em U. Por sua vez, também não se verificou nenhuma distratibilidade e baixa tolerância à frustração por parte de U. para perturbação de hiperatividade/défice de atenção, pois manifestava sinais de apatia, fadiga, perda de interesse e tristeza. Um episódio depressivo *major* que ocorre em resposta a um fator de *stress* psicossocial distingue-se da perturbação de ajustamento com humor deprimido pelo facto de que a totalidade dos critérios de um episódio *major* não está preenchida na perturbação de ajustamento, situação que em U. não se constata. Por outras palavras, embora U. esteja noutro país culturalmente

diferente do seu de origem, já realizou a sua adaptação, até pelos dados obtidos da mãe e professora indicaram uma boa adaptação. Finalmente U. expressa sinais de tristeza praticamente em todas as consultas e visíveis no rosto, num olhar triste, embora a tristeza seja um aspeto inerente da experiência humana.

Conceptualização clínica

A Perturbação Depressiva *Major* nos adolescentes manifesta-se de forma polifacetada, por uma alteração persistente do humor, irritabilidade, comportamento de oposição, diminuição do desempenho escolar, desistência de atividades desportivas ou culturais, até então apreciadas, afastamento dos amigos e queixas somáticas, como cefaleias, gastralgias, insónia, falta de apetite ou fadiga (Brito, 2011). Após a informação recolhida de U. reconhecem-se diversos sintomas (cefaleias, fadiga, irritabilidade, diminuição do desempenho escolar).

No entanto, de acordo com Pinar e Dilsad (2004), o diagnóstico de depressão em adolescentes apresenta algumas características clínicas diferenciadas comparativamente com os adultos. Isto pode dever-se ao facto, de que as crianças e adolescentes não procuram ajuda para os seus problemas emocionais, que acabam por não ser detetados eficazmente pelos pais e professores. Em U. esta situação já se prolonga há dois anos, e só há bem pouco tempo se iniciou tratamento, U. também apresenta labilidade emocional que acaba por dificultar a situação, acrescido da dificuldade da língua, com o pouco vocabulário que apresenta na escola.

Existe uma complexa interação entre os sintomas psicossomáticos e os sentimentos depressivos, que muitas vezes desencadeia dificuldades educacionais, aprendizagem, crescimento e divertimento da criança (Spanemberg & Juruema, 2004).

Nesta etapa do desenvolvimento humano, o aparecimento de perturbações depressivas parece estar associado a um conjunto de fatores sociais, tais como o ambiente familiar, o papel dos pais, o ambiente escolar e sociodemográfico. Particularmente em U. há uma grande dificuldade económica, não existe projeção social da família, vivem isoladamente no meio envolvente, com valores e crenças socioculturais diferentes (Roménia). O aparecimento da depressão na infância pode estar associado a um conjunto complexo de fatores psicológicos, tais como: a presença de ansiedade no dia-a-dia, o défice de competências sociais e a presença de autocontrolo. Deste modo, considera-se a ansiedade, um dos sintomas do quadro depressivo. (Clerget, 2001). Durante a entrevista e nos resultados dos instrumentos de avaliação psicológica, contata-se ansiedade aquando da realização dos questionários, como sudação excessiva nas mãos e na testa e a preocupação com a situação económica da família.

Quanto à diminuição de competências sociais, normalmente, as crianças deprimidas não possuem capacidades suficientes para retirar reforços positivos do ambiente. Habitualmente, estas crianças são menos populares socialmente, o mesmo se verifica em U., pois tem poucos amigos com quem se relaciona na escola e revela algum medo da parte de alguns. Existe uma comorbidade entre as perturbações de humor, nomeadamente a depressão e a ansiedade. Esta característica também se encontra saliente em U.

Intervenção Psicológica

As terapias cognitivo-comportamentais têm-se revelado eficazes no tratamento de depressão com crianças e adolescentes (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Caballo (2005) menciona que a tendência atual é aplicar programas de amplo espectro que incluam componentes comportamentais (atividades agradáveis, habilidades sociais, relaxamento), cognitivos (reestruturação cognitiva, reatribuição, solução de problemas) e de autocontrolo. Para tal, foi aplicado o programa “emoção-atividade-cognição” (PEAC) de Mendéz (1998; cit. in Caballo, 2005), a partir do qual se realizou a intervenção psicoterapêutica que assentou na psicoeducação e educação emocional do adolescente, no desenvolvimento e manutenção de atividades prazerosas e na reestruturação cognitiva. Este programa ainda complementa as suas sessões com técnicas adicionais, como por exemplo, o treino de competências sociais, o relaxamento, o treino de resolução de problemas e técnicas de autocontrolo. Todas estas técnicas foram aplicadas e realizadas na intervenção, uma vez que permitiram melhorias a U. nas diversas competências que encontravam reduzidas: educação emocional, habilidade sociais, relaxamento.

Assim, as estratégias realizadas desenvolveram-se em três fases: fase educativa: cujo objetivo foi o ensino da existências das diferentes emoções, e posteriormente relacioná-las com os seus antecedentes; fase de aplicação: aumentar a estimulação prazerosa em atividades e diminuir a estimulação aversiva; e a fase de consolidação em que se promove a generalização e manutenção. No que diz respeito à psicoterapia, tanto o jovem como os pais devem ser acompanhados. A colaboração dos pais foi de extrema importância no processo. Para Caballo (2005) estes podem assumir o papel de coterapeuta ou de próprio sujeito da terapia, já que algumas vezes o comportamento inadequado dos pais contribui para manter o problema do filho.

Depois da intervenção, verificou-se que ocorreram melhorias a nível comportamental e emocional, por exemplo, U. melhorou as suas relações interpessoais com os irmãos. Nas consultas através da observação constatou-se que estava mais alegre e já era capaz de expressar

emoções e sentimentos, na própria forma de vestir e no uso de cores, mais claras e roupas mais atuais. Notou-se mais autoestima e confiança nas suas capacidades e isso pôde-se observar na realização das atividades que eram propostas nas consultas. A sintomatologia ansiosa diminuiu, já não manifestava sinais de preocupação e suor nas mãos.

Caso Clínico D

Dados de identificação

D. é uma criança de quatro anos de idade e encontra-se a frequentar o jardim-de-infância.

Motivo do encaminhamento

D. foi encaminhado para o gabinete de psicologia pelo médico de família, porque apresenta um problema de enurese.

História do problema

D. aos três anos começou repentinamente com muita frequência de urinar, “febre e os olhos muito inchados” (sic), em que foi de urgência para o Hospital. Foi dado o diagnóstico de um problema Nefrótico Inaugural, seguido de uma infeção respiratória Influenza, o qual esteve internado durante doze dias e que fez um aumento de 2 kg no peso.

Atualmente encontra-se recuperado e não manifestou nenhuma recaída, apesar de ainda fazer medicação, contudo, já está a realizar o desmame de forma gradual (Enalapril 0.5 mg). Após o internamento, quando veio para casa continuou a urinar com muita frequência várias vezes durante o dia na roupa de forma involuntária e intencional e em qualquer lugar (casa, escola e carro).

História do desenvolvimento biopsicossocial

D. é uma criança de quatro anos de idade, tem um irmão de oito anos e mora com os pais. A mãe tem vinte e sete anos de idade, é costureira e possui o 8º ano de escolaridade. O pai tem trinta e quatro anos de idade, é construtor civil e possui o 6º ano de escolaridade. Foi fruto de uma gravidez planeada e que decorreu com normalidade. Nasceu de parto eutócico com indicadores à nascença de 3.340 Kg de peso e 51 cm de comprimento, esteve mais um dia

internado depois do parto porque ficou com Icterícia. Fez boa adaptação à amamentação até aos cinco meses e depois aos seis meses iniciou suplemento. Quanto ao desenvolvimento motor de D., aos nove meses já andava, mas teve uma queda que posteriormente inibiu a marcha, depois só continuou a marcha totalmente sem apoio aos dezasseis meses. Relativamente ao desenvolvimento da fala e linguagem, D. aos onze meses falou a primeira palavra, e com nove meses iniciou a dentição com dois dentes ao mesmo tempo. É autónomo a vestir-se e a lavar-se desde há um ano, abotoa a roupa, calça-se sozinho e já escova os dentes. Tem rotinas adequadas de higiene do sono de dez horas e tem sempre muito apetite, contudo, por vezes a alimentação não é adequada, por que causa de fritos, molhos e sumos que ingere. Desde outubro, dorme num quarto sozinho.

É caracterizado como uma criança que “é meiga, teimoso, choramingas e que faz muitas birras” (sic). Gosta de brincar com os colegas ao ar livre e em casa as brincadeiras consistem em imitar a mãe nas tarefas domésticas (pôr a mesa, limpar o chão). Tem boa relação com a família, mas obedece mais ao pai que à mãe, mas quando necessita de algo ou um problema solicita a mãe em primeiro lugar. Até aos três anos esteve ao cuidado de uma tia com mais duas crianças e depois aquando da entrada no jardim-de-infância a adaptação foi um pouco difícil.

História psiquiátrica e médica familiar

Tem antecedentes de doença de Parkinson, por parte da avó paterna, um tio paterno com Esquizofrenia, em relação à parte materna D. tem um avô portador de VIH, a avó com Alzheimer e cancro da mama. A mãe de D. teve Depressão *Major* há um ano atrás e ainda toma antidepressivo. Foi encaminhada para o serviço de Psicologia.

Estado mental/ observação clínica

D. não apresenta nenhum problema psicomotor nem linguístico. Na consulta apresenta uma aparência bem cuidada e está sempre a mexer e explorar todos os objetos do consultório.

Avaliação psicológica

Foi efetuada uma avaliação através da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: entrevista de anamnese, aplicada à mãe de D.; *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA); *Teste do Desenho Livre*, o *Questionário do comportamento da criança* (TRF) (Achenbach, 1991; traduzido por J. Paulo Almeida & Miguel Gonçalves) e o *Questionário de Comportamentos da Criança* (CBCL 4-18) (Achenbach, 1991; tradução: A. C. Fonseca & M. R. Simões, J. P. Almeida & M. Gonçalves).

- **Teacher's Report Form (TRF)**

Este questionário permitiu aferir informação através da educadora de infância relativamente ao comportamento irrequieto e à impulsividade que D. manifesta, não consegue terminar as tarefas ou atividades propostas até ao fim e realiza as mesmas com alguma lentidão, não respeita as regras no jardim-infância, pois ainda está a fazer adaptação às rotinas diárias no jardim-de-infância.

- **Child Behavior Checklist (CBCL)**

Recorreu-se a este instrumento para munir uma estimativa do comportamento da criança nos últimos seis meses, através da informação do pai e da mãe. Os dados apontam para algum comportamento agressivo e de falta de atenção, contudo, sem grande significância apontando apenas para um melhoramento destas áreas.

- **Desenho Livre**

Analisando-se o teste de Desenho Livre, D. demonstrou aceitação na execução do mesmo, contudo, o tempo gasto durou apenas três minutos, por isso, pode-se considerar que o desenho foi uma tarefa desagradável. Houve pouco investimento no desenho e pouca capacidade de fantasia. A etapa gráfica do desenvolvimento do desenho em que D. se encontra é o Realismo Fortuito (dois-três anos), na fase de garatuja, em que produziu apenas rabiscos. Houve a intenção de representar objetos do mundo, daí referir o Sol e um boneco ao ser questionado. Esta etapa revela que D. está abaixo da idade cronológica (quatro anos). A fase da garatuja que apresenta é desordenada, ou seja, surgiram movimentos amplos e desordenados, em que ignorou os limites do papel dando continuidade aos traços na secretária, e mexeu o corpo todo para desenhar. A garatuja que desenhou são linhas longitudinais que se tornaram circulares e, por fim, fecharam-se em formas independentes, que ficaram soltas na página. A pressão ao desenhar é forte demonstrando ansiedade e o traço também forte, indicador de insegurança. O desenho obedece ao princípio do prazer, em que D. rabiscou tudo por simples impulso, para adquirir prazer imediato com seu gesto e esperar receber elogios.

Perante estes resultados D. revela alguma imaturidade para a sua faixa etária.

Diagnóstico do DSM-V: 307.6 (F98.0) Enurese (Noturna e Diurna)

Justificação do diagnóstico

O diagnóstico de Enurese (Noturna e Diurna) atribuído justifica-se pelo facto de D. apresentar a emissão repetida de urina na cama e nas roupas de forma às vezes involuntária e outras vezes intencional (Critério A). O comportamento é clinicamente significativo porque D. manifestava a frequência diária de pelo menos um episódio, ou seja, durante a semana com a frequência de um mínimo de três, quatro episódios durante seis meses consecutivos (Critério B). D. tem quatro anos de idade e já devia ter atingido maturidade para a continência que é pelo menos aos quatro/cinco anos (Critério C). A incontinência de D. não é devida aos efeitos fisiológicos de uma substância, nem a outra condição médica geral (Critério D).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de Enurese não se realiza diante da presença de uma bexiga neurogénica ou a presença de outra condição médica que cause poliúria ou urgência miccional ou durante uma infeção aguda do trato urinário, facto que não aconteceu em D.. Também a Enurese em D. não aconteceu perante nenhum tratamento com antipsicóticos, diuréticos, ou outros fármacos que possam provocar incontinência.

Conceptualização do caso

Segundo Costa (2006), a enurese é muito comum em idade pediátrica. Atinge cerca de 15% das crianças aos cinco anos de idade e, geralmente, tem tendência para a resolução espontânea, o que aconteceu em D. atualmente. No entanto, é uma situação que se repercute muito negativamente na criança e na família, suscitando sentimentos de frustração, ansiedade, culpa, de dúvidas acerca da qualidade de desempenho parental e gerando dificuldades no relacionamento entre os pais e a criança, o facto de a mãe inicialmente dizer “és um porco” (sic), já não saber o que mais fazer para resolver o problema.

A Enurese pode ser classificada como: Primária/Secundária e Monossintomática/Polissintomática. A Enurese Primária surge em crianças que nunca chegaram a ter controlo vesical e a Secundária em crianças após um período de controlo superior ou igual a seis meses, neste caso a Enurese Secundária refere-se a D. com o mesmo período. Na Enurese Monossintomática não há sinais ou sintomas associados e representa cerca de 85% dos casos. A Enurese Polissintomática é associada a outros sinais ou sintomas: urgência miccional, polaquíria, disúria, polidipsia, obstipação ou encoprese (Reis & Coelho, 2007).

De acordo com Hjalmas, Arnold, Bower, Caione, Chiozza e Von Gontard (2004), referem num conceito simples e unificador, com implicações clínicas importantes, que a

Enurese resulta de um desajuste entre a capacidade vesical noturna e a quantidade de urina produzida durante a noite, associado a uma incapacidade de acordar antes de se iniciar a micção, exatamente o que acontecia em D.. Também os fatores genéticos/familiares parecem irrefutáveis na Enurese, isto é, o pai de D. também teve história de Enurese até aos oito anos (Thiedke, 2003). Fatores psicológicos ou psicossomáticos são por vezes causa de Enurese e estão mais vezes implicados na Enurese Secundária. Atualmente discute-se se a Enurese Secundária poderá surgir após um evento traumático para a criança, quando existe uma predisposição genética prévia, em D. o facto de a mãe estar a ultrapassar uma Depressão *Major*, uma maior irritabilidade, o não dar a atenção suficiente a D. poderá ser significativo ou um indicador a ter em conta (Costa, 2006).

Existe em crianças uma comorbilidade entre a enurese e a prevalência de sintomas comportamentais comórbidos, é mais elevada em crianças com enurese, do que em crianças sem enurese. Em particular D. requer alguma atenção nas atitudes comportamentais como teimosia, desobediência aos progenitores, incumprimento de regras no jardim-infância e em casa.

Intervenção psicológica

Após estar descartada alguma condição física geral, a abordagem terapêutica da Enurese passa pela psicoeducação e sobretudo, pelo estabelecimento de uma relação de confiança e de cumplicidade com a criança e os pais. Em primeiro lugar, é importante esclarecer com a família e a criança quanto ao carácter benigno e, na maioria das vezes, transitório da Enurese (Costa, 2006). Depois pelo estabelecimento de medidas de motivação a D. e à mãe, e a apresentação de um plano terapêutico adequado com medidas psicoeducativas e comportamentais. Assim, as intervenções educacionais foram desde a formação acerca da enurese à mãe e a D., até à utilização de materiais específicos como histórias infantis, puzzles e pinturas dirigidas a D..

Segundo Reis e Coelho (2007) as medidas comportamentais são habitualmente utilizadas como uma primeira linha no controlo da enurese, por isso, usaram-se medidas comportamentais como: uma reeducação vesical, de controlo de ingestão de líquidos e alteração de hábitos alimentares que se afigurou de extrema relevância no plano terapêutico. Nas medidas de reeducação vesical procurou-se adiar a micção durante o dia com horários estipulados, a diminuição de líquidos a partir do final de tarde. Foi usado o «*lifting*», que é o acordar agendado para urinar na casa de banho. Foi também explicado e incentivado os pais a eliminarem comportamentos punitivos e a premiar os sucessos e avanços de D.. Entregou-se a D. o

calendário diário do registo de dias e noites secas e molhadas, assim como foi abolido o uso dos sistemas de proteção, como as fraldas e resguardos.

Quanto aos resultados destas medidas obteve-se sucesso e a remissão da enurese com um controlo quase na totalidade adquirido, salvo uma ou outra exceção.

Caso Clínico J

Este caso encontra-se no anexo I, de forma a cumprir o limite de palavras apresentado pelas normas da estrutura do relatório de estágio.

Caso Clínico R

Dados de identificação

R. tem trinta anos, vive em união de facto e tem uma filha com nove anos de idade.

Motivo do encaminhamento

R. foi encaminhado pela médica de família por motivos de distúrbio de ansiedade. Fez tratamento com medicação obtendo melhoria da sintomatologia. De momento sem medicação. Referenciado para beneficiar de psicoterapia, para controlo das crises de ansiedade.

História do problema

O problema iniciou em janeiro de 2011, quando de repente começou em qualquer lugar a sentir-se mal, paralisava e com muita vontade de urinar, que o imobilizava de fazer qualquer atividade. Ia à casa de banho, todavia, “urinava muito pouco, mas com muita vontade de urinar” (sic). Realizou todos os exames médicos desde análises, ecografias ligados ao aparelho urinário, exames específicos, sem qualquer alteração ou anomalia encontrada. Durante três anos andou nesta situação, ora com sintomatologia mais acentuada, ora mais leve, “cheguei por vezes para não me enervar e pensava que era alimentação, deixei de tomar café, fazia desporto, mas era igual, acho que eram paranoias a mais” (sic). Novamente consultou médicos que lhe disseram que era um problema psicológico e fez medicação com antidepressivo (Cymbalta) durante um

mês e meio, porque os médicos consideraram ser ansiedade, contudo, como a medicação interferia na execução do trabalho, provocando muito sono, deixou de a tomar por iniciativa própria.

História do desenvolvimento biopsicossocial

R. tem o 12º ano de escolaridade e trabalha como fresador mecânico. Tem trinta anos e vive com a sua companheira que é licenciada em Matemática, investigadora operacional, mas neste momento trabalha num supermercado Intermarché. Têm uma filha de nove anos fruto de uma gravidez que não foi planeada e que alterou toda a sua vida. R. é o mais velho de três irmãos, um com vinte e oito anos e uma irmã com dezanove anos. Os pais estão divorciados, foi um momento difícil que R. ultrapassou sozinho sem o apoio de ninguém. Namorou durante doze meses e depois a namorada engravidou. Nessa altura, a namorada ainda estudava na Universidade, por isso, R. foi viver com os pais da namorada para poderem ter o apoio dos pais. Como criança mencionou que teve “uma infância espetacular” (sic). Os pais tinham boas condições económicas, mas com algumas discussões, todavia, nunca houve sinais de violência. Durante a infância teve algumas doenças com Pneumonia, uma Intoxicação provocada pela intolerância ao leite e foi operado duas vezes aos tímpanos. Considera que na adolescência foi muito rebelde, e como tal prejudicou-se muito na escola, por causa das más companhias. Era um aluno razoável e praticava muito desporto, como hóquei, patinagem e natação. Chegou a fumar durante um tempo, heroína e charros durante a adolescência, atualmente, não fuma nem consome bebidas alcoólicas, apenas toma três ou quatro cafés por dia. Teve a sua primeira experiência sexual aos catorze anos e aconteceu espontaneamente. Nunca teve problemas com a polícia. Como profissional é empenhado, embora considere que tem poucas condições de trabalho e um salário baixo. Já teve separado da sua companheira durante cinco meses, mas depois voltou por causa da filha. Diariamente frequenta o ginásio, e faz pesca nos tempos livres. Na sua relação com a companheira, refere “somos incompatíveis, mas já melhorou muito” (sic) e não saem juntos. O seu maior objetivo é a filha, com quem tem uma relação muito próxima.

Estado mental/ observação clínica

O utente apresenta um aspeto bem cuidado, apreensivo, desconfiado e adere às tarefas propostas. Expressa uma linguagem fluente, com um pensamento organizado e mantém um contacto ocular adequado. Revela uma postura de desejabilidade social.

Avaliação psicológica

A realização da avaliação psicológica consistiu na utilização dos seguintes instrumentos: *Entrevista de Avaliação em Psicologia da Saúde* (Teresa McIntyre, 1999); *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa de Canavarro, 2007); *Inventário de depressão de Beck* (Vaz Serra e Abreu, 1973); *Inventário de Ansiedade Estado-Traço* (STAI Y1 e Y2) (Spielberger, 1983; versão portuguesa Silva, 2003); *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2* (MMPI-2) (Hathaway & Mckinley, 2002); e o *Questionário de Esquemas de Young* (Forma Longa, 2ª Edição) desenvolvido por Jeffrey E. Young, PhD., 1990.

- **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

A análise dos resultados obtidos no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) aponta para a não presença de perturbação emocional, pois o seu índice geral de sintomas revela uma pontuação (IGS=0.42).

Mais especificamente, na dimensão Somatização (SOM), Ansiedade Fóbica (PHOB), Psicotismo (PSY), Sensibilidade Interpessoal (I-S) e Depressão (DEP) não se verificam valores significativos. Porém, confirmam-se valores quanto à dimensão Obsessões-Compulsões (O-C), o valor obtido (1.17) sugere que R. apresenta algumas cognições e comportamentos que são experienciadas como persistentes e aos quais S. não consegue resistir. A dimensão Ansiedade (ANX) indica a pontuação (0.50) que revela, que S. não apresenta sintomatologia ansiosa, tal como nervosismo, tensão e pânico. No que concerne à Hostilidade (HOS), o valor obtido (0.60) indica um nível baixo de comportamentos hostis, irritabilidade, aborrecimento ou cólera. Na ideiação paranoide (PAR), o valor que S. obteve (1.60) mostra que R. apresenta algum comportamento paranoide como projeção, hostilidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia, grandiosidade ou suspensão.

- **Inventário de Depressão de Beck**

O utente obteve um total de um ponto, no inventário da depressão de Beck (BDI), revelando ausência de sintomas depressivos mínimos.

- **Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI Y1 e Y2)**

Os resultados obtidos com a aplicação do STAI não revelam sintomas de ansiedade de estado, nem de ansiedade traço, ou seja, não foram constatadas quaisquer associações significativas.

- **Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-II)**

Analisando-se os resultados das escalas de validade do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, constatou-se que se trata de um perfil válido. A escala de dúvida possui uma pontuação baixa (0) o que indica que cooperou na tarefa e que os resultados são válidos, tendo respondido a todos os itens (protocolo válido). A pontuação obtida na escala de mentira é baixa (T=43), o que implica que R. pode estar a pretender dar uma imagem negativa de si. O score de validade é normal (T=47) revelando que deseja colaborar e não responde ao acaso nem simula, possuindo contacto com a realidade. Por fim, na escala de correção (T=59) verifica-se defensividade ou negação, que pode indicar admitir disfuncionalidade psicológica.

Relativamente às escalas clínicas, a escala de Hipocondria encontra-se normal (T=48) revelando queixas moderadas acerca do funcionamento corporal, não se verificando uma preocupação neurótica com o funcionamento corporal. A escala de Depressão encontra-se também normal (T=46), o que indica que não desenvolveu uma reação depressiva ou uma depressão. As escalas de Psicastenia (T=49) e Paranoia (T=53) possuem uma pontuação normal, e as escalas de Esquizofrenia (T=47), Hipomania (T=50) e Introversão Social (T=45) também se encontram muito próximas da norma. No que concerne à escala de Masculinidade-Feminilidade, verifica-se que a pontuação encontra-se muito abaixo com (T=18), pelo que o resultado pode estar associado à conformidade aos estereótipos sociais.

Nas escalas clínicas ainda sobressai a provável existência de traços menos adaptativos da personalidade. Nomeadamente, verifica-se uma elevação na escala de Paranoide (T=69) o que pode ser indicadora de sensibilidade interpessoal, tendências interpretativas ou suspeição, pelo se poderia descrever R. como sendo desconfiado, hostil, argumentativo, habitualmente culpando os outros.

- **Questionário de Esquemas de Young (EID)**

Foi ainda usado este questionário com principal ênfase na exploração de um nível mais aprofundado de cognição denominado de Esquema Inicial Desadaptativo (EID). Estes esquemas são estruturas estáveis e duradouras que se desenvolvem e se cristalizam precocemente na personalidade e/ou ao longo da vida do sujeito e que se encontram associados a diversas psicopatologias. Verificou-se notas elevadas no esquema de privação emocional, ou seja, as necessidades emocionais primárias para R. nunca serão atendidas pelos outros, necessidade essas que incluem carinho, empatia, afeição, proteção, orientação e interesse por parte dos outros. Também no esquema de abandono obteve-se uma pontuação elevada, que se refere à expectativa de que rápido serão perdidas as pessoas com as quais cria vínculo

emocional, pois acredita que os relacionamentos íntimos terminarão iminentemente. Por fim, contactou-se ainda um valor elevado no esquema de autossacrifício que indica um sacrifício excessivo das suas próprias necessidades a fim de ajudar os outros.

Diagnóstico do DSM-V: 301.0 (F60.9) Perturbação da Personalidade Não Especificada

Justificação do diagnóstico

Este diagnóstico de Perturbação da Personalidade Não Especificada, atribui-se pelo facto dos sintomas característicos de uma perturbação de personalidade, que causam mal-estar clinicamente significativo e défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento são predominantes, todavia, não reúnem todos os critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações de personalidade. Constatou-se a partir de dois testes de personalidade que R. tem um padrão estável de experiência interna e comportamento que se desvia do normativo, por exemplo, em termos afetivo demonstra acentuadamente labilidade emocional para com a companheira, amigos e família, na própria consulta, apresenta crenças cognitivas e uma interpretação de si exagerada com expressões “eu consigo, nada me deita abaixo” (sic), a nível de funcionamento interpessoal tem muita dificuldade em confiar nas pessoas e em manter relações de amizade, faz um esforço para controlar a sua impulsividade, colocando-se em posição de desejabilidade social (Critério A). A forma como pensa e age no próprio trabalho com os colegas e patrão, é inflexível, em situações de pedido de horas extraordinárias, na relação hierárquica superior/subordinado, respondendo agressivamente ou ignorando, na relação com a companheira “teve que mudar se queria continuar comigo, e está muito melhor” (Critério B), em determinadas situações este padrão duradouro causa problemas na relação com a companheira “somos incompatíveis” (sic), já estiveram separados (Critério C). Esta forma duradoura teve início na idade adulta, quando vivenciou o divórcio dos pais, a gravidez não desejada da namorada (Critério D) e a esta forma duradoura não é bem mais explicada como manifestação de uma perturbação mental (Critério E), pois não apresenta qualquer problema, nem é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou outra condição médica, pois foram feitos todos os exames médicos para despiste (Critério E).

Deste modo, utilizou-se este diagnóstico, porque não reúne os critérios para uma perturbação da personalidade específica, todavia, R. manifesta um padrão duradouro que lhe origina um mal-estar significativo no trabalho e relação interpessoal.

Diagnóstico diferencial

Muitos dos critérios específicos de perturbação de personalidade descrevem diversas características (desde suspeição, insensibilidade, dependência) que estão presentes também nos episódios de outras perturbações mentais, facto que não existe em R.. Não se considera também perturbação depressiva e de ansiedade, pois foi realizado cuidadosamente o despiste com diversos instrumentos psicológicos, observação e entrevista. Não houve nenhum acontecimento recentemente de *stress* elevado na vida de R. para perturbação de stress pós-traumático. Também R. pois não consome nenhuma substância para perturbação de uso de substâncias. Para as três perturbações de personalidade que podem estar relacionadas com as perturbações psicóticas (paranoide, esquizoide e esquizotípica), há um critério de exclusão que estabelece que o padrão de comportamento não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas ou outra perturbação psicótica, em R. não se verificou isto.

Conceptualização clínica

Os transtornos de personalidade (TP) não são propriamente doenças, mas anomalias do desenvolvimento psíquico, sendo considerados, como perturbação da saúde mental. Esses transtornos envolvem a desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal (Morana & Stone, 2006). R. manifesta problemas de afetividade, não consegue exprimir nem manifestar formas de afeto para aqueles que lhe são próximos (pais, irmãos e companheira, apenas um pouco à filha e com reservas), determinadas atitudes, como a negação de um problema psicológico, atribuindo sistematicamente a um problema de condição médica que já foi despistado e não se encontrou anomalia.

As pessoas com transtorno de personalidade costumam ter relacionamentos problemáticos, têm dificuldades em responder de forma flexível e adaptada ao ambiente e às mudanças da vida e falta-lhes resiliência quando estão sob *stress*. As formas de atuar tendem a perpetuar os seus *deficits*, não se percebem como problemáticos e tendem a culpar os outros pelos seus impasses ou mesmo negar de forma veemente a sua condição. Todos estes aspetos são visíveis em R. (Sadock & Sadock, 2012; Skodol & Gunderson, 2012).

Finalmente, os transtornos de personalidade precisam de ser identificados para fundamentar os encaminhamentos terapêuticos mais eficazes. Como são padrões muito enraizados e que se consolidam durante anos, têm sido considerados muito resistentes à mudança. Famílias ou casais podem apresentar complicações porque os padrões interpessoais

e comportamentais perturbados do indivíduo que apresenta o transtorno podem exercer funções ou serem complementares aos padrões inadequados das pessoas com as quais está associado estreitamente. Hoje, no entanto, pensa-se que estes transtornos possam ter um curso bastante variável e são muito mais maleáveis e tratáveis do que se pensava (Skodol & Gunderson, 2012).

Intervenção psicológica

Pacientes com transtornos de personalidade e problemas caracterológicos não respondem satisfatoriamente a tratamentos cognitivos comportamentais tradicionais (Mendes, 1999). A Terapia Focada nos Esquemas, ou, como melhor definem Young e Lindemann (1992), Terapia do Esquema (TE), foi desenvolvida por Jeffrey Young como uma expansão da teoria inicial da TCC de curta duração, a qual compartilha diversos elementos que caracterizam a terapia cognitiva, sendo uma expansão da mesma. A proposta foi aperfeiçoar o modelo cognitivo com o objetivo de ampliar e criar novas estratégias de tratamento para pacientes crónicos, mais rígidos e que não respondem satisfatoriamente ao tratamento cognitivo padrão (Young, 2003). De facto, inicialmente seguiu-se o modelo cognitivo-comportamental, com a aplicação de algumas técnicas de relaxamento (respiração diafragmática, relaxamento progressivo de Jacobson, atenção plena), mas percebeu-se ao longo de algumas consultas, que este estava a ser insuficiente para R. operar mudança. Por isso, considerou-se pertinente e mais viável abordar a terapia dos esquemas em R.. Esta terapia combina elementos das escolas cognitivo-comportamental, psicanalítica, construtivista, da *gestalt*, de apego e de relações objetais num modelo conceitual rico e unificador. Atualmente, é aplicada a pacientes com transtornos psicológicos crónicos arraigados, até então considerados difíceis de tratar, ampliando assim a TCC clássica, ao dar ênfase à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e aos estilos desadaptativos de enfrentamento (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Assim, este modelo eclético permitiu uma maior compreensão e permitiu descobrir a origem do padrão duradouro e da inflexibilidade e rigidez de pensamento que R. manifesta em diversas situações e relações, de maneira a poderem ser confrontados, experienciados e alterados.

Esta expansão teórica envolve elementos ajustados para tratamento de mais longa duração do que a TCC, dedicando maior tempo para identificar e superar a evitação cognitiva, afetiva e comportamental. Enfatiza a confrontação, a experiência afetiva, o relacionamento terapêutico como um veículo de mudança e a discussão de experiências iniciais da vida. Envolve não apenas cognições em níveis mais superficiais, mas também sensações fisiológicas, memórias afetivas, corporais, emoções e vínculos parentais (Young, 2003). As técnicas

experienciais têm como objetivo deflagrar o esquema dentro da sessão terapêutica, permitindo a expressão dos sentimentos e das emoções do paciente, procurando abordar em profundidade os processos inconscientes (Callegaro, 2011). Deste modo, pode-se aprofundar dados mais profundos e de vivências que R. teve, os vínculos parentais carentes de afeto, como o divórcio dos pais, o quanto foi marcante na sua vida e a dificuldade ao lidar com este acontecimento, uma doença do pai provocada por questões laborais, a relação com a companheira e também o despoletar de emoções que R. nunca manifestara, porque nunca partilhou o sofrimento que viveu com ninguém.

Conforme Mendes (1999), o processo terapêutico da TE divide-se em duas fases: a avaliação e a conceptualização do caso e depois, o trabalho com a mudança do esquema. Inicialmente, então, são enfatizadas as psicoeducações deste modelo psicoterapêutico, identificação e funcionamentos esquemáticos do paciente, reproduções nos contextos das suas manifestações no presente, conectando com as suas origens em acontecimentos passados e, obviamente, a ênfase na relação terapêutica. Assim, foi dado a conhecer este modelo psicoterapêutico, conceitos e exemplos, depois os esquemas de funcionamento de R. fazendo ligação com situações antigas, o confronto com os esquemas (abandono, subjugação e sacrifício) que tem, procurando ativar a expressão de sentimentos e emoções de R., permitindo manifestação de emoções e sentimentos.

Como principal objetivo, vem a questão de estabelecer uma base qualitativa de segurança, estabilidade dentro dos limites adequados para essa relação. Desde o início procurou-se criar com R. uma aliança terapêutica sólida e a capacidade em avaliar qual o momento adequado para determinada intervenção. A ativação dos esquemas, provocada pela própria relação terapêutica, através da utilização de relatos de imagens mentais do paciente, ajuda a identificar os estilos de confronto e as estratégias que o mesmo utiliza para lidar com os esquemas na sua vida quotidiana, em especial, em situações que ativam os mesmos. Questionários e tarefas de casa auxiliam neste monitoramento e identificações (Perris, 2000; Duarte, Nunes & Kristensen, 2008); Valentini & Altieri, 2009). Foram realizadas algumas tarefas de casa, contudo, não havia adesão nesta monitorização.

Por fim, quando ativados os Esquemas Iniciais Desadaptativos na relação terapêutica, a mesma torna-se mais importante para a abordagem e a manutenção deste funcionamento. A ênfase é a repaternalização limitada, com objetivo de suprir no paciente o que lhe faltou, ou o que foi pouco investido emocionalmente na sua criação (Young, 2003). A mudança comportamental é um dos maiores indicadores de quebra dos padrões do paciente. Por isso, é importante ressaltar que as possíveis resistências do paciente, possivelmente ocorrerão, por

isso, não há uma rigidez em relação às técnicas, mas sim, espaço para uma maior criatividade do terapeuta na condução do processo (Mendes, 1999).

De facto, R. manifesta muita resistência na expressão de emoções e sentimentos, na alteração de pensamento e comportamento, enfim dos seus esquemas cognitivos. No processo não se verificaram grandes alterações significativas, no entanto, nunca faltou a nenhuma consulta e sempre com uma presença pontual. Foi encaminhado para a realização de psicoterapia, uma vez que no contexto de saúde dos cuidados primários não se faz psicoterapia e R. beneficiaria deste acompanhamento mais longo.

2.3 Intervenção psicológica em grupo: “O abc da Educação Parental”

De acordo com as necessidades verificadas por parte da orientadora de estágio da URAP, ACES Alto-Ave, Centro de Saúde Ara Trajano das Taipas-Guimarães, surgiu a intervenção em grupo na promoção de competências parentais. É uma oferta que se situa no âmbito da Educação para a Saúde, uma área cada vez mais valorizada no âmbito das políticas nacionais de saúde e requisitada pelo público em geral.

Enquadramento teórico

A família é um dos principais elementos da sociedade. Como célula-base da sociedade ocupa um lugar imprescindível para o futuro da humanidade, porque é no seu seio que o ser humano, especialmente nos seus primeiros anos, cresce e aprende, a família tem um lugar central na construção da identidade individual (Dias, 2011).

Minuchin (1979) diz que a família tem duas funções essenciais: uma função interna de desenvolvimento e a proteção dos seus membros; uma função externa, referente à socialização dos seus membros assim como à transmissão de cultura e adequação da mesma. Segundo Andolfi (1981) pode-se considerar a família como um sistema aberto constituído por muitas unidades ligadas no conjunto por regras de comportamento e funções dinâmicas, em constante interação entre elas e em intercâmbio com o exterior. Na perspetiva sistémica, a família tem de ser vista como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros, constituída por subsistemas, ou seja, um sistema dentro de outros sistemas e ela própria contendo outros sistemas com regras que regulam o relacionamento entre os membros da família. É composta por vários subsistemas em constante interação. Também Minuchin (1979) refere que o

funcionamento equilibrado e saudável dos sistemas e subsistemas depende da existência de limites e fronteiras que definem quem participa e como participa nos diferentes subsistemas. Alarcão (2006) alude que a família é um sistema regulado por normas e constituída por elementos que atuam de modo organizado. Sendo assim, importa compreender a comunicação que se estabelece e o conjunto de normas respeitadas pelos indivíduos que constituem a mesma. A família está exposta a dois tipos de pressão no processo de comunicação e interação, que designa: interna e externa. A interna tem origem nas alterações características do crescimento dos indivíduos e dos seus subsistemas; e a externa, prende-se com as necessidades de adaptação dos seus membros à sociedade. Independentemente da pressão sentida pela família, os padrões da mesma sofrem alterações provocando a evolução do sistema, consolidando a sua identidade e continuidade.

Outro aspeto relevante na dinâmica da família é o ciclo vital, que é considerado uma sequência previsível de transformações na organização da vida familiar, em função de um comprimento de tarefas em definidas (Relvas, 1996). A conceptualização do ciclo vital de uma família tem tido como base a família nuclear tradicional, mas ao longo dos tempos a família tradicional tem vindo a sofrer alterações. Relvas (1996), define cinco etapas do ciclo vital: a formação do casal; a família com filhos pequenos; a família com filhos na escola; a família com filhos adolescentes, e a família com filhos adultos. Estas etapas demarcam uma sequência previsível de mudanças na família ao longo do tempo.

Deste modo, segundo Simões (2012) parece pertinente o interesse na educação parental, o qual é ainda relativamente recente. A educação parental tem como objetivo reforçar e desenvolver as competências parentais, num processo que vai sendo construído ao longo da intervenção, de forma a permitir um melhor e mais adequado desempenho das funções parentais. Mais do que fornecer informação, a educação parental deverá constituir um conjunto de intervenções que têm por base o contexto onde se desenvolvem e como principal objetivo a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos de risco, bem como a autonomia dos familiares e dos seus membros.

População-alvo: O grupo de participantes no programa foi constituído por 7 pais. Os pais tinham a escolaridade mínima a partir do 9º ano de escolaridade e tinham interesse pelos aspetos psicopedagógicos envolvidos no exercício da parentalidade.

Formato e periodicidade: A preconização da intervenção foi em formato breve, com um total de oito sessões, de periodicidade semanal, com início no dia 22 de maio de 2015 e término no dia

9 de junho de 2015, com a duração aproximadamente de 90 minutos A estrutura das sessões encontra-se em anexo.

Objetivos da intervenção

O título da intervenção é: “ *O abc da Educação Parental*”, e pretende desenvolver o seguinte objetivo geral:

1. Promover o desenvolvimento de um programa de educação parental para pais e capacitar os mesmos para a prevenção de problemas de relacionamento, problemas psicológicos, emocionais e comportamentais.

Os objetivos específicos da intervenção são:

1. Proporcionar aos pais um espaço de partilha e reflexão sobre temas relacionados com a educação dos filhos;
2. Desenvolver formas de comunicação eficazes na relação pais/filho, que facilite o seu desenvolvimento sócio afetivo;
3. Promover a discussão e treino de algumas estratégias para prevenir ou lidar com comportamentos desafiantes das crianças;
4. Incentivar atitudes otimistas na relação dos pais consigo próprios e com os seus filhos.

Definidos os objetivos e estruturadas as sessões, mostrou-se necessário operacionalizar o programa. A intervenção baseou-se essencialmente nos procedimentos e métodos científico, e o modelo teórico subjacente é cognitivo-comportamental. As estratégias deste modelo propuseram-se trabalhar as cognições distorcidas, a promoção e mudança de comportamentos ajustados e assertivos.

2.4 Ação de formação: “Saúde Mental: da gestão de *stress* à promoção de bem-estar”

A realização da ação de formação teve como tema principal o *stress* e surgiu pelo fato de ser uma área fecunda de investigação, que vai ajudando a compreender a fronteira entre o normal e o patológico e a interligação que se estabelece entre os aspetos biológico, psicológico e social da realidade de qualquer pessoa. Esta atividade realizou-se exclusivamente aos profissionais de saúde na URAP, ACES Alto-Ave, Centro de Saúde Ara Trajano Taipas-

Guimarães e procurou-se ao materializar a formação poder influenciar as atitudes dos técnicos na promoção do bem-estar na saúde mental na gestão do *stress*.

Enquadramento teórico

O *stress* é um vocábulo que se cita frequentemente quer em conversas quer nos meios de comunicação social. Também a comunidade científica tem realizado uma vastíssima investigação nesta área (Serra, 2011). Todavia, Gonçalves (2013) menciona que nem sempre os conceitos e processos associados são referenciados da forma mais correta, sendo que, até na própria investigação científica, encontram-se diferentes conceptualizações e explicações para estes fenómenos. Para além disto, a investigação, na qual a Psicologia não é exceção, tem sido dominada por um paradigma médico focado na doença e no *stress*, deixando para segundo plano a saúde e o bem-estar, os quais são pertencentes a um paradigma positivo.

Como se sabe a vida humana decorre num mundo em que o *stress* é um fenómeno comum e familiar. É um fenómeno adaptativo dos seres humanos que contribui, de certo modo, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas atividades e para um desempenho eficaz em muitas esferas da vida. O que pode tornar-se nocivo é que o *stress* seja excessivo e difícil de controlar. (Martins, 2004).

Em Psicologia, o termo *stress* pode ter inúmeras definições. As mais atuais consideram que o *stress* é causado pelo ambiente externo (e.g. problemas no trabalho) e, conseqüentemente, o *stress* advém da resposta ao *stressor* ou sofrimento (e.g. exaustão emocional e sensação de tensão). Assim, o *stress* envolve alterações comportamentais, psicológicas, bioquímicas e fisiológicas (Pais Ribeiro, 2007). O *stress* representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia (R. Lazarus, 1993).

Segundo Seyle (1965), o processo de *stress* é constituído por três fases: alerta, resistência e exaustão. O alerta, acontece quando o sujeito se depara com um estímulo ou fonte *stressante*, provocando um desequilíbrio interno e, conseqüentemente, acarreta características associadas, tais como, taquicardia, respiração ofegante, picos de hipertensão e suores. A segunda fase, que se designa por resistência, consiste na tentativa de recuperação por parte do organismo depois do desequilíbrio da fase anterior. Se, por acaso, o equilíbrio (*homeostase*) não for estabelecido novamente através da mobilização, o processo pode evoluir para a terceira fase-exaustão. Esta última fase caracteriza-se por um agravamento dos sintomas ocorridos na primeira fase. As pessoas, durante toda a sua vida, vivenciam situações de *stress* e tentam lidar com essas realidades de diversas maneiras. A tensão emocional e física que acompanha o *stress*

é bastante desconfortável e provoca grandes incómodos. É desta maneira que as pessoas sentem que têm de fazer algo para reduzir o seu *stress* (Santos & Castro, 1988). Logo, as circunstâncias indutoras de *stress* devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de as modificar ou de minimizar os seus efeitos negativos (Martins, 2004).

Deste modo, concretizou-se uma ação de formação dinâmica, realizada numa sessão com a duração aproximada de 90 minutos no dia 1 de julho de 2015. Os objetivos da ação de formação foram os seguintes:

- Conhecer o *stress* como algo inerente à vida;
- Identificar recursos e estratégias individuais para lidar com o *stress*;
- Adquirir competências em técnicas psicoterapêuticas consideradas de terceira geração, como a Atenção Plena.

Esta atividade permitiu que os profissionais de saúde da instituição compreendam, adquiram estratégias e consolidem conhecimentos que lhes permitam lidar com o *stress* de forma mais adequada e assertiva.

Procedimento

No início da ação de formação solicitou-se a apresentação de cada profissional de saúde e foi entregue um questionário referente à vulnerabilidade ao *stress* adaptado por Teresa McIntyre, Lyle Miller e Alma Dell Smith (1995), a fim de averiguar, avaliar e remeter os profissionais ao tema. Em seguida, procedeu-se à explanação relativa ao tema: “Saúde Mental: da gestão de *stress* à promoção de bem-estar”, com o auxílio de uma apresentação de *power point*, durante a qual se deu a oportunidade dos profissionais intervirem. Posteriormente para que se integrasse melhor os conhecimentos e as estratégias para lidar com o *stress*, realizou-se uma técnica da terapia cognitivo-comportamental de terceira geração de redução do *stress*, a Atenção Plena baseada na respiração. Antes de finalizar, realizou-se em conjunto com os utentes um resumo do que se tinha exposto com o intuito de reforçar a interiorização e a reflexão acerca do questionário realizado inicialmente à explanação do tema.

Por fim, foi entregue a cada profissional de saúde uma meditação com a técnica da terapia cognitivo-comportamental de terceira geração de redução do *stress*, a Atenção Plena baseada nos sons e pensamentos de maneira a incentivar a sua prática. No final da ação de formação verificou-se interesse, motivação pela continuação da aprendizagem da técnica da Atenção Plena por parte dos profissionais de saúde.

Conclusão

O ano de estágio curricular constitui, por excelência, um tempo de aprendizagem e sistematização de conhecimentos que foram adquiridos ao longo do curso. Exige, portanto, muita dedicação, esforço e trabalho, culminado na elaboração do relatório final, que se afigura como uma etapa importante deste percurso. Chegada ao final deste itinerário, é tempo de refletir acerca do caminho percorrido durante o último ano. Por entre experiências, dúvidas, e algumas incertezas posso referir que os objetivos a que me propus foram atingidos positivamente.

As expectativas relativas a este estágio foram largamente superadas proporcionando um desenvolvimento pessoal, enquanto acadêmico e futura profissional inigualável. Verifiquei igualmente uma aquisição significativa de conhecimentos relativos à prática e à conceção teórica da Psicologia em diversos âmbitos. Tendo em conta a diversidade de casos e respetiva sintomatologia, penso ser fundamental o investimento na minha formação enquanto psicóloga não unicamente na etapa em que me encontro, mas ao longo de todo o percurso profissional tendo em vista a atualização de conhecimentos. De um modo geral, entendo que dei passos importantes no ainda embrionário mas complexo percurso que constitui a criação da minha identidade individual como profissional.

Saliento que o local de estágio em muito contribui para o bom desempenho desta atividade, em parte devido ao ótimo acolhimento que me foi prestado pelos profissionais de saúde: orientadora de estágio, médicos, enfermeiros e assistentes, dos diferentes locais que contactei, bem como pela experiência diversificada que permitiu.

Considero que o estágio realizado num Centro de Saúde facultou um excelente enriquecimento a nível profissional, quer em termos de avaliação como de intervenção, visto que houve um contacto com diversas psicopatologias, o que levou a uma maior articulação e interdisciplinaridade da teoria com a prática, e tendo sido este um exercício rigoroso e exigente, bem como com faixas etárias diferentes na participação em programas de saúde mental em diversas instituições. O contacto com outros clínicos permitiu ainda a aquisição de novas aprendizagens, da necessidade e da importância da articulação entre os diferentes profissionais, de forma a ajudar o utente.

Em suma, considero que as aprendizagens realizadas irão contribuir decididamente para o meu desempenho profissional e espero ter conseguido transmitir através do presente relatório as competências de avaliação, de intervenção que adquiri e desenvolvi ao longo do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares*. (3.^a Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Andolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Vega.
- A.P.A. (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5^a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Saint-Clear, B. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Sociedade Brasileira de Pediatria*, 78 (5). 359-366. doi:10.1590/S0021-75572002000500004
- Balsimelli, S. F. (2005). Aspectos emocionais da esclerose Múltipla. In: Tilbery, Charles Peter. *Esclerose Múltipla no Brasil-aspectos clínicos e terapêuticos* (149-163). São Paulo: Atheneu.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (27). 208-214.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente*. São Paulo: Santos Editora.
- Callegaro, M. M. (2011). *O novo inconsciente*. Porto Alegre: Artmed.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998). *On the Self-regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9781139174794
- Carreteiro, R. (2007). *A dislexia-teorias-diagnóstico-reabilitação*. Lisboa: Livpsi.
- Cerqueira, A. C. R. & Nardi, A. E. (2011). Depressão e Esclerose Múltipla: Uma visão geral. *Revista Brasileira de Neurologia*, 47 (4), 11-16.
- Compston, A., & Coles, A. (2002). Multiple Sclerosis. *Lancet*, 359, 1221-1231. doi: 10.1016/S0140-6736 (02) 08220-X
- Costa, T. (2006). Enurese Noturna: Fisiologia e Tratamento. *Nascer e Crescer*. XV (3), 174-179.
- Clerget, S. (2001). *Não estejas triste meu filho. Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Âmbar.
- Cruz, V. (2007). *Uma Abordagem Cognitiva da Leitura*. Lisboa: Lidel.
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica- o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Duarte, A. L. C., Nunes, M. L. T. & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 4, (1). doi:10.5935/1808-5687.20080004

- Fonseca, V. (2008). *Dificuldades de Aprendizagem: Abordagem Neuropsicológica e Psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editores.
- Ford, D. & Urban, H. (1998). *Contemporary Models of Psychotherapy: A Comparative Analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Gonçalves, S. P. (2013). Stress e bem-estar no trabalho. *Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, 7, 1-136.
- Grima, D.T., Torrance, G.W., Francis, G., Rice, G., Rosner, A.J. & Lafortune, L. (2006). Cost and health related quality of life consequences of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 6, 91-98. doi: 10.1177/135245850000600207
- Hjalmas, K., Arnold, T., Bower, W., Caione, P., Chiozza, L.M. & Gontard, A. (2004). Nocturnal Enuresis: an international evidence based management strategy. *J. Urol.* 171, 2545-61. doi: 10.1097/01.ju.0000111504.85822.b2
- Henze, T. (2005). Managing specific symptoms in people with multiple sclerosis. *The International Multiple Sclerosis Journal*, 12, 60-68.
- Kesselring, J. (2003). Blue Books of Practical Neurology Multiple Sclerosis. In: W. McDonald & J. Noseworthy (Eds.). *Complications of Multiple Sclerosis: fatigue; spasticity; ataxia; pain; and bowel, bladder, and sexual dysfunction* (217-302). USA: Butterworth-Heinemann. doi:10.1016/S1877-3419(09)70043-1
- Lazarus, R. S. (1993). "Why We Should Think of Stress as a Suggest of Emotion". In L. Goldberg and S. Brednitz (Eds), *Handbook of Stress, Theoretical and Clinical Aspects* (21-39). New York: Free Press.
- Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self regulation of health and illness. In Linda, Cameron, Leventhal, Howard. *The self regulation of health and illness behavior*. (42-65). Londres: Routledge. doi: 10.1177/13591053080130071506
- Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review *Applied Psychology*, 54, 267-99. doi:10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- Martins, M. (2004). *O stress no trabalho em médicos e enfermeiros do bloco operatório de um hospital central do Porto*. (Tese de Mestrado). Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Martins, M. C. A. (2004) Fatores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. *Educação, ciência e tecnologia*, 29, 255-268.

- Mendes, M. A. (1999). Terapia do Esquema: um novo enfoque cognitivo. *Psique, Ciência & Vida*, 32-39.
- Melo, A. (2004). *Em busca do tesouro das famílias-Intervenção familiar em prevenção*. (2ª Ed.). Gabinete de Atendimento à Família.
- Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de seleção de tratamento: O melhor para casa paciente*. Porto: Porto Editora.
- Minuchin, S. (1979). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Morana, H. C. P., Stone, M. H. & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28 (2). 74-79. doi: 10.1590/S1516-44462006000600005
- Multiple Sclerosis International Federation (MSIF). (2015). doi: 10.1163/1570-6664_iyb_sim_org_38982
- Multiple Sclerosis Society of Canada (MS Canada). (2015). Acedido em 02 de maio de 2015: URL: <http://www.mssociety.ca/en/default.htm>.
- Ogden, J. (2003). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Perris, C. (2000). Personality-related disorders of interpersonal behavior: a developmental constructive cognitive psychotherapy approach to treatment base on attachment theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 7. 97-117. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(200005)7:2<97::AID-CPP230>3.0.CO;2-K
- Pinar, A. & Save, D. (2004). Adolescent depression: Progress and future challenges in prevention-control activities. *Marmara Medical Journal*, 17 (1), 47-52.
- Reis, A. & Coelho, P. (2007). Enurese Noturna. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23. 279-288.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família – Perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ribeiro, M. (2005). *“Ler bem para aprender melhor”*: Um estudo exploratório de intervenção no âmbito da descodificação leitora. (Tese de mestrado) Universidade do Minho, Braga.
- Ribeiro, J. P. (2007). *Introdução à psicologia da Saúde* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. (2012). *Manual de Psiquiatria Clínica*. (5ª Ed.). Porto: Artmed.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1988). Stress. *Análise Psicológica*. 4 (XVI), 675-690.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Serra, A. (2011). *O stress na vida de todos os dias* (3ª Ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- Silva, J. M. J. (2011). *Necessidades Educativas Especiais/Dificuldade de Aprendizagem Específica/Dislexia*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.

- Simões, A. M. (2012). *Projeto de Intervenção em Saúde Comunitária: "Bem, Nascer, Melhor Crescer"*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Beja. Portugal.
- Soares, M. S. R. (2002). *Qualidade de Vida e Esclerose Múltipla*. (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Portugal.
- Shaywitz, S. (2006). *Entendendo a dislexia*. Porto Alegre: Artmed.
- Skodol, A. E. & Gunderson, J.G. (2012). Transtornos da personalidade. In Hales, R.E., YudofskS.C. & Gabbard, G.O. (5ª Ed.). *Tratado de Psiquiatria Clínica*. (854-894). Porto Alegre: ABP Artmed.
- Spanemberg, L. & Juruema, M. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Psiquiatria*, 26 (3), 300-311.
- Teles, P. (2004). Dislexia: Como Identificar? Como Intervir? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20 (5). 2-23.
- Teles, P. (2008). *Dislexia: Método fonomínico*. Lisboa: Distema.
- Torres, R. & Fernandez, P. (2001). *Dislexia, disortografia e Disgrafia*. Lisboa: Editora Mc Graw Hill.
- Thiedke, C.C. (2003). Nocturnal enuresis. *Am Fam Physician* 1. 67 (7), 1499-506.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: o psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2 (16), 217-229.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Valentini, F. & Alchieri, J. C. (2009) Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão da literatura. *Contextos Clínicos*. 2 (2), 113-123. doi: 10.4013/ctc.2009.22.06
- Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In R.F. Baumeister and K. D. Vohs (Eds), *Handbook of Self regulation. Research, Theory, and Applications*. (1-9). New York: Guilford.
- Young, J. E. & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6. 11-24. Acedido em 01 de junho de 2015 em: <http://www.questia.com/library/journal/1P3-1472599391/an-integrative-schema-focused-model-for-personality>.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. (3ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

Anexos

Anexo I

Descrição do caso clínico J

Caso Clínico J

Dados de identificação

J. é uma criança de sete anos de idade que frequenta o 2º ano de escolaridade. Tem um irmão mais velho com doze anos e mora com os pais.

Motivo do encaminhamento

Foi encaminhado para a consulta de psicologia pelo médico de família, para despiste de dislexia a pedido da professora titular de turma.

História do problema

J. veio à consulta, porque a professora titular de turma, tem verificado que J. revela algumas dificuldades na troca de letras (“b” pelo “t”, “t” pelo “p”, o “m” pelo “n”, o “b” pelo “d” e a troca do “nh” pelo “lh”). Este problema iniciou no final do ano transato quando J. teve um acidente no final do 3º período na pré-escola, em que o seu irmão atirou um dardo e o feriu no olho. J. teve de ser intervencionado com diversas cirurgias e tratamentos prolongados. Entretanto, iniciou o 1º ano ainda em tratamentos e cirurgias, com várias ausências à escola, muitas mudanças de lentes inclusive colocou um cristalino que é uma parte do olho com o formato de uma lente que se situa atrás da íris (parte colorida do olho), e teve de fazer a sua adaptação, depois a colocação de lentes progressivas com sucessivas alterações, porque não via bem, mais a aprendizagem das bases do 1º ano letivo das letras, leitura e números.

Com esta aprendizagem condicionada J. fez o 1º ano. No início do 2º ano letivo, apesar de revelar notas positivas a todas as disciplinas, apresenta algumas trocas de letras, um ritmo de leitura lento e alguns erros ortográficos.

História do desenvolvimento biopsicossocial

J. é uma criança que nasceu com trinta e cinco semanas de cesariana com 3.200 kg de peso e 47 cm de comprimento. Não foi uma gravidez planeada segundo a mãe, “só descobri com quatro meses” (sic), aconteceu no meio de um problema de saúde (Endometriose) que a mãe estava a atravessar e tomava medicação. A mãe já teve quatro abortos espontâneos dado a este problema, e com a gravidez de J. parecia ser difícil, no entanto, “tudo correu bem, dentro do normal, melhor que o irmão, muito mais calma, tanto que eu só queria dormir” (sic). Fez a amamentação durante dois meses e aos quatro meses foi para uma creche. Aos três meses

retirou-lhe a chupeta e o biberão e iniciou a marcha aos quinze meses referindo que “foi preguiçoso” (sic). Disse as primeiras palavras aos sete meses, fez o controlo dos esfíncteres aos quinze meses e a dentição iniciou aos sete meses. Tem uma boa higiene de sono, a não ser que esteja mais ansioso e usa habitualmente um boneco para dormir.

Quanto às rotinas diárias, J. é autónomo no vestir, lavar-se e comer. Gosta de jogar futebol, música, ler, pintar e realiza todas as tarefas que lhe são pedidas até ao fim. A relação com o irmão é próxima e boa, todavia, tem muitas birras. Estão em quartos separados e o irmão mais velho é mais dependente de J. e dos pais. J. gosta de aprender, é muito obediente e esforça-se por realizar bem as tarefas, é meigo e não gosta de pressões de acordo com a mãe.

Ao nível da socialização apresenta uma integração positiva com as outras crianças e os adultos, mas preferencialmente interage meninos de idade similar. Em casa as regras são feitas pela mãe e o pai, mas obedece mais ao pai. A adaptação à escola foi boa, sem qualquer problema e apresenta boas competências no futebol e na música, segue todas as indicações propostas para fazer bem as atividades e não gosta de natação. Não teve nenhuma doença grave até ao momento, exceto este acidente de visão. A profissão da mãe que é vendedora, por vezes exige várias saídas do país e J. fica com o pai ou os avós, não se verificando problemas emocionais. A relação dos progenitores é boa e saudável.

Estado mental/ observação clínica

J. não apresenta nenhum problema psicomotor nem linguístico, na consulta apresenta uma aparência bem cuidada e usa óculos.

Avaliação psicológica

Procedeu-se à avaliação psicológica através da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: entrevista de anamnese, aplicada à mãe de D.; *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA); *Teste do Desenho de Família*, o *Questionário do comportamento da criança* (TRF) (Achenbach, 1991; traduzido por J. Paulo Almeida & Miguel Gonçalves) e o *Questionário de Comportamentos da Criança* (CBCL 4-18) (Achenbach, 1991; tradução: A. C. Fonseca & M.R. Simões, J. P. Almeida & M. Gonçalves). Realizaram-se duas provas de inteligência: *Matrizes Progressivas de Raven-CPM* (Raven, Court & Raven, 1995) e a *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças* (WISC-III, 2003) e dois testes específicos de despiste da dislexia: *Teste Exploratório de Dislexia Específica* (Condemarin & Blomquist, 1988) e a *Prova de Análise e Despiste da Dislexia* (Carreteiro, 2007).

- **Teacher's Report Form (TRF)**

A partir deste questionário aferiu-se instabilidade emocional, falta de cumprimento das regras na sala de aula, distração e falta de concentração e alguma desorganização escolar.

- **Child Behavior Checklist (CBCL)**

Os dados recolhidos manifestam problemas de atenção, J. não consegue estar atento durante muito tempo, e alguns sinais de ansiedade, contudo sem valor significativo.

- **Teste do Desenho de Família**

J. desenhou no meio da página e com traço leve normal, indicando ser uma criança ajustada, mostrando-se autoconcentrada, com equilíbrio mental. Às figuras desenhadas tendo respondido que a primeira figura desenhada, e à qual deu mais atenção aos pormenores, se identifica com a sua mãe; depois, apresentou como a segunda figura, a correspondente ao irmão; a terceira o próprio; e, por último, aparece a figura do pai, revelando as pessoas um tamanho pequeno, podendo manifestar algum retraimento. O desenho encontra-se dentro de casa, na sala onde todos estão sentados no sofá com o significado da vivência da sua realidade e contactos.

Este desenho, a nível de conteúdo, obedeceu ao princípio da realidade, com um movimento inicial e progressivo da esquerda para a direita, tendo a criança valorizado a mãe ao desenhá-la ligeiramente maior que os outros elementos. Continuou a desenhar os restantes membros da sua família com uma proximidade idêntica entre eles e colocando-se entre o irmão, do lado esquerdo, e o pai, do lado direito; constituindo este pormenor um indicador da presença de laços e proximidade entre as pessoas projetadas no desenho.

- **Matrizes Progressivas de Raven (CPM)**

Os resultados obtidos nas matrizes progressivas de Raven (CPM) destacam que J. se encontra num nível intelectual médio, isto é, obteve um score de 27 pontos, posicionando J. num percentil entre 25 e 75-Grau III. Este resultado indica um nível de inteligência geral e de inteligência não-verbal que envolve uma boa capacidade de observação, de perceção, de raciocínio analógico, tal como, uma habilidade exploratória superior, de comportamento comparativo, de várias fontes de informação.

- **Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III)**

Da avaliação psicológica realizada, podemos referir que, globalmente, as capacidades intelectuais do J. situam-se dentro da média para a sua idade (nível médio). Em termos qualitativos o seu Q.I. situa-se no percentil 58. O que significa que a aprendizagem atual de J. não revela défice de natureza intelectual, que condicione a sua aprendizagem regular.

Paralelamente, foi possível constatar que o seu funcionamento cognitivo é homogêneo, ou seja, o desempenho das diferentes provas não diferem consoante a natureza das tarefas propostas. Tanto no Domínio Verbal, que apelam a capacidades verbais e raciocínio lógico-verbal, como nas tarefas de Domínio Instrumental, que implicam capacidades de raciocínio lógico, psicomotoras, estruturação espacial e organização perceptiva, J. revelou desempenhos semelhantes dentro da média.

Analisando as capacidades específicas, numa Análise Intra-Individual, verificamos que, no Domínio Verbal, J. não evidenciou dificuldades na capacidade de compreensão verbalizada de situações comportamentais e sociais; capacidade de sintetizar os conhecimentos adquiridos através da experiência prática diária ou da educação formal, de modo a permitir enfrentar os problemas práticos da conduta social e resolvê-los. Paralelamente, obteve resultados dentro da média na capacidade de formulação de conceitos, abstração verbal e não revelou imaturidade de vocabulário e capacidade na compreensão das palavras e os seus significados, mediante a manipulação implícita de signos e símbolos verbais.

Concomitantemente, no Domínio Instrumental, todos os resultados são representativos de notas médias, indicando que J. não tem dificuldades na capacidade de perceção fina, atenção ao detalhe e concentração nos pormenores, sem capacidade de os distinguir; baixa capacidade de ordenar lógica e temporalmente uma situação concreta e baixa velocidade de execução e coordenação visuo-motora.

Salienta-se ainda que a nível de velocidade de processamento esta criança revelou desempenhos que a situam na média para a sua idade, evidenciando alguma capacidade perceptiva destreza visuo-motora e coordenação grafo-motora.

- **Teste Exploratório de Dislexia Específica (TEDE)**

Foi também avaliada a aprendizagem da leitura, através do Teste Exploratório de Dislexia Específica (TEDE). Tendo em conta a análise dos resultados podemos referir que o J. não apresentou erros ao nível de primeira, segunda e terceira leitura, não evidenciou erros específicos, confusão de grafemas, inversões de letras. Contudo, revelou apenas um erro de inversões de palavras completas e três erros de inversões da ordem da sílaba dentro da palavra.

Na produção da escrita a sintomatologia é semelhante, verificando-se a presença de alguns erros ortográficos, e apresenta uma grafia legível, mas um pouco desproporcional.

- **Prova de Análise e Despiste da Dislexia (PADD)**

Realizou-se ainda a Prova de Análise e Despiste da Dislexia, em que o J., não apresenta dificuldades ao nível da subtração fonética, acesso semântico, no entanto, evidenciou alguns erros na fusão fonémica e na consciência articulatória, obtendo resultados inferiores à média. Na memória de dígitos, conseguiu repetir sequências de 3 e 4 dígitos na ordem direta e 3 e 4 dígitos na ordem inversa, o que o situa dentro da média para a sua faixa etária. Na leitura de palavras, obteve bons resultados em palavras compridas, pouco frequentes, irregulares e pseudopalavras, contudo, a fluidez da leitura é um pouco lenta. Em termos da atenção, não revelou dificuldades em iniciar e manter as tarefas que lhe foram exigidas. No entanto, o J. distrai-se facilmente perante os estímulos exteriores. Em relação à percepção e memória visuais, obteve resultados satisfatórios para a sua faixa etária. Em termos da reprodução da cópia, situou-se dentro da média. O tempo de execução foi igualmente satisfatório.

Diagnóstico do DSM-V: 315.9 (F89) Perturbação do Neurodesenvolvimento Não Especificada

Justificação do diagnóstico

A Perturbação do Neurodesenvolvimento Não Especificada aplica-se quando não estão preenchidos todos os sintomas característicos. De facto, J. não manifesta dificuldade em compreender aquilo que lê, nem tem dificuldade em soletrar, não apresenta dificuldades no cálculo, factos numéricos e sentido dos números, pelo contrário, nos resultados escolares a nota de Matemática é bastante satisfatória. Apenas comete alguns erros ortográficos, que é considerado normal, fruto da aprendizagem ainda insipiente e própria de um aluno de 2º ano de escolaridade, bem como uma leitura um pouco lenta, que também se deve ao acidente de visão que J. teve, em que acabou por perder imensas aulas com tratamentos e recuperação (Critério A). As capacidades académicas de J. não estão afetadas nas diferentes áreas, exceto Português, que ainda assim, apresenta um resultado positivo (Critério B), e as dificuldades de aprendizagem de J. também não são explicadas por incapacidade intelectual, pois realizaram-se testes, cujos resultados foram normativos e a acuidade visual de J. está corrigida (Critério D).

Diagnóstico diferencial

A perturbação da aprendizagem específica distingue-se das variações normais na realização académica, pois J. tem uma educação com muitas oportunidades, para além do currículo escolar, ainda mantém a aprendizagem numa academia de música, bem como os nível de escolaridade dos pais é superior. Também difere-se da incapacidade intelectual, uma vez que J. apresenta um percentil entre 25 e 75-Grau III, nível médio nas duas provas de inteligência que foram aplicadas, em que o seu rendimento na leitura e escrita não se situa abaixo do nível esperado para o seu quociente de inteligência. Não há na história desenvolvimental de J. perturbações neurológicas ou sensoriais, embora haja um défice visual, que está a ser corrigido e o qual foi devido a um acidente. Não se verifica défice de atenção, ainda que J. tenha alguma dificuldade em estar concentrado e sentado corretamente, mas isso reflete-se pela falta de hábitos de estudo. Não se verificaram perturbações psicóticas em J..

Conceptualização do caso

A Dislexia é talvez a causa mais frequente de baixo rendimento e insucesso escolar. Na grande maioria dos casos não é identificada, nem corretamente tratada (Teles, 2004). É um vocábulo que, etimologicamente, se refere a distúrbios na leitura ou na linguagem, sendo a ideia de que se refere a um distúrbio na leitura a mais consensual Cruz (2007). Fonseca (2008) também sublinha que o termo revela uma dificuldade na aprendizagem da leitura. J. não apresenta baixo rendimento escolar.

A Dislexia é considerada uma perturbação da linguagem que se manifesta na dificuldade de aprendizagem da leitura e da escrita, em consequência de atrasos de maturação que afetam o estabelecimento das relações espaço-temporais, a área motora, a capacidade de discriminação perceptivo-visual, os processos simbólicos, a atenção e a capacidade numérica e/ou a competência social e pessoal, em sujeitos que apresentam um desenvolvimento adequado para a idade e aptidões intelectuais normais (Torres & Fernández, 2001). Segundo as mesmas autoras, esta conceção de Dislexia como um atraso específico de maturação, permite que a mesma seja entendida como uma perturbação evolutiva e não patológica, o que apresenta consideráveis vantagens no domínio da avaliação e da intervenção, nomeadamente permitindo a identificação de diferentes tipos de Dislexia.

Por exemplo, em Carreiro (2007) encontramos vários tipos: a) Dislexia profunda: os pacientes apresentam lesões no hemisfério esquerdo, traduzindo-se no cometimento de erros semânticos na leitura em voz alta (por exemplo, mala/pasta; canário/papagaio); também cometem erros visuais, como angel/angle e morfológicos, designadamente quando uma palavra

é derivada por prefixação ou sufixação, a raiz da palavra é lida corretamente mas o prefixo ou o sufixo é lido de forma errada; palavras funcionais como “e” ou “ou” apresentam índices de leitura pobre; as pseudopalavras não são lidas; a escrita e o soletramento podem estar comprometidos. Todas as dislexias profundas têm origem em lesões cerebrais (dislexias adquiridas). Também podem ocorrer erros visuais (são/pão; maqueta/maleta). Trata-se de dificuldades provavelmente devidas, pelo menos em parte, à impossibilidade de evocar a imagem mental baseada na experiência sensorial (forma, textura, cor, etc.). Do ponto de vista do modelo de leitura com duas vias, os sujeitos são incapazes de utilizar a via fonológica-conversão grafema em fonema (o que impede a leitura das palavras desconhecidas e das pseudopalavras). Alguns autores admitem também o comprometimento da via semântica devido à deterioração das representações na memória semântica; b) Dislexia fonológica: ocorrem os chamados erros semânticos e dificuldade na leitura de palavras desconhecidas e pseudopalavras. Trata-se de uma lesão funcional da via fonológica, sendo a via semântica preservada; c) Dislexia ortográfica: a leitura não apresenta as dificuldades anteriores, pois os sujeitos leem ao mesmo nível palavras frequentes, pouco frequentes e pseudopalavras e apresentam maior facilidade na leitura das palavras que se leem tal como se escrevem e menos facilidade nas que se leem de forma diferente da escrita como por exemplo em “guitarra” em que o “u” não se lê. Em J. nenhum deste tipo de dislexia se reconhece.

Torres e Fernandez (2001) delimitam os fatores da dislexia em fatores de origem neurológica, dificuldades instrumentais, cognitivas e linguísticas e fatores pedagógicos. Segundo a Neurologia, o disléxico demonstra dificuldades na leitura e na escrita porque não consegue automatizar a linguagem, ou seja, para ler utilizamos um percurso rápido e automático, pois temos a consciência de que a linguagem é formada, as palavras por sílabas, as sílabas por fonemas e para o disléxico é difícil corresponder o som com a escrita (correspondência grafo-fonética).

A psicologia cognitiva explica a dislexia pelo facto dos indivíduos apresentarem dificuldades em se abstrair e generalizarem a informação verbal, em transferirem informação e quando têm de realizar integrações visuoverbais. Assim o aluno com dislexia apresenta dificuldades na descodificação das letras e das palavras para depois as transformar em sons. Quando lê, recorda-se essencialmente das cadeias de palavras, letra-letra, mas não conseguem lembrar-se dos termos exatos nem dos seus significados. Muitas vezes também importa salientar que o agravamento das dificuldades dos disléxicos pode advir de métodos pedagógicos inadequados (Silva, 2011).

Todos estes aspetos atrás mencionados não se verificam em J., apenas um pouco de lentidão na fluência da leitura e alguns erros ortográficos, fruto da aquisição recente da aprendizagem, uma vez que ainda está no 2º ano de escolaridade e teve a condicionante do acidente com o dardo que atrasou a sua aprendizagem escolar sistemática das bases no 1º ano de escolaridade.

Intervenção psicológica

Pese embora a inexistência de respostas empiricamente validadas relativamente ao melhor tipo de intervenção para os diversos tipos de dificuldades específicas das crianças, é, todavia certo, que a eficácia da intervenção está associada à avaliação da precocidade da mesma (Ribeiro, 2005). Por outro lado, e no que se refere concretamente à dislexia e porque existem diversos tipos da mesma, não se pode optar por uma intervenção única, pois cada intervenção deve ser orientada à individualidade de cada aluno (Ribeiro, 2005).

Uma questão a ter em conta prende-se com o quadro psicológico que normalmente as crianças com dificuldades de leitura e escrita, podem apresentar designadamente, desequilíbrio afetivo, sentimentos de inferioridade, timidez, baixa autoestima, ansiedade, agressividade, falta de colaboração (Rocha, 1991, cit. in Ribeiro, 2005). Assim, torna-se fundamental uma intervenção individualizada e específica que tenha em consideração estes aspetos, sendo que outro aspeto relevante, prende-se com dificuldades que podem estar relacionadas com a perceção visuo-motora pelo que poderá ser importante intervir no esquema corporal, da lateralidade e da orientação espaço-temporal.

Shaywitz (2006) defende que os pontos essenciais para uma intervenção consequente envolvem o ensino sistemático no que se refere à consciência fonémica (perceber, identificar e manipular os sons da linguagem oral); à fónica (como as letras e os grupos de letras representam os sons da linguagem oral, descodificação das palavras-ortografia, leitura de palavras à primeira vista, vocabulário e conceitos, estratégias de compreensão de leitura); à prática na aplicação das habilidades de leitura e escrita; treino da fluência; e experiências linguísticas enriquecedoras (ouvir e falar sobre diversos assuntos e contar histórias).

Teles (2008), propõe o método fonomínico (fonético e multidimensional) que visa o desenvolvimento de competências fonológicas e reeducação da leitura e da escrita.

Desta forma, realizou-se com J. reeducação da leitura e da escrita, através da realização de fichas, mesmo não reunindo todos os critérios para a dislexia. Posteriormente foi enviado à professora titular de turma o relatório de avaliação psicológica.

Anexo II

Sessões da Intervenção em grupo “ O abc da Educação Parental”

Estruturação das sessões de intervenção em grupo

Sessão 1- A aventura da participação na intervenção

Objetivos:

- ✓ Apresentar e integrar o grupo;
- ✓ Clarificar expectativas;
- ✓ Definir o contrato;
- ✓ Trabalhar com as noções sobre os princípios da aprendizagem e com a operacionalização de comportamentos.

Materiais:

- ✓ Ficha de inscrição para cada participante;
- ✓ Novela de lã;
- ✓ Lápis/caneta e papel em branco.

Procedimentos:

A 1ª sessão será iniciada com o preenchimento de uma ficha de caracterização do participante. Depois segue-se o aquecimento do grupo e a relação que se pretende estabelecer com as famílias, pontos fundamentais para o envolvimento dos pais e a sua permanência nas sessões que se seguiram. Daí que empregar-se-á um especial cuidado com a preparação e gestão dos primeiros contactos. A atividade Teia de Pais em que serão colocados e sentados num círculo, em que se mostrará um novelo de lã, e se entregará a um dos participantes. Pede-se que se apresentasse brevemente, dizendo o nome e mais algum aspeto sobre a sua família que pudesse achar interessante. Posto isto, atirará o novelo aleatoriamente para outra pessoa, mas não sem antes falar dos motivos que o levaram a aceitar e participar no grupo e das suas expectativas quanto ao mesmo, falando do que gostaria que o grupo pudesse ser. Terminada a ronda, a psicóloga aproveitará para comentar a teia formada que une todos os pais, assinalando que todos estão unidos pelo objetivo de prevenir e ajudar as crianças a crescerem ainda mais fortes. Esta atividade terá como objetivo facilitar a interação entre os participantes, desmistificar crenças acerca do papel dos pais e da psicóloga nas sessões, bem como fomentar e estimular o interesse das famílias. Salientar-se-á a mensagem de que os pais são talvez das pessoas mais importantes para os seus filhos, e que por isso, estão de parabéns por aceitarem integrar a aventura e o desafio de descobrirem outros modos de ajudar as crianças a crescerem mais fortes,

mais saudáveis, mais felizes e fazer que a família seja cada vez mais forte. Nesta altura, aproveita-se para definir o contrato que é o estabelecimento de regras de funcionamento, e que possam ser estabelecidas por todos e a sua concordância. Deve ficar claro que não são rígidas ou fixas, mas flexíveis. A psicóloga deverá ser muito consistente em cumprir com as regras combinadas, pois assim, servirá de modelo para os pais. Posteriormente fará um momento de diálogo sobre as expectativas dos pais e depois fará um resumo sobre as expectativas que serão atendidas.

Seguidamente, far-se-á uma explicação teórica sobre o processo e princípios de aprendizagem, com pontos relevantes a serem abordados como: definição de comportamento, análise de um comportamento e análise do contexto da aprendizagem de um comportamento.

No final da sessão de forma a perceber o quanto é difícil mudar algo quando se está condicionado por aquilo que se aprendeu, realiza-se um jogo: “ Quáquá-palmas-bum”. Com este jogo, mostrar-se-á como é possível quebrar padrões antigos. Depois do jogo é acentuado três palavras que tornam a mudança possível: persistência, paciência e treino.

Será dada uma tarefa para a casa, em que os pais escreverão três regras que os filhos normalmente desobedecem.

MODELO DA FICHA DE INSCRIÇÃO

Para inscrever-se na intervenção em de competências parentais, os pais e mães deverão preencher esta ficha, com os dados pessoais e três questões. Os pais inscritos comprometem-se a participar nos oito encontros da intervenção, no horário e local combinados.

Data :

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Número de filhos:

Idade de cada um dos filhos:

Telemóvel:

1. O que espera desta intervenção?
2. Qual é a maior dificuldade que encontra para educar o seu (s) filho (s)?
3. Quais são os comportamentos que gostaria de mudar no seu (s) filho (s)?

TAREFA DE CASA

Escreva três regras que os seus filhos normalmente desobedecem.

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

Sessão 2- Regras e Limites

Objetivos:

- ✓ Apresentar aos pais a necessidade de regras claras, consistentes e coerentes;
- ✓ Monitorizar o comportamento da criança para proporcionar um desenvolvimento saudável.

Materiais:

- ✓ Rebuçados;
- ✓ Pequenas punições (engraçadas) descritas em tiras de papel (dê 3 saltos, cante uma canção; vá ao centro da roda e dê uma volta, imite o som de um animal);
- ✓ Pedacos de fio de lã com 50 cm de comprimento. Deve ter um pedaço para cada participante incluindo a psicóloga.

Procedimentos:

A sessão iniciar-se-á com uma atividade “Quem vai à lua?”, em que a psicóloga propõe uma viagem à lua, em que ela será o comandante e terá o poder de permitir ou não a ida de cada um. A permissão para viajar dada pela psicóloga depende de ela aprovar ou não aquilo que a pessoa deixar levar consigo na viagem, ou seja, há uma regra que define o que se pode levar ou não. No início da atividade comunicará que inventou uma regra que define o que pode ser levado ou não. Os participantes terão de descobrir qual é a regra, e irão descobrir a regra, se errarem serão punidos pela psicóloga, quem descobrir ganhará um rebuçado. Esta atividade consistirá em os pais vivenciarem sentimentos de insegurança e medo da punição por não conhecerem qual é a regra vigente. A atividade procurará deixar evidente o quanto a imprevisibilidade de regras e punições poderão gerar sentimentos divergentes.

Nesta sessão serão ainda abordadas diversas definições sobre as regras e os limites, com os seguintes pontos: o que são as regras e para que servem; delimitar e ensinar regras significa disciplinar; como as regras devem ser colocadas aos filhos; as causas da desobediência das regras. Depois da explanação, haverá um momento de uma atividade com a instrução de uma tarefa, ou seja, mostrar o procedimento da aprendizagem de um novo comportamento. Cada um terá um pedaço de fio de lã e tentará fazer um nó com as duas pontas sem tirar as mãos do fio, como não conseguirem, a psicóloga explicará a forma correta de o fazer. Com esta atividade prende-se referir que nem sempre a criança realiza a atividade como os pais pretendem, mas que isto não significa que o que foi feito está errado. É necessário os pais reconhecerem que a

forma como a criança faz por vezes, é uma solução mais rápida ou criativa que deverá ser valorizada.

No final falar-se-á rapidamente sobre a tarefa que foi feita em casa sobre as regras, ou seja quais as regras que os filhos normalmente desobedecem e dialogar-se-á sobre isso. Em seguida, será realizada uma atividade de treino de habilidades para serem consistentes nos seus diálogos com os filhos, para que as regras sejam mantidas na casa, independentemente do humor dos pais, de forma a dar uma explicação convincente e firme. Depois será a realização de um *role playing*: divide-se o grupo em duplas para fazerem que um é mãe ou pai a negar um pedido e o outro fará o papel de filho insistente, passados 2 minutos os papéis invertem-se. No final lançar-se-á uma breve discussão sobre o que acharam e sentiram ao estarem no papel dos filhos, sobre as argumentações utilizadas e sobre o tom de voz usado.

Como tarefa de casa os pais irão observar e apontar seis comportamentos do filho ou de cada filho considerados adequados, bem como observar e escrever algumas ocasiões em que se conseguiu determinar e falar das regras importantes de forma clara e coerente, cumprindo a consequência combinada e refletir se foi fácil ou difícil e como foi a reação do filho.

Trabalho Para Casa

Observe e escreva seis comportamentos de cada filho que considera adequados:

| | Filho 1 | Filho 2 | Filho 3 |
|----------|----------------|----------------|----------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

Autoregisto:

Observe e escreva algumas ocasiões em que conseguiu determinar e falar regras importantes de forma clara e coerente, cumprindo com a sequência combinada. E reflita se foi fácil ou difícil e como foi a reação do filho.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Sessão 3- Consequências para Comportamentos Adequados

Objetivos:

- ✓ Enfatizar a educação positiva;
- ✓ Promover a observação e valorização dos comportamentos adequados dos filhos;
- ✓ Refletir sobre o conceito correto da palavra disciplinar.

Materiais:

- ✓ Desenhos (4, 5 desenhos ou figuras) preparados pela psicóloga com erros e borrões.

Procedimentos:

Inicialmente dialogar-se-á sobre a tarefa de casa, o autoregisto das regras, questionando quem fez, o que achou de fazer, que reações perceberam nos filhos e outros comentários pertinentes. Em seguida, proceder-se com a seguinte atividade “Foco no erro”, que permitirá destacar a tendência da maioria das pessoas para evidenciar a falha. Portanto objetivo é levar os pais a perceberem o quanto os erros, mesmo que pequenos, chamam mais a atenção. Isto deve propiciar nos pais uma mudança de foco, fazê-los perceberem quantas qualidades têm os filhos. Então, mostrar-se-á figuras com erros e borrões aos pais, para observarem atentamente e em silêncio cada um dos desenhos. Depois pede para descreverem o que mais lhes chamou à atenção, permitindo deste modo, uma discussão.

Posteriormente, realizar-se-á uma explicação teórica sobre consequências para comportamentos adequados (reforço) com os seguintes pontos relevantes: o conceito de reforço; tipos de reforço; o efeito do reforço no comportamento da criança. Os pais também falarão sobre a tarefa de casa acerca dos comportamentos adequados, quais os comportamentos observados e o grau de facilidade ou dificuldade que tiveram em executar a tarefa.

Uma outra atividade a realizar como treino de competências na arte de elogiar, consistirá em fomentar um ambiente agradável entre os participantes: alguém vai para o centro do círculo e depois todos terão de elogiar o participante, depois ele senta-se, e quem está ao seu lado direito coloca-se em pé e vai para o centro e recomeçam os elogios até todos serem elogiados. Esta atividade pretende refletir sobre o poder de um elogio sincero e adequado à situação num grupo, para ser utilizado em família, em especial com os filhos, que poderá proporcionar uma melhor qualidade de interação, e também um lar mais agradável e alegre.

O trabalho para casa será observar e escrever seis comportamentos de cada filho considerados inadequados e ainda apontar durante dois dias quantas vezes “reforçou” comportamentos adequados do filho, e como o fez. Observar novamente como foi a reação dele.

Trabalho Para Casa

Observe e escreva seis comportamentos de cada filho que considera inadequados.

| | Filho 1 | Filho 2 | Filho 3 |
|---|---------|---------|---------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

Escreva durante dois dias (no mínimo) quantas vezes "reforçou" comportamentos adequados do seu filho, e como o fez. Observe como foi a reação do filho.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Sessão 4- Consequências para os comportamentos inadequados

Objetivos:

- ✓ Informar alertar sobre problemas que podem surgir com o uso de punições exageradas e inadequadas;
- ✓ Apresentar formas alternativas e efetivas aos comportamentos inadequados.

Materiais:

- ✓ Sugestão de um *role playing*.

Procedimentos:

No início da sessão a psicóloga propiciará, uma discussão rápida sobre o autoregisto do reforço, questionando sobre quem fez, o que achou de fazer, que reações perceberam no filho e outros comentários pertinentes ao assunto. Seguidamente, realizar-se-á a sensibilização para o tema, como também sensibilizá-los para os sentimentos divergentes que podem ser gerados por causa de uma situação de punição. Ao contrário do reforço, a punição gera um clima desagradável e, muitas vezes de medo. Assim, os participantes serão divididos em dois e três grupos e cada grupo terá que fazer um *role playing*, para depois apresentar aos outros. Consistirá na dramatização de uma situação familiar, na qual um filho fez algo de errado e os pais tiveram que puni-lo de forma exagerada. O *role playing* acabará após a apresentação de todos os grupos e far-se-á um momento de reflexão e diálogo sobre os sentimentos envolvidos no *role playing*, que as punições terão de ser bem pensadas e utilizadas apenas quando forem estritamente necessárias.

Depois será uma explanação sobre as consequências para os comportamentos inadequados (punições) com os seguintes tópicos: algumas dicas sobre os castigos e punições; consequências não recomendadas; e consequências recomendadas. Logo depois, verifica-se a tarefa de casa sobre os comportamentos inadequados, sobre o que observaram e escreveram do que estava errado e fomentar discussão sobre: os comportamentos escritos se são geralmente punidos ou ignorados? De que forma são feitos? Se não são, por que razão? Foi fácil ou difícil observar limites errados dos filhos? Que consequências adequadas poderiam ser dadas?

Em seguida, nesta atividade irá treinar-se um modelo de como agir adequadamente com um filho que se comporta mal. A atividade propõe uma observação e identificação de punições exageradas e uma reflexão sobre as formas de punição alternativas mais efetivas e menos prejudiciais. Depois dividem-se os pais em grupos de três e que cada grupo terá que apresentar

o mesmo *role playing*, utilizando a mesma cena de situação familiar, na qual um filho fez algo de errado e os pais tiveram que castigá-lo. Porém, neste segundo momento o *role playing* deverá apresentar formas adequadas de alterar o comportamento errado do filho, de acordo com a explicação teórica sobre o tema. A atividade terminará após a apresentação de todos os grupos. A psicóloga deverá promover um momento de reflexão sobre quais foram os exageros do primeiro *role playing* e de discussão sobre as mudanças que ocorreram de um *role playing* para o outro e sobre as alternativas colocadas no segundo *role playing*.

A tarefa de casa consistirá em observar e escrever a forma como têm demonstrado afeto pelo filho e ainda o autoregisto de que forma foram dadas as consequências para o filho depois de ele ter-se comportado mal, se foi fácil ou difícil, e como se sentiu e observar como foi a reação dele.

Tarefa de Casa

Observe e escreva de que forma tem demonstrado afeto pelo seu filho.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Autoregisto:

Aponte como deu as consequências para o seu filho depois de ele se ter comportado mal, e como é que ele reagiu diante da sua atitude?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Sessão 5- Relacionamento afetivo e envolvimento

Objetivos:

- ✓ Sensibilizar os pais para a empatia com os filhos, mostrando a importância de expressar afeto, de participar e de se envolver efetivamente na vida dos filhos;
- ✓ Refletir sobre a qualidade da relação com os filhos.

Materiais:

- ✓ Caixa para os papéis;
- ✓ Papéis dobrados com perguntas;
- ✓ Lápis/ caneta e papel em branco para cada participante.

Procedimentos:

Nesta sessão pretende-se incentivar os pais a pensarem sobre o quanto estão envolvidos na vida dos filhos, o quanto sabem das suas preferências e sentimentos. Além disso, o facto de terem de falar como se fossem o próprio filho exercita a empatia, isto permitirá que eles percebam o lado dos filhos, e possam estar mais próximos. O grupo será convidado a estar em pé e em círculo. A psicóloga explicará que ao som de uma música, uma caixa com diversas perguntas irá ser passada pelos participantes e, quando a música parar, a pessoa que estiver com a caixa na mão, fará uma pergunta e responderá como se fosse o filho. A pessoa, após responder à pergunta, entrega esta à psicóloga e dá um passo para trás. Isto será feito para que todos do grupo possam responder a uma pergunta. A atividade terminará quando se esgotarem todas as perguntas da caixa. Após a atividade, abrir-se-á um espaço para falarem sobre a atividade. Com esta atividade pretende-se realçar a importância de se colocar no lugar do filho, a relevância de interessar-se efetivamente pela vida dos filhos, e assim conhecê-los melhor, para que o filho sinta mais proximidade e amor da parte dos pais.

Seguidamente, realizar-se-á um enquadramento teórico sobre o relacionamento afetivo e envolvimento de maneira a sensibilizar e informar os pais sobre formas de demonstrar amor que sejam viáveis e efetivas e quebrar alguns mitos (superproteção é diferente de amor, o amor precisa de ser demonstrado). Depois distribuir-se-á papel e caneta onde farão uma lista de atividades para criar um clima agradável na família e demonstrar amor e envolvimento para com os filhos. Nesta lista deverão constar atividades viáveis para se colocar em prática durante a semana. Desta forma, os pais comprometem-se em realizar aquilo que foi escrito. Depois para terminar a sessão far-se-á a leitura de uma história intitulada: “Paternidade Responsável”.

O trabalho de casa a executar durante os próximos dias constituirá num autoregisto, em que escreverão três ocasiões em que foi possível transformar o amor em ação, em prática, ou seja, realizar as atividades propostas na atividade anterior.

Sessão 6- Voltar atrás

Objetivos:

- ✓ Provocar uma reflexão mais profunda sobre a educação que os participantes receberam na infância, analisando as diferenças de contexto da época em que eram crianças e a atual;
- ✓ Refletir sobre a transmissão intergeracional das práticas educativas parentais.

Materiais:

- ✓ Lápis de cor;
- ✓ Canetas;
- ✓ Folha de papel para cada participante;
- ✓ Papéis para a outra atividade, tesouras.

Procedimentos:

Inicialmente verificar o trabalho de casa anterior. Depois realizar-se-á uma atividade de relaxamento que terá como objetivo preparar os pais para se lembrarem da sua infância e de como foram educados. Os participantes serão conduzidos pelas orientações da psicóloga na execução do relaxamento.

Depois realizar-se-á a atividade “Voltar atrás”, em que pretenderá com este exercício refletir sobre a história familiar, os sentimentos dos pais enquanto filhos, o quanto o modelo dos seus próprios pais se repete e influencia a educação que eles dão aos seus filhos e como os seus próprios comportamentos podem ser percebidos pelos filhos. Então, será distribuída uma folha de papel com quatro colunas e os três lápis de cor para cada participante. Numa primeira etapa, solicita-se aos pais que escrevam em cada coluna: coluna 1: quatro situações em que eles fizeram algo correto e descrevam qual foi a atitude dos seus pais diante do seu comportamento adequado (escrever uma situação em cada linha, comportamentos seu de filho e reação dos pais); coluna 2: qual o sentimento que eles tiveram diante da reação dos pais, ou seja, o sentimento gerado em cada uma das situações (quatro sentimentos, um em cada linha, mas podem-se repetir); coluna 3: quatro situações em que eles fizeram algo errado e descrevam qual foi a atitude dos seus pais diante do seu comportamento inadequado (escrever uma situação em cada linha, comportamento do filho e reação dos pais); coluna 4: qual o sentimento que eles

tiveram diante da reação dos seus pais, ou seja, o sentimento gerado em cada uma das situações (quatro sentimentos, um em cada linha, mas podem-se repetir).

Depois do quadro completo com as situações e os sentimentos, os pais deverão pintar com os lápis de cor: verde (nos quadrados) - as reações dos seus pais que hoje eles consideram que foram adequadas para educar, independentemente do sentimento envolvido. Por exemplo, na situação ele pode ter ficado com raiva, mas hoje ele percebe que os seus pais agiram de forma correta; cor vermelho (nos quadrados) - as reações dos seus pais que hoje eles consideram que não foram adequadas para educar, independentemente do sentimento envolvido; amarelo (nos círculos) – todas as reações dos seus pais que hoje eles repetem com os seus filhos. Depois do quadro completo e com cores, a psicóloga desenvolve um momento de reflexão e partilha.

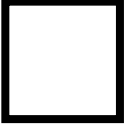
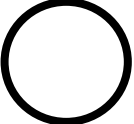
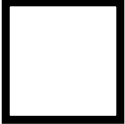
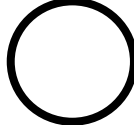
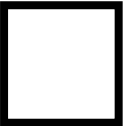
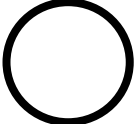

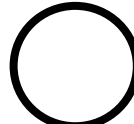
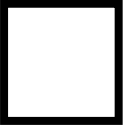
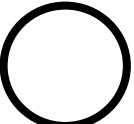
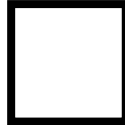
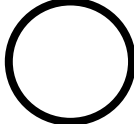

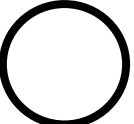

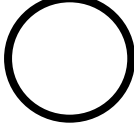
Após esta atividade, realizar-se-á uma explicação sobre a análise intergeracional com os pontos fortes: análise do contexto histórico de cada geração; compreensão do processo de modelação, empatia com os filhos; no final aproveitar-se-á para discutir o perdão de mágoas alusivas à relação com os pais, e depois faz-se uma leitura de um texto sobre o perdão. Por fim, explicar-se-á a tarefa de casa que consiste em escrever três características dos filhos que eles percebem em si mesmos.

Tarefa de casa:

Os pais anotarão três características dos seus filhos que eles percebem em si mesmos.

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

Voltar atrás

| Coluna 1 | Coluna 2 | Coluna 3 | Coluna 4 |
|--|--------------------|--|--------------------|
| (Comportamento ADEQUADO do filho e reação dos pais) | Sentimentos | (Comportamento INADEQUADO do filho e reação dos pais) | Sentimentos |
|   | |   | |
|   | |   | |
|   | |   | |
|   | |   | |

Texto sobre o perdão

Conta uma lenda árabe que dois amigos viajavam pelo deserto. A certa altura, discutem, e um deles esbofeteou o outro, que ofendido e sem dizer nada, escreveu na areia "Hoje, o meu melhor amigo bateu-me no rosto".

Depois de algum tempo, fizeram as pazes e continuaram a viagem. Mas, ao chegar a um oásis resolveram tomar banho. O que havia sido esbofeteado começou a afogar-se, mas o amigo salvou-o. Quando recuperou, escreveu numa pedra "Hoje meu melhor amigo salvou-me a vida". Intrigado, o amigo perguntou:

-Porquê é que depois que te bati escreveste na areia, e agora porquê que escreveste na pedra?

Sorrindo, o outro amigo respondeu:

-Quando um grande amigo nos ofende, devemos escrever na areia, onde o vento do esquecimento e do perdão se encarregam de apagar. Porém, quando nos faz algo grandioso, de bem, devemos gravar na pedra da memória do coração, onde vento nenhum do mundo poderá apagar!

Aprenda a escrever as mágoas na areia, para gravar os benefícios na pedra.

Lídia Weber

Sessão 7- Autoconhecimento e modelo

Objetivos:

- ✓ Propiciar a auto-observação, como pessoa antes de serem pais, dando ênfase às qualidades de cada um;
- ✓ Reconhecer os benefícios de uma atitude otimista;
- ✓ Promover uma atitude de confiança face à vida, a si próprio e à família.

Materiais:

- ✓ Música relaxante e calma;
- ✓ Material diverso (latas, embalagens de leite, borracha, fios, pilhas, caixa de fósforos...).

Procedimentos:

Inicialmente durante um momento dialogar-se-á sobre a sessão anterior, verificando se todos os participantes ficaram bem, se lembraram-se de mais coisas durante a semana. Em seguida, realizar-se-á uma atividade de relaxamento para ajudar os pais na auto-observação e prepara-los para a atividade seguinte. A psicóloga seguirá um guia para a atividade de relaxamento (relaxamento progressivo de Jacobson). Depois do relaxamento, de maneira a sensibilizar os pais para a importância de dedicar um momento à auto-observação e ao autoconhecimento, realizar-se-á a atividade seguinte: serão espalhados numa mesa os objetos de material diverso e a psicóloga pedirá a cada um para que monte uma peça, um objeto, com pelo menos cinco tipos diferentes de materiais. A peça que cada um montará, corresponderá a características pessoais, permitindo que cada um fale de si e da sua peça. Esta é uma oportunidade de exercitar a observação dos seus próprios comportamentos. A psicóloga refletirá sobre a importância dos pais terem um tempo para si próprios. Os pais que estão envolvidos com os cuidados dos filhos e a profissão acabam por esquecerem-se de si próprios. Então prossegue-se à explanação teórica do conceito de autoconhecimento, como se aprende a autoconhecer, a importância do autoconhecimento e autocontrole.

Depois falar-se-á sobre a tarefa de casa anterior e propor a última tarefa que será: apontar um dos comportamentos que gostaria de mudar. Para ser possível este exercício, deverá haver cuidado na seleção do comportamento, os pais deverão ter em atenção algo realista, com uma meta a longo prazo.

Autoregisto

Anote um dos comportamentos que gostaria de mudar.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Sessão 8: Revisão e encerramento

Objetivos:

- ✓ Recapitular os conteúdos abordados ao longo da intervenção em grupo;
- ✓ Confrontar as expectativas iniciais de mudança com as possíveis alterações comportamentais e de atitude que foram sendo feitas durante o tempo da intervenção;
- ✓ Aplicar a Ficha de avaliação da intervenção em grupo.

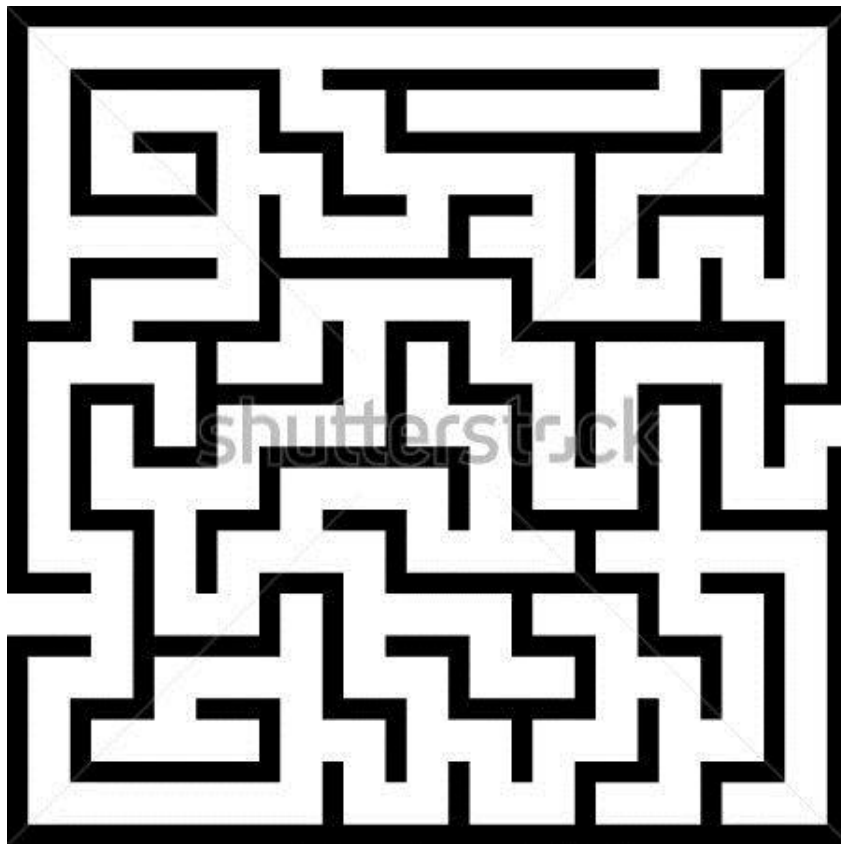
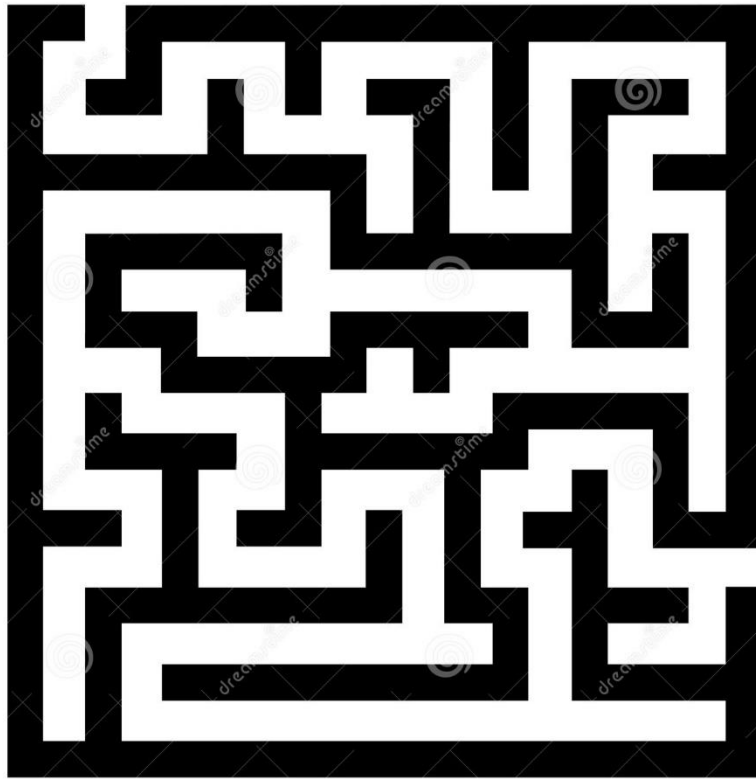
Materiais:

- ✓ Diplomas para os pais;
- ✓ Vendas para fechar os olhos;
- ✓ Papéis com desenho de dois labirintos diferentes, um em cada folha.

Procedimentos:

Nesta sessão do programa, num primeiro momento far-se-á um diálogo sobre o autoregisto do autoconhecimento. Depois aproveitar-se-á para referir aos pais o quanto é difícil mudar um comportamento, mas com persistência é possível. O primeiro passo é o autoconhecimento, mas o processo de mudança é longo e nem sempre a pessoa consegue sozinha. Posteriormente, a atividade “Labirintos da vida” terá como objetivo treinar a empatia dos pais para com os filhos a partir da vivência de uma limitação. Além disso, o objetivo será ainda unir todos os temas já abordados, mostrando que todos os aspetos são necessários para uma relação de qualidade entre pais e filhos. Assim, o grupo será dividido em dois a dois, e cada um recebe uma folha de papel com o desenho dos labirintos, um na frente e outro no verso. Um participante é tapado com uma venda e com uma caneta deverá traçar o caminho da entrada até à saída do labirinto com o auxílio das indicações do outro pai, que será o guia que está com os olhos abertos. Esta atividade terá o tempo cronometrado e as dicas serão verbais, não poderá tocar na mão para ajudar. Depois de terminado inverter-se-ão os papéis. Em seguida, dialogar-se-á através de algumas questões formuladas e no final comentar-se-á o objetivo da atividade que o labirinto retratará o caminho percorrido ao longo dos encontros. O processo de compreender o que ocorre na educação dos filhos é difícil e que muitas vezes parece ser um labirinto sem saída. Será importante valorizar a persistência dos pais de chegarem até ao fim, como chegaram na saída do labirinto.

Finalmente, ler-se-á um texto que é “Homenagem a todas as mães e pais”, e entrega-se os diplomas a todos os participantes e confraterniza-se com um lanche de maneira a festejar as conquistas que cada um conseguiu na relação com os filhos.



Sessão de *follow-up* -3 meses:

Objetivos:

- ✓ Verificar a estabilidade dos efeitos da intervenção;
- ✓ Avaliar os contributos da intervenção em grupo, em termos de mudanças pessoais e nas práticas educativas parentais;
- ✓ Avaliar as áreas nas quais a mudança se torna mais difícil;
- ✓ Refletir sobre a perspetiva segundo a qual ser pessoa e o próprio ato de educar são processos em construção permanente.

Procedimentos:

Nesta sessão, que corresponderá a um momento de avaliação mais longínquo no tempo, no sentido de verificar a estabilidade dos efeitos do tratamento, a temática recai sobre a mudança pessoal.

Inicialmente os participantes serão solicitados a descrever as memórias que têm relativamente aos temas explorados nas sessões da intervenção. De seguida, sugere-se uma atividade a ser realizada por cada casal de pai e mãe, que pretenderá explorar a situação atual da família, em termos das relações de maior ou menor proximidade entre os seus membros.

Posteriormente, avaliar-se-ão os eventuais contributos da participação na intervenção em grupo: “*O abc da Educação Parental*”, para possíveis mudanças pessoais ou nas suas práticas educativas, analisando também as áreas da vida nas quais essa mudança poderá ser mais difícil.

Conclui-se esta sessão, fazendo apelo a uma reflexão que já vinha sendo feita ao longo da intervenção: a de que ser pessoa, bem como o próprio ato de educar, são processos em construção permanente.

Anexo III
Ação de Formação

**“Saúde Mental: da gestão de *stress* à
promoção de bem-estar”**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA



Saúde Mental: da gestão de stress à promoção de bem-estar



Nanci Cláudia Frederico Leite
(Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde)

Objetivos

1. O que é o stress;
2. Efeitos do stress na pessoa;
3. Como a pessoa lida com o stress;
4. Tipos específicos de stress;
5. O que fazer para combater o stress.

Enquadramento

O *stress* e bem-estar no trabalho são tópicos comuns da atualidade: na comunicação social, revistas e jornais profissionais, bem como nos jornais científicos.



São palavras usuais do vocabulário diário:

“ando stressado”, “hoje foi um dia stressante” ou “é só stress”.

Todavia, nem sempre os conceitos e os processos associados são referenciados da forma mais correta, até na própria investigação científica, encontram-se conceptualizações e explicações para estes fenómenos diferentes.

Para além disto, tem sido dominado por um paradigma focado na doença e no stress, deixando para segundo plano a **saúde e o bem-estar**.



“...Saúde mental é um estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem-estar, prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões”.

Caplin, 1989

A vida humana decorre num mundo em que o stress é um fenómeno comum e familiar.

O stress é um fenómeno adaptativo dos seres humanos que contribui, de certo modo, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas atividades e para um desempenho eficaz em muitas esferas da vida.

O que pode tornar-se nocivo é que o stress seja excessivo e difícil de controlar.

Um olhar sobre a história

Claude Bernard (1813-1878) salientou que os organismos para se manterem vivos, têm de possuir meios de autoproteção, não só para se adaptarem às mudanças de temperatura, como também ao confronto com outros seres.

Walter Cannon (1871-1945) investigou os mecanismos específicos de respostas do organismo às modificações do ambiente externo que permitem o funcionamento corporal ótimo. Criou o conceito de homeostase (capacidade do organismo em manter estável o ambiente interno apesar das modificações que enfrenta em relação ao ambiente externo).

Hans Selye (1907-1982) introduziu o conceito de stress, de uma forma sistematizada, estudou as consequências que se produzem no organismo quando este é submetido a grandes «quantidades» de stress.



Segundo Eriken e Ursin (2006), o stress deve ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa.

Observa-se em :

- Todas as espécies que têm cérebro,
- Todas as culturas humanas,
- Todas as idades e
- Ambos os géneros.



De qualquer forma devemos assinalar que embora o stress possa estar na origem de transtornos físicos e psíquicos, não se pode designar stress sinónimo de doença. Não podemos admitir como doença uma condição inerente à vida e que todos têm de enfrentar.

Além disso, a grande maioria das situações indutoras de stress não determina qualquer doença particular.

Afinal o que significa “stress”?

✓ O termo stress provém do verbo latino stringo, stringere, strinxi, strictum que tem como significado **apertar, comprimir, restringir**.

✓ O stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia (R. Lazarus 1993 e 1999).

O stress conceptualiza-se de três formas distintas:

1. Estímulo
2. Resposta
3. Processo



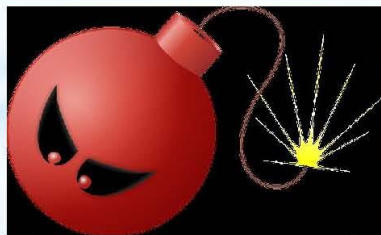
Um dos conceitos centra-se no **ambiente**, descrevendo o Stress como um **estímulo**. Isto pode-se constatar na **forma como as pessoas se referem à origem ou causa da sua tensão, descrevendo-a como sendo um acontecimento ou conjunto de circunstâncias.**

Por exemplo, ter um emprego altamente *stressante*.



Os acontecimentos ou circunstâncias que nós percebemos e sentimos como **ameaçadores ou perigosos** e que por esse motivo provocam **sentimentos e situações de tensão**, são denominados de *stressores* ou de **acontecimentos traumáticos de vida**.

- ❖ acontecimentos catastróficos, como tremores de terra ou tornados,
- ❖ acontecimentos de vida mais traumáticos, como a morte de um familiar ou ser despedido,
- ❖ circunstâncias crónicas como habitar em locais super povoados ou trabalhar em sítios barulhentos.



O Stress como uma **resposta**, centra-se nas reações das pessoas aos acontecimentos *stressores*.

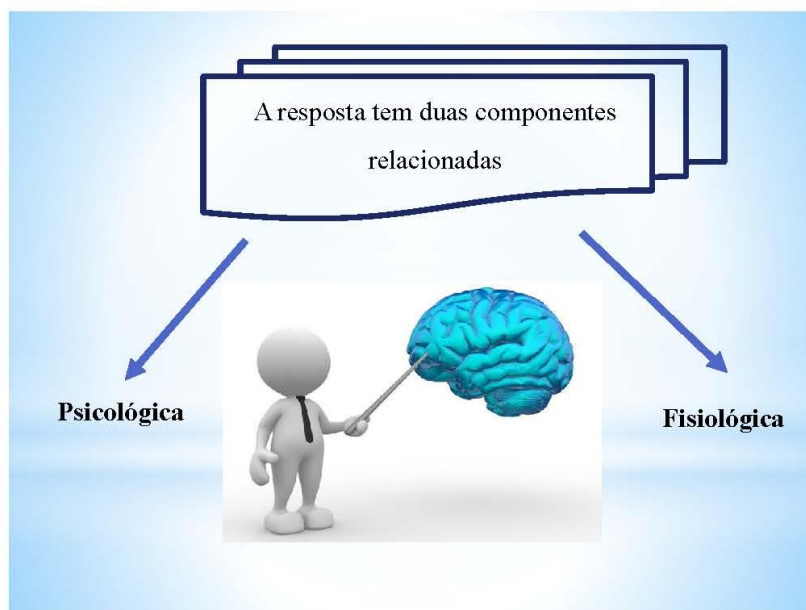


Acontecimentos

1. Problemas familiares,
2. Pagamento de dívidas,
3. Desemprego,
4. Discriminação social,
5. Conflitos com pares sociais,
6. Acidente de viação...

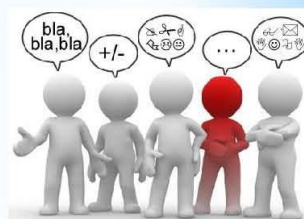
Um exemplo disto é **quando um indivíduo usa a palavra *stress* para se referir ao seu estado de tensão** ou quando diz «sinto uma enorme quantidade de stress quando tenho de falar em público».





A componente psicológica envolve:

- comportamento,
- padrões de pensamento,
- emoções.



A componente fisiológica envolve:

- aumento do despertar orgânico,
- aumento do ritmo cardíaco,
- secura da boca,
- sensação de estômago apertado,
- sudção excessiva.



A terceira conceção sobre o stress descreve-o como um **PROCESSO** que inclui acontecimentos *stressores* e respostas de tensão, adicionando um fator importantíssimo: a **relação** entre a pessoa e o meio que a envolve.





Envolve interações contínuas e ajustamentos, denominados de **transações ou trocas**, entre a pessoa e o meio, cada uma influencia e é influenciada pela outra.

Em suma

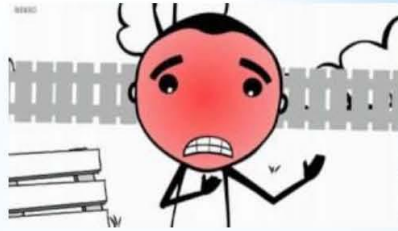


Stress é a **condição que resulta** quando as **trocas** (transações) pessoa/meio ambiente, levam a pessoa a perceber, sentir uma **discrepância**, que pode ser real ou não, entre as **exigências** de uma determinada situação e os **recursos** do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais.



Envolve interações contínuas e ajustamentos, denominados de **transações ou trocas**, entre a pessoa e o meio, cada uma influencia e é influenciada pela outra.

Em suma



Stress é a **condição que resulta** quando as **trocas** (transações) pessoa/meio ambiente, levam a pessoa a perceber, sentir uma **discrepância**, que pode ser real ou não, entre as **exigências** de uma determinada situação e os **recursos** do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais.

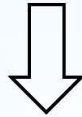
Como se classificam as situações indutoras de stress?

Lazarus e Folkman (1984) referem que as situações indutoras de stress pertencem a três categorias distintas:

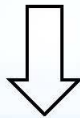
1. Ameaça;
2. Dano;
3. Desafio.



✓ A **ameaça** diz respeito à antecipação de um acontecimento desagradável que pode vir a acontecer mas que ainda não surgiu. É uma situação que se projeta para o futuro.



✓ O **dano** refere-se a alguma situação penosa que já ocorreu. Nada mais resta que aceitar o acontecimento ou reinterpretar de uma forma mais positiva o seu significado. É um facto que se encontra ligado ao passado.



✓ O **desafio** representa uma situação em que a pessoa sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas. Corresponde a uma situação ligada ao presente.

Síndrome de Adaptação Geral (SAG)

tem 3 fases.



1. Reação de alarme

- O primeiro estágio do SAG é semelhante à resposta de **ataque ou fuga perante uma emergência**.
- A sua função primordial é a de mobilizar todos os recursos do organismo. É **um aumento rápido da estimulação orgânica** que resulta da libertação de hormonas pelo sistema endócrino.
- **Assim, o organismo está pronto para fazer face ao agente stressor.**

Contudo, o organismo não pode manter a intensa estimulação orgânica da reação de alarme por muito tempo.



2. Resistência

Se o agente indutor de stress se mantém ativo, mas não é suficientemente severo para causar a morte, as reações fisiológicas entram na denominada **fase de resistência**.

- A estimulação fisiológica diminui significativamente, mas continua acima dos parâmetros normais, **sendo o organismo cheio de hormonas libertadas pelas glândulas suprarrenais**.
- De acordo com Selye, um exemplo claro deste comprometimento de funções ou diminuição de capacidades é o facto de o organismo se ir tornando progressivamente **vulnerável a problemas de saúde** (doenças de adaptação).

3. Fase de exaustão

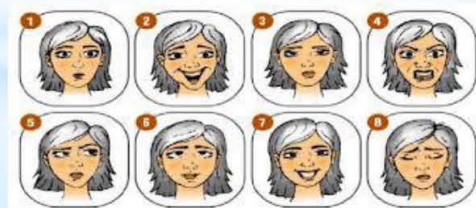
A **estimulação fisiológica prolongada**, com os seus níveis continuamente elevados, **pode causar danos irreparáveis e até a morte.**

Enfraquece o sistema imunitário e esgota as reservas energéticas do organismo até um ponto onde a capacidade de resistência se torna muito baixa. É nesta altura que a fase de exaustão começa.



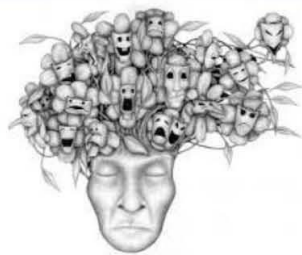
As emoções geradas pelo stress

- ❖ As emoções são **fenómenos psicofisiológicos** de **curta duração** que representam **modos de adaptação** às exigências colocadas pelo meio ambiente.
- ❖ Numa perspetiva psicológica **modificam funções intelectuais**: perceção, pensamento, memória, atenção, capacidade de concentração, consciência crítica ou as fantasias.



As emoções evocadas nas situações de stress desempenham um papel importante.

Por um lado indicam como o ser humano está a avaliar a situação, por outro, ajudam-no a compreender o comportamento subsequente que vai emitir.



As 15 Emoções do stress Lazarus, 1999



| | | |
|-----------|---------------|------------|
| Cólera | Culpabilidade | Felicidade |
| Inveja | Vergonha | orgulho |
| Ciúme | Alívio | Amor |
| Ansiedade | Esperança | Gratidão |
| Medo | tristeza | Compaixão |

Surtem em situação de ameaça, dano e desafio e podem ser de tonalidade positiva e negativa.

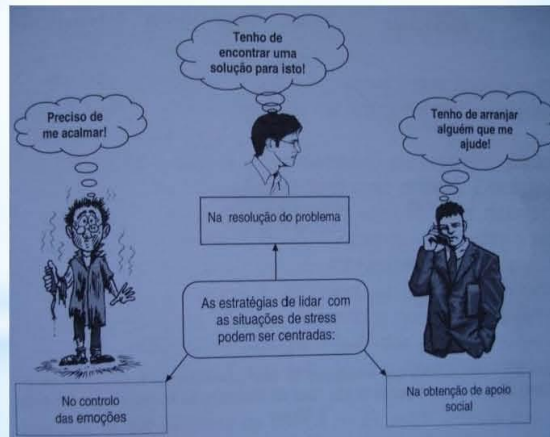
Como a pessoa lida com o stress



São estratégias que a pessoa usa para lidar com as ocorrências indutoras do stress.

Monat e Lazarus (1984) menciona que o *copping* se relaciona com os esforços feitos para lidar com as situações de ameaça, dano e desafio quando a pessoa não tem disponível no seu repertório de comportamentos uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação.

As diferentes estratégias de coping



Tipos específicos de stress

I. Stress no trabalho

II. Stress em técnicos de saúde

III. Stress na família

Stress no trabalho



Os autores Sutherland e Cooper (1990) mencionaram como principais stressores no trabalho:

- ✓ **o indivíduo** (e.g., com o tipo de personalidade, a tolerância à ambiguidade, a capacidade de lidar com as mudanças, a motivação e os padrões de comportamento),
- ✓ **as características intrínsecas do trabalho** (e.g., trabalho em excesso, pressões de tempo, tomadas e decisão, condições físicas desagradáveis do trabalho),
- ✓ **o papel na organização** (e.g., ambiguidade de papéis, não participação nas tomadas de decisão, responsabilidade),

- ✓ **a estrutura da carreira profissional** (e.g., perspectiva de ascensão, sob/ sub promoção, emprego inseguro),
- ✓ **as relações dentro da empresa** (e.g., relações pobres com o chefe, colegas ou subordinados, dificuldade em delegar responsabilidades),
- ✓ **as relações da empresa com o mundo exterior** (e.g., exigências da empresa versus família, exigências da empresa versus interesses pessoais),
- ✓ **a estrutura e clima da organização** (e.g., falta de supervisão eficaz, política da empresa, restrições ao comportamento).





Stress em técnicos de saúde

1. O **emprego** (nº de horas, turnos, sobrecarga, aprendizagem de novas tecnologias, tarefas excessivamente difíceis);
1. A **estrutura e o clima da organização** onde se trabalha (falta de autonomia, não comunicação, não envolvimento nas tomadas de decisão, falta de feedback sobre a própria atividade, existências de políticas locais fechadas);

4. A **evolução da carreira** (aspetos de ordenado, ameaça de desemprego, insegurança no trabalho, dificuldades de promoção ou aposentação compulsiva numa idade precoce);
5. O **papel dentro da organização** (responsabilidade em relação a pessoas ou a exigências que se tornam conflituosas ou ambíguas);
6. A **relação de trabalho** com os superiores, colegas e subordinados.



Stress na família



Todas as famílias
estão sujeitas
a 2 tipos de stress:
**horizontal e
vertical.**

Stress vertical:

relações que se estabelecem entre pais e filhos, entre os quais se realçam os padrões de comunicação, a estrutura familiar ou o sistema de valores instituídos.

Stress horizontal:

tem a ver com os acontecimentos externos e com questões relevantes do desenvolvimento de cada um, relacionadas com o próprio ciclo da vida.

O que fazer para combater o stress



Há diversas formas de reduzir os níveis de stress uma é...



A **Terapia Cognitiva** surgiu com o objetivo de produzir uma **análise científica do comportamento** e dos **problemas de saúde** e o seu respetivo **tratamento**, tendo em conta os processos psicológicos básicos, procurando, assim, **desenvolver intervenções específicas e validadas empiricamente para cada problemática** (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).



Ao longo da evolução da Terapia Cognitiva podem ser distinguidas três gerações diferentes: as **terapias comportamentais**, a **terapia cognitivo-comportamental** e, a mais recente, “a **terceira geração**” onde se inclui o *Mindfulness/Atenção Plena*.



MINDFULNESS
na Redução do Stress

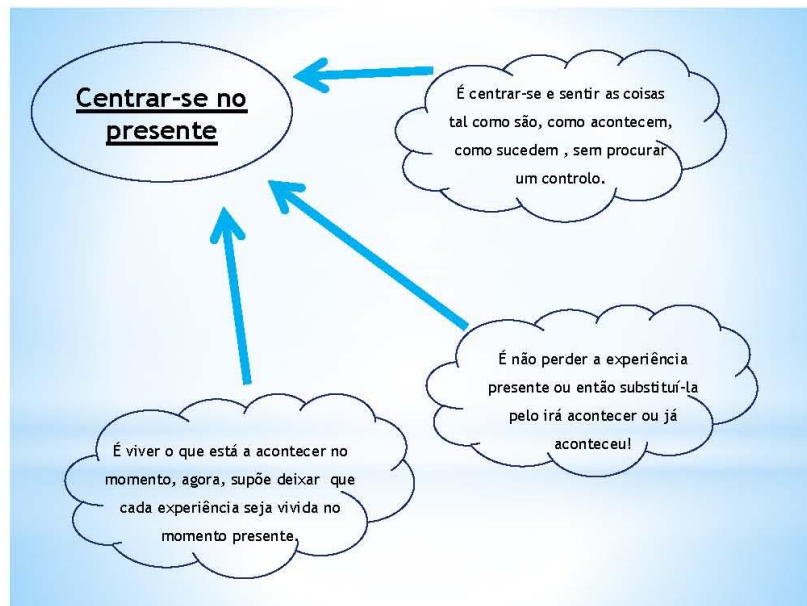
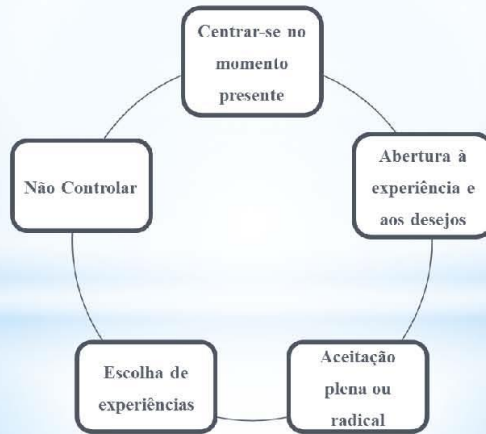
O conceito de *Atenção Plena* pode ser definido de direcionamento da atenção para a experiência do **momento presente**, em estados de mente **ausentes de preocupações com memórias, fantasias, planos, preocupações ou julgamentos da experiência ou qualquer outra forma de avaliação** (Kabat-Zinn, 1990, cit in Bauer, 2006).

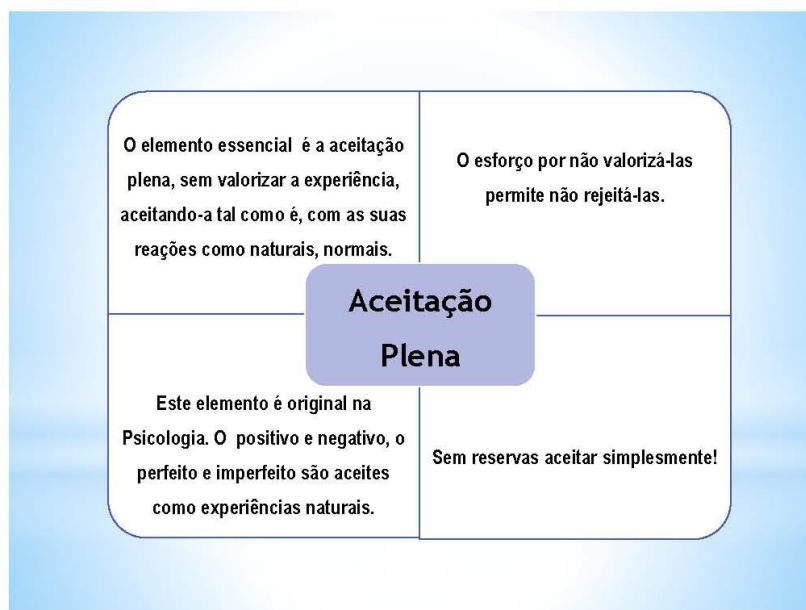


É uma experiência meramente **contemplativa**, consiste **em observar sem valorizar, aceitando a experiência tal como ela se apresenta, aberta à experiência sensorial com atenção e sem valorizar ou rejeitar de forma ativa a experiência.**



Elementos essenciais desta técnica de inovação





Método de ensino e prática

As intervenções de *Mindfulness* inserem vários métodos no ensino da plena atenção.

- ❖ Uma delas são as **práticas de meditação formal** em que participantes se sentam calmamente, por períodos de até **45 minutos**, focando a sua atenção de uma forma específica.
- ❖ Outras são mais curtas com menos exercícios formais, dando a atenção às atividades da vida diária, como seja o **caminhar, tomar banho, comer ou conduzir**.



Os participantes são estimulados a centrar a sua atenção diretamente numa atividade: a **respiração**, o **andar**, o **comer**, e **observá-la cuidadosamente**. São convidados a **observar que a sua atenção pode caminhar em pensamentos, lembranças ou fantasias**, e quando isso acontece **devem observar brevemente que a mente pode vaguear**, voltando depois suavemente a sua atenção para o alvo de observação.



Existem outras...





As circunstâncias indutoras de stress **devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de as modificar ou de minimizar os seus efeitos negativos.**





Meditação de Sons e Pensamentos

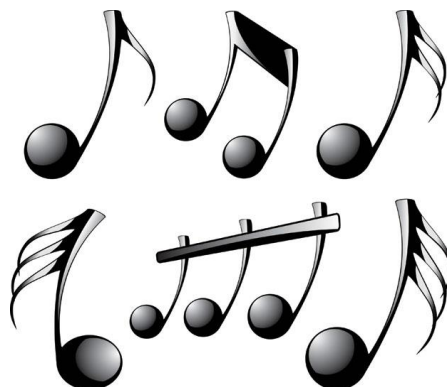
Conectar com a respiração e o corpo

Sente-se de forma a que a coluna vertebral se sustenha a si própria, com as costas direitas mas sem estarem rígidas.

1. Sente-se conforme descreveremos e com os ombros relaxados, cabeça e pescoço equilibrados e queixo ligeiramente para dentro.
2. Dirija a sua atenção para os movimentos da respiração que o corpo faz durante alguns minutos, até se sentir razoavelmente instalado. Depois alargue o espectro da sua atenção para sentir o corpo e a respiração como um todo, como se o corpo inteiro estivesse a respirar, ajudando-o a estar consciente de todas as sensações na paisagem interior do corpo.
3. Passe alguns minutos a praticar a atenção plena da respiração e do corpo desta maneira, lembrando-se de que na prática que se segue poderá sempre recorrer à respiração e ao corpo como âncoras, no caso de a sua mente ficar demasiado distraída ou assoberbada.



4. Agora, quando estiver pronto, permita que o foco da sua atenção passe das sensações corporais para a audição abra-se aos sons à medida que eles surgirem.
5. Não há necessidade de ir à procura de sons ou de ouvir sons em particular. Pelo contrário, mantenha-se simplesmente à escuta, de modo a ficar recetivo à atenção plena dos sons que vêm de todas as direções e à medida que forem surgindo-sons perto, sons longe, sons em frente, atrás, ao lado, acima ou abaixo. Desta forma, está a abrir-se para todo o espaço de som à sua volta: a “paisagem sonora”. Talvez repare em como os sons óbvios podem facilmente fazer remeter os mais subtis para segundo plano; repare em quaisquer espaços entre os sons-momentos de relativa calma.
6. Tome consciência, o melhor que puder, dos sons simplesmente enquanto sons, enquanto sensações puras. Repare na tendência que todos temos de rotular sons assim que são recebidos (carro, comboio, voz, ar condicionado, rádios), e tente simplesmente reparar neste rótulo, nas sensações puras dos próprios sons (incluindo os sons dentro dos sons).
7. Pode parecer-lhe que está a pensar acerca dos sons veja se consegue religar-se com consciência direta às suas qualidades sensoriais (padrões de cultura, timbre, volume e duração), e não aos seus significados, implicações ou histórias acerca deles.
8. Sempre que reparar que a sua consciência já não está focada nos sons, reconheça calmamente para onde é que foi a mente e depois volte a sintonizar a sua atenção nos sons à medida que surgem e desaparecem, a cada momento.
9. Em seguida, depois de se ter focado nos sons durante quatro ou cinco minutos, liberte a sua atenção dos sons.



10. Agora mude o foco da sua atenção, de modo a que os seus pensamentos estejam centrados na atenção plena vendo-os, na medida do possível, como acontecimentos na mente.
11. Tal como aconteceu com os sons, em que reparava quando surgiam, se mantinham e partiam, de igual modo agora, na medida do possível, repare nos pensamentos que surgem na mente, note quando aparecem, vendo com pairam no espaço da mente como nuvens que se movem pelo céu mental). Eventualmente, veja se consegue detetar o momento em que se dissipam.
12. Não há necessidade de tentar fazer com que os pensamentos vão ou voltem. Da mesma forma como se relacionou com os sons que surgiam e passavam, deixe apenas que os pensamentos venham e vão por si próprios.
13. Tal como as nuvens que se movem pela vastidão do céu são por vezes escuras e tempestuosas, outras vezes leves e fofas, assim os pensamentos assumem formas diferentes. Por vezes, as nuvens enchem todo o céu. Outras vezes limpam completamente, deixando o céu azul.
14. Em alternativa, poderá prestar atenção aos pensamentos na mente, da mesma forma que faria se os pensamentos fossem projetados no ecrã do cinema- senta-se, observa, à espera de que um pensamento ou imagem surjam. Quando isso acontecer, preste-lhe atenção durante o tempo que ele permanecer “no ecrã”, e depois liberta-o quando ele desaparecer. Repare quando ficar envolvido no drama, e der consigo ali mesmo no ecrã. Quando tomar consciência disto, felicite-se por isso, depois volte para a sua cadeira e espere pacientemente pela próxima sequência de pensamentos que certamente irão surgir.
15. Se houver quaisquer pensamentos que tragam consigo sentimentos ou emoções intensas, quer sejam agradáveis ou desagradáveis, repare na sua “carga emocional” e intensidade o melhor que puder e deixe-os ser como já são.
16. Lembre-se: se, a dada altura, sentir a sua mente menos focada e dispersa, ou a ser repetidamente atraída pela história criada pelo seu pensamento, tente voltar à respiração e à sensação do corpo como um todo, sentado e a respirar, e use esta concentração para ancorar e estabilizar a sua atenção de volta ao momento presente.

