

UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Relatório de Atividade Profissional

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

Patrícia Rocha Esteves

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

SETEMBRO 2015



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Relatório de Atividade Profissional

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

Patrícia Rocha Esteves

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eduarda Maria Pimentel Marques Rodrigues**

Agradecimentos

“Agradecer o bem que recebemos é retribuir um pouco do bem que nos foi feito”

Augusto Branco

Na reta final de mais um, entre muitos outros, projetos de vida, aprez-me agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste relatório.

À Professora Doutora Eduarda Pimentel, pela sua disponibilidade inesgotável, inestimável ajuda e inabalável paciência que teve para comigo nesta longa, mas gratificante, caminhada.

Aos “três homens da minha vida”...

Ao meu pai, agradeço o seu espírito crítico e apoio incondicional que, tantas vezes, me fez “levantar e seguir em frente”.

Ao meu marido, porque sempre “esteve lá”, nos momentos e nas decisões mais importantes da minha vida.

Ao meu filho, o sentido da minha vida.

Em especial à minha mãe...por tudo. Por ser o meu “porto de abrigo” e a bússola pela qual eu norteio a minha vida.

Resumo

A apresentação do presente relatório de atividade profissional visa a obtenção do grau de Mestre em Psicologia – área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, de acordo com o regulamento para obtenção do Grau de Mestre para Licenciados Pré-Bolonha da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais de Braga.

Na redação deste relatório procurou-se demonstrar a aplicação, no exercício da prática profissional ao longo destes últimos treze anos¹, de competências profissionais no domínio da Psicologia Clínica. Tendo em vista esse objetivo, a sua estrutura encontra-se organizada em seis partes: a primeira parte, debruça-se sobre a caracterização da instituição onde se exerce a profissão de Psicóloga Clínica; a segunda parte, procura realizar uma revisão da literatura e um enquadramento teórico das técnicas e estratégias terapêuticas, utilizadas no contexto da intervenção psicológica individual e em grupo; a terceira parte, retrata o acompanhamento de seis casos clínicos; a quarta parte, apresenta uma intervenção psicológica em grupo intitulada “Não ao Burnout”; a quinta parte, descreve uma ação de formação ministrada com o tema “Ludoterapia Centrada na Criança” e a sexta, e última, parte, contém uma reflexão final sobre este trabalho.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Relatório Profissional, Casos Clínicos, Intervenção, Reflexão.

¹ Por motivos de força maior a apresentação deste relatório foi adiada, pelo que a atividade profissional nele explanada remonta aos anos 2000-2013.

Abstract

The presentation of this professional activity report aims to obtain a Master's Degree in Psychology – specialization in Clinical and Health Psychology, according to the regulation of the Catholic Portuguese University – Philosophy and Social Sciences Faculty of Braga, in order to obtain the Master's Degree for Pre-Bologna graduates.

In writing this report, we tried to demonstrate the application, during the professional practice over the last thirteen years¹, of professional skills in what concerns Psychology. Towards this goal, its structure is organized into six parts: the first part, focuses on the characterization of the institution where we work as a clinical psychologist; the second part, pursues a literature review and a theoretical framework of techniques and therapeutic strategies, used in the context of individual and group psychological intervention; the third part, depicts the development of six clinical cases; the fourth part, presents a psychological group intervention entitled “No to Burnout!”; the fifth part, describes a training course with the theme “Play Therapy for Children” and the sixth and last part, contains a reflection on this work.

Keywords: Clinical Psychology, Professional Report, Clinical Cases, Intervention, Reflection.

¹ Due to major facts, we were forced to post pone the presentation of this report, that's why the professional activity we described here reports to the years 2000-2013.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Índice de Tabelas.....	v
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Anexos.....	vii
1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	1
1.1. Apresentação.....	1
1.2. Missão e Valores da CPB.....	1
1.3. Serviço de Psicologia Clínica.....	1
1.3.1. Breve Descrição do Serviço de Psicologia Clínica.....	1
1.3.2. Missão e Valores do SPC.....	2
1.3.3. Atividades.....	2
1.3.3.1. Serviço de Internamento.....	2
1.3.3.2. Consulta Externa.....	2
2. BREVE REVISÃO TEÓRICA.....	4
2.1. Definição de Terapia Cognitivo-Comportamental.....	4
2.2. Evolução Histórica da TCC.....	4
2.3. Conceitos Básicos da TCC.....	5
2.4. Modelo Cognitivo-Comportamental.....	6
2.5. Conceptualização de Caso.....	8
2.6. Principais Técnicas Cognitivo-Comportamentais.....	9
3. ACOMPANHAMENTO DE CASOS CLÍNICOS.....	10
CASO CLÍNICO DETALHADO.....	10
CASO 2.....	28
CASO 3.....	35
CASO 4.....	41
CASO 5.....	50
CASO 6.....	56
4. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO “ NÃO AO BURNOUT!”.....	59
Fundamentação Teórica.....	59
Caraterização do Programa de Intervenção.....	61
Descrição Genérica.....	61
Grupo-alvo.....	62
Objetivos Gerais e Específicos.....	62
Metodologia.....	62
Avaliação do programa.....	63
Reflexão e Limitações.....	64
5. AÇÃO DE FORMAÇÃO “LUDOTERAPIA CENTRADA NA CRIANÇA”.....	65
Fundamentação Teórica.....	65
Objetivos Geral e Específicos.....	65
Descrição da Ação de Formação.....	66
Avaliação dos Resultados da Ação de Formação.....	66
6. REFLEXÃO FINAL.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	73

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.....	23
---	----

Índice de Figuras

Gráfico 1. Avaliação pré e pós-teste do Burnout total e das dimensões do IBM.....	64
---	----

Índice de Anexos

Anexo I. Apresentação da Instituição.....	74
Anexo II. Principais Técnicas.....	77
Anexo III. Caso 2 - Intervenção Psicológica.....	81
Anexo IV. Caso 3 - Intervenção Psicológica.....	85
Anexo V. Caso 4 - Intervenção Psicológica.....	88
Anexo VI. Caso 5 - Intervenção Psicológica.....	92
Anexo VII. Caso 6 - Intervenção Psicológica.....	94
Anexo VIII. Intervenção em Grupo “Não ao Burnout” - Objetivos Específicos	96
Anexo IX. Intervenção em Grupo “Não ao Burnout” - Descrição das Sessões	98
Anexo X. Ação de Formação “Ludoterapia Centrada na Criança - Planos de Sessão	109
Anexo XI. Ação de Formação “Ludoterapia Centrada na Criança – Apresentação PPT	114
Anexo XII. Ação de Formação “Ludoterapia Centrada na Criança – Atividades e Textos de Apoio.....	145
Anexo XIII. Ação de Formação “Ludoterapia Centrada na Criança – Questionário de Satisfação	169

1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1. Apresentação

A Clínica Particular de Barcelos (CPB), situada em Barcelinhos, concelho de Barcelos, distrito de Braga, foi fundada a 18 de junho de 1998 e está licenciada pela Direção Geral da Saúde com o Alvará nº 09/01.04. Desde 2005, ano em que foi adquirida pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário – CESPU, a CPB integra um grupo privado, designado por Nova Saúde que presta cuidados de saúde em toda a Península Ibérica, assumindo-se hoje como uma unidade hospitalar de referência. Uma breve descrição das suas instalações e serviços encontra-se no Anexo I.

1.2. Missão e Valores da CPB

A CPB tem como missão a melhoria significativa das condições de saúde e de bem-estar dos seus utentes, prestando-lhes cuidados de saúde de excelência. Para atingir esses objetivos a CPB dispõe dos meios de diagnóstico mais avançados e procura oferecer aos seus utentes um atendimento personalizado, fatores estes, que se julgam ser decisivos no seu processo de intervenção. Os valores pelos quais a CPB se procura reger são os seguintes: 1. responsabilidade e rigor em todo e qualquer serviço e/ou ato médico; 2. atendimento humano e personalizado numa mais-valia para o bem-estar dos utentes e seus familiares; 3. espírito de equipa como plataforma decisiva para troca de opiniões e de experiências; 4. inovação constante no que respeita aos equipamentos auxiliares de diagnóstico e outros; e 5. persecução de um ideal de prestação de serviço, que possa conduzir à excelência do mesmo.

1.3. Serviço de Psicologia Clínica

1.3.1. Breve Descrição do Serviço de Psicologia Clínica

O Serviço de Psicologia Clínica (SPC) foi iniciado em 2001, ficando, desde então, sob a minha coordenação enquanto psicóloga residente e integrada no quadro do pessoal efetivo da CPB. O SPC, em articulação com os serviços clínicos da CPB e numa perspetiva multidisciplinar, insere-se no contexto dos cuidados de saúde diferenciados e da prevenção secundária¹ e terciária².

A equipa do SPC é constituída por profissionais especializados no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde, os quais procuram exercer a sua atividade com grande sentido

¹ Prevenção secundária abrange todos os recursos que permitem identificar e intervir precocemente junto dos utentes que manifestem os primeiros sintomas de perturbação.

² Prevenção primária tem como objetivo a diminuição do risco do desenvolvimento de perturbações psicológicas e/ou a promoção funcionamento emocional.

de responsabilidade e atenção para com os seus utentes, tendo sempre em linha de conta os seus papéis e obrigações profissionais e, também, as diretrizes do conselho de administração da CPB e da Direção Geral da Saúde. Esta equipa tem, como principal objetivo, promover a melhoria contínua dos seus utentes, o seu bem-estar físico e psicológico e o seu desenvolvimento pessoal.

1.3.2. Missão e Valores do SPC

O SPC é um dos serviços clínicos que fazem parte integrante da CPB, serviços esses que tecem, entre si, uma teia de trabalho, de entendimento, de diálogo e de cooperação.

A sua missão é melhorar a saúde e a qualidade de vida, presente e futura, dos utentes e suas famílias, através da avaliação e intervenção psicológica, quer nas consultas externas, quer no serviço de internamento. Para a concretização da sua missão, o SPC orienta-se pelos seguintes valores fundamentais: 1. ética pessoal e profissional; 2. autocrítica sistemática, reflexão e aperfeiçoamento; e 3. desenvolvimento pessoal e profissional contínuo; 3. cooperação com os demais serviços da CPB.

1.3.3. Atividades

1.3.3.1. Serviço de Internamento

No serviço de internamento da CPB, o SPC realiza as seguintes atividades: 1. avaliação psicológica e intervenção psicoterapêutica; 2. encaminhamento de utentes para serviços públicos de saúde mental, mais concretamente, para o departamento de psiquiatria e saúde mental do hospital de S. Marcos; e 3. participação nas reuniões multidisciplinares do serviço.

1.3.3.2. Consulta Externa

A consulta externa de psicologia clínica abrange as seguintes modalidades de avaliação, intervenção psicológica e de formação: avaliação psicológica, intervenção psicoterapêutica, avaliação e reabilitação neuropsicológica, terapia de casal, orientação vocacional e formação intraempresa.

A avaliação psicológica tem como finalidades: 1) traçar o perfil psicológico do utente e determinar a sua realidade global a fim de atingir vários objetivos, designadamente a elaboração de um diagnóstico exaustivo que possibilite uma eficaz intervenção psicoterapêutica; 2) aferir o grau de incapacidade psicológica de um utente (este tipo de avaliação é muitas vezes requisitada por juntas médicas em processos de reforma por doença/invalidéz); 3) fazer o acompanhamento/orientação vocacional; 4) proceder às

avaliações da personalidade e do funcionamento emocional, cognitivas e da inteligência, de prontidão escolar e do desenvolvimento infantil. Esta avaliação inicia-se com a entrevista clínica (primeira consulta) que permite identificar os meios de avaliação formal mais adequados (testes psicológicos) a aplicar numa segunda consulta, cuja duração é de 2 a 3 horas. O processo de avaliação finaliza com a entrega dos resultados (terceira consulta), elaborando-se, para o efeito, um relatório de avaliação psicológica.

A intervenção psicoterapêutica utilizada é individual e baseia-se no modelo cognitivo-comportamental que será aprofundado em capítulo próprio.

A avaliação neuropsicológica procura detetar no utente dificuldades cognitivas funcionais ou psicológicas através de instrumentos psicológicos específicos para avaliar as funções neuropsicológicas. Na reabilitação neuropsicológica utilizam-se métodos de intervenção que se inserem num plano de estimulação/reabilitação cognitiva das funções intactas ou em processo de deterioração.

A modalidade de intervenção de terapia de casal destina-se a dar apoio terapêutico a casais em situação de rutura. A terapia de casal tem, como principal objetivo, permitir ao casal compreender os problemas que afetam a sua relação assim como identificar as expectativas que ainda têm relativamente a ela, nomeadamente as hipóteses de reconciliação e, neste contexto, quais as plataformas facilitadoras para o restabelecimento da relação.

A orientação vocacional tem como objetivo fazer o aconselhamento vocacional a adolescentes, depois de avaliadas as três dimensões que fazem deles seres singulares: as suas capacidades, os seus interesses e a sua personalidade. O processo de orientação vocacional é realizado em três sessões. A primeira consiste na realização da entrevista de orientação vocacional e na aplicação de um inventário de interesses que vai permitir recolher informação, de uma forma fidedigna, acerca das suas preferências e interesses. A segunda sessão baseia-se na aplicação de testes de avaliação cognitiva e emocional, que irão avaliar as aptidões verbais, numéricas, abstractas, mecânicas e espaciais do adolescente, bem como, o seu modo de funcionamento emocional, ou seja, a sua personalidade. Finalmente, na terceira e última sessão, faz-se a entrega de um relatório, discutem-se os resultados obtidos nos testes e promove-se o planeamento vocacional.

Na formação intraempresa, as ações de formação planificadas pelo SPC vão sempre de encontro às reais necessidades de formação e interesses dos funcionários da CPB, numa perspectiva de, não só colmatar os seus *handicaps*, mas também, de desenvolver as suas potencialidades ou competências.

2. BREVE REVISÃO TEÓRICA

2.1. Definição de Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi definida por Mahoney e Lyddon (1988, cit. in Knapp, 2004) como “um termo genérico que abrange uma variedade de mais de vinte abordagens dentro do modelo cognitivo-comportamental” (Knapp, 2004, p. 19). Segundo Rangé (2001), é “...caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental (...) e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos.” (p. 35).

Todas as terapias cognitivo-comportamentais assentam em três premissas básicas: (1) o comportamento é influenciado pela atividade cognitiva; (2) a atividade cognitiva é passível de ser conhecida, avaliada e modificada; (3) ao alterar a atividade cognitiva pode-se atingir determinado comportamento (Dobson & Dozois, 2001). A primeira premissa reafirma o modelo mediacional básico, o qual atesta que a avaliação cognitiva de uma determinada situação pode implicar a maneira como reagimos a ela (Mahoney, 1974). A segunda premissa, a de que a atividade cognitiva pode ser conhecida, avaliada e modificada, contém duas proposições implícitas: a primeira é a de que se consegue ter acesso às atividades cognitivas, conhecê-las e avaliá-las e a segunda é a de que a avaliação da atividade cognitiva antecede a sua alteração. A terceira e última premissa resulta da adoção direta do modelo mediacional, tendo a cognição um papel fundamental na mudança de comportamento, conforme confirmam vários estudos realizados (Bandura, 1997).

Resumindo, todas as abordagens da TCC assumem que as cognições influenciam as emoções e o comportamento e que as ações e os comportamentos podem alterar, substancialmente, os pensamentos e as emoções (Wright, Basco, & Thase, 2008).

2.2. Evolução Histórica da TCC

No contexto dos modelos psicoterapêuticos, a TCC, também chamada de “quarta força” (Dobson, Backs-Dermott, & Dozois, 2000), teve o seu maior desenvolvimento no início dos anos 70 (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977) e foi a precursora do modelo mediacional. Até então, a psicanálise, o behaviorismo e o humanismo eram os modelos que imperavam na psicoterapia (Dobson, Backs-Dermott, & Dozois, 2000).

Segundo Dobson e Dozois (2001), a expansão da TCC ficou a dever-se, principalmente, aos seis seguintes fatores históricos: o primeiro traduziu o descontentamento, cada vez mais evidente nos finais dos anos 60, relativamente aos modelos estritamente comportamentais do comportamento humano; o segundo fator deveu-se ao facto de que,

enquanto o descontentamento em relação ao modelo não-mediacional de estímulo/resposta aumentava, o modelo alternativo - modelo psicodinâmico de personalidade e de terapia -, não era consentaneamente aceite; o terceiro fator que facilitou o desenvolvimento da TCC teve a ver com o facto de que as intervenções comportamentais ou não-cognitivas não surtiam, por si só, efeito no tratamento de alguns problemas psicológicos; o quarto fator reflete a atenção cada vez maior dada aos aspetos cognitivos do funcionamento humano em toda a psicologia e ao desenvolvimento, estudos e aceitação de alguns conceitos mediacionais na psicologia experimental (Neisser, 1967; Paivio, 1971); o quinto fator contextual no desenvolvimento da TCC esteve relacionado, não só com o número cada vez maior de terapeutas e teóricos, que se assumiram de orientação “cognitivo-comportamental”, como também com o lançamento da revista “*Cognitive Therapy and Research*”, em 1977, onde começaram a ser apresentadas os conceitos e as investigações mais recentes do modelo cognitivo-comportamental; o sexto e último fator histórico teve origem nos casos tratados com sucesso através da TCC, o que suscitou um interesse crescente por esta terapia e, conseqüentemente, pelo seu desenvolvimento.

2.3. Conceitos Básicos da TCC

Beck e colaboradores (Beck, Rush, Show, & Emery, 1979) identificaram três níveis de processamento cognitivo. A *consciência*, que é um estado de atenção que permite que as decisões sejam tomadas de forma racional, é o nível mais alto da cognição. Esta atenção consciente permite que se monitorize e se avalie as interações com o meio ambiente, que se relacione memórias passadas com as experiências atuais e que se controle e planeie ações futuras (Sternberg, 1996). Por sua vez, é através de outros níveis de processamento da informação - pensamentos automáticos e esquemas - que se poderá reconhecer e alterar o pensamento patológico (Beck et al., 1979; Clark, Beck, & Alford, 1999; Wright, Beck, & Thase, 2003).

Os *pensamentos automáticos* (PA), que são privados ou não-declarados, fazem parte do fluxo de processamento cognitivo que se encontra imediatamente depois da superfície da mente consciente e surgem em função da interpretação dada a uma situação. O conceito de *pré-consciente* para descrever os PA foi usado por Clark e seus colaboradores (1999), pelo facto de essas cognições poderem ser reconhecidas e percebidas se se estiver com atenção. Os PA poderão envolver erros cognitivos ou erros de julgamento, no momento de avaliar uma dada situação ou acontecimento (Beck, 1963,1964; Beck et al., 1979). A sua identificação é muito importante, pois todas as pessoas que têm alguma perturbação psicológica apresentam

erros cognitivos no seu processamento da informação (LeFebvre, 1981; Watkins & Rush, 1983). Beck e os seus colaboradores descreveram seis principais categorias de erros cognitivos: (1) *abstração seletiva* que consiste em, numa dada situação, retirar uma conclusão apenas baseada numa parte da informação disponível; (2) *supergeneralização* segundo a qual uma conclusão acerca de um determinado acontecimento é illogicamente estendida a outras áreas do funcionamento; (3) *inferência arbitrária* quando se retira uma conclusão a partir de evidências contraditórias ou mesmo na sua ausência; (4) *maximização* e *minimização* que se refletem em erros na avaliação do significado ou magnitude de um acontecimento; (5) *personalização* que diz respeito à tendência de relacionar acontecimentos externos a si próprio, havendo pouco ou nenhum fundamento para estabelecer essa relação; (6) *pensamento absolutista* ou *dicotomizado* que se manifesta pela tendência de classificar os julgamentos sobre si próprio e as experiências pessoais e sociais em duas categorias opostas.

Os *esquemas* são definidos como “matrizes ou regras fundamentais para o processamento de informações que estão abaixo da camada mais superficial dos pensamentos automáticos” (Clark et. al, 1999; Wright et al., 2003, cit. in Wright et al., 2008). Estes esquemas são princípios de pensamentos estáveis que se começam a desenvolver na infância e que têm não só influências parentais e dos pares mas também, das experiências vividas, das atividades formais e informais, dos traumas e dos sucessos. Para Clark e colaboradores (1999) os esquemas¹ estão divididos em três tipos: (1) *esquemas simples* que são “regras acerca da natureza física do ambiente, do gerenciamento prático das atividades quotidianas ou leis da natureza que podem ter pouco ou nenhum efeito sobre a psicopatologia”; (2) *crenças e pressupostos intermediários* que são “regras condicionais como afirmações do tipo *se-então*, que influenciam a autoestima e a regulação emocional”; (3) *crenças nucleares* sobre si mesmo que são “regras globais e absolutas para interpretar as informações ambientais relativas à autoestima (Wright et al., 2008, p. 22). Todas as pessoas têm esquemas adaptativos e crenças nucleares desadaptativas, sendo por isso importante a identificação e o desenvolvimento dos esquemas adaptativos e, simultaneamente, a modificação ou diminuição da influência dos esquemas desadaptativos (Wright et al., 2008).

2.4. Modelo Cognitivo-Comportamental

O modelo cognitivo-comportamental postula que a relação existente entre o comportamento, a emoção e a cognição influencia o funcionamento de todos os indivíduos,

¹ Na literatura, alguns autores, tais como Knapp (2004), optam por diferenciar os conceitos de esquemas (estruturas) e crenças nucleares (conteúdos dos esquemas).

ou seja, o modo como se sentem e se comportam em determinada situação (Beck, 1997). Devido à *interação recíproca* destes componentes – pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente - uma alteração, em qualquer um deles, poderá modificar os quatro restantes componentes (Knapp, 2004). Este modelo também tem em consideração que, na presença de uma perturbação, se poderão identificar as distorções do pensamento referidas anteriormente. Pressupõe-se assim, que o indivíduo ao avaliar uma situação de forma errada, tirará conclusões precipitadas e sem justificação apesar de, provavelmente, existirem várias evidências que as contradigam (Knapp, 2004). A cognição tem, por isso mesmo, um papel importante e é sempre o ponto fundamental em qualquer intervenção cognitivo-comportamental.

Tal como já foi salientado, a TCC identifica três níveis de cognições: crenças nucleares, pressupostos subjacentes e pensamentos automáticos (PA). As *crenças nucleares* são ideias ou opiniões, que cada indivíduo tem acerca de si mesmo, das pessoas e do mundo. Estas crenças vão sendo desenvolvidas desde a infância e durante toda a vida. Segundo Knapp (2004) as crenças nucleares são incondicionais, porque o indivíduo, seja qual for a situação que enfrente, pensará sempre de acordo com as suas crenças. No entanto, quando estas crenças são disfuncionais e não corrigidas, podem ficar cristalizadas como verdades absolutas, inalteráveis e latentes, sendo apenas ativadas aquando de perturbações emocionais (Knapp, 2004). Os *pressupostos subjacentes* são normas, padrões, regras ou atitudes que norteiam todo o comportamento humano. Estes pressupostos subjacentes, também chamados de pressupostos condicionais ou crenças intermediárias/subjacentes, estão em quase todas as situações existenciais e são construções cognitivas disfuncionais, subjacentes aos PA (Knapp, 2004). Os pressupostos são crenças que, geralmente, se apresentam no condicional (se..., então...) e de forma inflexível e imperativa (Fennell, 1997). Desde que estas crenças sejam confirmadas, não irão surgir problemas emocionais, mas se, pelo contrário, não o forem, esses problemas poderão mesmo desenvolver-se, visto que as crenças nucleares negativas serão ativadas (Knapp, 2004).

Como dissemos atrás, a noção de PA é central na TCC. Os PA constituem pensamentos espontâneos, involuntários e rápidos, que podem ser ativados por situações externas ou internas ao indivíduo, o qual raramente tem consciência deles (Knapp, 2004). Quando existe uma perturbação psicológica, os PA são desadaptativos ou distorcidos, originando reações emocionais dolorosas e comportamentos disfuncionais (Wright et al., 2008). Em todas as perturbações psicológicas, estes três níveis de cognições (PA, pressupostos subjacentes e crenças nucleares), combinados com o impacto do humor na

cognição, fazem parte de um ciclo autoperpetuador (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990). Independentemente da intervenção focar em primeiro lugar a alteração comportamental ou a nível das cognições disfuncionais, a avaliação das cognições é o fator principal, devido a: primeiro, porque o indivíduo está sempre a avaliar a importância dos acontecimentos e essa avaliação ocorre tanto internamente como no ambiente que o rodeia; segundo porque as cognições desencadeiam sempre respostas emocionais.

No modelo de TCC o terapeuta avaliará, não só as relações entre os pensamentos, as emoções e os comportamentos do paciente, mas também, escolherá as intervenções que acha mais adequadas ao caso clínico em questão. Para escolher a intervenção adequada, o terapeuta terá de avaliar em pormenor os aspetos biológicos, cognitivo-comportamentais, sociais e interpessoais do paciente (Wright et al., 2008).

2.5. Conceptualização de Caso

Kuyken, Padesky e Dudley (2009) definiram a conceptualização de caso como “um processo no qual participam o terapeuta e o cliente com vista a primeiro descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia.” (p. 21). A sua função principal é direcionar a terapia, tendo como objetivos o alívio do sofrimento do paciente e o desenvolvimento da sua resiliência (Kuyken, Padesky & Dudley, 2009).

Segundo Knapp (2004), numa conceptualização de caso realizada corretamente, o terapeuta interroga e estuda no seu paciente os seguintes aspetos: o diagnóstico clínico; os problemas que enfrenta atualmente e os fatores stressantes/precipitantes dos mesmos; as aprendizagens e experiências passadas que possam ter ajudado no aparecimento dos seus problemas atuais; as predisposições genéticas e familiares; os pensamentos automáticos; as crenças subjacentes; os mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais que teve de criar para enfrentar as suas crenças disfuncionais e como é que se percebe a si mesmo, aos outros e ao mundo. Depois de reunir todas estas informações, o terapeuta coloca hipóteses acerca da perturbação do paciente que o fez procurar ajuda terapêutica (Beck, 1997). A formulação de caso inicia-se logo na primeira consulta com o paciente, com o levantamento das suas queixas. No entanto, a conceptualização de caso é um trabalho permanente no decorrer da terapia, ou seja, à medida que novos dados clínicos importantes são trazidos para a terapia, a formulação será alterada e atualizada pelo terapeuta sempre com a colaboração do paciente, os quais irão confirmar ou não as hipóteses inicialmente levantadas.

Para Kuyken et al., o *empirismo colaborativo* é um princípio-chave na definição de conceptualização de caso, uma vez que é considerado por estes autores o responsável pelo seu

sucesso. Terapeuta e paciente trabalham em equipa no projeto terapêutico, ou seja, no início da terapia, o processo de conceptualização será orientado pelo terapeuta, enquanto o paciente tenta perceber as suas cognições, mas, à medida que a terapia se desenvolve, o paciente participará, pró-ativamente, na reformulação cognitiva, podendo modificar ou rejeitar as hipóteses que lhe forem sendo apresentadas pelo terapeuta (Knapp, 2004).

A partir dos modelos de Judith Beck e Leahy (Knapp, 2004) elaborou-se um diagrama de conceptualização cognitiva para ser utilizado no resumo da configuração afetiva, cognitiva e comportamental do paciente. É neste diagrama que o terapeuta pode reunir toda a informação que recolheu junto do paciente, que permitirá *desenhar* um tipo de *mapa cognitivo da psicopatologia do paciente*. Por ser facilmente compreendido pelos intervenientes de uma terapia (terapeuta e paciente) e por ser uma espécie de ferramenta didática utilizada pelo paciente para o seu entendimento do próprio modelo cognitivo-comportamental e também, para compreender as suas dificuldades à luz da TCC, a utilização deste diagrama é essencial no início e ao longo de qualquer intervenção cognitivo-comportamental (Beck, 1997).

São dez as indispensáveis funções da conceptualização de caso que tornam possível atingir os dois objetivos gerais da TCC (aliviar o sofrimento do paciente e desenvolver a sua resiliência): (1) integrar a história do paciente nas teorias e nas pesquisas em TCC; (2) desmitificar os problemas apresentados pelo paciente, tornando-o mais confiante em si próprio e no futuro; (3) dar prioridade ao envolvimento do paciente na terapia; (4) simplificar a compreensão dos problemas; (5) indicar qual a melhor intervenção, como e porquê; (6) identificar os pontos fortes do paciente e como os poderá usar para desenvolver a sua resiliência; (7) sugerir a terapia mais eficiente e com menores custos para o paciente; (8) prever, compreender e resolver possíveis dificuldades terapêuticas; (9) explicar a não resposta à terapia e sugerir tratamentos alternativos; (10) permitir supervisão e otimizar a qualidade da terapia (Kuyken, Padesky & Dudley, 2009). Concluindo, pode-se afirmar que, para delinear os objetivos e as estratégias terapêuticas para uma TCC, é necessário desenvolver uma conceptualização de caso que proporcione uma intervenção psicológica eficaz e duradoura.

2.6. Principais Técnicas Cognitivo-Comportamentais

As principais das principais técnicas cognitivas e comportamentais encontram-se descritas no Anexo II.

3. ACOMPANHAMENTO DE CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO DETALHADO

Identificação

Vera (nome fictício) tem 24 anos de idade e é solteira. Vive com pais e com uma irmã. Trabalha como assistente de loja e frequenta o 2º. ano do Curso de Contabilidade em regime pós-laboral.

Motivo do Pedido

Vera foi encaminhada pelo seu médico de família para o serviço de Psicologia Clínica da Clínica Particular de Barcelos, com a seguinte informação clínica: “...esta paciente apresenta desde há três anos sintomas depressivos com períodos de remissão e exacerbação variáveis. Ao longo destes três anos foi-lhe sendo sempre receitado medicamentos antidepressivos, desde a fluoxetina à sertralina, sem resultados favoráveis. Neste momento, encontra-se a tomar um antidepressivo inibidor seletivo da recaptção da serotonina – paroxetina – continuando sem melhorias significativas.”

Na primeira consulta psicológica, Vera demonstrou uma enorme tristeza, falta de atenção/concentração nos contextos académico e profissional, insónias e pensamentos e comportamentos perturbadores de natureza obsessivo-compulsiva.

Vera referiu que “não consigo deixar de me sentir triste, cansada e sem vontade para fazer nada... Desde há muito tempo que não tenho uma noite de sono bem dormida, tenho muitas dificuldades em adormecer e depois acordo não sei quantas vezes de noite aflita, com o coração a bater rápido ou a suar...tenho impressão que estou sempre a ter pesadelos.” Vera queixou-se ainda que “...não me consigo concentrar como antigamente...quando estou a estudar dou por mim a pensar noutra coisa qualquer...leio sei lá quantas vezes a mesma coisa e não me fica nada, mesmo nada.”. Esta falta de concentração e atenção afetava o seu rendimento escolar, correndo o risco de não conseguir transitar para o último ano do seu curso universitário, pela segunda vez consecutiva. Vera relatou também que no seu local de trabalho “não dá para estar sempre atenta ao que estou a fazer...muitas vezes tenho de perguntar a alguém o que estava a fazer, até às clientes já tive de pedir para repetir a pergunta pra aí duas a três vezes antes de conseguir responder...às vezes só quando as minhas colegas me chamam é que eu desço à terra e continuo aquilo que estava a fazer.”

A par destes problemas, Vera mencionou que tinha vários pensamentos que a perturbavam imenso e que lhe causavam grande ansiedade e sofrimento: “...isto põe-me ainda

pior do que eu já estou.”. Descreveu estes pensamentos como sendo intrusivos e inapropriados: “...eu sei que essas palermices são da minha cabeça, mas eu quero parar com isso e não consigo”. Por exemplo, Vera mencionou que tinha uma preocupação desmesurada com a sujidade, dando os seguintes exemplos: “...sempre que na loja me dão notas ou moedas para a mão fico logo com a sensação de que fiquei cheia de micróbios de outras pessoas.” e “...se me cumprimentarem com um aperto de mão fico logo a pensar que as pessoas tocaram em...sei lá... penso em cada sítio...até tenho vergonha de dizer...”. Como resposta a estes pensamentos, Vera sentia-se compelida a realizar determinados comportamentos repetitivos para reduzir a sua ansiedade, como por exemplo: “...depois de tocar no dinheiro tenho que ir logo lavar as mãos... imagine as vezes que por dia eu tenho que lavar as mãos, quando estou a trabalhar na loja.” e “quando me dão o passou-bem não fico bem enquanto não lavar as mãos”.

Ainda relativamente à sujidade, Vera mostrou também a sua preocupação relativamente a três tipos de estímulos: talheres, maçanetas e WC. No que diz respeito aos talheres dizia que “...na casa dos meus familiares ou amigos é sempre um filme...tenho que às escondidas ir lavar os meus talheres antes de começar a comer, porque senão fico a pensar que podem estar sujos”; quanto às casas de banho relatou que “...ando sempre com um frasquinho de álcool na carteira para que quando, nas poucas vezes em que eu tenha mesmo que ir à casa de banho, possa desinfetar a sanita antes de colocar montes de papel, para que depois me consiga sentar...porque senão fizer isso fico logo a pensar que fiquei com alguma doença tipo SIDA...para descarregar o autoclismo tenho que pegar em papel higiénico, tirar a primeira parte do rolo, não vá alguém ter tocado nele e só depois, com o papel na mão, é que consigo tocar no botão de descarregar.”; por fim em relação às maçanetas das portas contou que “...com os puxadores das portas é outro filme...evito ao máximo tocar com as mãos, tento sempre abrir as portas com os cotovelos ou com os pés...se vir que tenho mesmo que abrir com as mãos fico logo muito ansiosa.”.

Mencionou, ainda, que não se conseguia desfazer de objetos gastos ou inúteis e sem qualquer valor sentimental, mais concretamente, frascos de vidro e embalagens de plástico, pois pensava “...e se um dia eu precisar disso e já tiver deitado fora?”.

Vera dizia que tinha também necessidade de efetuar determinados comportamentos de verificação, como por exemplo: “...se não for ver se fechei a porta de casa duas ou três vezes já não fico bem, porque fico logo a pensar que vão assaltar a casa e nos vão fazer mal.” e “...antes de ir para a cama tenho que ir verificar se as bocas do fogão estão desligadas e se as luzes estão todas desligadas, porque senão não consigo adormecer a pensar que pode haver

uma fuga de gás ou então um curto-circuito... parece ridículo, mas eu tenho de ligar e desligar o interruptor da luz, para ficar com a certeza absoluta que desliguei mesmo a luz”.

Por sua vez, Vera não conseguia deixar de ter as roupas das gavetas da cómoda do seu quarto perfeitamente alinhadas e organizadas por cores: “...ui senão entro logo em stress...na minha casa não consigo ver as coisas desarrumadas ou fora do sítio...vou logo pôr tudo direito e no lugar”.

Para além disso, descrevia-se como sendo uma pessoa muito supersticiosa: “...nunca passo por baixo de escadas...nunca me sento numa mesa com treze pessoas...”; “antes de ir para a cama tenho que fazer sempre o mesmo ritual de ir comer qualquer coisa, rezar uma Ave-Maria e ver se tenho mensagens no telemóvel, pois se não o fizer já sei que não vou conseguir adormecer”; “sempre que penso em alguma coisa má tenho que repetir três vezes que não é verdade porque senão, já sei que me vai acontecer alguma coisa de mal”.

História do Problema

Os sintomas depressivos começaram a manifestar-se aos 16 anos, altura em que Vera teve o seu primeiro episódio depressivo major devido ao falecimento da sua avó materna. Foi acompanhada por um médico psiquiatra durante três anos, sendo-lhe prescrito um antidepressivo.

Nessa altura, Vera frequentava o 11.º ano de escolaridade e, de acordo com a mesma, a tristeza e desmotivação que sentia impediram-na de se concentrar nas aulas e durante o estudo para os testes. Por este motivo, não transitou para o 12.º ano.

Após aquele primeiro episódio depressivo, Vera teve outros episódios breves e não tão graves como o primeiro. Todavia, nunca existiu uma remissão total dos sintomas depressivos pois segundo ela “...nunca mais fui a mesma pessoa que era antes da minha avó falecer, não me consegui recuperar”.

Relativamente às obsessões e compulsões de Vera, estas tinham tido o seu início, segundo a própria, há sensivelmente três anos atrás, altura em que Vera terminou nas suas palavras “um namoro de infância” por causa de uma traição do seu ex-namorado com uma colega de escola de ambos. Neste período “negro” da sua vida, Vera sentia-se “cheia de raiva, ódio, sei lá...acho que nessa altura só conseguia sentir coisas más... era muita revolta acumulada, apetecia-me partir tudo e afastava toda a gente que quisesse aproximar-se de mim”. Também nessa mesma altura, o seu relacionamento com seus pais que, segundo ela, até então, já era “distante”, começou a piorar pois de acordo com Vera “...eu só queria sair de casa, fosse de dia ou noite, não conseguia estar muito tempo em casa parada... durante o dia

só ia a casa para almoçar e todas as noites ia para cafés ou discotecas até altas horas... e os meus pais não aceitaram muito bem isso... tínhamos zangas e discussões todos os dias. Agora, a olhar para trás, acho que o que eu fazia era mesmo para não poder pensar naquilo que me tinha acontecido... foi um sofrimento enorme que me fez mudar por completo”.

É de referir que Vera omitia os seus problemas obsessivos e compulsivos da sua família pois, segundo ela, que “eles nunca iriam entender porque é que eu penso e faço essas coisas”.

História Familiar

Vera era oriunda de uma família de estatuto socioeconómico médio. O seu agregado familiar era constituído por quatro pessoas, nomeadamente, os pais e a irmã de 17 anos de idade. A família vivia freguesia do concelho de Barcelos.

À data do processo de intervenção psicológica, o pai de Vera tinha 50 anos de idade, era tintureiro e fazia horas extras à noite, como empregado de um restaurante. O relacionamento de Vera com o pai era na altura tido como bom: “a nossa relação começou a melhorar à medida que os anos foram passando e eu comecei a assentar”, embora Vera tivesse comentado que o pai era “...muito fechado, autoritário e antiquado”. A mãe de Vera tinha 48 anos de idade e era operária têxtil. O seu relacionamento com a mãe foi quase sempre bom, pois era a pessoa em quem mais confiava, embora lhe ocultasse o que se estava a passar com ela. A sua relação com a sua única irmã, de 17 anos de idade, era, nas suas palavras, “...a que se tem entre irmãs... ora nos damos muito bem, ora andamos às turras”. Relativamente às relações familiares destaca-se ainda a relação próxima que Vera manteve com a avó materna até ao seu falecimento e que estaria relacionado com o apoio instrumental e afetivo dado por esta desde os três meses aos três anos de idade, altura em que ingressou no ensino pré-escolar.

História Desenvolvimental e Funcionamento Psicossocial

Vera nasceu de uma gravidez planeada e de um parto por cesariana. De acordo com a própria, não apresentou dificuldades linguísticas ou motoras durante os primeiros anos de vida. Como já se referiu, Vera ingressou na escola, ao nível do pré-escolar, com três anos de idade tendo, até então, ficado aos cuidados da sua avó materna.

No que concerne à sua história médica Vera mencionou que durante a sua infância teve somente doenças típicas desse período desenvolvimental (e.g. varicela). Até ao presente, Vera foi sempre saudável, não se registando doenças significativas tanto na sua adolescência como, mais recentemente, na idade adulta.

Respetivamente ao percurso académico de Vera, o seu rendimento escolar apenas começou a decair no 11.º ano de escolaridade, o que poderá estar relacionado com o processo de luto decorrente do falecimento da sua avó materna. Até então, Vera apresentava um bom desempenho escolar, era uma aluna motivada, atenta e participativa nas aulas. Vera interrompeu os seus estudos após ter concluído o 12.º ano de escolaridade, tendo recomeçado a estudar aos 22 anos, quando decidiu ingressar no curso superior de Contabilidade em regime pós-laboral.

Nas relações interpessoais, Vera tinha poucas amizades, pois sentia grandes dificuldades em estabelecer relacionamentos gratificantes: “desde que aquilo me aconteceu [rompimento com o namorado] fiquei uma pessoa desconfiada e estou sempre de pé atrás com toda a gente, não confio a cem por cento em ninguém”. Desde a relação de namoro que teve quando tinha 17 anos de idade, Vera já teve outros relacionamentos amorosos mas todos de curta duração: “...por mais que queira e tente, acho nunca mais vou sentir o mesmo por outra pessoa... como eu costumo dizer na brincadeira às minhas colegas da loja, o meu coração está encerrado para obras.”

História Psiquiátrica

No que diz respeito à história psiquiátrica familiar, salientava-se a sintomatologia depressiva e ansiogénica da mãe da Vera, que tinha vindo a ser seguida, há vários anos, por um psiquiatra, sendo medicada com ansiolíticos.

Avaliação Psicológica

Avaliação Formal

Na avaliação psicológica de Vera, que decorreu ao longo das três primeiras consultas, foram utilizados os seguintes instrumentos e metodologias de avaliação psicológica:

1) Entrevista Clínica Semiestruturada, baseada na *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - SCID I* (First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1997), que teve como objetivo identificar os sintomas obsessivo-compulsivos e as manifestações da perturbação obsessivo-compulsiva de Vera (obsessões, rituais mentais, comportamentos associados, pensamentos automáticos e crenças disfuncionais), estabelecer o diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e investigar eventuais comorbilidades;

2) *Protocolo de Avaliação do Distúrbio Obsessivo-Compulsivo* (Lobo, 1998), que possibilitou não só qualificar e quantificar o grau de gravidade dos sintomas obsessivos e

compulsivos de Vera, como também, a autoanálise das suas obsessões e compulsões e do desconforto provocado.

3) *Teste de Rorschach*, através do qual se realizou o exame de personalidade e funcionamento emocional de Vera, tendo-se analisado os resultados a partir do *Sistema Integrativo de Rorschach* de Exner (1995);

4) *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão – IACLIDE* (Vaz Serra, 1995), que permitiu detetar a presença de um quadro depressivo e medir a sua intensidade.

A partir da Entrevista Clínica foi possível apurar que Vera apresentava uma sintomatologia depressiva e obsessiva-compulsiva com repercussões negativas na sua vida. Especificamente, a utente apresentava: humor deprimido, dificuldades de concentração e alterações no padrão de sono; ansiedade provocada por imagens e pensamentos persistentes e intrusivos, cujo conteúdo se organizava em torno da temática relacionada com a contaminação/sujidade, dúvida patológica e necessidade de simetria; comportamentos repetitivos ou atos mentais, realizados a seguir aos pensamentos acima descritos, que eram considerados pela própria como excessivos e irracionais.

No preenchimento do *Protocolo de Avaliação do Distúrbio Obsessivo-Compulsivo*, Vera revelou ter obsessões que tomavam a forma de dúvidas, convicções e medos. As obsessões tinham também um conteúdo específico ou seja, eram obsessões de contaminação, mágicas, de dúvidas patológicas e de coleção. Estas obsessões eram acompanhadas por diferentes compulsões, tais como de lavagem, verificação, contagem e de ordenação/organização.

Ao nível dos resultados obtidos no *Teste de Rorschach*, salientam-se: *OBS positivo*, que indicava que Vera tinha uma marcada tendência para o perfeccionismo e uma excessiva preocupação com o detalhe, sendo, por isso, extremamente cautelosa no processamento da informação, designadamente na procura exaustiva de informação e na fixação meticulosa em pormenores que passavam despercebidos à maioria das pessoas; *HVI positivo*, que consistia num estado contínuo de antecipação e de alerta perante o meio ambiente, o que exigia uma disponibilidade considerável de energia, uma vez que Vera se preocupava muito com o processamento de informação de forma a garantir que todos os estímulos ambientais fossem cuidadosamente analisados; *DEPI = 5*, que indicou que a organização psicológica de Vera apresentava uma elevada vulnerabilidade para estados depressivos ou para sofrer bruscas alterações no seu estado de ânimo; *T = 0*, que significava que Vera era muito cautelosa na criação e manutenção de laços emocionais e muito conservadora em situações de proximidade interpessoal; *Comb Cor-SH = 4*, que revelou que Vera estava, frequentemente,

emocionalmente confusa; $SumC' > SumpC$ referindo-se à interiorização excessiva de descargas e trocas afetivas que Vera deveria exteriorizar, o que aumentava a sua tensão interna; Índice de Egocentrismo ↓, o que indicava um sentimento de valor pessoal negativo, ou seja, Vera ao comparar-se com outros teria uma imagem menos favorável de si própria, o que indicava uma baixa autoestima; $CDI = 5$, evidenciando que Vera tinha pouca maturidade social, tornando-se propensa a experimentar dificuldades quando interagia com o ambiente circundante, estendendo-se essas dificuldades à esfera interpessoal; $EA ↓$ e $es ↑$ que resultava na presença de poucos recursos disponíveis para tomar decisões e colocá-las em prática e numa elevada predisposição para situações de perda de controlo e impulsividade; *EB Extratensivo* que refletia um estilo mais emocional na resolução de problemas, o que fazia com que Vera misturasse os seus sentimentos com os seu processos cognitivos aquando da resolução de problemas e tomada de decisões; $D < AdjD$ indicando a presença de stress situacional, sendo, por isso, a capacidade de tolerância ao stress de Vera menor do que era esperado.

No que diz respeito ao *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*, o valor global foi de 28 pontos o que correspondia a um caso de Depressão Leve. Algumas das respostas assinaladas foram: “Ando-me a sentir mais infeliz do que o costume.”; “Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual.”; “Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente.”; “Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas.”; “Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada.”; “Sinto, por vezes, dificuldades em me concentrar no que estou a fazer.”; “Atualmente penso, por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço.”; “Apesar de ir fazendo o que necessito fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efetuar.”. O resultado neste inventário foi de encontro ao resultado do Índice DEPI obtido no teste de Rorschach.

Observação comportamental

Ao longo de todo o processo terapêutico, Vera apresentou-se sozinha e vestida de forma bastante cuidada. Durante as consultas teve uma atitude cooperante, uma vez que estava plenamente consciente do seu estado mental e de que precisava de ajuda. Manteve, também, um bom contato visual e um discurso lógico, fiável e pormenorizado. Apresentava orientação auto e alopsíquica e memória conservada.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	300.3 Perturbação Obsessivo-Compulsiva 296.31 Perturbação Depressiva Major, Recorrente, Ligeira, Sem Recuperação Completa entre os Episódios
Eixo II	V71.09 Sem diagnóstico
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Problemas relacionados com o ambiente social - poucas amizades Problemas educacionais - risco de repetir novamente o 2.º ano
Eixo V	AGF = 40 (no momento da avaliação) AGF = 90 (no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

[] Destacamos o diagnóstico diferencial relativamente às perturbações mais associadas a quadros nosológicos semelhantes.

Segundo o DSM-IV-TR, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva de Vera diferenciava-se de uma Perturbação de Ansiedade Generalizada uma vez que, embora esta perturbação seja caracterizada por uma preocupação excessiva, tais preocupações distinguem-se das obsessões de Vera, pelo facto de serem experimentadas pelas pessoas como preocupações excessivas acerca das condições da vida real. Ou seja, o conteúdo das obsessões de Vera não implicava problemas da vida real, sendo as obsessões experimentadas pela própria como inapropriadas. A perturbação de Vera era, também, diferenciada de uma Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, pois envolvia obsessões e compulsões e não apenas um padrão invasivo de preocupação com a organização, perfeccionismo e controlo. Por outro lado, distinguia-se da Perturbação Distímica porque, apesar de o humor deprimido existir há mais de dois anos, existiu pelo menos um Episódio Depressivo Major durante os primeiros dois anos em que se manifestou o humor deprimido. Finalmente, era distinta do Luto pelo facto de os sintomas característicos da Perturbação Depressiva Major estarem presentes desde há pelo menos três anos.

Justificação do Diagnóstico

O diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva foi atribuído a Vera, uma vez que preencheu na totalidade os critérios definidos pelo DSM-IV-TR para esta perturbação. No problema de Vera, era clara a existência de obsessões que tomavam a forma de dúvidas, convicções e medos. As dúvidas de natureza obsessiva de Vera diziam respeito a preocupações constantes, relacionadas com a possibilidade de que, em consequência de um eventual descuido seu, pudesse acontecer algo temível ou, pelo menos, desagradável. Por exemplo, Vera temia que, por se ter esquecido de fechar bem a porta de sua casa, alguém pudesse lá entrar ou que a casa fosse assaltada. As convicções obsessivas de Vera consistiam

em pensamentos de carácter mágico, por exemplo: sempre que pensava em alguma coisa má tinha que “repetir três vezes que não é verdade porque senão, já sei que me vai acontecer alguma coisa de mal”. Os medos obsessivos de Vera envolviam temas relacionados com a sujidade e com a contaminação como por exemplo, sempre que tocava em dinheiro sentia que ficava “...cheia de micróbios de outras pessoas.”. Todos estes pensamentos obsessivos surgiam de forma involuntária, persistente e causavam ansiedade e mal-estar a Vera, que os experienciava como se fossem intrusivos e inapropriados – *Critério A1*. Estes pensamentos de Vera não eram meras preocupações excessivas acerca de problemas reais da vida – *Critério A2*. Vera também reconhecia que as obsessões eram produto da sua própria mente e não impostas a partir do exterior (e.g.: “...eu sei que essas palermices são da minha cabeça, mas eu quero parar com isso e não consigo.”) – *Critério A.4*. Para ignorar ou suprimir estes pensamentos Vera tentava neutralizá-los com um pensamento ou ação, como por exemplo: “...depois de tocar no dinheiro tenho que ir logo lavar as mãos...” – *Critério A3*.

Vera apresentava também, comportamentos repetitivos ou atos mentais que se sentia compelida a executar em resposta a uma obsessão, para prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum acontecimento ou situação temida – *Critério A1* e *Critério A2* (das compulsões). A seguir apresentam-se diversos exemplos em função da sua compulsão. Vera sentia necessidade de lavar diversas vezes os utensílios de cozinha, que utilizava na casa de familiares e amigos, para ter a certeza de que não estariam sujos, tinha de desinfetar sempre e colocar papel higiénico antes de se sentar em qualquer sanita que não fosse as da sua casa, e evitava, sempre que podia, tocar nas maçanetas das portas – compulsões de lavagem. Vera também precisava de verificar mais de que uma vez se tinha fechado a porta da entrada da sua casa: “...se não for ver se fechei a porta de casa duas ou três vezes já não fico bem...” e tem de, antes de ir para a cama, “verificar se as bocas do fogão estão desligadas e se as luzes estão todas desligadas, porque senão não consigo adormecer...” – compulsões de verificação. Além disso, tinha que ligar e desligar os interruptores das luzes para ter mesmo a certeza de que os tinha desligado – compulsões de repetição. Vera sentia, igualmente, necessidade de fazer alguma coisa várias vezes ou de fazer contagens mentalmente em algumas situações específicas, como por exemplo: “...sempre que ia para o trabalho de carro, tinha sempre que contar por quantos carros passava na estrada, porque senão o dia não me ia correr bem” - compulsões de contagem. Vera armazenava também, de forma compulsiva, objetos gastos e inúteis, porque tinha receio de um dia vir a precisar deles – compulsões de armazenar. Por último, Vera tinha necessidade de arrumar e colocar as coisas na sua casa de

forma exemplar e, mais concretamente ter o conteúdo das gavetas do seu quarto perfeitamente alinhado e organizado por cores – compulsões de simetria e precisão.

As obsessões e compulsões causavam sofrimento e consumiam tempo a Vera – *Critério C* – reconhecendo a própria que as suas obsessões e compulsões eram excessivas e irracionais – *Critério B*.

O diagnóstico de Perturbação Depressiva Major foi também atribuído a Vera, uma vez que estavam presentes todos os critérios definidos no DSM-IV-TR para o seu diagnóstico: *Critério A* – (1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias (e.g.: “não consigo deixar de me sentir triste”); (2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (e.g.: “...sem vontade para fazer nada...”); (3) Insónia quase todos os dias (e.g.: “ desde há muito tempo que não tenho uma noite de sono bem dormida, tenho muitas dificuldades em adormecer...”); (4) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias (e.g.: ...cansada...) e (5) Diminuição da capacidade de concentração, quase todos os dias (e.g.: ...não me consigo concentrar como antigamente...); *Critério B* – Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto; *Critério C* – Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo e deficiências no seu funcionamento ocupacional e social; *Critério D* – Os sintomas não são provocados pelo efeito fisiológico direto de uma substância ou por um estado físico geral; e *Critério E* – Os sintomas não são explicados por Luto, visto que já persistem por mais de dois meses.

Conceptualização Teórica

Neste caso clínico existe uma comorbilidade entre uma perturbação obsessivo-compulsiva e uma perturbação depressiva major, para as quais, de seguida e separadamente, se descreve um dos vários modelos que explicam a sua génese e a manutenção dos seus sintomas.

O modelo explicativo de Salkovskis para a perturbação obsessivo-compulsiva é, a nosso ver, o mais congruente e cientificamente válido. Salkovskis (1985), baseando-se nos trabalhos de outros autores, propôs um modelo cognitivo-comportamental explicativo da perturbação obsessivo-compulsiva. Este modelo parte do pressuposto que o pensamento obsessivo é desencadeado por cognições intrusivas normais, ou seja, por imagens, ideias ou impulsos que surgem repentina e espontaneamente e que a própria pessoa as considera desadequadas e perturbadoras. E é esta interpretação realizada pelo paciente obsessivo que vai fazer a distinção entre uma cognição intrusiva normal e uma cognição intrusiva obsessiva. Se

a interpretação prever dano ou perigo, vai provocar ansiedade; se prever perda, vai provocar depressão. Mas a ansiedade e a depressão não têm, necessariamente, de desencadear comportamentos compulsivos e obsessões (Teasdale, 1983; Rachman, 1983). Isso só acontecerá, se a pessoa se sentir, ela própria, responsável pelo que causou (dano/perda) ou pelo que podia ter evitado (Salkovskis, 1985, 1989; Salkovskis, Richards, & Forester, 1995; Rachman, 1993). O termo responsabilidade significa, neste contexto, “a crença de que uma pessoa tem um poder que é fundamental na produção ou prevenção de resultados negativos subjetivamente cruciais. Esses resultados podem ser reais, isto é, ter consequências no real e/ou pertencer a um nível moral.” (Salkovskis, Rachman, Ladouceur, & Freeston, 1992). Esta é uma situação em crescendo porque a pessoa se vai culpabilizando, agudizando a sua ansiedade/depressão. Porém, na tentativa de se libertar dessa culpa, essa pessoa adapta comportamentos compulsivos, evita situações desencadeadoras e esforça-se por afastar qualquer pensamento/ideia perturbadora. Tudo em vão, uma vez que o efeito é o oposto – os pensamentos intrusivos e os consequentes sintomas aumentam cada vez mais.

Segundo este modelo, os pacientes obsessivos têm a tendência para querer controlar a mente e o corpo, mas fazem-no utilizando pressupostos disfuncionais, que são descritos por Salkovskis e incluem os seguintes: “Ter um pensamento sobre uma ação é como executar a ação.”; “Não evitar (ou tentar evitar) um dano a si mesmo ou aos outros é o mesmo que ter causado o dano.”; “A responsabilidade não é reduzida por outros fatores, tais como o facto de alguma coisa ser improvável.”; “Não neutralizar, quando uma intrusão tenha ocorrido, é similar ou equivalente a procurar ou querer que o dano relacionado com a intrusão aconteça.”; “Uma pessoa deveria (e pode) exercer controlo sobre os seus pensamentos.” Estes conceitos erróneos são os que vão desencadear a ansiedade ou a depressão e os consequentes comportamentos compulsivos ou de evitação. Estes, por sua vez, acabam por falsear a realidade, porque a pessoa nunca chega a perceber que nada de mal teria acontecido se não os tivesse feito, o que faria diminuir a sua culpa/responsabilidade.

Quanto à conceptualização da perturbação depressiva major, esta assenta no modelo cognitivo da depressão (Beck et al., 1979) que utiliza três conceitos principais para explicar os processos subjacentes à depressão: tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. A tríade cognitiva consiste no facto de um indivíduo deprimido apresentar uma visão negativa sobre: (1) si mesmo, vendo-se como inadequado, indesejado, incapaz e inútil; (2) o mundo, que acha demasiado exigente e até surrealista, com obstáculos inultrapassáveis que o impedem de atingir os seus objetivos de vida; (3) o futuro, que se adivinha igualmente negativo.

A percepção distorcida da realidade num indivíduo deprimido é provocada pelo facto de não conseguir interpretar as situações segundo padrões normais (Goldrajch, 1996). O indivíduo perde muitas vezes o controlo sobre os seus pensamentos e não consegue arranjar técnicas de autodefesa (Ito, 1997). Ao processar as informações, o indivíduo deprimido comete sistematicamente erros cognitivos que, pela sua repetição, o levam a acreditar neles. As distorções cognitivas mais comuns nos indivíduos deprimidos, foram observados por Beck e al. (1979) como um sistema tipológico e, entre elas, destacam-se a inferência arbitrária, a abstração seletiva, a sobregeneralização, a maximização/minimização, a personalização e o pensamento absolutista, todas elas já descritas em capítulo próprio.

Conceptualização Clínica

No que se refere aos fatores predisponentes, pode dizer-se que na infância e adolescência de Vera ocorreram muitos acontecimentos emocionalmente desgastantes, que aliados a uma possível componente hereditária (refira-se aqui a sintomatologia ansiogénica de sua mãe), podem ter influenciado o desenvolvimento de alguns esquemas precoces mal-adaptativos.

No que diz respeito à existência de fatores precipitantes no desenvolvimento da perturbação obsessivo-compulsiva e, de acordo com vários autores (Rachman & Hodgson, 1980; Rudin, 1953; Pollitt, 1957; Ingram, 1961; Goodwin, Guze, & Robins, 1969; Lo, 1967), na altura em que a perturbação surge poderão, eventualmente, ter ocorrido, num passado recente, fatores vulnerabilizantes para o indivíduo, tornando-o mais suscetível ao aparecimento da perturbação. No caso concreto de Vera, o início da perturbação obsessivo-compulsiva poderá ter acontecido em situações vividas e desencadeadoras de mecanismos de defesa, aliadas a uma fragilidade e suscetibilidade aumentadas. A colisão dos seus valores tradicionais com situações e/ou pensamentos mal compreendidos e mal interpretados, desencadearam uma marcada ansiedade pela posterior responsabilização desse facto e das consequências do mesmo. Para autodefesa e tentativa de controlo dessa ansiedade, Vera adotou estratégias de negação e/ou fuga às consequências receadas, que se revelaram pouco eficazes e que conduziram ao agravamento do seu estado psíquico.

De acordo com a informação recolhida no processo de avaliação psicológica, houve algumas situações desencadeadoras da perturbação, como, por exemplo, a sensação de abandono (o rompimento com o namorado de infância devido a uma traição) e, simultaneamente, o mau relacionamento com os pais, aquando da alteração do seu comportamento no período pós-rutura afetiva.

Identificaram-se, por outro lado, fatores de manutenção, que contribuíram para que a perturbação obsessivo-compulsiva se mantivesse. Um dos fatores de manutenção acontece, porque Vera distorce as suas cognições, interpretando-as sempre da mesma maneira, sem procurar saber se são credíveis ou se estão erradas e porque a sua atenção só foca e a sua memória só retém o que é negativo, desvalorizando, por exemplo, qualquer elogio que lhe é feito ou qualquer objetivo por si alcançado. Isto evidencia-se quando, ao verbalizar determinados acontecimentos ou situações, Vera coloca como hipóteses as consequências terríveis das mesmas ou a inferência arbitrária, chegando a conclusões sem ter evidências que as comprovem. Outro fator de manutenção é devido ao facto de Vera ter comportamentos compulsivos, que a impedem de confirmar e questionar a credibilidade das suas obsessões (*“sempre que penso em alguma coisa má tenho que repetir três vezes que não é verdade porque senão, já sei que me vai acontecer alguma coisa de mal”*) e dos esquemas precoces mal-adaptativos. Daí que o evitamento das situações ansiógenas e o cumprimento de certos rituais, manifestos ou cobertos (com o mesmo fim de evitamento), são fatores de manutenção importantes e que acabam por ter um reforço negativo. Estes fatores de manutenção têm duas consequências: por um lado, diminuem a ansiedade que a obsessão provoca e, por outro lado, põem fim à exposição, obstando qualquer hipótese de habituação.

Relativamente à perturbação depressiva major, o modelo cognitivo (Beck et. al, 1979) coloca uma hipótese sobre a predisposição para a depressão, ou seja, de como certas particularidades da organização cognitiva dos indivíduos contribuem para o aumento da predisposição e desencadeamento da perturbação.

Este modelo sugere que as experiências precoces de um indivíduo (no caso concreto, a preferência afetiva do pai pela irmã mais nova, sentida e constatada por Vera ao longo dos anos) promovem o início do desenvolvimento de conceitos negativos sobre si próprio (frequentemente automeava-se *“a ovelha ranhosa da família”*), do futuro e do mundo. Estes esquemas negativos poderão estar latentes por um largo período de tempo, mas podem ser ativados sempre que existam situações específicas de alguma forma idênticas às experiências que inicialmente foram responsáveis pela interiorização da atitude negativa generalizada. Na eventualidade de um acontecimento traumático o pensamento de um indivíduo predisposto à depressão torna-se constricto, começando a desenvolver ideias negativas acerca de qualquer aspeto da sua vida.

A perturbação depressiva pode ser desencadeada por fatores psicológicos, orgânicos e sociais. No caso específico da Vera a perturbação teve origem numa situação de morte de um ente querido, mais concretamente da avó materna.

De acordo com o modelo explicativo descrito anteriormente, os três padrões cognitivos que constituem a tríade cognitiva induzem Vera a ter uma visão negativa de si própria (achava-se incapaz, doente e inadequada), do mundo (hostil, perigoso e com obstáculos difíceis de ultrapassar) e do futuro (não antecipava um bom destino para si própria).

Apresentava esquemas cognitivos disfuncionais (e.g. “na loja nunca sou a primeira a dirigir-me à cliente, pois penso sempre que ela não vai gostar do meu atendimento.”) que davam origem a distorções da realidade e, conseqüentemente, a erros sistemáticos no seu processamento da informação, tornando-se Vera cada vez mais incapaz de se aperceber de que as suas interpretações eram errôneas, o que fazia com que a depressão se mantivesse e agravasse.

Demonstrava ter vários erros cognitivos que mantinham a sua crença de incapacidade e inadequação (“na loja, não vou ser capaz de ser uma empregada tão boa como as minhas colegas o são”) e acreditava que os seus pensamentos negativos eram válidos apesar das evidências que os contrariavam. Entre os erros cognitivos cometidos destacavam-se a abstração seletiva (“chumbei no exame de Contabilidade, nunca vou conseguir passar a esta cadeira”), catastrofização “se perder o emprego da loja vou ficar desempregada para sempre.”, maximização e minimização (“de vez em quando lá consigo tirar uma boa nota, mas todas as minhas colegas tiram melhores notas que eu.”) e abstração seletiva (“o gerente da loja anda sempre a pegar comigo, ninguém quer saber se estou com uma depressão”).

O papel das relações interpessoais também é importante na conceptualização da perturbação depressiva major e tem uma grande influência sobre Vera. Tal como refere Bandura, “o comportamento de uma pessoa influencia outras pessoas, cujas ações vão influenciar a primeira pessoa” (cit in Beck et al., 1979, p.17). Ao desenvolver-se uma depressão, o indivíduo pode isolar-se das outras pessoas, o que aconteceu com Vera: “...afasto-me e depois sinto-me sozinha”. Ao tomar esta atitude, Vera pode provocar o distanciamento real dos seus familiares e/ou colegas de trabalho e/ou amigos fazendo-a sentir cada vez mais rejeitada, isolada, deprimida e incapaz de reverter a situação.

A relação existente entre a depressão e as obsessões-compulsões tem sido muito debatida mas, continuam por esclarecer alguns aspetos da associação entre estas duas perturbações (Macedo & Pocinho, 2000). No entanto, para este modelo cognitivo da depressão, a sua associação é uma componente importante. Isto, porque o humor deprimido pode afetar a probabilidade de ocorrência dos pensamentos intrusivos, da avaliação negativa desses pensamentos e a probabilidade de que esta avaliação contenha um elemento de

responsabilidade pessoal pelo dano com as consequências que isso implica no comportamento neutralizador. Sendo assim, o humor deprimido de Vera poderá, então, precipitar uma maior ocorrência das suas obsessões e, por conseguinte, das suas compulsões.

Intervenção Psicológica

A intervenção psicológica, que decorreu ao longo de um ano, com sessões semanais de sessenta minutos cada, incidiu, em primeiro lugar, na perturbação obsessivo-compulsiva, uma vez que os sintomas obsessivo-compulsivos provocavam um grande mal-estar a Vera (“...isto põe-me ainda pior do que eu já estou.”) e porque, provavelmente, iria provocar também alguma diminuição dos sintomas depressivos manifestados por Vera.

Objetivos Terapêuticos

A intervenção psicológica realizada para o tratamento da perturbação obsessivo-compulsiva de Vera teve como objetivos principais a redução dos seus pensamentos obsessivos e seus comportamentos compulsivos associados e a diminuição/estabilização dos seus níveis de ansiedade, pretendendo-se, desta forma, estabelecer um nível de funcionamento diário normal para Vera.

No caso da Perturbação Depressiva Major, a intervenção realizada teve os seguintes objetivos: reduzir ou eliminar os sintomas depressivos; reestabelecer o normal funcionamento psicossocial e prevenir eventuais recaídas de Vera.

Estratégias Terapêuticas

A intervenção psicológica na perturbação obsessivo-compulsiva baseou-se no *Tratamento Comportamental para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva* (Riggs & Foa, 1993) e na *Terapia Cognitivo-Comportamental para a Perturbação Obsessivo-compulsiva* (Salkovskis, 1999) e consistiu basicamente em quatro fases: (1) *Recolha de Informação e Planificação do Tratamento*; (2) *Exposição com Prevenção de Resposta*; (3) *Terapia Cognitiva*; (4) *Prevenção da Recaída*.

A primeira fase, que decorreu ao longo de duas semanas, consistiu na identificação e recolha de informação acerca dos sintomas obsessivo-compulsivos de Vera, mais concretamente, a sua origem, forma e conteúdo. Foi, inicialmente, explicado a Vera o racional teórico do tratamento, o programa do tratamento foi descrito em detalhe e procedeu-se, igualmente, à planificação do tratamento. Nesta primeira fase, começou-se por treinar Vera a monitorizar os seus próprios rituais. Assim, foi introduzido um registo de automonitorização dos pensamentos obsessivos e dos rituais compulsivos de Vera, de forma a determinar a sua frequência, duração, intensidade e o nível de desconforto a eles associado. Foi também

utilizado o *Treino de Relaxamento Muscular Progressivo*, realizado nas sessões e em casa, pretendendo-se, assim, uma redução/estabilização dos níveis de ansiedade e, conseqüentemente, uma redução das obsessões e das compulsões que lhe estão associadas.

Na segunda fase do tratamento, através da identificação e recolha de informação acerca dos sintomas já realizada aquando da primeira fase, foi desenvolvido, em conjunto com Vera, o programa do tratamento. Foi utilizada a *Exposição In Vivo* em conjunto com a *Exposição Imaginária*. Assim, para a exposição *in vivo* e com a informação recolhida, foi elaborada uma lista, por ordem de dificuldade crescente, de todas as situações que precisavam de exposição direta. Juntamente com Vera, discutiu-se o grau de desconforto que a exposição a cada situação lhe provocava. Por exemplo, numa sessão de exposição *in vivo* foi pedido à utente que tocasse em vários notas e moedas que tinha no seu porta-moedas, não a deixando, posteriormente, lavar as mãos durante o resto da consulta. Nos primeiros minutos o desconforto e a ansiedade de Vera foram enormes, mas diminuíram com o passar do tempo. A exposição *in vivo* foi também prescrita como tarefa a realizar em casa, lembrando sempre as instruções para a prevenção de resposta. Tal como as cenas para a exposição *in vivo*, as cenas para a exposição imaginária foram arranjadas hierarquicamente de modo a adaptar os vários níveis de desconforto de Vera. A subsequente prevenção da resposta consistiu em não permitir que Vera executasse as suas compulsões. Deste modo, a *Exposição com Prevenção de Resposta* realizada *in vivo* ou em imaginação, pretendeu expor Vera, repetida e prolongadamente aos estímulos ansiogénicos previamente definidos, até os níveis de ansiedade diminuíssem (princípio da habituação), impedindo o evitamento (através da execução das compulsões), quebrando, assim, o ciclo vicioso de reforço negativo.

A terceira fase do tratamento visou a alteração dos pensamentos catastróficos e irrealistas manifestados por Vera. Assim, começou-se por tentar introduzir uma mudança nos processos cognitivos de avaliação primária, ensaiando-se avaliações mais realistas ou racionais face às perceções de ameaça, bem como uma mudança nas avaliações secundárias, de modo a Vera deixar de se servir dos sintomas mágicos para pôr fim ao perigo imaginado, testando ações de confronto alternativas. Ou seja, Vera foi encorajada a desafiar a natureza catastrófica e irrealista dos seus pensamentos, dando-lhe informação e identificando evidências que permitissem refutar esses pensamentos, sendo-lhe também prescritas, primeiro para realizar nas consultas e depois para realizar em casa, pequenas experiências comportamentais, que tinham como objetivo a desconfirmação das crenças irracionais. Em seguida, logo que Vera ficou apta a reconhecer autonomamente as suas respostas emocionais, a terapia prosseguiu para um *Treino de Reestruturação Cognitiva*, onde a ênfase foi colocada

na necessidade de Vera compreender que nem todas as compulsões são uma solução eficaz para os seus problemas, havendo lugar para formas alternativas e mais funcionais de pensar, de sentir e agir.

A quarta e última fase teve como objetivo a garantia de que todos os rituais tivessem prevenção completa à resposta e que Vera tivesse uma ideia clara de como poderia reagir se as obsessões ocorressem novamente. Para a concretização deste objetivo procedeu-se à discussão de situações hipotéticas nas quais isto poderia acontecer. Explicou-se a Vera que uma das coisas úteis que aprendeu durante a terapia foi identificar problemas e aprender com eles; quaisquer lapsos no futuro oferecerão informações úteis. Isto é, ter um lapso não é a mesma coisa que ter uma recaída, mas é uma oportunidade ideal para a prática das competências aprendidas durante a terapia.

Por último, como tarefa final do tratamento, foi pedido a Vera que escrevesse uma lista de: (1) coisas que aprendeu ao longo da terapia; (2) como reconhecer um pensamento obsessivo e como reconhecer os comportamentos neutralizadores; (3) como aconselharia um amigo/a a tomar providências para resolver pensamentos perturbadores que tivessem começado a ocorrer no momento e o/a incomodavam.

No que respeita à intervenção psicológica na perturbação depressiva major, esta baseou-se na *Terapia Cognitiva da Depressão* (Beck et. al, 1979) onde foram utilizadas técnicas cognitivas e comportamentais que permitiram, inicialmente, a diminuição dos sintomas depressivos de Vera através da modificação de pensamentos automáticos e, posteriormente, a reestruturação cognitiva, de modo a promover a cura efetiva da sua depressão e a prevenção de recaídas. A intervenção psicológica iniciou-se com a preparação de Vera para a terapia cognitiva, onde a psicóloga, em primeiro lugar, apresentou cuidadosamente a Vera o racional para o tratamento cognitivo, explicou os pontos principais da teoria (esquemas cognitivos, tríade cognitiva, erros cognitivos e pensamentos automáticos) e também o plano geral do tratamento (embora alguns destes aspetos já tivessem sido abordados e sido objeto de intervenção prévia, era fundamental voltar a focá-los). Em segundo lugar, informou-se a utente que os altos e baixos, em relação à intensidade dos sintomas, faziam parte do curso natural do tratamento da depressão.

Na primeira fase da intervenção, foram utilizadas técnicas comportamentais para a produção de mudança nas atitudes negativas de Vera, de modo a que as suas realizações no quotidiano melhorassem. A saber: *Planeamento e Marcação de atividades* (grelha de atividades desenvolvida pela utente) em que Vera marcou tarefas para realizar hora a hora, dia após dia, nos intervalos das consultas; *Role Playing*, com o objetivo de Vera expressar

pensamentos automáticos acerca de situações interpessoais; e *Troca de papéis* com o objetivo de Vera perceber como é que os outros, nomeadamente os seus pares, veem o seu comportamento. Todas estas estratégias foram, após algumas consultas, inseridas em trabalhos de casa, uma vez que a iriam ajudar a identificar e a aprender a lidar com problemas reais do seu quotidiano. Quando Vera começou a ser capaz de se envolver em tarefas mais construtivas que visavam objetivos mais concretos, alterando assim as suas perceções negativas das suas capacidades, a intervenção começou a focar diretamente as componentes cognitivas da depressão de Vera, passando assim para a segunda fase da intervenção.

Nesta segunda fase, foram utilizadas técnicas cognitivas que visaram a reestruturação dos seus pensamentos automáticos. Entre elas destacam-se: (1) *Registo de pensamentos automáticos – Método das três colunas*, com o objetivo de primeiro identificar e depois alterar os seus pensamentos automáticos. Mais tarde foram acrescentadas mais duas colunas: uma com o pensamento alternativo ao automático e outra com as emoções provocadas por este último. Foi proposto a Vera que fizesse um intervalo de quinze minutos por dia para registar os pensamentos automáticos que teve ao longo do dia; (2) *Teste empírico da realidade*, para envolver Vera no teste da realidade das suas ideias e conduzi-la a uma descrição e análise mais clara da forma como ela via as coisas e não, a contestá-las; (3) *Procura de soluções alternativas*, que teve por base os princípios gerais da resolução de problemas; e (4) *Reatribuição* para ajudar Vera a rejeitar pensamentos de auto-culpabilização inadequados.

A terceira fase da intervenção consistiu na reestruturação cognitiva das crenças “depressiogénicas” de Vera. Esta fase foi iniciada com a identificação das crenças irracionais, ajudando Vera a identificar as suas crenças desadaptativas de modo a tornar possível a aprendizagem de crenças alternativas. Depois da identificação das crenças disfuncionais, o passo seguinte seria a sua modificação. Um dos métodos utilizados para a contestação das crenças foi expor Vera às contradições das mesmas.

As sessões finais da intervenção psicológica foram destinadas à consolidação dos ganhos na terapia e à prevenção de recaídas. Em conjunto com a utente, avaliou-se todo o tratamento, enfatizando as estratégias mais eficazes e incentivando Vera a continuar a praticar as competências adquiridas na terapia, após o fim desta. Foram discutidos medos e problemas que pudessem subsistir e identificadas expectativas demasiado otimistas ou pessimistas em relação ao fim da terapia. Por outro lado, preparou-se a utente para possíveis recaídas, através da exploração de estratégias para as enfrentar/superar e do reconhecimento do seu papel nos progressos obtidos com a terapia.

Resultados Terapêuticos

Os resultados da intervenção realizada foram bastante significativos. Durante o ano em que se desenvolveu a terapia, houve uma diminuição progressiva no número de obsessões e respetivas compulsões e na ansiedade que estas originavam, até ao seu desaparecimento. No que concerne aos sintomas depressivos de Vera, estes foram tendo uma diminuição clinicamente significativa até à sua remissão total.

A qualidade de vida de Vera melhorou consideravelmente: começou a ter um melhor aproveitamento escolar, uma maior concentração a estudar para os exames e nas aulas e também no seu local de trabalho e, por último, não desperdiçar o seu tempo com comportamentos desadequados. Vera recuperou a sua autoestima e um estado de ânimo positivo, assim como retomou várias atividades e relações sociais que tinha abandonado. Vera passou a conviver mais com os colegas da turma e de trabalho e iniciou um relacionamento amoroso com um colega da universidade que frequenta. Salienta-se ainda o facto de que a medicação prescrita pelo médico de família e que foi mantida durante os primeiros meses de terapia, lhe ter sido gradualmente retirada por aquele profissional.

Findo este ano de terapia, Vera teve alta, mas foi aconselhada a marcar uma consulta psicológica após três meses, na qual se comprovou as suas melhorias clínicas. Passados seis meses, numa nova consulta de follow-up, os resultados mantiveram-se, tendo Vera assegurado que aplicava sempre as estratégias aprendidas, ao longo da terapia, a diferentes contextos e situações, nomeadamente o relaxamento, as técnicas de resolução de problemas, a substituição de pensamentos e reestruturação cognitiva.

Estes resultados mantiveram-se nas consultas de *follow-up* que foram sendo realizadas periodicamente ao longo de um ano, no fim do qual Vera teve definitivamente alta.

CASO 2

Identificação

Cláudia (nome fictício) tinha 9 anos de idade e frequentava o 3.º ano de escolaridade numa escola do 1.º ciclo do concelho de Barcelos. Vivia com os pais e com o irmão.

Motivo do Pedido

Cláudia foi encaminhada para o serviço de Psicologia Clínica da Clínica Particular de Barcelos pelo seu médico otorrinolaringologista por apresentar dificuldades de separação da mãe e pensamentos recorrentes acerca da morte, que se foram intensificando desde o

nascimento do irmão, que tinha ocorrido, aproximadamente, há dois anos e meio.

História do Problema

Os dados da história do problema, da história desenvolvimental e do funcionamento psicossocial foram recolhidos junto da mãe.

Cláudia experimentava um mal-estar excessivo e recorrente a situações que envolviam a separação relativamente à mãe. Quando não se encontrava com a mãe, tinha necessidade de saber onde ela estava, estando constantemente "...a perguntar pela mãe". Ficava, igualmente, extremamente preocupada e com medos de acidentes e doenças que pudessem acontecer à mãe e, quando ocorria ou era antecipada uma separação, eram frequentes as queixas somáticas tais como dores de estômago, cefaleias ou vômitos. Não conseguia estar sozinha no seu quarto e tinha um comportamento "tipo cola", ao andar sempre atrás da mãe pela casa "...como se fosse uma sombra". Além disso, tinha problemas em ir para a cama sozinha, razão pela qual dormia sempre com a mãe. Embora estes sintomas estivessem presentes desde os 5 anos, aproximadamente, eles intensificaram-se com o nascimento do irmão.

Cláudia apresentava ciúmes e sentimentos de inferioridade em relação ao irmão, chegando, muitas vezes, a dizer "vocês só gostam dele, não gostam mais de mim". Aquando do nascimento do irmão, Cláudia demonstrou muitos ciúmes, dizendo vezes repetidas "...veio tirar-me o lugar" e colocava muitas questões à mãe do género: "Fazias também isso comigo, mãe?". Este problema agravou-se um ano e meio depois do nascimento do irmão, quando este teve um problema de saúde, o que aumentou a atenção por parte dos pais em detrimento de Cláudia. Piorou mais ainda, quando uma tia, que cuidava dela desde os três meses de idade teve uma neta.

Resta salientar que, provavelmente para "chamar a atenção" dos pais, recorria frequentemente a verbalizações suicidas e/ou morte, como por exemplo: "...vou-me matar, vocês não gostam de mim"; "...vou fugir de casa" ou "...para onde se vai quando se morre, mãe?"

História Familiar

Cláudia era oriunda de uma família de estatuto socioeconómico médio. O seu agregado familiar era constituído por quatro pessoas, nomeadamente, os pais e o irmão de dois anos e meio. Vivia numa freguesia do concelho de Barcelos.

À data da primeira consulta psicológica, o pai de Cláudia tinha 31 anos de idade e era funcionário de uma empresa de construção civil. O relacionamento de Cláudia com o pai era, segundo a mãe, positivo "...faz os deveres com ela", embora achasse que ele conversava

pouco com a filha “...é de poucas conversas”. A mãe tinha 30 anos de idade e trabalhava como empregada doméstica. De acordo com a mesma, tinha uma relação de grande proximidade com a filha “...somos muito apegadas”.

Cláudia descrevia a mãe como uma pessoa “...muito nervosa e que fala alto”, enquanto do pai referia ser uma pessoa “...mais calma”. A relação de Cláudia como o seu único irmão era satisfatória, embora fosse dominada pelos ciúmes que tinha dele em relação aos pais.

História Desenvolvimental e Funcionamento Psicossocial

O parto de Cláudia foi normal, embora durante a gravidez, a mãe tivesse tido alguns sintomas de ansiedade.

Os marcos desenvolvimentais, quer linguísticos quer motores, foram atingidos na época normal. A sua adaptação ao pré-escolar, que frequentou dos quatro anos aos seis anos, foi “péssima, não gostava de ir, não brincava com os colegas, dizia que eles não gostavam dela e chorava muito”. Do mesmo modo, decorreu a sua adaptação à escola que, na altura, frequentava: “...chorava ao ir para a escola e a professora também se queixava que ela chorava muito”. Cláudia não gostava de ir para a escola e apresentava, por isso, múltiplas queixas somáticas, que iam desde as dores de estômago às cefaleias e vômitos. O seu percurso escolar foi caracterizado por uma mudança de professora, mudança essa, que ano após ano, era recorrente. A primeira professora que teve “...batia-lhe e dizia que ela era muita criança. No ano letivo que frequentava à data da intervenção, tinha uma nova professora que a mãe descrevia como “...uma boa pessoa, não lhe bate”, embora Cláudia continue, segundo a mãe, “sem gostar de ir para a escola, porque diz que lá não tem amigos”.

História Psiquiátrica

No que diz respeito à história psiquiátrica familiar, salienta-se a sintomatologia ansiogénica da mãe de Cláudia para a qual estava medicada com um ansiolítico.

Avaliação Psicológica

Avaliação Formal

Na avaliação psicológica de Cláudia, que decorreu durante as três primeiras consultas psicológicas, foram utilizados os seguintes instrumentos/métodos:

(1) Entrevista de avaliação clínica realizada com a mãe (os dados mais importantes da entrevista já foram relatados anteriormente);

(2) *Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes – SCICA* (McConaughy & Achenbach, 1994, versão traduzida e adaptada por Araújo, Gonçalves & Teixeira, 1996) que revelou níveis clinicamente significativos na escala de *Ansiedade/Depressão*;

(3) *Questionário de Comportamento da Criança - CBCL* (Achenbach 1991; Achenbach & Edelbrock, 1983, traduzido por Almeida, 1991), que mostrou níveis clinicamente significativos nas seguintes escalas: *Ansiedade/Depressão*; *Problemas Sociais*; *Problemas de Pensamento*; *Problemas de Atenção*; e *Comportamento Agressivo*;

(4) *Questionário do Comportamento da Criança: Relatório do Professor – TRF* (Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1984, traduzido por Almeida, 1991) que apenas demonstrou uma elevação clínica na escala dos *Problemas Sociais*;

(5) *Teste do Desenho da Família* (Corman, 2003), no qual obteve os seguintes resultados: 1. relativamente à análise ao nível gráfico, as linhas traçadas no desenho de Cláudia tinham pouca amplitude, apresentando um traçado com linhas curtas, o que sugeria uma forte tendência para a introversão. A força do traço era considerada regular. O desenho ocupou a zona inferior da página, o que indicou algum cansaço e astenia; 2. no que concerne à análise ao nível das estruturas formais, as pessoas desenhadas apresentavam as principais partes que constituem o corpo humano. A procura dos detalhes, as proporções das diferentes partes entre si bem como, o complemento de vestimentas e ornamentos não estiveram presentes. Importa, no entanto, referir que a perfeição do desenho não dependeu exclusivamente do desenvolvimento intelectual de Cláudia, mas, ao que tudo indica, foi também determinada por fatores afetivos e pela estruturação global da sua personalidade. Tratou-se de um desenho sensorial onde, para além da família, estavam presentes outros elementos onde se desenrolou a ação. O sensorial indicava interesse pela estimulação emocional, espontaneidade e sensibilidade ao ambiente circundante. 3. na análise do conteúdo, constatou-se que Cláudia integrou no desenho todos os elementos da sua família. A personagem valorizada no desenho foi a figura materna, uma vez que ocupa a posição inicial à esquerda da família e, também, porque foi desenhada em primeiro lugar.

(6) *BAR-ILAN - Teste de Figuras para Crianças: Entrevista Semiprojetiva - Edição Revista* (Itskowitz & Strauss, 1982, traduzido por Luz, 1998). Após a análise do protocolo, que seguiu várias linhas de orientação, é possível afirmar que, emocionalmente, Cláudia é uma criança pouco confiante e bastante ansiosa. Durante a realização da prova esteve motivada e mostrou mais interesse pelas atividades lúdicas do que pelas atividades de aprendizagem. Ficou claro, também, que ainda não se responsabilizava pelos seus resultados

escolares. As figuras parentais foram representadas como exigentes, mas pouco congruentes entre si. As formas de comunicação da figura maternal baseavam-se, sobretudo, na repreensão e castigo, em detrimento do apoio e encorajamento dados pela figura paterna. Cláudia parecia não estar, ainda, integrada no ambiente escolar, não evidenciando, também, relações fortes com os colegas de turma. Revelava ter, igualmente, poucas competências para lidar com as situações de conflito que pudessem surgir. Em relação ao grau de mestria e a sentimentos de competência, Cláudia demonstrava dificuldade na aquisição dos conhecimentos e revelava-se insegura em situações de avaliação das suas capacidades e saberes.

(7) *Questionário de Ansiedade Traço para Crianças – STAIC C2* (Spielberger et al., 1973, traduzido por Dias & Gonçalves, 1999), que apresentou um valor clinicamente significativo (Nota T = 62).

(8) *Questionário de Avaliação de diferentes categorias de medos – FSSC-R* (Ollendick, 1978, traduzido por Dias & Gonçalves, 1999), que mostrou resultados clinicamente significativos nas categorias F1 - Medo de falhar e da crítica (T65), F2 - Medo do perigo, morte e ferimentos (T66) e F3 - Medo do desconhecido (T64).

Observação comportamental

Ao longo das consultas de avaliação psicológica, Cláudia esteve sempre vigil e com uma atividade motora normal. Manteve contacto ocular, apresentou um discurso e pensamento claros, memória conservada e orientação auto e alopsíquica. Apresentava uma higiene e aparência cuidadas. Exibiu sempre uma postura cooperante e estabeleceu uma relação positiva com a psicóloga.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I – (309.21) Perturbação de Ansiedade de Separação

Eixo II – (V71.09) Sem diagnóstico

Eixo III – Nenhum

Eixo IV – Problemas com o grupo primário (nascimento do irmão) e problemas de socialização (conflitos com os colegas)

Eixo V – AGF = 51 (no momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial

A Perturbação de Ansiedade de Separação de Cláudia distingue-se de uma Perturbação de Ansiedade Generalizada, uma vez que a sua ansiedade se refere, predominantemente, à separação da mãe.

Justificação do Diagnóstico

Diagnosticou-se a situação clínica de Cláudia como Perturbação de Ansiedade de Separação (PAS), dado estarem reunidos todos os critérios contemplados pelo DSM-IV-TR para essa perturbação.

Cláudia apresentava uma ansiedade excessiva e inadequada para o seu nível de desenvolvimento quando separada da mãe (Critério A). Cláudia manifestava um mal-estar excessivo e persistente quando ocorria ou era antecipada a separação da mãe (Critério A1) e, quando a separação acontecia, para além da necessidade de saber onde é que a mãe estava ou ia, também tinha, frequentemente, queixas somáticas tais como, dores de estômago, cefaleias e vômitos (Critério A8). Ficava, constantemente, muito preocupada com medo de a mãe sofrer algum acidente ou de vir a ter alguma doença (Critério A2). Cláudia era incapaz de estar sozinha no seu quarto e revelava um comportamento «adesivo», seguindo a mãe por toda a casa como se fosse uma sombra. (Critério A5). Para além disso, não ia para a cama sozinha e só conseguia adormecer com a mãe ao seu lado (Critério A6).

A perturbação já durava há mais de quatro anos e teve um início precoce quando Cláudia ainda tinha 5 anos de idade (Critérios B e C).

Esta perturbação provocava um mal-estar clinicamente significativo e um défice social e escolar (Critério D) e não ocorria no decurso de uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou de outra Perturbação Psicótica (Critério E).

Conceptualização Clínica

De acordo com a literatura revista e, em particular, com o modelo integrativo proposto por Manassis e Bradley (1994), para a compreensão do desenvolvimento e da manutenção da PAS, existem múltiplos fatores de risco para o seu desenvolvimento, que interagem entre si ao longo do tempo, podendo ser individuais, familiares e ambientais/socioculturais. Face a uma adversidade ou a um acontecimento indutor de stress, esses fatores exacerbam a ansiedade da criança, aumentando a probabilidade do desenvolvimento da perturbação.

Tendo em conta a história do problema e relativamente aos fatores individuais associados ao desenvolvimento da perturbação de Cláudia, salienta-se o seu *temperamento inibido* que fez com que evidenciasse reações de timidez e medo perante situações novas ou não familiares (Kagan, Reznik & Snidman, 1988) e uma vinculação insegura que poderá ter desenvolvido maiores níveis de ansiedade e medo (Shamir-essakow, Ungerer, & Rapee, 2005). Por outro lado, o facto de a mãe de Cláudia apresentar uma perturbação de ansiedade poderá ter sido um fator familiar que também contribuiu para o desenvolvimento da PAS

(Whaley, Pinto, & Sigman, 1999; Hudson & Rapee, 2001; Woodruff-Borden e colaboradores, 2002). O comportamento dos pais poderá, igualmente, ser considerado um fator de risco familiar, por reforçarem de forma positiva, direta ou indiretamente, os comportamentos de dependência (e.g., dormir sempre com a mãe) e de resistência à separação face à mãe.

Segundo a história desenvolvimental de Cláudia, relatada pela mãe, e no que se reporta aos fatores precipitantes, estes poderão estar relacionados quer com a entrada no 1º ciclo quer com o nascimento do irmão, altura em que os sintomas ansiógenos se agudizaram e a perturbação se tornou evidente.

Os problemas de ansiedade de Cláudia foram sendo mantidos e intensificados por um conjunto de fatores de manutenção, designadamente, comportamentos de evitamento e distorções cognitivas. Os primeiros fatores minimizaram as oportunidades de confronto perante os estímulos temidos e as possibilidades de Cláudia aprender que estes estímulos eram, na realidade, mais inofensivos e seguros do que ela pensava (Muris, 2007). Por sua vez, as distorções cognitivas, ao refletirem pensamentos não adaptativos e disfuncionais, faziam com que Cláudia interpretasse todas as situações de forma negativa, contribuindo assim, para a manutenção dos problemas de ansiedade (Barret, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996).

Foi ainda identificado, como fator de manutenção, o comportamento dos pais, ao reforçar negativamente o evitamento de situações ansiógenas associadas ao medo da separação (e.g., deixar de ir para a casa da avó).

Para além da PAS, Cláudia manifestava problemas de autoestima que, possivelmente, se deviam à perceção da pouca aceitação por parte dos colegas de escola e a uma perceção da menor disponibilidade dos pais, comparativamente ao seu irmão. Esta baixa autoestima de Cláudia poderia estar relacionada com os seus elevados níveis de ansiedade e manifestar-se através da insegurança, da instabilidade emocional, da passividade e da sua sensibilidade frente às críticas.

Intervenção Psicológica (remete-se para o Anexo III uma descrição mais detalhada.)

A intervenção psicológica realizada decorreu ao longo de um ano, com sessões semanais de 45 minutos.

Objetivos Terapêuticos

A intervenção psicológica realizada teve em linha de conta os seguintes objetivos: (1) redução da sintomatologia ansiosa; (2) promoção da autonomia e do autocontrolo; (3) promoção da autoestima e autoeficácia; (3) redução de comportamentos interpessoais disfuncionais; (4) redução da frequência e intensidade das cognições disfuncionais; (5)

desenvolvimento de competências para a resolução de problemas.

Estratégias Terapêuticas (cf. Anexo III)

Num primeiro momento, realizou-se uma intervenção cognitivo-comportamental baseada no *Tratamento Cognitivo-Comportamental para Crianças com Perturbações de Ansiedade* (Kendall & Kane, Howard, & Siqueland, 1990). Num segundo e último momento realizou-se uma intervenção que decorreu ao longo de quatro meses, tendo por base o *Tratamento Cognitivo para a Baixa Autoestima* (Shirk, Burwell & Harter, 2003).

Resultados Terapêuticos

No final da intervenção psicológica, Cláudia apresentou melhorias significativas, patentes na diminuição dos sintomas ansiogénicos inicialmente revelados. A mãe descreveu as novas competências adquiridas e demonstradas pela criança ao lidar com as situações específicas que foram identificadas no início do tratamento. Por exemplo, conseguia separar-se da mãe sem apresentar uma ansiedade excessiva e inadequada para o seu nível de desenvolvimento. Em relação ao aumento da autoestima houve também sucesso terapêutico, registando-se notórias melhorias quer no relacionamento com os colegas de escola (tinha feito várias amizades), quer em relação ao irmão (não demonstrava ciúmes nem fazia tentativas de “chamar a atenção”).

Nas consultas de *follow-up* que foram sendo realizadas mensalmente com Cláudia e com os pais, os resultados apresentados anteriormente mantiveram-se, tendo-lhe sido dado alta passados seis meses pós-intervenção.

CASO 3

Identificação

João (nome fictício) tinha 26 anos de idade, era solteiro e vivia com os pais. Era licenciado em Engenharia Civil e trabalhava numa empresa de construção civil.

Motivo do Pedido

João foi encaminhado pelo seu médico de família para o Serviço de Psicologia Clínica, com a seguinte informação clínica: “...este doente apresenta uma grave sintomatologia ansiosa e agorafóbica. Apesar de, ao longo dos últimos anos ter sido, sucessivamente, medicado com ansiolíticos, não obteve resultados favoráveis. Neste momento, encontra-se medicado com um ansiolítico e um antidepressivo inibidor da recaptção da serotonina e norepinefrina, prescritos por um colega psiquiatra, continuando sem melhorias significativas”.

Na primeira consulta psicológica, João assumiu que precisava de ajuda “para conseguir controlar as crises de pânico” de que sofria há quatro anos. Devido a estes ataques de pânico recorrentes, João sentia “muita ansiedade durante todo o dia” e uma grande insegurança para desempenhar as suas atividades diárias, estando o seu rendimento profissional a diminuir consideravelmente.

Referiu que tinha sintomas de pânico e, também, comportamentos agorafóbicos. Os sintomas de pânico, que mencionou como sendo os mais comuns, incluíam tonturas, palpitações, suores, dificuldades em respirar, desrealização, medo de perder o controlo e medo de morrer. Sofria, também, de ansiedade antecipatória e tinha comportamentos de evitamento agorafóbicos, em situações que tinham despoletado ataques no passado, ou eram parecidos, de alguma maneira, com situações em que já tinha sofrido um ataque. Estas situações incluíam: viajar de carro em autoestradas, andar de elevador e de avião, ir a centros comerciais ou a lugares com muita gente (e.g. restaurantes, cafés, concertos, praia, piscinas) e estar em prédios, entre outras.

João afirmou mesmo que “o meu problema está a ficar cada vez mais sério, porque agora chego a ter vários ataques de pânico por semana. Já não me consigo controlar, deixei de ter poder sobre o meu corpo e a minha mente”.

História do Problema

João teve o seu primeiro ataque de pânico com 22 de anos de idade numa viagem de carro, enquanto se dirigia para a sua primeira entrevista de emprego. Este ataque durou quase meia hora foi, ao que tudo indica, suscitado pela ansiedade que aquela entrevista lhe provocava e incluiu uma série de sintomas somáticos e cognitivos como, por exemplo, falta de ar, palpitações cardíacas, suores, sentimento de perda de controlo e medo de morrer. A partir desse dia, começou a ter sucessivos ataques de pânico, alguns ligeiros outros mais graves, com idas frequentes às consultas de atendimento permanente da CPB ou mesmo ao hospital. Os ataques costumavam durar entre 10 minutos a meia hora e aconteciam mais frequentemente fora de casa, nos mais variados locais e diferentes situações: “já tive ataques em tantos sítios e ocasiões que, hoje em dia, para sair de casa penso sempre duas ou três vezes antes de o fazer...fico sempre com receio de ter o próximo...” (embora tenha referido que em casa também já tinha tido alguns ataques “não muito intensos”).

O ataque de pânico mais recente tinha acontecido há duas semanas atrás, durante uma curta viagem de carro que fazia entre Barcelos-Braga, quando ia inspecionar uma obra. No decorrer desse mesmo ataque teve mesmo que parar o carro na berma da autoestrada, porque

senão “nem sei o que me poderia ter acontecido”. Segundo o próprio, este ataque “foi muito forte...quase que perdia os sentidos...fiquei mesmo com muito medo de estar ali sozinho e morrer”.

História Familiar

João era oriundo de uma família tradicional com estatuto socioeconómico médio. Vivia com os pais na cidade de Barcelos e tinha um irmão com 30 anos de idade que já era casado. Tinha uma grande proximidade com os seus pais e irmão, embora tivesse referido ter assistido, durante “toda a vida”, às frequentes discussões entre os pais, porque “eles tinham e têm feitios incompatíveis”. No entanto, e no que diz respeito ao seu problema atual, afirmou que tanto os pais como o irmão, mantinham uma atitude compreensiva e, ao mesmo tempo, tentavam motivá-lo para o enfrentar, oferecendo-lhe, dentro das suas possibilidades, o seu apoio incondicional.

João namorava há dois anos e descreveu a sua companheira como sendo a pessoa que melhor o conhecia e compreendia: “... é a mulher da minha vida... está sempre lá, nos meus melhores e piores dias... sem ela não sei o que seria de mim”.

História Desenvolvimental e Funcionamento Psicossocial

João nasceu de uma gravidez planeada e de parto normal. Segundo ele, não apresentou dificuldades linguísticas ou motoras durante os primeiros anos de vida.

No que toca à sua história médica, mencionou apenas as doenças típicas que ocorrem na infância e que até ao momento tinha sido sempre saudável, não havendo doenças significativas a registar.

No que respeita ao percurso académico, foi sempre “*bom aluno tanto na primária como na secundária*”, frequentou o Instituto Superior de Engenharia do Porto onde se licenciou em Engenharia Civil e conseguiu um emprego estável na sua área.

Ao nível das relações interpessoais, João referiu ter “*poucos mas bons amigos*”, apesar da sua vida social ter vindo a diminuir, consideravelmente, sobretudo com esses amigos, por medo/vergonha de ter ataques de pânico na presença deles. Todavia, João afirmou conviver como antigamente com o seu núcleo familiar e com a namorada, porque com eles se sentia mais seguro e podia falar, abertamente, dos seus problemas.

História Psiquiátrica

No que diz respeito à história psiquiátrica familiar, há a salientar o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada da mãe (com episódios de ataques de pânico),

formulado há mais de dez anos por um médico psiquiatra, estando, desde então, a tomar ansiolíticos e antidepressivos.

Embora tomasse medicação para os sintomas de pânico desde que começou a ter ataques de pânico (à data estava medicado com *Cloxam* 1 mg, 2 vezes ao dia), João referiu que a eficácia dos mesmos era temporária e os sintomas voltavam, sempre que tentava reduzir a medicação. João salientou o facto de andar sempre com o *Cloxam* na carteira para se sentir mais seguro em qualquer eventualidade, já que acreditava na sua rápida eficácia.

Avaliação Psicológica

Avaliação Formal

A avaliação psicológica decorreu durante as três primeiras consultas psicológicas, sendo realizada com recurso a diferentes instrumentos/métodos, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

(1) Entrevista Clínica baseada na *Entrevista Estruturada para as Perturbações Ansiosas - Revista - ADIS-R* (Di Nardo & Barlow, 1988, traduzido por Baptista & Figueira, 1988): dados mais relevantes já descritos anteriormente;

(2) *Inventário de Ansiedade Estado-Traço* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983, traduzido por McIntyre & McIntyre, 1995): STAI Y-1=70 e STAI Y-2=78);

(3) *Inventário de Depressão de Beck* - BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973): Valor Total=18;

(4) *Inventário de Situações e Respostas de Ansiedade - ISRA* (Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 1986, traduzido por Baptista, Nunes, Mota, Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1998): Pontuação Total Direta = 480 - Percentil 99 (Ansiedade Extrema);

(4) *Inventário de Agorafobia* (Echeburúa & Corral, 1987) - Respostas Fisiológicas mais frequentes perante as situações temidas: palpitações, suores, falta de ar e tremores; Respostas Cognitivas mais frequentes: “vou ter um ataque cardíaco”, “vou morrer”, “não vou ser capaz de voltar para casa por mim mesmo”; Fatores que diminuem a ansiedade: andar com o ansiolítico no bolso e estar sempre em “lugares seguros”;

(5) Auto-registos realizados semanalmente, seguindo o esquema básico situação-pensamento-emoção: foram especialmente úteis para avaliar o tipo de distorções cognitivas que ocorriam nas situações que provocavam mais ansiedade.

Observação comportamental

Durante o processo de avaliação, João mostrou sempre ter uma postura ansiosa mas cooperante. Exibia higiene e aparência cuidada. Manteve sempre contacto ocular, o seu discurso era claro e o seu pensamento apresentava lógica e coerência. A sua memória estava conservada e tinha orientação auto e alopsíquica. Apresentava *insight* acerca do seu problema e da necessidade de obter ajudar terapêutica.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I – (300.21) Perturbação de Pânico com Agorafobia

Eixo II – (V71.09) Sem diagnóstico

Eixo III – Nenhum

Eixo IV – Nenhum

Eixo V – AGF = 50; 60 (nível mais elevado no ano anterior)

Diagnóstico Diferencial

A Perturbação de Pânico com Agorafobia (PPA) distingue-se de outras perturbações de ansiedade nomeadamente da Fobia Específica, Tipo Situacional, uma vez que os ataques de pânico que ocorriam neste caso específico eram inesperados e recorrentes, com subsequente evitamento de determinadas situações avaliadas como potencialmente desencadeadoras de ataques de pânico. A PPA diferencia-se também da Fobia Social porque o João não evitava, apenas, contactos sociais. De facto, como já tinha sofrido ataques de pânico estando sozinho, evitava, também, passar muito tempo só, preferindo refugiar-se junto da família mais próxima e da namorada.

Justificação do Diagnóstico

Os critérios requeridos no DSM-IV-TR para diagnosticar a PPA foram preenchidos. João tinha ataques de pânico inesperados e recorrentes que eram caracterizados por um período discreto de desconforto ou medo intenso durante o qual vários sintomas cognitivos e somáticos se desenvolviam e atingiam o seu pico normalmente em dez minutos (e.g. palpitações, suores, dificuldades em respirar ou sensação de sufoco, tonturas, desrealização, medo de perder o controlo e de morrer) – Critério A1. A estes ataques de pânico seguia-se a sua preocupação persistente com a hipótese de voltar a ter outro ataque de pânico e das suas implicações ou consequências – Critério A2. João também apresentava os critérios para agorafobia (Critério B): A - ansiedade em relação a lugares ou situações em que a fuga fosse difícil ou nos quais não houvesse ajuda disponível no caso de ter um ataque de pânico; B - as situações eram evitadas ou enfrentadas com intenso mal-estar ou ansiedade, ou requeriam a

presença de uma pessoa de confiança; C - a ansiedade ou evitamento fóbico não eram melhor explicados por outra perturbação mental. Os ataques de pânico não eram provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou estado físico geral – Critério C – e os ataques de pânico não eram melhor explicados por outra perturbação mental – Critério D.

Conceptualização de Caso

Os estudos etiológicos da perturbação de pânico enfatizaram a conceptualização biopsicossocial no desenvolvimento da perturbação (Barlow, 2000, Craske, 2003). No seu modelo biopsicossocial, que aprofunda o modelo de Clark, Craske & Barlow (1999; cit. in Rangé & Mussoi, 2007) determinaram, como fator decisivo e desencadeador da perturbação de pânico, uma vulnerabilidade biológica, a qual tornaria o indivíduo mais propenso a ter sensações de ansiedade e/ou a senti-las com mais intensidade. No caso clínico em questão, João apresentava essa vulnerabilidade biológica, visto que a sua mãe tinha sido diagnosticada com uma perturbação de ansiedade e sofrido também vários ataques de pânico. A esta vulnerabilidade biológica associa-se, também, uma vulnerabilidade psicológica, pois face a um período de maior stress aumentaria a probabilidade de experienciar sensações de ansiedade e, conseqüentemente, de ter um ataque de pânico, conforme o ciclo descrito por Clark (1986 cit. in Rangé & Mussoi, 2007). Como referido atrás, o primeiro ataque de pânico de João ocorreu numa viagem de carro, quando se dirigia, num estado de grande ansiedade, para a sua primeira entrevista de emprego, o que despoletou uma série de sintomas cognitivos e psicológicos de pânico.

De acordo com a conceptualização biopsicossocial do pânico, os ataques de pânico de João sucediam-se por causa do “medo do medo” ou do medo das sensações corporais associadas ao pânico que já tinha experienciado aquando do seu primeiro ataque. Esse medo foi reforçado através de um condicionamento interoceptivo (isto é, associação das sensações iniciais de ansiedade com a crise de pânico em si) e de um empolamento de uma sensação física sentida como perigosa ou catastrófica. Adicionalmente, a ansiedade começava a ser associada a contextos específicos nos quais já ocorreram ataques de pânico ou de onde é difícil a fuga, e daí o aumento de comportamentos de evitamento relacionados com estes contextos. Consistentes com esta teoria, os ataques de João pareciam ser despoletados pelo medo que os seus sintomas fossem perigosos (desencadeariam problemas cardíacos) e que ocorressem quando ele estivesse em espaços fechados ou na presença de outras pessoas. Estas crenças irracionais contribuíram para o evitamento de, por exemplo, centros comerciais, restaurantes ou outro qualquer lugar onde pudesse ficar constrangido ou de onde a fuga fosse

difícil. O facto de João acreditar que os sintomas eram perigosos também contribuíram para ele depositar confiança no uso da medicação, por achar que poderia acalmar os sintomas mal a tomasse. Inclusive, não saía de casa sem o seu ansiolítico, pois isso transmitia-lhe mais segurança numa situação de emergência, mesmo que nessa altura já não o estivesse a tomar diariamente. Como João começou a não ter tanta vida social, os pensamentos negativos tornaram-se mais frequentes e catastróficos, reforçando a sua ideia de que os seus sintomas desencadeariam consequências negativas.

Intervenção Psicológica (remete-se para o Anexo IV uma descrição mais detalhada.)

Na intervenção cognitivo-comportamental que decorreu ao longo de doze semanas, com periodicidade semanal, foi utilizado o protocolo terapêutico para a perturbação de pânico baseado em Clark & Salkovskis, 1987 e Craske & Barlow, 1999.

Objetivos Terapêuticos

Os objetivos terapêuticos que se estabeleceram para a intervenção foram: (1) diminuir os seus níveis de ansiedade; (2) eliminar e/ou controlar os ataques de pânico; (3) diminuir a sintomatologia agorafóbica; (4) melhorar o seu estado anímico em geral; e (5) aumentar a sua autoestima, a confiança em si mesmo, a independência e o rendimento profissional.

Resultados Terapêuticos (cf. Anexo IV)

No final da intervenção cognitivo-comportamental foram atingidos os objetivos terapêuticos delineados (e.g. remissão dos ataques de pânico e da sintomatologia agorafóbica). Estes resultados mantiveram-se nas consultas de *follow-up* que foram sendo realizadas periodicamente, tendo a alta definitiva ocorrido passado um ano.

CASO 4

Identificação

Diogo (nome fictício) tinha 8 anos de idade e frequentava o 3º ano do 1º ciclo do Ensino Básico. Vivia com os pais e com os irmãos na cidade de Barcelos.

Motivo do Pedido

Diogo foi encaminhado para o Serviço de Psicologia Clínica da CPB por sugestão da médica de família, pelo facto do seu comportamento estar a afetar o seu rendimento escolar, correndo o risco de não transitar de ano.

Os pais descreviam-no como uma criança feliz, dócil mas muito distraída e com “pilhas a mais”. Em casa Diogo tinha dificuldade em estar parado e queria sempre que

brincassem com ele mas depois, cansava-se facilmente das brincadeiras ou dos jogos: “...não consegue estar a brincar com alguma coisa mais de cinco minutos, farta-se rápido das coisas, fica impaciente e depois claro, chateia-nos a nós o a quem estiver com ele”. Os pais nunca podiam ter uma conversa perto dele pois interrompia-os constantemente fosse qual fosse o teor da mesma. A mãe referiu também que Diogo se esquecia com frequência do material escolar na escola e que não conseguia realizar os seus trabalhos de casa de forma autónoma, requerendo sempre a presença e o apoio dos pais: “não consegue fazê-los sozinho, temos que estar com ele e chamá-lo várias vezes à atenção”. Mesmo assim, cometia erros por distração e os trabalhos nunca chegavam a ficar muito apresentáveis. Segundo os pais, embora o filho nunca demonstrasse ter um comportamento disruptivo, tinha dificuldades em seguir instruções que lhe eram dadas e parecia estar sempre “...no mundo da lua, qualquer coisinha o distrai...até parece que nunca nos ouve à primeira”.

História do Problema

Os problemas de atenção e de hiperatividade foram identificados aquando da entrada para o 1º ano do 1º ciclo. Até então, e mesmo apresentando já sintomas problemáticos, tanto os pais como a educadora de infância achavam que era tudo próprio da idade e que “ele aos poucos iria acalmar...sabe doutora ele sempre foi o engraçadinho da turma, toda a gente gostava dele, tanto os adultos como as crianças e em casa sempre foi o nosso palhacinho... tinha sempre muita piada no que fazia e dizia.”

Na carta enviada pela professora de Diogo podia-se ler: “O Diogo demonstra ter capacidades intelectuais normais para a sua idade. É uma criança muito meiga e simpática com todos os seus colegas e corpo docente e não docente ... Desde o primeiro ano que apresenta problemas de atenção, tem dificuldades em seguir as minhas orientações embora as compreenda e nunca termina os seus trabalhos voluntaria e definitivamente ...o seu rendimento escolar vem a decair consideravelmente... não conseguindo acompanhar o ritmo de aprendizagem do resto da turma”.

Entre outras queixas, a professora salientava que Diogo nunca conseguia estar parado na cadeira, mexendo sempre com as mãos ou com os pés e que, continuamente, se levantava do seu lugar sem qualquer autorização prévia ou motivo aparente. Tinha uma participação desorganizada (“não espera pela sua vez”, excessiva (“estava sempre a falar”) e precipitava-se a responder, antes mesmo das perguntas terem sido concluídas.

História Familiar

Diogo nasceu no seio de uma família de estatuto socioeconómico médio. O seu

agregado familiar era constituído pelos pais e por dois irmãos mais velhos de 11 e 14 anos, respetivamente. Vivia no centro da cidade de Barcelos. O pai de Diogo tinha 41 anos de idade e era advogado e a mãe tinha 39 anos de idade e era professora de Matemática do 2º ciclo. O relacionamento da criança com os seus pais era tido como bom, bem como com os irmãos que, segundo os pais, “...dão-se os três muito bem, às vezes têm as discussões normais entre irmãos, mas não mais que isso.”. Diogo demonstrava grande afeição pelos pais e descrevia a mãe como uma pessoa boa, meiga, alegre e que, “...cuida sempre bem de mim e dos meus irmãos” e o pai “trabalha muito, é divertido e bom pai”. A sua relação com os irmãos era boa e, segundo a mãe, “embora seja o mais novo nunca senti que houvesse realmente ciúmes entre eles, os irmãos gostam muito dele e têm muita paciência com ele por ele ser assim desta maneira.”

História Desenvolvimental e Funcionamento Psicossocial

Na história desenvolvimento e psicossocial de Diogo não constava nada de notável. O seu nascimento e infância foram, segundo os pais, normais, com todos os marcos linguísticos e motores atingidos na altura adequada. Adaptou-se bem quer ao infantário, que frequentou desde os quatro meses de idade, quer à escola que frequentava na altura. Sempre gostou de ir para a escola, relacionava-se bem com os seus colegas e gostava muito da professora que tinha desde o primeiro ano. Devido ao risco iminente de retenção escolar, Diogo estava a ser acompanhado por uma professora do ensino especial, sem no entanto, apresentar melhorias significativas no seu rendimento académico.

História Psiquiátrica

Não foram reunidos dados relevantes no que concerne à história psiquiátrica familiar.

Avaliação Psicológica

Avaliação Formal

Na avaliação que decorreu durante as três primeiras consultas foram utilizados os seguintes materiais:

(1) Entrevista de Avaliação Clínica (realizada com os pais e baseada na *Entrevista Parental*, adaptada de Hanf, 1976), cujos dados relevantes já foram expostos;

(2) *Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes – SCICA* (McConaughy & Achenbach, 1994, versão traduzida e adaptada por Araújo, Gonçalves & Teixeira, 1996): a escala dos *Problemas de Atenção* situou-se num nível clinicamente significativo, com os seguintes itens codificados com 3: 31. “Não se concentra por muito

tempo ou não presta atenção às tarefas, questões ou tópicos.”; 32. “Não consegue estar quieto, hiperativo.”; 33. “Facilmente distraído por estímulos externos.”; 53. “Faltas de atenção.”; 64. “Necessita que repitam as instruções ou questões.”; e 67. “Sai do sítio onde está sentado.”

(3) *Questionário de Comportamento da Criança* - CBCL (Achenbach 1991; Achenbach & Edelbrock, 1983, traduzido por Almeida, 1991), que mostrou níveis clinicamente significativos nas escalas dos *Problemas de Atenção* (e.g. de afirmações assinaladas com 2: “Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo.”; “Não consegue ficar sossegado, é muito ativo ou irrequieto.”; “Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos.”; “É impulsivo, age sem pensar.”; “O seu resultado escolar é fraco.”; e “É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação.”) e no *Comportamento Agressivo* (e.g. de afirmações assinaladas com 2: “É desobediente em casa.”; “É desobediente na escola.”; “Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas.”; “É teimoso, mal humorado ou irritável.”; “Fala demais.”; “É barulhento, fala invulgarmente alto.”)

(4) *Questionário do Comportamento da Criança: Relatório do Professor* – TRF (Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1984, traduzido por Almeida, 1991) que apresentou uma elevação clínica na escala dos *Problemas de Atenção* (respostas assinaladas com 2: “Não chega a acabar as coisas que começa.”; “Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo.”; “Não consegue ficar sossegado, é muito ativo ou irrequieto.”; “Tem gestos de irrequietude ou desassossego.”; “Dificuldades em seguir as instruções.”; “É impulsivo, age sem pensar.”; “É nervoso, muito excitado ou tenso.”; “O seu trabalho escolar é fraco”; “É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação.”; “Trabalho sujo ou confuso.”; e “Desatento, distraído.”)

(5) *Teste do Desenho da Família* (Corman, 2003) que teve os seguintes resultados:

Relativamente à análise ao nível gráfico, as linhas no desenho de Diogo foram traçadas num gesto amplo e forte e ocupavam quase a totalidade da página, o que seria indicador de tendência para a impulsividade e para fazer uso das emoções no momento de reagir, em que o excesso indicaria desequilíbrio.

No que concerne à análise ao nível das estruturas formais, as pessoas desenhadas apresentavam todas as partes que constituem um corpo humano e estiveram presentes a procura dos detalhes, as proporções das diferentes partes entre si, bem como o complemento de vestimentas e ornamentos. Tratou-se de um desenho sensorial onde estavam presentes, para além da família, outros elementos onde se desenrolava a ação. O sensorial indicava interesse pela estimulação emocional, espontaneidade e sensibilidade ao ambiente circundante.

Na análise do conteúdo, verificou-se que a criança integrou no desenho todos os elementos da sua família. A personagem valorizada no desenho foi a figura materna, uma vez que ocupa a posição inicial à esquerda da família e, também, porque foi desenhada em primeiro lugar.

(6) *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – WISC-III* (3ª Edição, Wechsler, 1992, adaptação portuguesa por Simões, Rocha & Ferreira, 2003) com os seguintes resultados:

Ao nível intelectual e cognitivo, o Diogo apresentava o QI Verbal no nível Médio (QI = 91), o QI de Realização no nível Médio Superior (QI = 112) e o QI da Escala Completa no nível Médio (QI = 100). Apresentava os Índices Fatoriais da Compreensão Verbal e da Organização Perceptiva no nível Médio e da Velocidade de Processamento no nível Médio Superior.

Após a análise dos resultados, pode-se concluir que o desempenho geral da criança foi bom, estando os resultados, da maioria dos subtestes, na média esperada para a sua idade. Por sua vez, foi realizada uma comparação intra-individual no que diz respeito ao seu nível de desempenho, tendo sido identificados os pontos fortes e fracos de Diogo. Assim, os resultados dos subtestes que se encontram acima da sua média indicam que prefere abstrações fantásticas, contrastando com tudo aquilo que constitui a maior parte do trabalho escolar. Evidencia, igualmente, capacidade de análise visual e compreensão das relações das partes com o todo, as quais se encontram relacionadas com a organização perceptiva e a aquisição do esquema corporal. Mostra, ainda, interesse pelos demais e pelas situações e relações sociais. Por outro lado, os subtestes em que obteve resultados abaixo da sua média revelam a presença de distração e dificuldades em focalizar a atenção, causadas pela ansiedade que invade os seus processos de pensamento. Manifesta, também, dificuldades escolares, associadas a uma atitude resistente, em temas que podem suscitar ansiedade. Salienta-se, ainda, a presença de impulsividade e de suscetibilidade à fadiga.

Na análise da significância das diferenças entre o resultado de cada subteste e a média de resultados no conjunto de subtestes, encontraram-se diferenças, consideradas estatisticamente significativas a um nível de confiança de .05, apenas no subteste da Aritmética (resultado mais baixo).

Observação comportamental

Diogo demonstrou sempre uma atitude cooperante, com uma postura tranquila e animada. Apresentava uma higiene e aparência cuidadas. Manteve contacto ocular, apresentou

um discurso e pensamento claros, memória conservada e orientação auto e alopsíquica.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I – (314.01) Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Combinado

(V62.3) Problemas Académicos (risco de retenção escolar)

Eixo II – (V71.09) Sem diagnóstico

Eixo III – Nenhum

Eixo IV – Problemas educacionais – mau comportamento escolar

Eixo V – AGF = 50 (no momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial

Os sintomas da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) que Diogo apresenta distinguem-se claramente de certos comportamentos adequados à idade das crianças ativas, tais como correr sem cessar ou atuar ruidosamente. Também se diferencia da Perturbação de Oposição, pois a criança não resistia a executar tarefas escolares que exigissem dedicação pessoal pela sua recusa em aceitar exigências dos outros. A PHDA é distinta da Perturbação da Ansiedade porque nesta perturbação, a história infantil de adaptação escolar geralmente não é caracterizada por comportamento disruptivo ou queixas dos professores relativamente a um comportamento de falta de atenção, hiperativo ou impulsivo.

Justificação do Diagnóstico

De acordo com o DSM-IV-TR, a PHDA foi diagnosticada a Diogo pela presença, há mais de seis meses, de um padrão persistente de falta de atenção e impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade desadaptativa e inconsistente, em relação ao seu nível de desenvolvimento (Critério A). As faltas de atenção manifestavam-se tanto em situações escolares como sociais, como por exemplo: 1. não prestava atenção suficiente aos pormenores e cometia erros por descuido nas tarefas escolares (e.g. “...cometia erros por distração e os trabalhos nunca chegavam a ficar muito apresentáveis.”); 2. experimentava dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades laborais/lúdicas e tinha dificuldade em persistir nas tarefas até finalizá-las (e.g.; “não consegue fazê-los [trabalhos de casa] sozinho, temos que estar com ele e chamá-lo várias vezes à atenção” e “...não consegue estar a brincar com alguma coisa mais de cinco minutos, farta-se rápido das coisas...”); 3. parecia estar quase sempre a pensar noutra coisa, como se não ouvisse quando se lhe dirigiam diretamente (e.g. “...nunca nos ouve à primeira.”); 4. frequentemente não seguia as instruções e não terminava os trabalhos escolares, encargos ou deveres (e.g. “...tem dificuldades em seguir as minhas

orientações embora as compreenda, e nunca termina os seus trabalhos voluntaria e definitivamente...”); 5. perdia, muitas vezes, objetos necessários a tarefas ou atividades (e.g. “...esquecia com frequência do material escolar na escola...”); e 6. distraía-se facilmente com estímulos irrelevantes (e.g. “...qualquer coisinha o distrai...”). A hiperatividade manifestava-se nas seguintes situações: 1. estava sempre inquieto ou a mover-se quando estava sentado (e.g. “nunca conseguia estar parado na cadeira, mexendo sempre com as mãos ou com os pés”); 2. levantava-se constantemente na sala de aula (e.g. “...levantava-se continuamente do seu lugar sem qualquer autorização prévia ou motivo aparente.”); 3. tinha dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio (e.g. “...tinha dificuldade em estar parado e queria sempre que brincassem com ele mas, depois, cansava-se facilmente das brincadeiras ou dos jogos...”); 4. andava ou atuava como se «estivesse ligado a um motor» (e.g. “com pilhas a mais”); 5. precipitava as respostas antes que as perguntas tivessem acabado (e.g. “...precipitava-se a responder, antes mesmo das perguntas terem sido concluídas.”); 6. tinha dificuldade em esperar pela sua vez (e.g. “não espera pela sua vez”); e 7. interrompia e intrometia-se o tempo todo nas conversas dos outros (e.g. “Os pais nunca podiam ter uma conversa perto dele pois interrompia-os constantemente fosse qual fosse o teor da mesma”).

Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção surgiram antes dos 7 anos de idade e estavam presentes tanto no contexto escolar como familiar e causavam défices clinicamente significativos no funcionamento social e académico (Critérios B, C e D). Estes sintomas não eram melhor explicados por outra perturbação mental nem ocorriam durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica (Critério E).

Conceptualização de Caso

De acordo com o Modelo Cognitivo-Comportamental a PHDA tem bases biológicas, mas acredita-se que determinadas variáveis cognitivas e comportamentais afetem o desenvolvimento dos sintomas (Knapp, Bicca, & Grevet, 2010). A caracterização da sintomatologia desta perturbação engloba os prejuízos centrais (neuropsiquiátricos), a capacidade de confronto, os pensamentos automáticos e crenças negativas e disfuncionais e, por último, a evitação. De acordo com este modelo, os sintomas que Diogo apresentava tais como, a distração, a impulsividade, a desorganização ou a dificuldade de acompanhar pensamentos e conversas poderão ter dificultado a aprendizagem ou uso efetivo de estratégias de confronto, que, por sua vez, terão levado a que Diogo, na realização de tarefas, falhasse ou

só as realizasse parcialmente. Este padrão disfuncional era recorrente nas situações que enfrentava diariamente. Como consequência dessas falhas contínuas, Diogo terá desenvolvido crenças negativas acerca de si próprio, o que fez com que surgissem pensamentos automáticos mal-adaptativos, disfuncionais ou negativos (e.g. “não consigo”). Estes pensamentos e crenças negativas provocavam problemas de humor e exacerbavam a evitação, ou seja, ao ser confrontado com problemas, a capacidade de atenção do Diogo diminuía consideravelmente, fazendo com que evitasse enfrentar as tarefas ou os desafios cognitivos até ao fim. A sensação de frustração resultante da incapacidade em concluir ou mesmo concluir adequadamente as tarefas provocava, frequentemente, alterações de humor. Como fatores de manutenção pode assinalar-se a atitude dos pais que desvalorizavam o comportamento imaturo do seu filho, reforçando-o positivamente.

O facto dos problemas de Diogo não interferirem significativamente na interação social, quer com os irmãos, quer com os seus pares, poderá ter contribuído para que os adultos presentes na sua vida tenham percebido e valorizado mais tardiamente os sintomas da perturbação, criando condições para o seu agravamento.

Resumindo, pode-se afirmar que o prejuízo funcional da PHDA advém da dificuldade em utilizar estratégias compensatórias para lidar com as situações que a perturbação gerou ao longo do seu desenvolvimento (alterações neuropsiquiátricas, sentimentos, experiência vicariante, pensamentos e crenças), dificuldade essa que, de algum modo, foi sendo sempre reforçada pelo meio em que Diogo estava inserido. Os problemas com a organização e o planeamento levaram a um padrão de adiamento da realização das tarefas (procrastinação) e a sentimentos de baixa autoeficácia, para além, das dificuldades de conclusão e de realização adequada das mesmas.

Intervenção Psicológica (remete-se para o Anexo V uma descrição mais detalhada.)

A intervenção psicológica realizada decorreu ao longo de seis meses com sessões semanais de 45 minutos.

Objetivos Terapêuticos

Na intervenção psicológica tiveram-se em linha de conta os seguintes objetivos: (1) redução da impulsividade; (2) promoção da capacidade atencional; (3) melhoria da autoeficácia; (4) organização do tempo de estudo; (5) monitorização do comportamento no contexto de sala de aula; e (6) promoção de uma avaliação mais realista relativamente ao seu comportamento e desempenho académicos.

Estratégias Terapêuticas (cf. Anexo V)

A intervenção cognitivo-comportamental foi baseada na *Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (Knapp et al., 2008). Para o efeito, foi utilizado o livro *Terapia Cognitivo-Comportamental no TDAH: Manual do Paciente* (Knapp et al., 2008) e pela psicóloga o livro *Terapia Cognitivo-Comportamental no TDAH: Manual do Terapeuta* (Knapp et al., 2008). Este protocolo de intervenção foi dividido em três blocos. 1. Psicoeducação e Motivação – estruturou-se com o objetivo de promover o conhecimento de Diogo e dos seus pais relativamente à PHDA, para que compreendessem melhor os sintomas e as suas consequências, alterassem possíveis ideias inadequadas e permitisse aos pais expor os seus sentimentos sobre o impacto da PHDA no funcionamento familiar. Ao mesmo tempo, trabalhou-se a motivação da criança em relação ao processo psicoterapêutico, procurando vinculá-lo ao tratamento e à psicóloga. Este primeiro bloco envolveu três sessões com a criança e uma com os pais; 2. Reestruturação Cognitiva e Intervenção Comportamental – que consistiu em sete sessões com a criança e duas com os pais, englobou a familiarização com o modelo cognitivo, bem como a aprendizagem e o desenvolvimento de estratégias para enfrentar os défices cognitivos associados à perturbação. Simultaneamente, monitorizou-se a implementação de técnicas comportamentais nas sessões e em casa. Após a sexta sessão com Diogo, foi realizada a segunda sessão com os pais com o objetivo de rever a implementação do sistema de pontos e apresentar e discutir a técnica de solução de problemas a aplicar em casa. A terceira sessão com os pais foi realizada depois da nona sessão com a criança e teve como objetivo orientá-los na ajuda que dariam ao seu filho no registo de tarefas/compromissos, no planeamento de acontecimentos futuros e, também, na organização de atividades do dia-a-dia. 3. Encerramento, Avaliação e Preparação do Follow-up – foi constituído por duas sessões com a criança e uma sessão com os pais. Os objetivos destas duas últimas sessões incluíram uma revisão da terapia (dúvidas/dificuldades e vantagens e desvantagens em participar na terapia) e uma avaliação dos resultados em relação aos sintomas e à qualidade de vida. Por sua vez, na quarta e última sessão com os pais procedeu-se a uma revisão da terapia, discutindo-se algumas dúvidas e dificuldades em relação aos conteúdos aprendidos, à avaliação dos seus resultados e também, à marcação das sessões de follow-up.

As duas sessões de follow-up, no primeiro e sexto mês pós-terapia, englobaram a revisão dos conceitos aprendidos, a discussão das dúvidas e dificuldades com o seguimento das técnicas aprendidas ao longo do tempo e a avaliação de Diogo em relação aos sintomas e à sua qualidade de vida.

No contexto escolar, procedeu-se à implementação de um programa baseado no *Programa de Autoavaliação e Auto-reforço* (Rhode e cols., 1983) dividido em quatro fases de intervenção. Este programa foi desenvolvido para que a responsabilidade na monitorização do comportamento de Diogo fosse passando, gradualmente, da sua professora para ele próprio. Foi implementada uma tarefa de avaliação diária que envolvia, numa primeira fase, apenas a professora (heteroavaliação), e posteriormente, numa segunda fase, Diogo (autoavaliação), relativamente ao seu comportamento e desempenho escolares. Para cada dimensão foram assinaladas as regras que Diogo deveria cumprir a fim de alcançar a nota máxima (5). No final de cada semana era calculada a média da heteroavaliação e autoavaliação e, caso ambas estivessem próximas, Diogo ganhava pontos que depois trocava por recompensas no final de cada período letivo. De forma gradual, a professora foi deixando de avaliar o comportamento do aluno, para assim promover a manutenção do comportamento e aumentar a independência de Diogo em relação aos procedimentos de autoavaliação e autorreforço.

Resultados Terapêuticos

No final do processo terapêutico verificaram-se alterações positivas no comportamento de Diogo, passando este a cumprir as regras estabelecidas pelos pais. Um ganho importante prende-se com o facto de este ter começado a realizar os trabalhos de casa sozinho, com mais concentração do que era costume e num horário estipulado pela mãe. Ao nível escolar, o seu desempenho escolar e o seu comportamento melhoraram consideravelmente, ao ponto de já conseguir estar sentado durante todo o tempo de aula, realizando os seus trabalhos escolares com mais atenção e dedicação.

Nas consultas de *follow-up* os resultados acima descritos mantiveram-se, tendo a alta sido dada a Diogo passados seis meses pós-terapia.

CASO 5

Identificação

Luísa (nome fictício) tinha 25 anos de idade e era casada há dois anos. Era cabeleireira de profissão e trabalhava num salão de beleza no centro da cidade de Barcelos.

Motivo do Pedido

Luísa foi aconselhada pela sua ginecologista a recorrer ao Serviço de Psicologia Clínica da CPB devido a um possível diagnóstico de Vaginismo: "...nos exames ginecológicos realizados até à data, a doente demonstra sempre uma enorme ansiedade e

medo... observando-se uma contração dos músculos perineais do terço externo da vagina acompanhada de dor, aquando do exame pélvico. Mais se informa que a mesma situação também está presente, desde o início do funcionamento sexual, impedindo a prática de relações sexuais.” Na primeira consulta Luísa revelou ter consciência de que tinha uma disfunção sexual que afetava, de forma muito significativa, a sua relação conjugal “...o meu casamento está por um fio.”, tendo relatado sérios problemas de comunicação entre o casal, uma considerável diminuição das manifestações afetivas entre eles e uma insatisfação constante. Esta disfunção sexual também fazia com que se sentisse frequentemente ansiosa e deprimida e “culpada pela situação... sinto-me cada vez mais menos mulher e quando olho ao espelho não gosto do que vejo.”

História do Problema

Luisa estava casada há dois anos, tendo namorado durante dois anos antes de contrair matrimónio. Durante o período de namoro optou por não iniciar a sua atividade sexual tendo a sua primeira experiência sexual acontecido na noite de núpcias: “casei virgem por opção e o meu marido aceitou sempre bem a minha decisão”. A sua primeira relação sexual com penetração foi descrita como “muito desagradável... não foi nada daquilo que eu estava à espera... estava muito nervosa e comecei logo a chorar.” Nesta sua primeira vez ocorreram pensamentos antecipatórios de dor que se confirmaram, fazendo com que a penetração sexual ocorresse de forma “muito dolorosa”. Ao longo desses dois anos, manteve relações sexuais com penetração que, na sua maioria, eram insatisfatórias por causa da presença de dor. As situações em que não tinha dor, mesmo sendo muito esporádicas, aconteciam muitas das vezes durante o período de verão, quando iam de férias para o Algarve: “nessas alturas, achava que já tinha conseguido ultrapassar o meu problema, mas depois de voltar à rotina ficava tudo como estava antes...”. Sempre que podia, Luísa evitava as relações sexuais, desculpando-se sempre ao marido com algum problema ou situação (e.g. dores de cabeça, cansaço, menstruação, etc.), fazendo com que a frequência das mesmas começasse a diminuir consideravelmente. Descreveu o seu casamento como “...muito instável...” e referiu que passavam períodos em que não mantinham relações sexuais com penetração. Quando tinham relações sexuais com penetração e lhe aparecia, inesperadamente, a resposta de dor, sentia-se impotente porque não conseguir prever quando lhe iria doer nem quando iniciava a dor.

O seu padrão de interação sexual era sempre baseado “...no medo de dizer que não...”, “...a ter relações sem vontade nenhuma para o fazer...” e “...muitas vezes a ter que fingir que estava a gostar para o meu marido ficar contente.”. Muitas vezes ocorriam

discussões entre o casal, porque o marido se queixava de ela “...nunca tomar a iniciativa...” e “...nunca estava disposta a ter relações.”, o que aumentava mais os seus sentimentos de culpa.

História Familiar

Luísa nasceu no seio de uma família de meio rural de estatuto socioeconómico baixo, numa freguesia do concelho de Barcelos. Os seus pais (a mãe tinha 55 anos e o pai 59 anos de idade) eram agricultores e, de acordo com a própria, sempre “se esforçaram para que nunca nos faltasse comida na mesa”. A relação mantida com os pais foi descrita como sendo “normal para aquela altura”, sem grandes manifestações de afeto e carinho por parte dos progenitores. A mãe era muito religiosa e sempre se esforçou para que os filhos tivessem uma educação baseada “nos bons costumes e na religião cristã...havia assuntos tabu lá em casa... por exemplo para a minha mãe sexo com prazer eram coisas que não existiam”, visto que para ela era apenas “um trabalho a fazer sempre que o marido quisesse”.

A utente tinha um irmão e uma irmã de 29 e 17 anos respetivamente, com quem sempre se deu “bem”, embora fosse mais próxima da irmã mais nova: “fui eu que sempre cuidei dela desde pequena...enquanto os meus pais iam para o campo era eu que cuidava da casa e da minha irmã.”

História Desenvolvimental e Funcionamento Psicossocial

Luísa nasceu de parto normal que decorreu sem complicações. Os seus primeiros anos de vida foram marcados apenas pelas doenças próprias da idade. Nunca evidenciou dificuldades linguísticas nem motoras. Até ao momento tinha sido sempre saudável, não havendo registo de doenças significativas.

Relativamente ao seu percurso académico, Luísa referiu ter sido uma aluna com algumas dificuldades, embora com relativo sucesso académico. Concluiu os seus estudos no 9º ano de escolaridade, pois pretendia ingressar no mercado de trabalho de forma a tornar-se financeiramente independente dos seus pais.

Luísa reconhecia ter sido uma “rapariga alegre e extrovertida...sempre pronta para a galhofa” mas, ao mesmo tempo, “muito responsável e trabalhadora”. Conseguia facilmente fazer amizades, muitas delas mantidas até à data.

No que se refere a relacionamentos afetivos, apenas teve a que mantém até hoje.

História Psiquiátrica

Na história psiquiátrica familiar não consta nada de relevante.

Avaliação Psicológica

Avaliação Formal

A avaliação psicológica aconteceu ao longo das três primeiras consultas, realizando-se com base nos seguintes instrumentos/métodos:

(1) Entrevista Clínica baseada na *Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais – Versão Portuguesa* (traduzida e adaptada por Nobre, Carvalheira, & Fonseca, 2003; Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992) – cada um dos membros do casal foi submetido a uma entrevista individual na qual se investigou, com recurso a uma anamnese sexual, acontecimentos de vida de cada um deles que, de algum modo, fossem relevantes para a compreensão dos fatores envolvidos na génese e manutenção dos problemas detetados (cf. na conceptualização de caso). Também se avaliou a motivação de cada um para a terapia a ter início posteriormente. Foi também realizada uma avaliação conjunta, em que se observou o padrão de comunicação entre o casal e as suas diferenças quanto às queixas e expectativas que tinham em relação à terapia bem como, o grau de envolvimento de cada um no casamento.

(2) *Índice de Funcionamento Sexual Feminino - FSFI* (Rosen et al., 2000; tradução e adaptação para a população portuguesa por Nobre, 2001): Valor Total= 13 (que traduz a disfunção sexual) com resultados clinicamente significativos que indicavam maiores dificuldades nos domínios *Dor Sexual, Satisfação e Orgasmo*. Importa salientar que no item que avaliava o *Vaginismo* a utente teve a pontuação máxima.

(3) *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais – QCSD* (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003) com pontuações significativas nas dimensões *Conservadorismo Sexual, Desejo sexual, Crenças relacionadas com a Imagem Corporal*;

(4) *Questionário de Ativação de Esquemas Cognitivos em Contexto Sexual – Versão Feminina – QAEECS* (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006) com valores significativos nas dimensões *Incompetência e Auto-Depreciação*;

(5) *Escala de Auto-Eschema Sexual – SSS* (Anderson & Cyranowski, 1994; tradução e adaptação de Nobre, 2001) com o fator *Embaraçada-Conservadora*, que constitui a dimensão negativa, a ter maior pontuação;

(6) *Inventário de Depressão de Beck – BDI* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973): Valor Total=18.

Observação comportamental

No decorrer de todo o processo avaliativo e interventivo, Luísa manteve uma atitude cooperante, com contacto ocular, humor eufímico e discurso e pensamento claros. A sua

memória estava conservada e tinha uma orientação auto e alopsíquica. Apresentou-se sempre com uma aparência asseada e muito bem cuidada.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I – (306.51) Vaginismo (Subtipos: 1. ao Longo da vida; 2. Situacional; e 3. devido a Fatores Psicológicos)

Eixo II – (V71.09) Sem diagnóstico

Eixo III – Nenhum

Eixo IV – Problemas com o grupo de apoio primário (desavenças conjugais)

Eixo V – AGF = 65 (no momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial

O Vaginismo diferencia-se da Dispareunia uma vez que esta consiste em dor genital associada à atividade sexual e não é causada, exclusivamente, por vaginismo.

Justificação do Diagnóstico

O diagnóstico de Vaginismo aplicou-se neste caso, porque estiveram reunidos todos os critérios exigidos no DSM-IV-TR: contração involuntária recorrente ou persistente dos músculos perineais que envolvia o terço externo da vagina quando se tentava a penetração vaginal com o pênis, dedo ou espéculo (Critério A); a perturbação provocava mal-estar e dificuldades interpessoais (Critério B); não era melhor explicada por outra perturbação do Eixo I e não se devia exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (Critério C).

Conceptualização de Caso

De acordo com vários modelos explicativos do vaginismo, existem vários fatores predisponentes que atuam como variáveis de vulnerabilidade para o seu desenvolvimento (Hawton, 1985, cit. in Knapp, 2004). Neste caso em concreto salientam-se os seguintes: 1. ausência de conhecimentos acerca do órgão sexual feminino e expectativas irrealistas quanto à sexualidade; 2. educação materna limitativa que, ao apelar à moral e à religião, incutia uma forte rejeição à sexualidade e desconfiança pelo sexo masculino e desaprovava o comportamento sexual precoce; 3. mitos e crenças sexuais falsas; 4. pouca ou nenhuma experiência sexual; 5. baixa autoestima e autoconceito.

Como fator precipitante apontamos a primeira experiência sexual com penetração da utente que, de acordo com a mesma, foi traumática. Como resultado, Luísa desenvolveu pensamentos antecipatórios de fracasso e de dor associados à penetração. Consequentemente, começou a sentir ansiedade antecipatória que, juntamente com uma insuficiente estimulação

(antes do início da penetração) deu lugar a uma resposta de tensão muscular nos membros inferiores, que provocava uma contração dos músculos do terço externo da vagina. Existiu, por isso, uma resposta de dor aquando da primeira penetração, que, por sua vez, veio confirmar os seus pensamentos antecipatórios. Este condicionamento ou associação da atividade sexual à dor produziu-se, de forma intensa, no seu primeiro ato sexual. Esta associação predisponha Luísa a evitar o envolvimento sexual devido ao medo da penetração e da dor. Ao reconhecer as relações sexuais como stressantes, Luísa criou várias expectativas relacionadas com o seu desempenho. Estas expectativas eram alicerçadas na avaliação de tipo “tudo ou nada” relativamente ao seu desempenho sexual, originando o aparecimento da ativação somática antecipatória. Por isso, todos os estímulos associados à atividade sexual (e.g. gestos carinhosos do marido, hora de ir para a cama, pedido do marido para terem relações sexuais, etc.) levavam, simultaneamente, a um aumento da ativação, da ansiedade de rendimento e de uma previsão de fracasso (fatores de manutenção). As respostas comportamentais, fisiológicas e cognitivas mais comuns da utente eram: comunicava verbalmente a dor que aparecia “sem aviso prévio”, afastava brusca e repentinamente o seu marido e isolava-se; sentia tensão muscular e contração dos músculos do terço externo da vagina; encontrava-se sempre hipervigilante, apresentava uma elevada auto-observação e focalização da atenção na dor.

Quando interrompia a relação sexual, Luísa sentia imediatamente um alívio do seu mal-estar, constituindo, assim, um reforço do comportamento-problema. Este padrão comportamental originou uma resposta de evitamento da relação sexual e teve, a curto e a longo prazo, as seguintes consequências: sentimentos de culpa, de responsabilidade e de impotência; aumento da pressão para ser bem-sucedida; diminuição do desejo sexual; aumento da ansiedade antecipatória, discussões entre o casal e deterioração da comunicação. Por seu lado, estas consequências favoreciam o desenvolvimento e a manutenção das expectativas de êxito sempre que ocorriam situações de cariz sexual.

Intervenção Psicológica (remete-se para o Anexo VI uma descrição mais detalhada.)

A intervenção psicológica realizou-se com uma periodicidade semanal durante um ano, com sessões de uma hora de duração.

Objetivos Terapêuticos

Os objetivos principais da intervenção psicológica foram no sentido de assegurar: 1. diminuição das respostas ansiogénicas associadas ao ato sexual; 2. eliminação das contrações musculares que impediam a entrada na vagina; e 3. participação ativa do marido da utente na

intervenção.

Estratégias Terapêuticas

A intervenção psicológica baseou-se no *Tratamento Cognitivo-Comportamental das Disfunções Sexuais aplicado ao Vaginismo* (Crespo & Fernández-Velasco, 2003), conforme descrito no Anexo VI.

Resultados Terapêuticos

No final do processo terapêutico foram alcançados os objetivos inicialmente propostos: melhor conhecimento do corpo e mais informação sexual, controlo dos músculos vaginais e consequente penetração sem dor, ausência de ansiedade que levava à evitação e melhor comunicação/relacionamento entre o casal.

Importante ainda referir que nas consultas de seguimento os resultados se mantiveram.

CASO 6

Enquadramento

O caso que será de seguida apresentado é relativo a uma *intervenção em crise* motivado pelo luto relacionado com a morte repentina de um filho único menor. Recorreu-se à terapia cognitivo-comportamental breve, visando o alívio dos sintomas clínicos e o restabelecimento do seu normal funcionamento psicossocial.

Identificação

Carla (nome fictício) tinha 27 anos de idade e era casada há três anos. Trabalhava como comercial numa empresa de material de construção pertencente à sua família, sediada numa freguesia do concelho de Barcelos.

Motivo do Pedido

Carla apresentou-se à consulta de psicologia acompanhada pelo seu marido. Há 15 dias atrás tinha perdido a sua única filha de 5 anos de idade, atropelada por um trator que estaria a fazer marcha atrás num dos armazéns da empresa do pai de Carla. Desde o dia do trágico acidente, Carla nunca mais tinha saído de casa e passava a maior parte dos dias no quarto da filha a olhar para os seus brinquedos e a “...cheirar as suas roupas”. Reportou, ainda, distanciamento dos familiares e amigos, sendo o marido a única pessoa com a qual se conseguia relacionar, pois, segundo a própria, “...só ele é que consegue entender a minha dor e o meu sofrimento...”. Mencionou que não conseguia comer nem dormir e que mesmo

quando adormecia acordava várias vezes, angustiada e a chorar, porque sonhava sempre com a filha. Relatou, também, sintomas físicos tais como, “fortes dores de cabeça e de estômago”, “aperto no peito e falta de ar”, “nó na garganta”, “tonturas e náuseas” que, de acordo com o seu médico de família, não teriam problemas de base orgânica que os justificasse. Definiu-se como uma pessoa que sempre foi “alegre, feliz e otimista” mas que agora não encontrava “...nenhuma razão nem vontade para viver...sinto-me perdida e só me apetece morrer para ir ter com a minha filhinha.”

Avaliação Psicológica

Avaliação Formal

Entendeu-se, devido ao carácter de intervenção urgente presente neste caso, não se utilizar nenhum instrumento de avaliação. Optou-se apenas pela realização de uma entrevista semiestruturada a partir da qual se extraíram os dados mais importantes anteriormente relatados.

Observação comportamental

Na primeira consulta, Carla apresentava-se vestida de preto, com uma aparência algo desleixada e uma postura (ombros descaídos e mãos contraídas) que indiciava desolamento e dor. Evitava todo o contato ocular e falava devagar em voz muito baixa, constantemente intercalada por soluços, sempre que referia o nome da filha. A sua expressão facial revelava um humor deprimido. A sua memória estava conservada e tinha orientação auto e alopsíquica.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I – (V62.82) Luto

Eixo II – (V71.09) Sem diagnóstico

Eixo III – Nenhum

Eixo IV – Problemas com o grupo de apoio primário (morte de um filho)

Eixo V – AGF = 25 (antes da intervenção psicológica)

Conceptualização de caso

Segundo Kovács (1992) “a morte ocorrida de uma forma repentina e brusca tem uma potencialidade de paralisação, desorganização, impotência, desesperança e desamparo.”. Neste caso em concreto além de repentina, a morte refere-se a um filho único sendo, por este motivo, uma perda particularmente desestruturante. De acordo com Parkes (1998), a “morte repentina, inesperada e precoce” de um filho deixa adivinhar um processo de luto patológico, com manifestações de sintomas físicos e psicológicos que propiciam, em grande escala,

negação e contenção da dor pela perda. O mesmo autor afirma que “as pessoas que perdem um ente querido repentinamente choram mais, sentem-se entorpecidas e têm mais saudades que as outras pessoas”. Sentem-se incapazes e, porque são pressionadas pela sociedade para se controlarem e não manifestarem as suas tristezas, tornam-se solitários, fragilizados e deprimidos.

Elizabeth Kübler-Ross (2005) propôs cinco estágios para a efetivação do luto: 1º. *negação e o isolamento*; 2º. *raiva*; 3º. *negociação* e 4º. e último *aceitação*. Carla encontrava-se ainda no primeiro estágio, uma vez que a negação e o isolamento ajudavam, de certo modo, a fugir à realidade cruel (e.g. recusava-se a alterar o quarto da filha, guardar as suas roupas e brinquedos e não saía de casa desde o incidente.)

Perante tudo o que foi referido, tornava-se imperativo, nesta situação de luto repentino, uma intervenção cognitivo-comportamental para ajudar Carla a aceitar a perda da sua única filha.

Intervenção Psicológica (remete-se para o Anexo VII uma descrição mais detalhada.)

Realizaram-se 12 sessões semanais com uma hora de duração, ao longo de três meses.

Objetivos Terapêuticos

O objetivo terapêutico principal consistiu em dotar Carla de competências, quer cognitivas quer comportamentais, para que conseguisse reestruturar a sua vida familiar e social.

Estratégias Terapêuticas (cf. Anexo VII)

A intervenção cognitivo-comportamental baseou-se num protocolo padronizado desenvolvido para casos de luto (Silva, 2009). Este protocolo, dividido em três partes (cada uma delas com duração de um mês), teve como objetivos a psicoeducação da Carla relativamente ao tema luto, a diminuição da sintomatologia característica do luto e a readaptação da utente à sua vida profissional e social.

Resultados Terapêuticos

No término da intervenção, tanto a ansiedade como a depressão manifestadas pela Carla tiveram uma redução bastante significativa. Foi também observada a diminuição da desesperança para níveis considerados normais para o caso em concreto. Verificaram-se, igualmente, ganhos ao nível da atenção/concentração. Aquando da alta, Carla já se encontrava a trabalhar novamente e tinha retomado o contacto com os seus familiares e amigos.

4. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO “ NÃO AO BURNOUT!”

Fundamentação Teórica

“Apercebi-me, ao longo do meu exercício diário, que, por vezes, as pessoas são vítimas de incêndio, tal como os edifícios. Sujeitas ao efeito da tensão produzida pelo nosso mundo complexo, os seus recursos internos consomem-se, como sob ação das chamas, não deixando senão um imenso vazio, ainda que o invólucro exterior pareça mais ou menos intacto.”

Freudenberger (p. 13,1980)

O *burnout* traduz uma reação inadequada ao *stress* emocional crónico que sentem muitos dos chamados “profissionais de ajuda” devido, designadamente, à falta de condições de trabalho. Trata-se de um “síndrome de cansaço físico e emocional que leva a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso.” (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996, p. 4). É considerado uma síndrome multidimensional constituída por três dimensões. A primeira reporta-se à *exaustão emocional* e refere-se “...à sensação de esgotamento, tanto físico como mental, ao sentimento de não dispor de energia para absolutamente nada. De ter chegado ao limite das possibilidades.” (Benevides-Pereira, 2002, p. 35). Pode ter manifestações físicas e psíquicas (Silva, 2000) e é considerada a componente principal do burnout. A segunda dimensão diz respeito à *despersonalização* e tem como efeito a adoção de atitudes negativas para com as pessoas a quem se destina o seu trabalho (Gil-Monte, 2002), manifestando, simultaneamente, uma enorme insensibilidade emocional relativamente às consequências da sua atitude. A terceira, e última, consiste na *falta de realização profissional* caracterizada por uma tendência de se autoavaliar de forma negativa. Segundo Benevides-Pereira, “evidencia um sentimento de insatisfação com as atividades laborais que realiza, um sentimento de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional, desmotivação, revelando baixa eficiência no trabalho” (Benevides-Pereira, 2002, p.35).

A síndrome de burnout tem vindo a despertar o interesse de vários organismos, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde, da Organização Mundial do Trabalho, entre outras, devido às suas consequências na vida pessoal, familiar e organizacional dos indivíduos e ao despontar de comportamentos desajustados, tais como, o consumo de drogas ilícitas e álcool. Para além destes comportamentos podem, também, surgir conflitos laborais e perturbações depressivas ou ansiosas. O processo de burnout pode ser desencadeado por qualquer tipo de atividade, embora algumas profissões sejam mais afetadas como, por exemplo, as que envolvem contacto pessoal e emocional, sendo a sua maior incidência nos

profissionais que trabalham na área das ciências humanas, mais especificamente em enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e professores. No caso concreto dos professores, o burnout configura-se como um processo de exaustão física e psicológica dos docentes, que interfere, quer na sua própria qualidade de vida, quer na sua atividade profissional (aulas e relacionamento com alunos e pares), levando-os, muitas vezes, ao absentismo ou ao abandono da profissão (Capel, 1987; Huberman & Vandenberghe, 1999; Kyriacou, 1987; Pierce & Molloy, 1990; Schwab, Jackson, & Schuler, 1986; Schwab, 1995; cit. por Pinto, Silva, & Lima, 2003).

Diversos autores têm-se preocupado em identificar os fatores desencadeadores do burnout nos professores, que se pensam serem uma combinação de fatores individuais, organizacionais e sociais que, ao interagir entre si, produzem uma percepção de baixa valorização profissional, tendo como resultado o burnout. Maslach e Leiter (1997) propuseram que a sua origem estaria na existência de um desajustamento entre as necessidades individuais e as exigências profissionais que se manifestaria em seis áreas distintas atuando conjuntamente: excesso de trabalho, falta de controlo, recompensas insuficientes, ausência de camaradagem, falta de justiça e conflito de valores.

Relativamente aos fatores individuais, os estudos não têm sido muito reveladores, uma vez que se encontraram relações pouco significativas ou até contraditórias entre variáveis relacionadas com o indivíduo e o aparecimento do burnout. No entanto, consideram-se relevantes variáveis como a motivação, a idade, o género, estado civil, grau de instrução, experiência profissional e personalidade. No que concerne aos sintomas em situação de burnout que o docente manifesta, estes são causados pela sua dificuldade em fazer face às exigências implícitas na sua profissão que excedem a sua capacidade de resposta. Relativamente aos sintomas físicos destacam-se a fadiga, as dores de cabeça e as insónias; quanto aos sintomas comportamentais salientam-se a perda de entusiasmo, os atrasos no trabalho, a frustração e raiva. Quanto aos sintomas psicológicos estão descritos a depressão, a diminuição da autoestima e o pessimismo. Por fim, no que se refere aos sintomas clínicos realçam-se o cinismo, a hostilidade face aos alunos com comportamentos agressivos como gritar e falar alto com os mesmos. Estes sintomas resultam de um processo denominado “síndrome da adaptação geral” (Selye, 1956, cit. por Jesus, 2002) que apresenta três fases: 1. *reação de alarme* (as exigências profissionais excedem os recursos adaptativos do professor provocando stress); 2. *fase de resistência* (o professor tenta corresponder a essas exigências, aumentando o seu esforço); 3. *fase de esgotamento* (aparecimentos dos sintomas que caracterizam o mal-estar propriamente dito).

Concluindo, o burnout surge, quando o professor sente que não é capaz de planificar e diversificar estratégias para as suas aulas, de forma a que os alunos atinjam os objetivos propostos e se possa sentir competente e realizado profissionalmente (Codo & Vasques-Menezes, 2000). Caso a sua vida familiar e social não for boa, esta situação só tende a piorar.

Em Portugal, os estudos realizados tiveram resultados que são indicadores preocupantes do mal-estar profissional dos professores portugueses (e.g., Pinto, Silva & Lima, 2003; Gomes, Silva, Mourisco, Silva, Mota & Montenegro, 2006).

Tendo em consideração este importante problema social, propusemo-nos realizar uma ação de prevenção do burnout nos profissionais da docência. Descrevem-se de seguida, as principais características do programa de intervenção em grupo dirigida a um grupo de professores dos 2.º e 3.º Ciclos.

Caraterização do Programa de Intervenção

Descrição Genérica

O programa “Não ao Burnout!” consistiu numa intervenção psicossocial para a prevenção do burnout na classe docente. Os seus conteúdos programáticos foram organizados após uma detalhada pesquisa bibliográfica e revisão exaustiva de todos os programas validados cientificamente. Optou-se por uma adaptação do Programa I.R.I.S. (Sánchez, 2005) para ir de encontro às reais necessidades e interesses dos destinatários.

A estrutura programática da intervenção encontrava-se dividida nos seguintes módulos com as seguintes temáticas: I) *Burnout - a síndrome da exaustão*; II) *Prevenção e Controlo do Stress*; III); *Técnicas Cognitivas e Comportamentais – teoria e prática* e IV) *Treino de Competências Sociais*. Estes temas foram distribuídos ao longo de 10 sessões que tiveram uma periodicidade bissemanal e duração de 2h30m, em horário pós-laboral, das 21.00 às 23.30. Embora com objetivos, materiais e procedimentos específicos, todas as sessões seguiram o seguinte plano: 1º) revisão das tarefas inter-sessões; 2º) introdução ao tema; 3º) identificação das dificuldades dos professores relativamente ao tema; 4º) promoção da aprendizagem e domínio das estratégias apresentadas na sessão; 5º) reflexão sobre conteúdos abordados na sessão; 5º) avaliação da sessão através do feedback dado pelos professores; 6º) definição das tarefas inter-sessões.

Importa ainda referir, que na primeira sessão se procedeu à apresentação do programa e à avaliação pré-teste e que na sessão de encerramento, para além de uma reflexão final, procedeu-se à divulgação dos resultados obtidos no pré e pós-teste. No Anexo IX, segue uma descrição das sessões do programa de intervenção “Não ao Burnout!”.

Grupo-alvo

O programa desenvolvido foi dirigido a um grupo de 10 professores de uma Escola Básica do 2.º e 3.º Ciclos do concelho de Barcelos. As características sociodemográficas desta população-alvo são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra (N=10)

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	10		47.2	2.78
Anos de Serviço	10		26.1	3.18
Estado Civil				
Casado/Vive maritalmente	7	70		
Solteiro/Divorciado	3	30		
Género				
Masculino	2	20		
Feminino	8	80		
Área Disciplinar				
Português	1	10		
Inglês	1	10		
Ciências Naturais	1	10		
História	1	10		
Matemática	3	30		
Língua Portuguesa	3	30		

Pode-se verificar pela análise da Tabela 1, que os participantes tinham idades compreendidas entre os 44 e os 52 anos, sendo que a média etária era aproximadamente de 47 anos. Ainda de acordo com a análise da tabela 1, a média de anos de serviço da amostra era de aproximadamente 26 anos, sendo o mínimo de 22 anos e o máximo de 30 anos de serviço. A tabela também permitiu concluir que na sua grande maioria, os professores que pertenciam à nossa amostra lecionavam as disciplinas de Matemática (3) e de Língua Portuguesa (3).

Objetivos Gerais e Específicos

Os objetivos gerais deste programa foram os seguintes: habilitar os professores de capacidades técnicas de identificação da sintomatologia; desenvolver e potenciar recursos e estratégias de confronto para o controlo do stress crónico, melhorar as atitudes interpessoais e dotar os professores de competências relacionais e sociais necessárias para um melhor desempenho. No Anexo VIII, apresenta-se a descrição dos objetivos específicos para cada um dos módulos que constituíram o programa de intervenção “Não ao Burnout!”.

Metodologia

Ao longo da intervenção em grupo salienta-se a utilização de inúmeras estratégias

cognitivo-comportamentais, entre as elas: 1. dinâmicas de grupo; role-playing¹; brainstorming²; técnicas de relaxamento³ e recurso a questionários de autodiagnóstico para reflexão individual.

Para favorecer uma maior transferência de competências aprendidas, bem como, a reflexão mais aprofundada dos conteúdos abordados, foram propostas atividades entre sessões.

Avaliação do programa

De modo a avaliar fidedignamente a eficácia do programa de intervenção, realizou-se um pré e pós-teste a partir do preenchimento do *Inventário de Burnout de Maslach – Versão para Professores* (IMB-VP, Maslach, Jackson & Schwab, 1996; adaptação de Gomes et al., 2006).

O IBM-VP avalia como o professor vivencia o seu trabalho, de acordo com três dimensões conceptuais: exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização. É um instrumento de auto-registo com 22 itens, formulados em escalas tipo *Likert*, com 7 proposições, cotadas de 0 a 6 (0 – Nunca; 1 - Algumas vezes por Ano; 2 - Uma vez por mês; 3 - Algumas vezes por mês; 4 - Uma vez por semana; 5 - Algumas vezes por semana; e 6 - Todos os dias. O tempo médio de preenchimento deste questionário é de cerca de 10 a 15 minutos.

A subescala de exaustão emocional consiste em 9 itens (questões 1,2,3,6,8,13,14 e 20) e pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho. Uma pontuação elevada nesta subescala indica que o indivíduo está a suportar uma tensão para além dos seus limites.

A subescala de despersonalização é composta por 5 itens (questões 5,10,11,15 e 21) e pretende medir respostas frias, impessoais ou mesmo negativas dirigidas àqueles a quem se prestam serviços. Uma pontuação elevada indica que o sujeito tende a distanciar-se dos outros e a pensar neles como objetos.

A subescala de realização pessoal é formada por 8 itens (questões 4,7,9,12,17,18,19 e 22) e é usada para avaliar sentimentos de competência e bem-estar relativamente ao trabalho. Uma pontuação elevada nesta subescala indica que o indivíduo considera que vale a pena executar o seu trabalho e que o está a realizar de uma forma digna.

No Gráfico 1 apresentam-se os resultados da avaliação pré e pós-teste do programa de

^{1 2 3} As técnicas aqui mencionadas foram anteriormente abordadas em capítulo próprio.

intervenção em grupo.

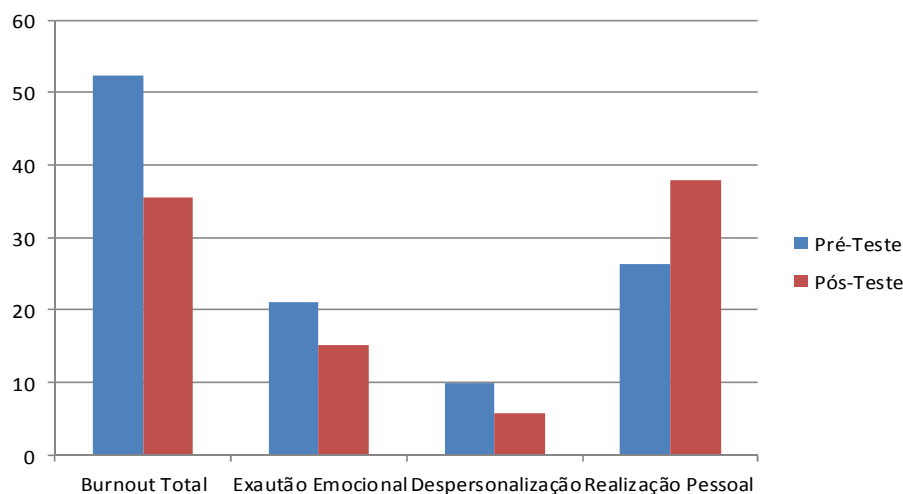


Gráfico 1. Avaliação pré e pós-teste do Burnout total e das dimensões do IBM

A partir dos resultados acima apresentados, podemos afirmar que houve uma redução muito significativa dos níveis de burnout total. A avaliação pré-teste indicava níveis intermédios de exatão emocional, despersonalização e níveis baixos de realização pessoal. Após a realização da intervenção, os níveis de exatão emocional e da despersonalização apresentaram níveis baixos e a realização pessoal subiu para níveis considerados intermédios.

Reflexão e Limitações

No final desta intervenção cognitivo-comportamental em grupo, pudemos concluir que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, uma vez que se verificou uma redução bastante significativa dos níveis de burnout nos professores que participaram do programa. As estratégias/técnicas utilizadas foram consideradas eficazes para a diminuição do sentimento de esgotamento físico e mental dos professores, dos seus afetos e atitudes negativas para com os alunos, o que fez com que os professores começassem a valorizar mais a sua profissão e percebessem como esta satisfaz as suas necessidades de realização profissional. Concluindo, os professores desenvolveram novos recursos e estratégias de *coping* para lidar com o stress ocupacional e adquiriram novas competências, tanto sociais como relacionais, para um melhor desempenho profissional.

Consideramos que pela sua limitação no tempo (condição exigida pelos docentes), o programa não teve resultados mais expressivos no pós-teste. Além disso, registamos a ausência (pela total indisponibilidade dos docentes) de um *follow-up*, que ajudaria o facilitador do programa e docentes a traçarem um resultado mais avalizado a médio e longo prazo.

5. AÇÃO DE FORMAÇÃO “LUDOTERAPIA CENTRADA NA CRIANÇA”

Fundamentação Teórica

A Ludoterapia é um processo psicoterapêutico dirigido à criança. É a psicoterapia realizada através do lúdico, do brincar e tem como objetivo facilitar a expressão da criança.

É através do brincar que a criança tem maior possibilidade de expressar os seus sentimentos e conflitos e procurar alternativas para lidar com essas dificuldades. A Ludoterapia é baseada no facto de que o jogo é o meio natural de autoexpressão da criança. É uma oportunidade dada à criança de se libertar dos seus sentimentos e problemas através do brincar.

(Axline, 1982, p. 9)

A Ludoterapia Centrada na Criança utiliza o brinquedo como meio facilitador para a criança expressar os seus sentimentos de medo, insegurança, agressividade, ansiedade, espanto ou confusão. Por ser não-diretiva este tipo de terapia ajuda a criança a revelar os seus sentimentos de uma maneira natural, espontânea e não coerciva (Axline, 1982). Através do brinquedo, a criança exprime sentimentos, tem a perceção e aprende a controlá-los ou mesmo esquecer-los. Ao atingir uma certa estabilidade emocional, “percebe a sua capacidade para se autorrealizar como pessoa, pensar por si mesma, tomar as suas próprias decisões, tornar-se psicologicamente mais madura e assim sendo, tornar-se pessoa.” (Axline, 1982, pg. 28)

A premissa central desta terapia está relacionada com a capacidade da criança para o crescimento e para o auto-direcionamento. Esta é vista como um momento que pertence à criança em que o psicólogo não está lá para dirigir o processo, mas sim para o acompanhar e compreender (Dorfman, 1992).

Objetivos Geral e Específicos

A ação de formação pretendeu capacitar os formandos a intervirem usando a Ludoterapia no processo terapêutico com crianças. Os objetivos específicos foram os seguintes: 1) identificar as funções do brincar; 2) descrever o brincar simbólico; 3) reconhecer que as crianças comunicam através do brincar; 4) explicar a importância do brincar no processo terapêutico; 5) apresentar as quatro fases evolutivas da Ludoterapia; 6) enumerar algumas características da Ludoterapia Psicanalítica; 7) caracterizar a Ludoterapia Livre; 8) citar alguns dos aspetos mais importantes da Ludoterapia Relacional; 9) enumerar os resultados da Intervenção Ludoterapêutica; 10) definir Ludoterapia Centrada na Criança (não-diretiva); 11) identificar as condições terapêuticas facilitadoras do crescimento; 12) definir os

princípios básicos da Ludoterapia Centrada na Criança; 13) apresentar os objetivos da Ludoterapia Centrada na Criança; 14) enumerar as regras para um bom relacionamento com crianças; 15) reconhecer a importância da autoaceitação e do autoconhecimento do Ludoterapeuta; 16) indicar as características necessárias para se ser um bom Ludoterapeuta; 17) descrever o papel do Ludoterapeuta; 18) indicar as características da Sala de Ludoterapia; 19) enumerar os brinquedos e materiais apropriados para a Ludoterapia; 20) definir os objetivos e a estruturação da Relação Ludoterapêutica; 21) indicar as dimensões básicas da Relação Ludoterapêutica; 22) identificar as orientações básicas para se estabelecer limites; e 23) descrever os passos e os procedimentos no processo de estabelecer limites.

Descrição da Ação de Formação

A ação de formação “Ludoterapia Centrada na Criança” foi constituída por duas sessões de 8 horas cada, num total de 16 horas. Realizou-se na Clínica de Psicologia de Vila do Conde, nos dias 4 e 11 de maio de 2009 e teve como população alvo licenciados, mestres em psicologia e estudantes a frequentar o último ano de mestrado integrado em psicologia ($N= 10$). Em anexo, seguem os planos das sessões (cf. Anexo X), a apresentação em PowerPoint (cf. Anexo XI) bem como, todo o material de suporte utilizado e fornecido aos formandos (cf. Anexo XII).

Avaliação dos Resultados da Ação de Formação

A avaliação da ação de formação realizou-se mediante um questionário de satisfação que teve como principal objetivo avaliar a satisfação dos formandos (cf. Anexo XIII). Após a análise dos resultados obtidos, chegou-se à conclusão de que a ação foi considerada por todos uma mais-valia, tanto pelos conteúdos abordados e pelas atividades realizadas ao longo da formação, como também pela partilha de experiências que existiu entre os formandos e a formadora.

6. REFLEXÃO FINAL

A tentativa para obter o grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde surgiu no ano de 2012, ano em que fui desafiada por uma ex-colega do curso de Psicologia na Universidade do Minho que ambas tínhamos frequentado.

Abracei o projeto com entusiasmo e estava a ponto de o terminar, quando surgiram motivos da minha vida pessoal que me impediram. Nos últimos dois meses retomei a minha tese e, finalmente, pude concluí-la.

Este relatório refletiu os meus treze anos de experiência de prática clínica na altura, permitindo-me recordar os casos nele descritos. O sofrimento dos que me procuraram, as estratégias terapêuticas adotadas, a satisfação da ajuda e o reconhecimento do êxito obtido. Além disso, este relatório conduziu a uma abordagem mais aprofundada mais atualizada e aprofundada de todos os conhecimentos e experiências necessários à boa prática da psicologia clínica, solidificando a ideia e a crença que um psicólogo clínico será sempre uma peça imprescindível no xadrez das políticas de saúde pública.

Finalizado este relatório, sinto que cresci como pessoa, melhorando a minha capacidade e entusiasmo profissional, o que me permitirá desenvolver a minha atividade clínica com o êxito e a satisfação que desejo.

*“Encontrei o significado da minha vida,
ajudando os outros a encontrarem o sentido das suas vidas”*

Viktor Frankl

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais* (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- Axline, V. M. (1982). *Ludoterapia*. Interlivros. Belo Horizonte.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression. 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Clark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley.
- Clark, D. M. & Salkovskis, P. M. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Oxford: Autor.
- Codo, W.; Vasques-Menezes, I. (2000). *Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação*. São Paulo: Kingraf. Caderno de Saúde do Trabalhado.
- Craske, M. G. (2003). *The origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men*. Oxford, England: Elsevier.
- Craske, M.G., & Barlow, D.G. (1999). Transtorno do pânico e agorafobia. In: D.W. Barlow (Org). Trad. Maria Regina Borges Osório. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. (pp. 13-62). Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Crespo, E., & Fernández-Velasco, R. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de vaginismo y fobia a la exploración ginecológica. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, [14](#), 1, 67-99.

Dobson, K. S., Backs-Dermott, B. J. & Dozois, D. (2000). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: Snyder, C. R. & Ingram, R. E. (Eds.). *Handbook of psychological change: psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 409-428). New York: Wiley & Sons.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.

Dorfman, E (1992). *Ludoterapia*. In C. R. Rogers (Org.), *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart.

Fennell, M. J. V. (1997). Low self-esteem: a cognitive perspective. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 25, 1, 1-25.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Publishers.

Freudenberger, H. J. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.

Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Revista Estudo*, 7, 3-10.

Goldrajch, D. (1996) F.E.L.I.Z. – Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 45, n. 12, p. 709-712.

Goodwin, D.W., Guze, S.B. & Robins, E. (1969). Follow-up studies in obsessional neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 20, 182-187.

Hudson JL, Rapee RM. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39:1411-1427.

Ingram, I. M. (1961). Obsessional illness in mental hospital patients. *Journal of Mental Science*, 107, 382- 402.

Jesus, S. (2002). *Perpectivas para o bem-estar docente: uma lição de síntese*. Porto: Asa.

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.

Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2011). *O livro do gato habilidoso: Manual do terapeuta – terapia cognitivo-comportamental para crianças ansiosas*. Lisboa: Coisas de ler.

Kendall, P.C., Kane, M., Howard, B., & Siqueland, L. (1990). *Cognitive-behavioral treatment of anxious children: Treatment manual*. Available from the authors, Department of Psychology, Temple University, Philadelphia PA 19122, United States.

- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P. et al. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: Knapp, P. *Terapia cognitivo comportamental no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Knapp, P. et al. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: Knapp, P. *Terapia cognitivo comportamental no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: manual do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Knapp, P., Bicca, C., & Grevet, E. H. (2010) Terapia cognitivo-comportamental. In: Neto, M. (Col.). *TDAH (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade) ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kuyken, Padesky e Dudley (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford.
- LeFebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 517-525.
- Lo WH. (1967). A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese. *Br J Psychiatry*, 113:823-832
- Macedo, A. & Pocinho, F. (2000). *Obsessões e Compulsões: As múltiplas faces de uma doença*. Lisboa: Edições Quarteto.
- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- Mahoney, M. & Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist*, 16, 190-234.
- Maslach, C., S. E., Jackson & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory -Test manual*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press.
- Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of child anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- Muris P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Oxford: Elsevier.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Paivio, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Pinto, A. M., Silva, A. L., & Lima, M. L. (2003). *Burnout profissional em professores portugueses*. Comunicação apresentada no I Congresso Hispano-Português de Psicologia, Santiago de Compostela, Espanha.
- Pollitt, J. (1957). Natural history of obsessional states. *British Medical Journal*, 9, 133-140.
- Rachman, S. (1983). Irrational thinking, with special reference to cognitive therapy. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 63-88.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rangé, B. (Org.). (2001). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B. & Mussoi, H. de S. (2007). Transtorno de Pânico com Agorafobia. In: Angelotti, Gildo. *Terapia Cognitivo-Comportamental para os Transtornos de Ansiedade*. (pp. 13-48) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rhode, G., Morgan, D. P., & Young, R. K. (1983). Generalization and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource rooms to regular classrooms using self-evaluation procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 171-188.
- Riggs, D. S. & Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, pp. 189-239. New York: Guilford Press.
- Rudin, E. (1953). Obsessive-compulsive disorder and marital status. *British Journal of Psychiatry*, 11, 131-136.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*; 37, S29-S52.
- Salkovskis, P.M., Rachman, S., Ladouceur, R., & Freeston, M. (1992). *The definition of 'responsibility'*. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Toronto, Canada.

Salkovskis P. M., Richards H. C., & Forrester E. The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-99.

Sánchez, J. (2005). Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Cáceres.

Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 131-43.

Shirk, S., Burwell, R., & Harter, S. (2003). Strategies to modify low self-esteem in adolescents. In R. Reinecke, F. Dattalio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents* (pp. 189 -213). New York: Guilford Press.

Silva A.C.O. (2009) *Atendimento clínico para luto no enfoque da terapia cognitivo-comportamental*. In: Wielenska RC (Org.) *Sobre comportamento e cognição: desafios, soluções e questionamentos*. Santo André: ESETec.

Sternberg, R. J. (1996). *Cognitive Psychology*. Philadelphia: Harcourt Brace College Publishers.

Silva, F. P. P. (2000). *Burnout: um desafio à saúde do trabalhador*. Revista de Psicologia Social e Institucional. Londrina: Universidade Estadual de Londrina (UEL), 2, (15).

Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.

Watkins, J. T., & Rush, A. J. (1983). Cognitive response test. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 425-436.

Whaley S.E., Pinto A., Sigman M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6):826-836.

Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., and Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31: 364-374.

Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

Wright, J. H., Beck, A.T., & Thase, M. E. (2003). Cognitive therapy. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of clinical psychiatry* (4th ed, pp. 1245-1284). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Wright, J. H., Beck, A. T. & Thase, M. E. (2008). *Cognitive therapy*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I
Caraterização da Instituição
Apresentação

APRESENTAÇÃO

A CPB desenvolve a sua atividade na prestação de serviços de saúde diferenciados, englobando o atendimento permanente (SAP), consultas externas de especialidades médico-cirúrgicas, internamento, bloco operatório/cirurgia de ambulatório, imagiologia e unidade de endoscopia digestiva.

No Piso 0 da CPB encontra-se o SAP, que funciona todos os dias no ano, com médicos de clínica geral disponíveis 24 horas por dia. Este serviço conta ainda com o apoio permanente dos serviços de enfermagem, análises clínicas e imagiologia, bem como, de médicos das mais diversas especialidades, à chamada. No SAP as consultas não têm marcação prévia, sendo as mesmas realizadas pela ordem de chegada dos utentes.

As consultas externas, realizadas nos 10 consultórios que existem no Piso 0, estão distribuídas pelas seguintes especialidades médico-cirúrgicas: anestesiologia; cardiologia; cirurgia geral, cirurgia plástica; dermatologia; gastroenterologia; ginecologia/obstetrícia; imunoalergologia; medicina geral e familiar; medicina interna; neurocirurgia; neurologia; nutrição; oftalmologia; oncologia médica; ortopedia; otorrinolaringologia; pediatria; psicologia clínica¹; psiquiatria; terapia da fala e urologia. Todas estas especialidades médicas contam também com o apoio dos serviços de enfermagem, imagiologia, anestesiologia e bloco operatório.

O serviço de internamento que, em conjunto com o bloco operatório, ocupa todo o Piso 1 da CPB, possui, atualmente, seis quartos particulares, duas enfermarias com duas camas cada e duas enfermarias com três camas, sendo a sua capacidade máxima de 16 utentes. Todos os quartos dispõem de casa de banho privativa, ar condicionado, televisão e telefone.

No bloco operatório existem duas salas para operações e uma sala de partos com serviço de neonatologia. As três salas estão equipadas para todo o tipo de procedimentos cirúrgicos, nomeadamente ao nível da cirurgia laparoscópica e artroscópica e estão equipadas com o material cirúrgico e anestésico necessário para todas as especialidades envolvidas. O bloco operatório possui, ainda, uma sala de recobro pós-operatório e respetivo equipamento, bem como um circuito de “limpos e sujos” independente, necessário para a lavagem, secagem e esterilização do material e equipamento cirúrgico.

No Piso -1, o serviço de imagiologia, com uma equipa constituída por médicos radiologistas, técnicos de imagiologia e assistentes de imagiologia, assegura a obtenção e

¹ Pela sua importância no contexto do presente relatório, esta especialidade será desenvolvida mais adiante no ponto 1.3.

avaliação das imagens médicas nas mais diversas áreas, nomeadamente na ecografia, mamografia, tomografia computadorizada, radiologia geral, ecocardiografia e eco-doppler. Este serviço presta, também, apoio imagiológico a atos cirúrgicos realizados no bloco operatório.

Encontra-se também no Piso -1 a unidade de endoscopia digestiva, cotada como um dos centros mais bem equipados da região em termos de equipamento e recursos humanos, onde se realizam as endoscopias digestivas altas e as colonoscopias totais, que poderão ser feitas com recurso à sedação/anestesia intravenosa.

A CPB tem ao dispor dos seus utentes convenções com os subsistemas de saúde ADSE e SAMS Quadros e com as seguradoras Médis, Advance Care e Multicare.

ANEXO II
Terapia Cognitivo-Comportamental
Principais Técnicas

PRINCIPAIS TÉCNICAS

Na evocação e identificação dos PA utilizam-se, segundo Knapp (2004), as seguintes técnicas cognitivas:

(1) *Questionar diretamente* o paciente sobre o que é que ele está a pensar naquele preciso momento ou o que pensou imediatamente antes de ter ocorrido determinada mudança de humor durante a sessão;

(2) *Questionamento socrático* o qual, através da *descoberta guiada*, revela padrões disfuncionais de pensamento ou comportamento do paciente;

(3) *Análise A-B-C* (Ellis, 1962), em que o “A” são os acontecimentos/situações/experiências ativadoras, o “B” são *beliefs* que envolvem todos os níveis de cognições (PA, pressupostos ou esquemas) e são “todas e quaisquer ideias, conceitos, avaliações” (Knapp, 2004, p. 136) que o paciente tem ou faz acerca de si próprio e dos outros e o “C” são as consequências ou reações que podem ser emocionais, comportamentais ou físicas. Este modelo de análise irá ajudar o paciente a identificar as cognições que estão relacionadas com a situação em causa e as suas respetivas consequências emocionais e comportamentais.

Por sua vez, as técnicas para avaliar e modificar os PA são:

1) *Registo de pensamentos disfuncionais* que é utilizado na identificação, avaliação e modificação das cognições e que utiliza as técnicas de identificação de pensamentos disfuncionais, identificação das emoções, avaliação do grau da emoção associada com o pensamento, categorização das distorções cognitivas e exame das evidências;

2) *Análise de custo-benefício* que consiste em fazer um balanço das vantagens e desvantagens de manterem ou não um determinado pensamento ou comportamento;

3) *Colocação da situação em perspetiva* em que o paciente é incentivado a avaliar a situação ao longo de um intervalo de 0 a 100;

4) *Construção de explicações alternativas*, especialmente alternativas mais positivas;

5) *Descatastrofização*, realizada através de questões que estimulam o paciente a reavaliar as suas distorções exageradas e trágicas;

6) *Reatribuição* em que se pede ao paciente que considere todos os fatores e indivíduos envolvidos numa determinada situação e que depois disso pondere a responsabilidade de cada um desses fatores e indivíduos;

7) *Resignificação* que tem como objetivo ajudar o paciente a dar uma resposta racional aos acontecimentos, isto é, a produzir uma versão mais lógica, realista e adaptativa do pensamento automático;

8) *Padrões duplos* que consiste em perguntar ao paciente se ele aplicaria “o mesmo padrão de cobrança aos seus familiares ou a outras pessoas” (Knapp, 2004, p 142);

9) *Exame das contradições internas* no discurso do paciente entre aquilo que o próprio quer e o que realmente é possível conseguir;

10) *Transformação da adversidade em vantagem* ao tomar iniciativas concretas, ao invés de ficar paralisado pelos seus próprios sentimentos;

11) *Educação sobre a perturbação* através da transmissão de matéria científica acerca do seu problema, com o objetivo final de corrigir interpretações distorcidas;

12) *Imaginário* em que se pede ao paciente para imaginar-se, a curto prazo, sem a perturbação atual.

No que diz respeito às técnicas utilizadas para identificar, analisar e, posteriormente, modificar as crenças subjacentes destacam-se:

1) *Seta descendente* a partir de um conjunto de perguntas que procura o significado que os PA têm para o paciente, o que permite descobrir os seus pressupostos e as regras;

2) *Identificar temas recorrentes* que servem para identificar as crenças subjacentes;

3) *Experiências comportamentais* que possibilitem verificar e desafiar os pressupostos;

4) *Cartões-lembrete*, de leitura fácil e que o paciente tem que ter sempre à mão, onde se sugere que escreva um plano para a mudança dos seus pressupostos e regras;

5) *Role play racional-emocional* em que o paciente, ao dramatizar a parte “racional” do seu pensamento, tem que rebater os argumentos do seu psicólogo, o qual interpreta a parte “emocional”, havendo, de seguida, uma troca daqueles papéis, para que o paciente aprenda a distanciar-se emocionalmente das suas crenças;

6) *Uso da imaginação* através da qual o paciente verifica que o que realmente acontece não é, de todo, aquilo que ele catastrofiza.

Relativamente à identificação e modificação das crenças nucleares, salientam-se as seguintes técnicas:

1) *Psicoeducação* que auxilia a evocação e identificação das crenças nucleares do paciente;

2) *Registo de crenças nucleares* que ajuda o paciente a automonitorizar, de forma objetiva e real, os acontecimentos da sua vida;

3) *Agir como se fosse outra pessoa* que proporciona ao paciente uma nova forma de pensar e de se sentir diferente.

Ainda de acordo com Knapp (2004), a modificação dos pressupostos subjacentes implica a utilização ativa de técnicas comportamentais. Entre as mais utilizadas evidenciam-se:

1) *Automonitorização* com recurso a um formulário, preenchido entre as sessões, onde o paciente assinala os seus comportamentos, pensamentos e emoções;

2) *Programação de atividades* diárias prazerosas para o paciente;

3) *Prescrição de tarefas graduais* ao paciente tendo em conta o seu grau de dificuldade;

4) *Solução de problemas* ao disponibilizar ao paciente um conjunto de respostas concretas e viáveis, para resolver uma situação complexa, entre as quais, deverá escolher a que achar mais efetiva e pô-la em prática;

5) *Treino de competências sociais* entre as quais a assertividade, a escuta ativa e a comunicação interpessoal;

6) *Objetivos comportamentais* que dizem respeito a determinados comportamentos que o utente quer modificar;

7) *Modelagem* do comportamento pretendido realizada pelo psicólogo;

8) *Ensaio comportamental* em que o paciente dramatiza o comportamento esperado;

9) *Exposição com prevenção de resposta* a uma situação temida pelo paciente;

10) *Hierarquia de respostas/estímulos* através de uma listagem, por ordem crescente de dificuldade, das situações/respostas a serem alvo de exposição;

11) *Auto-recompensas* (e.g. elogios ou gratificações) para incentivar os comportamentos pretendidos;

12) *Treino de relaxamento* com recurso à prática de exercícios respiratórios, à imaginação de imagens tranquilizantes ou ao relaxar progressivo dos diferentes grupos musculares.

ANEXO III
Caso 2
Intervenção Psicológica

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

A intervenção psicológica realizada decorreu ao longo de um ano, com sessões semanais de 45 minutos.

Objetivos Terapêuticos

A intervenção psicológica realizada teve em linha de conta os seguintes objetivos:

- (1) Redução da sintomatologia ansiosa;
- (2) Promoção da autonomia e do autocontrolo;
- (3) Promoção da autoestima e autoeficácia;
- (3) Redução de comportamentos interpessoais disfuncionais;
- (4) Redução da frequência e intensidade das cognições disfuncionais;
- (5) Desenvolvimento de competências para a resolução de problemas.

Estratégias Terapêuticas

Num primeiro momento, realizou-se uma intervenção cognitivo-comportamental baseada no *Tratamento Cognitivo-Comportamental para Crianças com Perturbações de Ansiedade* (Kendall & Kane, Howard, & Siqueland, 1990).

Para o efeito, foi utilizado o *Caderno do Gato Habilidoso* (Kendall & Hedtke, 2011) e pela psicóloga o *Livro do Gato Habilidoso – Manual do terapeuta* (Kendall & Hedtke, 2011). O programa “O Gato Habilidoso” consiste em dezasseis sessões, em que as oito primeiras são dedicadas à aprendizagem de competências e as últimas oito à prática ao vivo destas mesmas competências.

A primeira fase desta intervenção psicológica foi, então, essencialmente psicoeducativa, ao ensinar Cláudia a: (1) identificar diferentes tipos de emoções; (2) identificar as suas reações somáticas; (3) distinguir sentimentos de ansiedade; (4) relaxar quando estava ansiosa (por exemplo, quando não se encontrava com a mãe) utilizando, para isso, o treino de relaxamento para crianças; (5) reconhecer e depois modificar o seu discurso interno em situações de ansiedade; (6) fazer um plano para lidar com os problemas e, a seguir, implementá-lo; (7) avaliar o seu desempenho e autorreforçar-se sempre que lidava com situações de ansiedade (e.g., se conseguisse ir para a cama sem a mãe). Estas competências foram sintetizadas nos passos MEDO, que é um mecanismo para lidar com os problemas, que recorre a um acrónimo que fazia com que Cláudia se lembrasse dos vários passos (M – Medo;

E – Esperas que te aconteçam coisas más? D – Dominar o medo: ações que te possam ajudar; O – Ótimo: recompensa).

Na segunda fase da intervenção utilizou-se a exposição tanto a situações existentes como também a situações imaginadas de ansiedade crescente. Nos exercícios de exposição a situações reais que produziam ansiedade e que foram planeadas pela psicóloga, Cláudia utilizou os passos MEDO para lidar com a sua ansiedade.

Ao longo de todo este processo, as recompensas foram sempre uma componente importante da intervenção realizada. Cláudia recebeu um caderno no qual fazia os seus trabalhos de casa, chamado *MOQUEPO – Mostrar Que Eu Posso*. Sempre que fazia o trabalho de casa, ganhava dois pontos; depois de ganhar oito pontos recebia sempre uma pequena recompensa que tinha escolhido anteriormente.

Os pais também tiveram um papel ativo durante a intervenção psicológica realizada. O primeiro encontro teve lugar na quarta sessão tendo como objetivos principais: (1) fornecer informações adicionais acerca do tratamento; (2) obter mais informação acerca das situações problemáticas e (3) envolver os pais na intervenção terapêutica. Na décima sexta sessão deu-se o segundo encontro no sentido da manutenção e generalização do programa.

Num segundo e último momento realizou-se uma intervenção que decorreu ao longo de quatro meses, tendo por base o *Tratamento Cognitivo para a Baixa Autoestima* (Shirk, Burwell & Harter, 2003). A intervenção cognitiva envolveu os seguintes componentes: (1) automonitorização dos pensamentos e sentimentos de Cláudia (especialmente nas situações com os colegas da escola); e (2) teste da veracidade das crenças de Cláudia.

As sessões iniciais foram conduzidas no sentido de melhorar a capacidade de Cláudia para monitorizar os seus próprios sentimentos e pensamentos. Foi-lhe sugerido tornar-se uma “menina sabichona”, tendo que seguir uma série de passos: ser “Sabichona dos Sentimentos” (registava o que estava a sentir); ser “Sabichona dos Pensamentos” (registava o que estava a pensar) e ser “Sabichona do Pensamento Mau” (registava os pensamentos automáticos negativos). Inicialmente, durante as primeiras consultas, Cláudia fez, com a ajuda da psicóloga, a monitorização de pensamentos e sentimentos com base nesse registo dos pensamentos disfuncionais. Mais tarde, pediu-se à criança que aplicasse esta estratégia em situações do quotidiano, por exemplo, imediatamente após ter chegado da escola, onde tivera oportunidade de conviver com os colegas. À medida que Cláudia elaborava a sua lista de pensamentos automáticos, foi introduzida a ideia de que uma menina sabichona tinha de verificar a veracidade dos seus pensamentos. De seguida, foi-lhe pedido que desse uma

classificação/nota relativamente à certeza que tinha que os seus pensamentos automáticos eram reais e verdadeiros. Verificou-se que, embora Cláudia tivesse quase sempre essa certeza, o facto de haver uma discrepância nas notas dadas, sugeriu-se à criança a necessidade de fazer sempre essa verificação.

Nas sessões que se seguiram utilizou-se a técnica do *role playing* em que a psicóloga fazia o papel de diferentes colegas de escola para que Cláudia reagisse e praticasse a máxima “Para e Testa” Depois de cada representação a criança, com a ajuda da psicóloga, imaginava outras soluções alternativas e possíveis para a situação em causa.

Por último, já com a lista dos pensamentos automáticos elaborada tentou-se descobrir quais as origens destas ideias, tendo como objetivo o de colocar os pensamentos num novo contexto cognitivo para, assim, modificar o seu significado.

Resultados Terapêuticos

No final da intervenção psicológica, Cláudia apresentou melhorias significativas, patentes na diminuição dos sintomas ansiogénicos inicialmente revelados.

A mãe descreveu as novas competências adquiridas e demonstradas pela criança ao lidar com as situações específicas que foram identificadas no início do tratamento. Por exemplo, conseguia separar-se da mãe sem apresentar uma ansiedade excessiva e inadequada para o seu nível de desenvolvimento.

Em relação ao aumento da autoestima houve também sucesso terapêutico, registando-se notórias melhorias quer no relacionamento com os colegas de escola (tinha feito várias amizades), quer em relação ao irmão (não demonstrava ciúmes nem fazia tentativas de “chamar a atenção”).

Nas consultas de *follow-up* que foram sendo realizadas mensalmente com Cláudia e com os pais, os resultados apresentados anteriormente mantiveram-se, tendo-lhe sido dado alta passados seis meses pós-intervenção.

ANEXO IV
Caso 3
Intervenção Psicológica

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Na intervenção cognitivo-comportamental que decorreu ao longo de doze semanas, com periodicidade semanal, foi utilizado o protocolo terapêutico para a perturbação de pânico baseado em Clark & Salkovskis, 1987 e Craske & Barlow, 1999.

Objetivos Terapêuticos

Os objetivos terapêuticos que se estabeleceram para a intervenção foram:

- (1) Diminuir os seus níveis de ansiedade;
- (2) Eliminar e/ou controlar os ataques de pânico;
- (3) Diminuir a sintomatologia agorafóbica;
- (4) Melhorar o seu estado anímico em geral; e
- (5) Aumentar a sua autoestima, a confiança em si mesmo, a independência e o rendimento profissional.

Estratégias Terapêuticas

O primeiro ponto do tratamento visou oferecer um caminho alternativo para a interpretação do utente. Nesta fase – psicoeducação – foi dada ênfase à definição e clarificação da fonte dos sintomas de ansiedade e de pânico, explicando o papel dos pensamentos na manutenção do medo e da ansiedade, assim como o papel da evitação e da fuga às situações na manutenção da perturbação.

O segundo e principal ponto do processo de tratamento cognitivo-comportamental consistiu em ensinar técnicas para lidar com a ansiedade, nomeadamente, a técnica da reestruturação cognitiva. Para tal, utilizaram-se estratégias como: o questionamento socrático, que consistiu na formulação de perguntas sucessivas para que o paciente chegasse à conclusão que o seu pensamento estava distorcido e o autopreenchimento, que consistiu no registo diário dos pensamentos disfuncionais para que o paciente os pudesse analisar de forma mais objetiva e encontrar as distorções dos mesmos. Outras técnicas também utilizadas para lidar melhor com a ansiedade foram o treino respiratório e o relaxamento muscular.

O terceiro ponto do tratamento foi a habituação à ansiedade e visou eliminar o condicionamento interoceptivo que associava as sensações iniciais típicas da ansiedade à crise de pânico. Para isso, utilizaram-se técnicas como a exposição interoceptiva (e.g. sacudir a cabeça de um lado para outro; colocar a cabeça entre as pernas e levantar; correr parado;

suster a respiração; pôr o corpo todo em tensão muscular; rodar numa cadeira giratória; hiperventilar; respirar por um canudo fino e manter o olhar num ponto na parede ou na própria imagem no espelho).

A quarta componente fundamental do tratamento destinou-se à extinção da agorafobia e consistiu na exposição *in vivo*, realizada de forma gradual, às situações temidas ou evitadas. As sessões finais foram dedicadas à consolidação dos ganhos e aos esforços para a prevenção de recaídas.

Resultados Terapêuticos

No final da intervenção cognitivo-comportamental foram atingidos os objetivos terapêuticos delineados (e.g. remissão dos ataques de pânico e da sintomatologia agorafóbica). Estes resultados mantiveram-se nas consultas de *follow-up* que foram sendo realizadas periodicamente, tendo a alta definitiva ocorrido passado um ano

ANEXO V
Caso 4
Intervenção Psicológica

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

A intervenção psicológica realizada decorreu ao longo de seis meses com sessões semanais de 45 minutos.

Objetivos Terapêuticos

Na intervenção psicológica tiveram-se em linha de conta os seguintes objetivos:

- (1) Redução da impulsividade;
- (2) Promoção da capacidade atencional;
- (3) Melhoria da autoeficácia;
- (4) Organização do tempo de estudo;
- (5) Monitorização do comportamento no contexto de sala de aula; e
- (6) Promoção de uma avaliação mais realista relativamente ao seu comportamento e desempenho académicos.

Estratégias Terapêuticas

A intervenção cognitivo-comportamental foi baseada na *Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (Knapp et al., 2008). Para o efeito, foi utilizado o livro *Terapia Cognitivo-Comportamental no TDAH: Manual do Paciente* (Knapp et al., 2008) e pela psicóloga o livro *Terapia Cognitivo-Comportamental no TDAH: Manual do Terapeuta* (Knapp et al., 2008).

Este protocolo de intervenção foi dividido em três blocos.

1. Psicoeducação e Motivação – estruturou-se com o objetivo de promover o conhecimento de Diogo e dos seus pais relativamente à PHDA, para que compreendessem melhor os sintomas e as suas consequências, alterassem possíveis ideias inadequadas e permitisse aos pais expor os seus sentimentos sobre o impacto da PHDA no funcionamento familiar. Ao mesmo tempo, trabalhou-se a motivação da criança em relação ao processo psicoterapêutico, procurando vinculá-lo ao tratamento e à psicóloga. Este primeiro bloco envolveu três sessões com a criança e uma com os pais;

2. Reestruturação Cognitiva e Intervenção Comportamental – que consistiu em sete sessões com a criança e duas com os pais, englobou a familiarização com o modelo cognitivo, bem como a aprendizagem e o desenvolvimento de estratégias para enfrentar os défices

cognitivos associados à perturbação. Simultaneamente, monitorizou-se a implementação de técnicas comportamentais nas sessões e em casa. Após a sexta sessão com Diogo, foi realizada a segunda sessão com os pais com o objetivo de rever a implementação do sistema de pontos e apresentar e discutir a técnica de solução de problemas a aplicar em casa. A terceira sessão com os pais foi realizada depois da nona sessão com a criança e teve como objetivo orientá-los na ajuda que dariam ao seu filho no registo de tarefas/compromissos, no planeamento de acontecimentos futuros e, também, na organização de atividades do dia-a-dia.

3. Encerramento, Avaliação e Preparação do Follow-up – foi constituído por duas sessões com a criança e uma sessão com os pais. Os objetivos destas duas últimas sessões incluíram uma revisão da terapia (dúvidas/dificuldades e vantagens e desvantagens em participar na terapia) e uma avaliação dos resultados em relação aos sintomas e à qualidade de vida. Por sua vez, na quarta e última sessão com os pais procedeu-se a uma revisão da terapia, discutindo-se algumas dúvidas e dificuldades em relação aos conteúdos aprendidos, à avaliação dos seus resultados e também, à marcação das sessões de follow-up.

As duas sessões de follow-up, no primeiro e sexto mês pós-terapia, englobaram a revisão dos conceitos aprendidos, a discussão das dúvidas e dificuldades com o seguimento das técnicas aprendidas ao longo do tempo e a avaliação de Diogo em relação aos sintomas e à sua qualidade de vida.

No contexto escolar, procedeu-se à implementação de um programa baseado no *Programa de Autoavaliação e Auto-reforço* (Rhode e cols., 1983) dividido em quatro fases de intervenção. Este programa foi desenvolvido para que a responsabilidade na monitorização do comportamento de Diogo fosse passando, gradualmente, da sua professora para ele próprio. Foi implementada uma tarefa de avaliação diária que envolvia, numa primeira fase, apenas a professora (heteroavaliação), e posteriormente, numa segunda fase, Diogo (autoavaliação), relativamente ao seu comportamento e desempenho escolares. Para cada dimensão foram assinaladas as regras que Diogo deveria cumprir a fim de alcançar a nota máxima (5). No final de cada semana era calculada a média da heteroavaliação e autoavaliação e, caso ambas estivessem próximas, Diogo ganhava pontos que depois trocava por recompensas no final de cada período letivo.

De forma gradual, a professora foi deixando de avaliar o comportamento do aluno, para assim promover a manutenção do comportamento e aumentar a independência de Diogo em relação aos procedimentos de autoavaliação e autorreforço.

Resultados Terapêuticos

No final do processo terapêutico verificaram-se alterações positivas no comportamento de Diogo, passando este a cumprir as regras estabelecidas pelos pais. Um ganho importante prende-se com o facto de este ter começado a realizar os trabalhos de casa sozinho, com mais concentração do que era costume e num horário estipulado pela mãe.

Ao nível escolar, o seu desempenho escolar e o seu comportamento melhoraram consideravelmente, ao ponto de já conseguir estar sentado durante todo o tempo de aula, realizando os seus trabalhos escolares com mais atenção e dedicação.

Nas consultas de *follow-up* os resultados acima descritos mantiveram-se, tendo a alta sido dada a Diogo passados seis meses pós-terapia.

ANEXO VI
Caso 5
Intervenção Psicológica

Fase 1. Psicoeducação		
Objetivos		Técnicas/Estratégias
Casal Maior compreensão da situação do problema existente Aumentar conhecimento sexual do casal. Modificar atitudes e expectativas relativamente à relação sexual.		Psicoeducação. Discussão acerca de mitos sexuais.
Utente Aumentar o repertório sexual. Identificar sensações.		Psicoeducação (uso de material audiovisual e informação básica/didática). Treino de autoexploração e autoestimulação.
Fase 2. Prática		
Objetivos		Técnicas/Estratégias
Casal Diminuir a ansiedade antes do ato sexual. Diminuir a pressão de desempenho. Diminuir a hipervigilância. Diminuir a auto-observação. Aumentar as sensações corporais e de prazer sensorial.		Focalização sensorial.
Utente Aumentar o controlo dos músculos da vagina. Diminuir a ansiedade associada à penetração.		Exercícios de Kegel. Dilatação progressiva.
Casal Aumentar a excitação genital e prazer sexual.		Focalização genital.
Casal Diminuir a ansiedade causada pela introdução do pénis na vagina. Manter o nível de excitação das fases anteriores.		Treino da penetração.
Casal Aumentar o nível de excitação alcançado nos preliminares. Conseguir a excitação própria da fase <i>plateau</i> . Atingir o orgasmo através da penetração.		Treino da relação sexual completa.
Fase 3. Intervenção Psicoafetiva		
Objetivos		Técnicas/Estratégias
Aprender a expressar sentimentos/necessidades.		Treino de habilidades assertivas e expressão de emoções.
Fase 4. Prevenção de Recaídas		
Objetivos		Técnicas/Estratégias
Rever as aprendizagens efetuadas. Valorizar os ganhos obtidos com a terapia.		Resolução de problemas. Ensaio de comportamental.

Fonte: Tratamento Cognitivo-Comportamental das Disfunções Sexuais aplicado ao Vaginismo (Crespo & Fernández-Velasco, 2003)

ANEXO VII
Caso 6
Intervenção Psicológica

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Realizaram-se 12 sessões semanais com uma hora de duração, ao longo de três meses.

Objetivos Terapêuticos

O objetivo terapêutico principal consistiu em dotar Carla de competências, quer cognitivas quer comportamentais, para que conseguisse reestruturar a sua vida familiar e social.

Estratégias Terapêuticas

A intervenção cognitivo-comportamental baseou-se num protocolo padronizado desenvolvido para casos de luto (Silva, 2009). Este protocolo, dividido em três partes (cada uma delas com duração de um mês), teve como objetivos a psicoeducação da Carla relativamente ao tema luto, a diminuição da sintomatologia característica do luto e a readaptação da utente à sua vida profissional e social.

No primeiro mês, foi explicado à Carla o processo usual do luto, as suas fases e as suas consequências. Tentou-se trazer Carla para a sua realidade diária, fazendo-a aceitar, progressivamente, a sua perda e incentivando-a a reatar a sua atividade profissional.

Ao longo do segundo mês procurou-se: 1. ajudar a utente a lidar com a mudança; 2. criar uma rede de apoio social; 3. reorganizar a estrutura familiar; e 4. redistribuir papéis.

O terceiro e último mês teve como objetivos principais: 1. a readaptação da Carla à sua vida quotidiana; 2. a organização dos horários de atividades semanais; 3. o investimento em novos projetos de vida; 4. prevenção da recaída.

Resultados Terapêuticos

No término da intervenção, tanto a ansiedade como a depressão manifestadas pela Carla tiveram uma redução bastante significativa.

Foi também observada a diminuição da desesperança para níveis considerados normais para o caso em concreto.

Verificaram-se, igualmente, ganhos ao nível da atenção/concentração. Aquando da alta, Carla já se encontrava a trabalhar novamente e tinha retomado o contacto com os seus familiares e amigos.

ANEXO VIII
Intervenção Psicológica em Grupo “Não ao Burnout!”
Objetivos Específicos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO “NÃO AO BURNOUT!”

<p>1. Burnout - a Síndrome da Exaustão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definir burnout. • Descrever as fases da síndrome de exaustão profissional. • Identificar os sintomas do burnout. • Discriminar as causas do burnout. • Citar as consequências do burnout.
<p>2. Prevenção e Controlo do Stress</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os stressores laborais assim como os fatores de risco associados a maiores níveis de stress. • Eliminar ou aliviar as consequências das situações potencialmente stressantes em contexto de sala de aula. • Modificar variáveis pessoais relevantes. • Conhecer e aprender estratégias laborais para prevenir e enfrentar o burnout.
<p>3. Técnicas Cognitivas e Comportamentais – teoria e prática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o pressuposto teórico dos pensamentos enquanto mediadores do mal-estar emocional. • Reconhecer a irracionalidade de algumas crenças. • Reconhecer a importância de questionar os pensamentos negativos. • Aprender a avaliar as situações de forma realista. • Assimilar internamente técnicas de autocontrolo em situações reais. • Promover a autoestima. • Favorecer o diálogo interno positivo. • Identificar as variáveis que promovem níveis motivacionais mais elevados. • Valorizar a motivação individual. • Promover a autoeficácia. • Identificar as etapas de um processo de tomada de decisão. • Saber gerir e mediar conflitos. • Identificar soluções para problemas existentes. • Promover estratégias de gestão do tempo.
<p>4. Treino de Competências Sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os princípios básicos do treino de competências sociais e cada uma das suas técnicas. • Adquirir competências que permitam manter relacionamentos sociais satisfatórios. • Dotar os participantes de recursos e estratégias de atuação social positiva, recompensadoras e gratificantes.

ANEXO IX
Intervenção Psicológica em Grupo “Não ao Burnout!”
Descrição das sessões

1ª SESSÃO: APRESENTAÇÃO	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Introdução dos participantes e programa.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos participantes e do facilitador. • Promoção de um clima de confiança entre os participantes. • Explicação do programa de intervenção. • Definição das normas de funcionamento do grupo. • Identificar as expetativas iniciais dos participantes em relação ao programa de intervenção em grupo. • Preenchimento do instrumento de avaliação pré-teste.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Bola de lã • Lenço • <i>Flipchart</i>, papel e canetas • Inventário de Burnout de Maslach – Versão para Professores • Fotocópias para a tarefa inter-sessão 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para cada um dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Apresentação dos participantes e do facilitador (duração 30 minutos) Dinâmica de Grupo “As letras do nome”.</p> <p>Promoção de um clima de confiança entre os participantes (duração 20 minutos) Dinâmica de Grupo “Confia em mim”.</p> <p>Explicação do programa de intervenção (duração 15 minutos) Apresentam-se os objetivos e a finalidade da intervenção em grupo.</p> <p>Definição das normas de funcionamento do grupo (duração 30 minutos) Atividade de brainstorming.</p> <p>Identificar as expetativas iniciais dos participantes em relação ao programa (duração 30 minutos) Fomentar o diálogo entre os participantes do grupo, de modo a se definirem e estabelecerem as regras fundamentais para o bom funcionamento do grupo.</p> <p>Preenchimento do instrumento de avaliação pré-teste (duração 35 minutos) Pré-avaliação realizada através da aplicação do Inventário de Burnout de Maslach a todos os participantes.</p>	
Tarefas inter-sessões	
Realização da Atividade Individual “ O meu lado lunar ”.	

2ª SESSÃO: “BURNOUT – A SÍNDROME DA EXAUSTÃO”	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Dar a conhecer as dimensões, características, sintomas, causas, consequências da síndrome de burnout.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da tarefa inter-sessões “O meu lado lunar”. • Distinguir stress de burnout. • Definir burnout. • Descrever as fases da síndrome de exaustão profissional. • Identificar os sintomas do burnout. • Discriminar as causas do burnout. • Citar as consequências do burnout.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “Stress vs. Burnout” • Vídeo “Síndrome de Burnout em Professores” • Diapositivos “ Burnout- a síndrome da exaustão” • Filme “Um dia de fúria” • Fotocópias para as tarefas inter-sessões 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Revisão e comentários à tarefa inter-sessões. (duração: 15 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Stress vs. Burnout”. (duração: 35 minutos)</p> <p>Atividade de brainstorming “Sinto stress quando...” (duração: 20 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “Síndrome de Burnout em Professores” após o qual se dá lugar a uma reflexão sobre: O que é o burnout? Quais os seus sintomas e causas? Quais as suas consequências? (duração: 20 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=THodmREGhT0</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Burnout – a síndrome da exaustão”. (duração: 40 minutos)</p> <p>Visionamento de um excerto do filme “Um dia de fúria”, promovendo, de seguida, um debate entre os participantes sobre que situações/acontecimentos é que podem propiciar o desenvolvimento do burnout. (duração: 20 minutos) Fonte: https://vimeo.com/23988419</p>	
Tarefas inter-sessões	
<p>Realização da Atividade Individual “Auto-registo do Stress”.</p> <p>Realização da Atividade Individual “Os meus maiores receios/medos são...”.</p>	

3ª SESSÃO: PREVENÇÃO E CONTROLO DO STRESS	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Dotar os professores de estratégias que lhe permitam reduzir e/ou controlar as situações stressantes.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão das tarefas inter-sessões. • Identificar os stressores laborais assim como os fatores de risco associados a maiores níveis de stress. • Eliminar ou aliviar as consequências das situações potencialmente stressantes. • Modificar variáveis pessoais relevantes. • Conhecer e aprender estratégias laborais para prevenir e enfrentar o burnout.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “ Stress – a doença do século XXI” • Fotocópias Atividade “Como reage em situações de stress?” • Diapositivos “ Como combater o stress?” • Guião audiovisual “Relaxamento Muscular Progressivo segundo Jacobson” • Fotocópias “Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson” • Fotocópias para a tarefa inter-sessões 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Revisão e comentários às tarefas inter-sessões (duração 20 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Stress - a doença do século XXI” (duração 40 minutos)</p> <p>Atividade Individual “Como reage em situações de stress?”, em que é pedido aos participantes para responderem às seguintes questões: “O que sente quando está stressado?”, “O que pensa quando está stressado?”; “Como se comporta quando está stressado?” e “Em que parte(s) do seu corpo sente mais a tensão muscular?” (duração 40 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Como combater o stress?” (duração 20 minutos)</p> <p>Técnica de Relaxamento com recurso ao guião áudio “Relaxamento Muscular Progressivo segundo Jacobson”, realizado após breve explicação e demonstração a ser feita pela facilitadora. (duração 30 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=kdjLE_GEJlg&index=6&list=PLJ7sziXTXRa2I5RFhDbIHMH3fsFNacUt</p>	
Tarefas inter-sessões	
<p>Praticar o Relaxamento Muscular Progressivo.</p> <p>Realização da Atividade Individual “As minhas maiores qualidades são...”.</p>	

4ª SESSÃO: PREVENÇÃO E CONTROLO DO STRESS (CONTINUAÇÃO)	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Dotar os professores de estratégias que lhe permitam reduzir e/ou controlar as situações stressantes.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão das tarefas inter-sessões. • Identificar os stressores laborais assim como os fatores de risco associados a maiores níveis de stress. • Eliminar ou aliviar as consequências das situações potencialmente stressantes. • Modificar variáveis pessoais relevantes. • Conhecer e aprender estratégias laborais para prevenir e enfrentar o burnout.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador. • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “Como combater o stress?” • Vídeo “Um em cada três professores tem níveis elevados de stress.” • Vídeo “Técnicas de respiração diafragmática” • Fotocópias Atividade “Sinto-me orgulhoso quando...” • Fotocópias “Treino autogénico de Schultz” 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Revisão e comentários às tarefas inter-sessões (duração 20 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “Um em cada três professores tem níveis elevados de stress” seguido de um debate de ideias. (duração: 25 minutos) Fonte: http://videos.sapo.pt/ZcICUiUodN152WmRO5MC</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Como combater o stress?” (duração 25 minutos)</p> <p>Técnica de Respiração Diafragmática após visualização do vídeo “Técnicas de respiração diafragmática”. (duração 30 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=Qa7DwuqCNjk</p> <p>Atividade de brainstorming “Sinto-me orgulhoso quando...” (duração: 20 minutos)</p> <p>Treino Autogénico de Schultz guiado pela facilitadora (30 minutos)</p>	
Tarefas inter-sessões	
Praticar o Relaxamento (progressivo e/ou autogénico).	

5ª SESSÃO: TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS (PARTE 1)	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Facilitar a aprendizagem e a aplicação de estratégias e recursos cognitivos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o pressuposto teórico dos pensamentos enquanto mediadores do mal-estar emocional. • Reconhecer a irracionalidade de algumas crenças. • Reconhecer a importância de questionar os pensamentos negativos. • Aprender a avaliar as situações de forma realista. • Assimilar internamente técnicas de autocontrolo em situações reais. • Favorecer o diálogo interno positivo.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “Aprenda a controlar-se” • Imagem “Indisciplina? E agora?” • Diapositivos “O Modelo A-B-C” • Vídeo “Posso ter defeitos” • Fotocópias “Pensar positivo!” • Fotocópias para a tarefa inter-sessões 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Revisão e comentários à tarefa inter-sessões. (duração: 5 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Aprenda a controlar-se”. (duração: 50 minutos)</p> <p>Exercício de Reflexão “Indisciplina? E agora?”, com projeção de uma imagem alusiva, propõe-se uma reflexão de como o professor conseguiu controlar-se e controlar os alunos na sala. (duração: 20 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “O Modelo A-B-C”. (duração: 40 minutos)</p> <p>Atividade “A TRE em grupo” (duração: 25 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “Posso ter defeitos” (duração: 10 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=W2d_5aT5SPg</p> <p><u>Material fornecido aos participantes:</u> Documento “Pensar positivo!”</p>	
Tarefas inter-sessões	
Realização da Atividade Individual “Palavras-chave”.	

6ª SESSÃO: TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS (PARTE 2)	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Proporcionar o desenvolvimento e prática de técnicas comportamentais.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar soluções para problemas existentes. • Promover estratégias de gestão do tempo. • Identificar as variáveis que promovem níveis motivacionais mais elevados. • Valorizar a motivação individual. • Promover a autoeficácia. • Saber gerir e mediar conflitos. • Identificar as etapas de um processo de tomada de decisão.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “ Resolução de Problemas” • Fotocópias Dinâmica de Grupo “A Solução Inteligente” • Diapositivos “Gestão do Tempo” • Vídeo “A vida de um desorganizado” • Fotocópias para a tarefa inter-sessões 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Discussão sobre os resultados da tarefa inter-sessões. (duração: 15 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Resolução de Problemas”. (duração:40 minutos)</p> <p>Dinâmica de Grupo “A Solução Inteligente”. (duração: 20 minutos)</p> <p>Exercício de reflexão “O tempo nasce da minha relação com as coisas.”. (duração: 5 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Gestão do Tempo”. (duração:50 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “A vida de um desorganizado”, pedindo-se aos participantes para: 1. identificarem os principais cronógrafos; 2. reconhecerem os sintomas da má gestão do tempo e 3. Distinguirem as vantagens associadas à gestão eficaz do tempo. (duração: 20 minutos)</p> <p>Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=PMoINjIgE3o</p>	
Tarefas inter-sessões	
Realização da Atividade Individual “ Organize-se! ”.	

7ª SESSÃO: TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS (PARTE 2) (CONTINUAÇÃO)	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Proporcionar o desenvolvimento e prática de técnicas comportamentais.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar soluções para problemas existentes. • Promover estratégias de gestão do tempo. • Identificar as variáveis que promovem níveis motivacionais mais elevados. • Valorizar a motivação individual. • Promover a autoeficácia. • Saber gerir e mediar conflitos. • Identificar as etapas de um processo de tomada de decisão.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Fotocópias Dinâmica de Grupo “Ganhar Tempo” • Fotocópias Exercício de Aplicação “Estabelecer Prioridades” • Vídeo “Administração do Tempo” • Diapositivos “Motivação” • Fotocópias para a tarefa inter-sessões 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Revisão da tarefa inter-sessões. (duração: 5 minutos)</p> <p>Dinâmica de Grupo “Ganhar Tempo” em que os participantes têm de reconhecer as etapas de um planeamento e distinguir graus de prioridades de execução. (duração: 20 minutos)</p> <p>Exercício de Aplicação “Estabelecer Prioridades” (duração: 10 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “Administração do tempo” ao que se segue uma reflexão em grupo (duração: 10 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=3-iJO4QA5wU</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Motivação”. (duração:40 minutos)</p> <p>Atividade de brainstorming “O que nos motiva...ou não.” (duração: 20 minutos)</p>	
Tarefas inter-sessões	
Realização da Atividade Individual “Quando e quem me desmotiva?”.	

8ª SESSÃO: TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS (PARTE 2) (CONTINUAÇÃO)	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Proporcionar o desenvolvimento e prática de técnicas comportamentais.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar soluções para problemas existentes. • Promover estratégias de gestão do tempo. • Identificar as variáveis que promovem níveis motivacionais mais elevados. • Valorizar a motivação individual. • Promover a autoeficácia. • Saber gerir e mediar conflitos. • Identificar as etapas de um processo de tomada de decisão.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “Gestão de Conflitos” • Vídeo “Gerir os Conflitos” • Fotocópias do Estudo de Caso “E agora?” • Fotocópias Dinâmica de Grupo “O Menino Mal Comportado” • Fotocópias do Questionário “Será que sabe lidar com os conflitos” 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Revisão da tarefa inter-sessões. (duração: 10 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Gestão de Conflitos”. (duração: 30 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “Gerir os Conflitos” no fim do qual os participantes devem reconhecer as estratégias para a resolução de conflitos” (duração: 25 minutos) Fonte: http://www.youtube.com/watch?v=bPKu9KayZ7g</p> <p>Estudo de Caso “E agora?” onde os participantes colocam em prática as técnicas de mediação de conflitos aprendidas. (duração: 35 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Tomada de Decisões”. (duração: 30 minutos)</p> <p>Dinâmica de Grupo “O Menino Mal Comportado” (duração: 20 minutos)</p>	
Tarefas inter-sessões	
Preenchimento do Questionário “Será que sabe lidar com os conflitos?”	

9ª SESSÃO: TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Promover a qualidade das relações interpessoais dos participantes.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os princípios básicos do treino de habilidades sociais e cada uma das suas técnicas. • Adquirir competências que permitam manter relacionamentos sociais satisfatórios. • Dotar os participantes de recursos e estratégias de atuação social positiva, recompensadoras e gratificantes.
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “Competências Sociais” • Diapositivos “Comunicação Interpessoal” • Vídeo “Comunicação não-verbal - O corpo fala” • Diapositivos “Barreiras à Comunicação” • Fotocópias Dinâmica de Grupo “O Eclipse do Sol” • Fotocópias Exercício de Autodiagnóstico “Estilos de Comunicação” 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Discussão sobre os resultados da tarefa inter-sessões. (duração: 10 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Competências Sociais”. (duração:30 minutos)</p> <p>Reflexão sobre a frase “O Homem é um ser social porque ainda não aprendeu a viver sozinho” (duração: 10 minutos)</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Comunicação Interpessoal”. (duração:40 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “Comunicação não-verbal - O corpo fala” (duração:10 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=low1oDkhkjo</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Barreiras à Comunicação”. (duração:30 minutos)</p> <p>Dinâmica de Grupo “O Eclipse do Sol” com o intuito de se concluir que se pode distorcer uma mensagem recebida devido a maus hábitos de escuta. (duração: 20 minutos)</p>	
Tarefas inter-sessões	
<p>Exercício de Autodiagnóstico “Estilos de Comunicação” Leitura Aconselhada: <i>Quem mexeu no meu queijo?</i> Johnson, S., 2011</p>	

10ª SESSÃO: CONTINUAÇÃO TCS E ENCERRAMENTO	
Programa: “Não ao Burnout!”	Facilitador: Patrícia Esteves
Duração: 2h30 min.	Local: Webstudy
Objetivo Geral	Promover a qualidade das relações interpessoais dos participantes.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os princípios básicos do treino de habilidades sociais e cada uma das suas técnicas. • Adquirir competências que permitam manter relacionamentos sociais satisfatórios. • Dotar os participantes de recursos e estratégias de atuação social positiva, recompensadoras e gratificantes. • Concluir o programa de intervenção “Não ao Burnout!” • Preenchimento do instrumento de avaliação pós-teste
Material	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Tela de projeção • Diapositivos “Processo de Comunicação e perfis Comunicacionais” • Vídeo “Assertividade” • Instruções para o Role-Playing • Vídeo “A Comunicação Assertiva” • Fotocópias Atividade “Hora de refletir sobre as suas mudanças.” • Inventário de Burnout de Maslach – Versão para Professores 	
Atividades e/ou Procedimentos	
<p>Para a concretização dos objetivos acima descritos, propõem-se as seguintes atividades e/ou procedimentos:</p> <p>Discussão sobre os resultados da tarefa inter-sessões. (duração: 15 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “Assertividade” para introdução do tema. (duração: 10 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=UoB4qzpi3ss</p> <p>Projeção da apresentação em PowerPoint “Processo de Comunicação e Perfis Comunicacionais”. (duração:20 minutos)</p> <p>Role-playing “Professor e Aluno” com o propósito de distinguir os diferentes tipos de comportamento. (duração: 25 minutos)</p> <p>Visionamento do vídeo “A Comunicação Assertiva” com a finalidade de identificarem os estilos de comunicação existentes. (duração: 25 minutos) Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=QJzXRExEdH4</p> <p>Atividade “Hora de refletir sobre as suas mudanças.” (duração: 20 minutos)</p> <p>Pré-avaliação realizado através da aplicação do Inventário de Burnout de Maslach a todos os participantes. (duração: 35 minutos)</p>	

ANEXO X
Ação De Formação “Ludoterapia Centrada Na Criança”
Planos de Sessão



Clínica de Psicologia de Vila do Conde

Entidade: Clínica de Psicologia de Vila de Conde		Formador: Patrícia Rocha Esteves	
Curso: Ludoterapia Centrada na Criança	Ação: 1/2	Formação: Contínua Presencial	
Público-Alvo: Licenciados, mestres em psicologia e estudantes a frequentar o último ano de mestrado integrado em psicologia			
Data: 04/05/2009	Duração: 8 Horas	Local: Vila do Conde	
Objetivo Geral: Capacitar os formandos a intervirem usando a Ludoterapia no processo terapêutico com crianças.			

PLANO DE SESSÃO

Módulos	Conteúdos	Métodos Técnicas	Atividades Apontamentos	Recursos Pedagógicos	Tempo	Avaliação	
Apresentação	.Apresentação e discussão dos objetivos da ação de formação. .Apresentação da metodologia e dos conteúdos programáticos.	Expositivo Interrogativo	.Apresentação dos objetivos, método de trabalho e programa da ação de formação. .Diagnóstico das competências e das experiências relativas à temática, através de questões orais fechadas.		30 min.	Avaliação Diagnóstica.	1ª Parte Introdução

O Brincar e a sua Importância	O Brincar e a Criança Funções do Brincar O Brincar Simbólico Brincar no Processo Terapêutico						
História e Evolução da Ludoterapia	Ludoterapia Psicanalítica Ludoterapia Livre Ludoterapia relacional Ludoterapia Centrada na Criança						
Ludoterapia Centrada na Criança	Definição de Ludoterapia Centrada na Criança Condições Terapêuticas Facilitadoras do Crescimento Princípios Básicos da Ludoterapia Centrada na Criança	Expositivo	Apresentação do conteúdo previsto para a ação com recurso a diapositivos. Resposta a exercícios propostos pela formadora.	Computador Projetor Tela de projeção	4 H	Avaliação Formativa: técnica de observação direta	2ª Parte Desenvolvimento
O Ludoterapeuta	Dimensões Terapêuticas da Relação em Ludoterapia Objetivos da Ludoterapia Centrada na Criança Resultados da Intervenção Ludoterapêutica Características de um bom Ludoterapeuta Autoconhecimento do Ludoterapeuta Autoaceitação do Ludoterapeuta Regras para um bom Relacionamento com Crianças	Interrogativo		Recursos multimédia Fotocópias			
	Apropriação e integração dos novos conhecimentos por parte dos formandos. Aplicação da informação.		Sistematizar ideias e procurar ligar a estruturação apresentada à realidade conhecida ou percebida pelos formandos.		2 H	Avaliação Formativa: respostas a questões e exercícios propostos.	3ª Parte Consolidação
	Síntese dos principais conteúdos abordados. Esclarecimento de eventuais dúvidas.	Expositivo Interrogativo			30 min		4ª Parte Conclusão



Clínica de Psicologia de Vila do Conde

Entidade: Clínica de Psicologia de Vila de Conde		Formador: Patrícia Rocha Esteves	
Curso: Ludoterapia Centrada na Criança	Ação: 2/2	Formação: Contínua Presencial	
Público-Alvo: Licenciados, mestres em psicologia e estudantes a frequentar o último ano de mestrado integrado em psicologia			
Data: 11/05/2009	Duração: 8 Horas	Local: Vila do Conde	
Objetivo Geral: Capacitar os formandos a intervirem usando a Ludoterapia no processo terapêutico com crianças.			

PLANO DE SESSÃO

Módulos	Conteúdos	Métodos Técnicas	Atividades Apontamentos	Recursos Pedagógicos	Tempo	Avaliação	
	Apresentação dos objetivos da sessão de formação. Apresentação da metodologia e dos conteúdos programáticos.	Expositivo Interrogativo	Síntese e ligação à sessão anterior. Apresentação dos objetivos, método de trabalho e programa da sessão de formação.		30 min.		1ª Parte Introdução

A Sala e a Mala de Ludoterapia	Características da Sala de Ludoterapia Brinquedos e Materiais Seleção dos Brinquedos e dos Materiais Categorias de Brinquedos			Computador			
A Relação Ludoterapêutica	Objetivos da Relação Estruturação Inicial da Relação Dimensões Básicas da Relação	Expositivo	Apresentação do conteúdo previsto para a ação com recurso a diapositivos.	Projeter Tela de projeção	4 H	Avaliação Formativa: respostas a questões e exercícios propostos.	2ª Parte Desenvolvimento
Limites na Ludoterapia	Estabelecer Limites Orientações Básicas Quando colocar limites? Razões para os Limites Terapêuticos Procedimentos para Estabelecer Limites Passos no Processo de Estabelecer Limites Quando os Limites são Ultrapassados	Interrogativo	Resposta a exercícios propostos pela formadora.	Recursos multimédia Fotocópias			
Casos Práticos	Caso Prático 1 “Rita, uma criança manipuladora” Caso Prático 2 “Paulo, uma criança medrosa em ludoterapia”	Interrogativo Expositivo	Análise de casos práticos.	Computador Projeter Tela de projeção Recursos multimédia Fotocópias	2.30 H		3ª Parte Consolidação
Encerramento da Ação de Formação	Síntese dos principais conteúdos abordados. Esclarecimento de eventuais dúvidas.	Expositivo Interrogativo	Realização de um exercício individual de avaliação da aprendizagem. Preenchimento de um questionário de avaliação da ação de formação.	Exercício individual de avaliação da aprendizagem. Questionário de Avaliação da Ação de Formação.	1 H	Avaliação Sumativa.	4ª Parte Conclusão

ANEXO XI
Ação De Formação “Ludoterapia Centrada Na Criança”
Apresentação PowerPoint



Clinica de Psicologia de Vila do Conde

LUDOTERAPIA CENTRADA NA CRIANÇA

Formadora Patrícia Esteves
4 e 11 de Maio de 2009



Módulo I O Brincar e a sua importância

“Brincar é o maior desenvolvimento na infância, porque só por si é a expressão do que está na alma da criança. ... O brincar das crianças não é nenhum mero desporto. Está cheio de significados e importância.”

F. Foebel

2



Objetivos Pedagógicos

O Brincar e a sua importância

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Identificar as Funções do Brincar.
- Descrever o Brincar Simbólico.
- Reconhecer que as crianças Comunicam através do Brincar.
- Explicar a importância do Brincar no Processo Terapêutico.

4

O Brincar e a criança

A criança precisa de muita coisa para ser feliz, mas, especialmente, de:



5



Declaração Universal dos Direitos das Crianças



A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientados para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.

(Declaração Universal dos Direitos da Criança, 1959)

7

Exercício Nº 1

8



Funções do Brincar

“O brincar ajuda as crianças a dar largas à sua imaginação, a aprender as regras da sua cultura e a desenvolver capacidades.”

Papalia & Olds, 1986

Funções do Brincar

A brincar as crianças:

- ◆ Aprendem o que ninguém lhes pode ensinar.
- ◆ Aprendem a morar no nosso mundo simbólico cheio de significados e valores, ao mesmo tempo que exploram, experimentam e aprendem pelos seus próprios modos individuais.

10

Funções do Brincar (cont.)

- ◆ Descarregam energia, preparam-se para as funções que vão ter nas suas vidas, alcançam objetivos difíceis e aliviam as frustrações.
- ◆ Descarregam as suas necessidades de competir, comportam-se agressivamente, mas de um modo socialmente aceitável, e aprendem a lidar com os outros.

11

Funções do Brincar (cont.)

- ◆ Expressam a individualidade das suas personalidades e desenvolvem recursos internos que podem ser incorporados nas suas personalidades.



12



O Brincar Simbólico

"Pela manipulação de brinquedos, a criança consegue mostrar melhor do que por palavras, o que sente sobre si própria, sobre as pessoas mais próximas e sobre os acontecimentos na sua vida."

Ginott, 1994

O Brincar Simbólico

- ❑ O brincar faz a ponte entre a experiência concreta e o pensamento abstrato. É por isso que a sua função simbólica é tão importante.
- ❑ Ao brincar, a criança lida, de um modo sensório-motor, com objetos concretos que são símbolos para qualquer outra coisa que a criança experimentou direta ou indiretamente.

14

O Brincar Simbólico (cont.)

- ❑ O brincar dá forma concreta e expressão para o mundo interno da criança.
- ❑ Experiências emocionalmente significativas adquirem um significado através do brincar.
- ❑ O terapeuta usa o brincar com crianças, porque é a sua linguagem simbólica.

15

O Brincar Simbólico (cont.)

- ❑ O brincar das crianças tem significado e é significativo para elas, através do brincar elas expandem-se para áreas onde têm dificuldade de entrar verbalmente.
- ❑ As crianças são capazes de usar brinquedos para dizer o que não podem dizer, para fazer coisas que se sentem incomodadas a fazer e para expressar sentimentos pelos quais poderiam ser repreendidas por verbalizar.

16

O Brincar Simbólico (cont.)

Brincar é a linguagem simbólica da autoexpressão da criança e pode revelar :

- a) o que a criança experienciou;
- b) reações ao que foi experienciado;
- c) sentimentos acerca do que foi experienciado;
- d) o que a criança deseja, quer ou necessita;
- e) a percepção da criança de si própria.

17



Uma função principal do brincar é a mudança do que pode ser intratável na realidade, para situações manejáveis através da representação simbólica que dá às crianças a oportunidade de aprenderem a lidar, através do processo de exploração autodirigida.



*As crianças
comunicam através do
brincar*

"Os brinquedos são usados como palavras pelas crianças e o brincar é a sua linguagem."

As crianças comunicam através do brincar

- ✓ O brincar das crianças pode ser melhor aproveitado quando reconhecido como o seu meio natural de comunicação.
- ✓ As crianças expressam-se mais completamente e mais directamente por iniciativa própria, ou seja, a brincar livremente, do que verbalmente, porque estão mais confortáveis a brincar.
- ✓ Brincar é a expressão concreta da criança e é o seu modo de lidar com o mundo.

20



Brincar no Processo Terapêutico

"A experiência do brincar é terapêutica porque fornece uma relação segura entre a criança e o adulto, de modo que a criança tem a liberdade e espaço para afirmar, à sua maneira, e na altura que quiser exatamente como está naquele momento."

Axline, 1950



"Os brinquedos implementam o processo porque eles, definitivamente, são o meio de expressão da criança... O brincar livre é uma expressão do que ela quer fazer. Quando ela brinca livremente e sem direcção, está a expressar um período de pensamento e acção independente. Ela está a libertar os seus sentimentos e atitudes..."

Axline, 1969

Brincar no Processo Terapêutico

- ❖ Brincar é para a criança o que a verbalização é para o adulto.
- ❖ As crianças exteriorizam os seus sentimentos e necessidades de uma forma similar à dos adultos. As dinâmicas de expressão e o veículo para comunicação são diferentes para as crianças, mas as expressões (medo, satisfação, raiva, felicidade, frustração) são semelhantes às dos adultos.

23

Brincar no Processo Terapêutico (continuação)

"As crianças podem ter uma dificuldade considerável para falar do que sentem ou como foram afetados pelo que experienciaram; mas, se permitido, na presença de um adulto preocupado, sensível e empático, elas irão mostrar o que sentem através dos brinquedos e materiais que escolhem, pelo que fazem com e aos materiais e a história que encenam."

24

Brincar no processo terapêutico (continuação)

“ Brincar é o modo das crianças conseguirem um equilíbrio e controlo das suas vidas, enquanto brincam estão a controlar os acontecimentos do brincar, embora possa não ser possível, de facto, o controlo da experiência de vida representada no brincar. É o sentimento ou sentido de controlo, em vez do controlo actual, que é essencial ao desenvolvimento emocional das crianças e à saúde mental positiva.”

25

Módulo II *História e Evolução da Ludoterapia*

“Os pássaros voam, os peixes nadam e as crianças brincam”

Garry Landreth

26



Objetivos Pedagógicos

História e Evolução da Ludoterapia

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Indicar as 4 fases evolutivas da Ludoterapia.
- Enumerar algumas características da Ludoterapia Psicanalítica.
- Caracterizar a Ludoterapia Livre.
- Citar alguns dos aspetos mais importantes da Ludoterapia Relacional.
- Definir Ludoterapia Centrada na Criança (Não-diretiva).

28

Fases Evolutivas da Ludoterapia

- 1° - Ludoterapia Psicanalítica
- 2° - Ludoterapia Livre
- 3° - Ludoterapia Relacional
- 4° - Ludoterapia Não-diretiva

29

Ludoterapia Psicanalítica

- O primeiro caso publicado a descrever o uso terapêutico do brincar, relatado por Sigmund Freud, em 1909, foi o caso clássico do "pequeno Hans", um menino de 5 anos com uma fobia.
- Hermine Hug-Hellmuth (1921) parece ter sido das primeiras terapeutas a dar importância ao brincar, na análise da criança, e a proporcionar às crianças, em terapia, brinquedos para elas se poderem expressar.

30

- Usava a ludoterapia para se relacionar melhor com a criança.
- O brincar era mais um preliminar, do que um trabalho analítico de base.
- O seu objetivo era, sobretudo, o estabelecimento de uma ligação afetiva positiva da criança com a terapeuta, para poder tornar possível uma terapia nos moldes psicanalíticos habituais.

**A
N
N
A

F
R
E
U
D**

31

- Usava o brincar como um modo de encorajar as crianças a expressar fantasias, ansiedades e defesas, que ela depois interpretava.
- Interpretava o significado do brincar consciente ou inconsciente das crianças. Via o significado simbólico, em quase toda atividade do brincar.
- Acreditava que a exploração do inconsciente era a tarefa principal da terapia, e que isto se conseguiria melhor, através da análise da relação de transferência da criança com a terapeuta.

**M
e
l
i
o
r

K
l
i
n**

32

Ludoterapia Livre

- A segunda fase na evolução da ludoterapia aconteceu nos anos trinta com o trabalho de David Levy (1938) com o desenvolvimento da terapia livre, uma técnica de ludoterapia para crianças que tinham sofrido uma determinada situação traumática.
- Para Levy não havia necessidade de interpretar. O papel principal do terapeuta era ser um encenador, para recriar, através de brinquedos selecionados, a experiência que deu origem à ansiedade da criança.

33

Ludoterapia Relacional

- O aparecimento do trabalho de Jesse Taft (1933) e Frederick Allen (1934), chamado Terapia de Relação, constituiu a terceira fase na evolução da Ludoterapia.
- A ênfase principal é colocada no poder curativo da relação emocional entre o terapeuta e a criança.
- Nenhum esforço é feito para explicar ou interpretar experiências passadas. Os sentimentos e as reações atuais são o foco primário de atenção.

34

Ludoterapia Relacional (continuação)

- Consideravam as crianças com força interior e com capacidade para alterar os seus comportamentos construtivamente.
- Às crianças era-lhes dada a liberdade para escolher, brincar ou não, e dirigir a sua própria actividade.
- Nesta técnica, a criança tem que assumir responsabilidade no seu processo de crescimento.

35

Ludoterapia Não-directiva

- A quarta fase evolutiva da Ludoterapia está relacionada com o trabalho de Virgínia Axline (1947), uma estudante de Carl Rogers.
- Axline aplicou, com sucesso, os princípios da Terapia Não-diretiva (centrada no cliente) a crianças em Ludoterapia.
- A Ludoterapia Não-diretiva não faz qualquer esforço para controlar ou mudar a criança, e é baseada na teoria de que o comportamento da criança é sempre causado pela procura de uma autorealização completa.

36

Módulo III – Ludoterapia Centrada na Criança

“ A Ludoterapia é um método que ajuda as crianças a ajudarem-se.”
Axline, 1984

37



Objetivos Pedagógicos

Ludoterapia Centrada na Criança

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Identificar as condições terapêuticas facilitadoras do crescimento.
- Indicar os princípios básicos da Ludoterapia Centrada na Criança.
- Definir os objetivos da Ludoterapia Centrada na Criança.
- Enumerar os resultados da Intervenção Ludoterapêutica.

39

Exercício Nº 2

40

Definição

“A Ludoterapia pode ser definida como uma relação interpessoal dinâmica entre uma criança e um terapeuta experiente, que fornece brinquedos selecionados e que facilita o desenvolvimento de uma relação segura para a criança se expressar completamente e explorar-se a si própria (sentimentos, pensamentos, experiências e comportamentos) através do brincar, o meio natural de comunicação da criança, para um ótimo crescimento e desenvolvimento.”

41

Condições Terapêuticas para o Crescimento

As atitudes do Ludoterapeuta que são a base da relação terapêutica e que facilitam o crescimento da criança, são as seguintes:

- 1) Atitude de Congruência ou Autenticidade.
- 2) Aceitação ou Consideração Positiva Incondicional.
- 3) Compreensão Empática.

42

Princípios Básicos da Ludoterapia Centrada na Criança

Axline (1980) apresentou oito princípios básicos que devem guiar o terapeuta em todos os seus contatos não-diretivos.

“São muito simples, mas grandiosos nas suas possibilidades, quando seguidos com sinceridade, segurança e inteligência.”

Axline, 1980

43

1. Rapport.
2. Aceitar a criança como ela é.
3. Permissividade no relacionamento entre terapeuta e cliente.
4. Identificar e refletir sentimentos.
5. Profundo respeito pela capacidade da criança.
6. A criança indica o caminho.
7. O processo é gradativo.
8. Os limites da realidade externa.

P
r
i
n
c
í
p
i
o
s

B
á
s
i
c
o
s

44

Exercício Nº3

45

Conclusão

- Na Ludoterapia Centrada na Criança, é a relação, e não a utilização dos brinquedos ou interpretação do comportamento, a chave para o crescimento.
- Por isso, a relação é focada no presente, vivendo a experiência com a criança.

46

- | | | |
|--------------------------|-----------|---------------------------|
| • Criança | em vez de | Problema |
| • Presente | em vez de | Passado |
| • Sentimentos | em vez de | Pensamentos ou Ações |
| • Compreensão | em vez de | Explicação |
| • Aceitação | em vez de | Correção |
| • Autodireção da criança | em vez de | Instrução do terapeuta |
| • Sabedoria da criança | em vez de | Conhecimento do terapeuta |

47

Dimensões Terapêuticas da Relação em Ludoterapia

- Acreditar na criança.
- Respeitar a criança.
- Aceitar a criança.
- “Ouvir o interior” da criança.
- Aceitar o que a criança será.
- Focar nas necessidades da criança.
- Dar liberdade para a criança definir a sua própria direção.
- Promover a oportunidade para a criança fazer as suas escolhas.
- Respeitar os limites da criança.
- Ter paciência no processo terapêutico.

48

Objectivos da Ludoterapia Centrada na Criança

- Desenvolver uma autoimagem positiva.
- Assumir responsabilidades.
- Tornar-se auto-diretiva.
- Aceitar-se a si própria.
- Tornar-se resiliente.
- Envolver-se nas suas próprias tomadas de decisão.
- Experimentar um sentimento de controlo.
- Aprender estratégias de coping.
- Desenvolver formas de avaliação interna.
- Acreditar mais nela própria.

49

Resultados da Ludoterapia Centrada na Criança

- A Ludoterapia é uma intervenção psicoterapêutica eficaz, apresentando bons resultados nas seguintes perturbações, dificuldades ou problemas:
 - 1) Tricotilomania;
 - 2) Mutismo selectivo (melhoria);
 - 3) Diminuição de Comportamentos agressivos;
 - 4) Melhorias no Ajuste emocional de crianças de pais divorciados;
 - 5) Melhorias no Ajuste emocional de crianças abusadas e negligenciadas;
 - 6) Melhorias no Ajuste emocional de crianças sexualmente abusadas e crianças testemunhas de violência doméstica;

50

(Continuação)

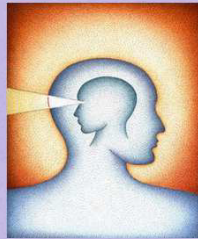
- 7) Redução do stress e da ansiedade em crianças hospitalizadas;
- 8) Melhoria na leitura;
- 9) Melhorias no desempenho escolar de crianças com dificuldades de aprendizagem;
- 10) Diminuição do mau comportamento escolar;
- 11) Diminuição de problemas de fala;
- 12) Diminuição de problemas emocionais e intelectuais em crianças com deficiência ou atraso mental;
- 13) Melhoria do ajuste emocional e social;
- 14) Melhoria da gaguez;

51

(Continuação)

- 15) Melhorias em dificuldades psicossomáticas, tais como asma, colite ulcerosa e alergias;
- 16) Redução de sintomas de depressão em crianças;
- 17) Aumento da autoestima;
- 18) Redução da ansiedade de separação.

52



Módulo IV O Ludoterapeuta

“Um Homem é humano apenas quando brinca.”

F. Schiller



Objetivos Pedagógicos

O Ludoterapeuta

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Indicar as características necessárias para se ser um bom Ludoterapeuta.
- Descrever o papel do Ludoterapeuta.
- Reconhecer a importância da autoaceitação e autoconhecimento do Ludoterapeuta.
- Enumerar as regras para um bom relacionamento com crianças.

55

Exercício Nº 4

56

Características de um bom Ludoterapeuta

- Objetivo
- Flexível
- Não julga nem avalia
- Compreensivo
- Sensível
- Tolerante

57

(continuação)

- Corajoso
- Realista
- Cordial
- Preocupado
- Sentido de humor
- Escuta ativamente e *“está completamente presente”*
- Gosta de estar com crianças

58

Regra de ouro

“O que o terapeuta pensa sobre uma criança é mais importante do que o terapeuta sabe acerca da criança.”

59

Auto-conhecimento do Ludoterapeuta

- Todos os terapeutas precisam de se compreenderem e conhecerem as suas motivações, necessidades, pontos fracos, preconceitos, conflitos pessoais e áreas de dificuldade emocional, como também, forças pessoais.
- Os terapeutas não devem pensar que podem manter os seus valores e necessidades compartimentadas e separadas das suas relações com crianças.
“ A pergunta não é se a personalidade do terapeuta entrará ou não na relação mas sim, até que ponto isso acontecerá.”
- Um terapeuta que está desatento aos seus próprios preconceitos, valores, necessidades emocionais, medos, tensões, ansiedades e expectativas do EU, não será efetivamente sensível a tais dimensões nas crianças.

60

Auto-aceitação do Ludoterapeuta

“Os bons terapeutas apreciam a sua própria singularidade e assim podem aceitar a singularidade dos outros.”

Regra de ouro:

“Não podemos aceitar a fraqueza de outra pessoa até sermos capazes de aceitar a nossa.”

61

Regras para um bom relacionamento com crianças

O processo de relacionamento com crianças, a partir de um quadro de referência centrado na criança, está baseado nas seguintes regras sobre crianças, que são para o terapeuta o pilar onde deve assentar a sua atitude para com elas:

- ❖ As crianças não são adultos em miniatura e o terapeuta não deve responder a elas como se fossem.
- ❖ As crianças são pessoas. Elas são capazes de sofrer uma profunda dor emocional e alegria.
- ❖ As crianças são únicas e merecedoras de respeito. O terapeuta tem de apreciar a singularidade de cada criança e respeitar a pessoa que a criança é.
- ❖ As crianças são resilientes. As crianças possuem uma tremenda capacidade para superar obstáculos e circunstâncias nas suas vidas.
- ❖ As crianças têm uma tendência inerente para o crescimento e maturidade. Elas possuem uma sabedoria intuitiva interior.

62

... continuação

- ❖ As crianças são capazes de orientar-se positivamente. Elas são capazes de lidar com o seu mundo de modo criativo.
- ❖ A linguagem natural das crianças é o brincar e este é o modo de autoexpressão com o qual elas se sentem muito confortáveis.
- ❖ As crianças têm direito a permanecer em silêncio. O terapeuta deve respeitar a decisão de uma criança que não quer falar.
- ❖ As crianças levarão a experiência terapêutica para onde elas precisam de estar. O terapeuta não deve tentar determinar quando ou como uma criança deve brincar.
- ❖ O crescimento das crianças não pode ser acelerado. O terapeuta deve reconhecer isto e ser paciente com o processo de desenvolvimento da criança.

63

Módulo V A Sala e a Mala de Ludoterapia



64



Objetivos Pedagógicos

A Sala e a Mala de Ludoterapia

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Indicar as características da Sala de Ludoterapia.
- Enumerar os brinquedos existentes na Mala de Ludoterapia e a sua representação simbólica.

66

Sala de Ludoterapia

- Embora seja desejável ter uma sala equipada e isolada para a Ludoterapia, qualquer sala de uma clínica ou escola pode servir.
- O Ludoterapeuta tem de ter uma caixa com o material mínimo indispensável.

67

(continuação)

• Axline (1980) referiu que a sala ideal teria de ter as seguintes características:

- 1) Totalmente à prova de som;
- 2) Possuir um lavatório com água quente e fria;
- 3) Janelas protegidas por grades ou redes;
- 4) Chão e paredes protegidas por materiais laváveis.
- 5) Recanto para uma casa com mobília doméstica, à escala das crianças;
- 6) Materiais e brinquedos acessíveis às crianças.

68

(continuação)

- Landreth (2002) acrescentou mais algumas características à Sala de Ludoterapia ideal:
 - 1) Quadro, apagador e giz branco e de cor;
 - 2) Prateleiras, acessíveis às crianças, para os brinquedos e materiais;
 - 3) Uma mesa e 2 cadeiras resistentes e em tamanho infantil e uma cadeira de adulto;
 - 4) Um recanto para as pinturas, caixa de areia e plasticinas;
 - 5) Pequena casa-de-banho.

69

Sala de Ludoterapia



70

Mala de Ludoterapia



71

Brinquedos e Materiais

- Os brinquedos devem:
 - 1) Ter durabilidade;
 - 2) Ser resistentes;
 - 3) Ser de construção simples;
 - 4) Ser fáceis de manusear.

Obs.: Os Brinquedos mecânicos ou eletrônicos não são recomendáveis, porque não permitem muita criatividade lúdica.

72

Regra de Ouro

“Os brinquedos devem ser selecionados e não colecionados.”

Devem ser selecionados cuidadosamente:

- a) pela contribuição que podem dar para se atingir os objetivos da Ludoterapia;
- b) para se perceber até que ponto são ou não, consistentes para a terapia.

73

Seleção dos Brinquedos e dos Materiais

- Os brinquedos e materiais devem ser selecionados para facilitar os sete aspetos essenciais da Ludoterapia:
 - 1) Estabelecer uma relação positiva com a criança (ex: família de bonecos).
 - 2) Expressar uma grande variedade de sentimentos (ex: fantoches).
 - 3) Explorar experiências da vida real (ex: kit médico).
 - 4) Testar os limites (ex: pistola).
 - 5) Desenvolver uma autoimagem positiva (ex: plasticina, lápis e blocos).
 - 6) Desenvolver a autocompreensão (ex: *bop bag* e bonecas).
 - 7) Oportunidade para desenvolver o auto-controlo (ex: areia).

74

Categorias de Brinquedos

- Os brinquedos e materiais apropriados para a Ludoterapia podem ser agrupados em 3 grandes categorias:
 - 1) Brinquedos que representam a vida real.
 - 2) Brinquedos que transmitem sentimentos agressivos.
 - 3) Brinquedos que permitem a expressão criativa e o libertar de emoções.

75

Brinquedos que representam a vida real

- Família de bonecos.
- Casa de bonecas.
- Fantoches.
- Outras bonecos.
- Carro.
- Camião.
- Barco.
- Caixa Registradora.
- Quadro Preto.



76

...continuação

- A criança ao encenar cenas com a família de bonecos, pode expressar diretamente raiva, medo, rivalidade do irmão, crises ou conflitos familiares.
- Um camião, carro, camião, barco e caixa registadora são especialmente importantes para as crianças ansiosas, tímidas e resistentes, porque podem ser manuseados de muitas maneiras, sem revelar qualquer sentimento. Quando as crianças estiverem prontas, elas escolherão os brinquedos que as ajudarão a expressar os seus sentimentos completa e abertamente.
- A caixa registadora dá um sentimento de controlo, quando a criança manipula as teclas e os números.
- O carro ou camião dá uma desculpa para as crianças se mexerem e explorarem a sala.
- A presença de um quadro negro permite à criança liberdade na sala, principalmente quando elas vêm da escola e a regra é “não mexas aí”.

77

Brinquedos que transmitem sentimentos agressivos

- Soldadinhos.
- Fantoche do crocodilo.
- *Bop Bag*.
- Armas.
- Facas de plástico.
- Martelo.
- Animais Selvagens.
- Plasticina.



78

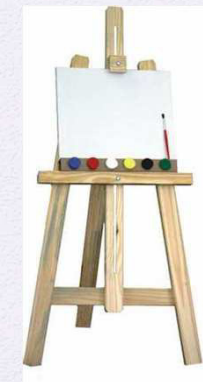
...continuação

- Brinquedos estruturados tais como, o *bop bag*, os soldadinhos, um fantoche de crocodilo, as armas e facas de plástico, podem ser usados pelas crianças para expressar raiva, hostilidade e frustração.
- Todas as salas de ludoterapia devem ter algo que a criança possa destruir. As embalagens de cartão para os ovos servem bem este propósito, visto que podem ser pisados, cortados, rasgados, pintados e assim por diante.
- Os animais selvagens devem ser incluídos, porque algumas crianças, nas primeiras etapas, têm dificuldades em expressar sentimentos agressivos mesmo contra as figuras que representam os humanos.
- A plasticina é um exemplo de um material que está incluído em duas categorias: pode ser esmagada, enrolada com força e dividida em bocados para exprimir raiva ou frustração, mas também pode ser usado pela criança para criar figuras para brincar.

79

Brinquedos que permitem a expressão criativa e o libertar emoções

- Água.
- Areia.
- Blocos de madeira.
- Cavalete de pinturas.



80

... continuação

- A areia e a água são, provavelmente, os brinquedos não-estruturados mais usados pelas crianças, mas são os menos prováveis de serem encontrados na ludoterapia, apesar da água ser o meio terapêutico mais efetivo de todos os materiais. A areia e água tem falta de estrutura e podem ser o que a criança quiser que eles sejam. Desde uma praia à superfície da lua, as possibilidades são ilimitadas. Não há uma maneira certa ou errada de brincar com a água, por isso a criança tem a certeza do seu sucesso, o que é especialmente útil às crianças tímidas e abandonadas.
- Os blocos podem ser casas, podem ser atirados, empilhados e deitados abaixo, permitindo à criança saber o que é sentir-se construtivo ou destrutivo. Tal como com água e areia, a criança pode experimentar um sentimento de satisfação, porque não há nenhum modo correto para brincar com os blocos.
- As pinturas num cavalete proporcionam à criança a oportunidade para ser criativa e exprimir sentimentos.

81

www.webstudy.pt

Módulo VI A Relação Ludoterapêutica

“Quem havia de pensar que existia um lugar como este no mundo?”

Criança em Ludoterapia

82



Objetivos Pedagógicos

A Relação Ludoterapêutica

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Definir os objetivos e a estruturação inicial da Relação Ludoterapêutica.
- Identificar as dimensões básicas da Relação Ludoterapêutica.

84

Objetivos da Relação

- O Ludoterapeuta deve preocupar-se com objetivos que facilitem o desenvolvimento de uma relação terapêutica com a criança. São eles:

- 1) Estabelecer uma atmosfera de segurança para a criança.
- 2) Compreender e Aceitar o mundo da criança.
- 3) Encorajar a expressão do mundo emocional da criança.
- 4) Estabelecer um sentimento de permissividade.
- 5) Facilitar as decisões tomadas pela criança.
- 6) Proporcionar à criança uma oportunidade de assumir responsabilidade e desenvolver uma sensação de controlo.

85

Estruturação Inicial da Relação

1º) Apresentação da Sala de Ludoterapia.

- A comunicação Verbal deve ser mínima.
- A Sala tem de ser explorada pela criança.
- O Terapeuta não deve tentar convencer a criança que se vão divertir na sala.

Sugestão

“Sara, esta é a nossa sala de brincar e é um sítio onde podes brincar com os brinquedos de muitas maneiras.”

86

Estruturação Inicial da Relação

2º) O terapeuta senta-se na sua cadeira.

O terapeuta...

- Ao sentar-se, faz com que a criança sinta que não a está a dirigir e além disso, que não a anda a seguir pela sala toda.
- Ao sentar-se no chão, indica à criança que espera ser convidado para brincar, o que pode ser negativo, porque pode não ser essa a intenção da criança.
- Usa a sua cadeira uma vez que é o único lugar neutro na sala.
- Deve, no entanto, mostrar-se fisicamente interessado seguindo, com o olhar e com o corpo, tudo o que a criança estiver a fazer.

Regra de Ouro:

“Os dedos dos pés do terapeuta devem seguir o seu nariz.”

87

Estruturação Inicial da Relação

3º) Depois de se conhecerem e de confiarem um no outro (criança-terapeuta), o terapeuta pode levar a sua cadeira e sentar-se em pontos estratégicos na sala, para poder observar melhor a criança.

Esta mudança deve ser acompanhada por uma explicação tipo:

“Diogo, vou levar a minha cadeira para junto da caixa de areia, para estar mais perto da tua brincadeira.”

e não

“... para que eu possa ver o que tu estás a fazer.”

88

Estruturação Inicial da Relação

4º) A criança escolhe brincar ou não e falar ou não.

- O terapeuta não deve pressionar a criança para brincar ou falar.
- O terapeuta não deve tentar “meter conversa” com a criança.
- O terapeuta permite a criança tomar a iniciativa da conversa ou da brincadeira.

89

Considerações Importantes

- O terapeuta deve aceitar todos os sentimentos da criança como sendo válidos.
- O terapeuta não deve tentar convencer a criança de que não existem razões para se sentir desse modo.
- O terapeuta não deve desvalorizar os sentimentos da criança no sentido de a tranquilizar ou pô-la a sentir-se melhor.
- Quando uma criança fica em silêncio porque está ansiosa ou fica “parada” na sala, o terapeuta não deve ficar em silêncio.

90

As Razões das Perguntas das Crianças

Uma prática comum das crianças é fazer uma grande variedade de perguntas ao terapeuta, as quais podem ser uma maneira de elas estabelecerem contacto com ele e começarem a construir a relação.



Contudo, o terapeuta deve considerar o facto de que as crianças já sabem as respostas a muitas perguntas que fazem.



Responder às perguntas das crianças torna-se, então, uma forma de tentar entender a motivação subjacente, em vez de ser uma tentativa para dar respostas.

91

1º Exemplo

André, 5 anos de idade, pega nas algemas e pergunta:

“ O que é isto?”

Resposta desadequada: “ Algemas.”

Resposta adequada: “ Isso pode ser o que tu quiseres.”

Porquê?

Estimula a criatividade da criança e a sua imaginação.

92

2º Exemplo

Quando a Ana pergunta ao terapeuta:

“ Quem partiu esta boneca?”

Um terapeuta sensível responde:

“ Às vezes os acidentes acontecem aqui.”

Porquê?

A criança fica a saber que aquele não é um lugar de castigos nem um lugar onde ela tem de ser especialmente cuidadosa, daí o sentir-se livre para ser mais espontânea.

93

Exercício Nº 5

94

Regra de Ouro

“ Não responda a perguntas que não foram feitas.”

95

Dimensões Básicas da Relação

- A responsabilidade do terapeuta na relação pode ser resumida nas 4 mensagens seguintes, as quais têm de ser comunicadas à criança pelo ludoterapeuta, não só por palavras, mas também através do seu comportamento:

1ª) “ Estou aqui.”

2ª) “ Escuto-te.”

3ª) “ Compreendo-te.”

4ª) “ Importo-me.”

96

Módulo VII

Limites na Ludoterapia

97



Objetivos Pedagógicos

Limites na Ludoterapia

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Indicar as orientações básicas para se estabelecer limites.
- Descrever os passos e os procedimentos no processo de estabelecer limites.

www.webstudy.pt

99

Estabelecer Limites

- É um dos aspetos mais importante em Ludoterapia, mas também o mais problemático para os terapeutas.
- Sem impor alguns limites...
 - a) a relação não tem valor;
 - b) não há crescimento emocional e social;
 - c) não há terapia.

100

Estabelecer Limites

“A terapia é uma experiência de aprendizagem e os limites permitem que a criança tenha a oportunidade para aprender a autocontrolar-se, para saber que têm escolhas, como é fazer essas escolhas e o que se sente quando se tem responsabilidade.”

101

Orientações Básicas

- 1) Quando se tem que estabelecer limites e isso não acontece, não é dada à criança a oportunidade de aprender algum coisa importante sobre si própria.
- 2) Ao estabelecer limites terapêuticos às crianças, é-lhes dado oportunidade de escolher.
- 3) Os limites na sala de ludoterapia devem ser mínimos e executáveis.
- 4) Estabelecer limites totais em vez de limites condicionais parece ser a melhor opção.
- 5) Os limites devem ser estabelecidos de uma maneira calma, paciente, direta e firme.

102



“Ao estabelecer limites terapêuticos, o foco e a ênfase são sempre na criança, a fim de transmitir claramente onde recai a responsabilidade.”

103

Quando colocar limites?

“ Os limites não são precisos até serem precisos.”

104

Razões para os Limites Terapêuticos

- 1) Proporcionam segurança psíquica e emocional à criança.
- 2) Protegem o bem-estar físico do terapeuta e facilitam a aceitação da criança.
- 3) Facilitam o desenvolvimento da tomada de decisão, do autocontrole e da responsabilidade da criança.
- 4) Trazem a sessão para a realidade e enfatizam o “aqui e agora”.
- 5) Promovem consistência ao ambiente da sala de ludoterapia.
- 6) Preservam a relação profissional, ética e socialmente aceita.
- 7) Protegem os brinquedos e a sala de ludoterapia.

105

Conclusão

- O número de limites estabelecidos na Ludoterapia é mínimo e envolve comportamentos nas seguintes áreas:
- 1) Comportamento perigoso ou que possa magoar a criança e o terapeuta.
 - 2) Comportamento que perturbe a rotina terapêutica (ex: querer sair sempre da sala e querer sempre brincar depois do tempo acabar).
 - 3) Comportamento destrutivo da sala e dos materiais.
 - 4) Levar brinquedos da sala.
 - 5) Comportamento socialmente inaceitável.
 - 6) Comportamento/ Demonstração inapropriada de afetos.

106

Procedimentos para estabelecer limites

- Os limites têm como finalidade, transmitir à criança compreensão, aceitação e responsabilidade.
- O objetivo do terapeuta não é proibir o comportamento, mas sim facilitar a expressão do sentimento, do desejo ou da necessidade que o motivou, de uma maneira mais aceitável.



Porém, algumas atitudes na sala têm que ser limitadas.

107

Passos no Processo de estabelecer limites

O Terapeuta deve:

- 1º Passo – Conhecer os sentimentos, desejos e necessidades da criança.
- 2º Passo – Comunicar o limite.
- 3º Passo – Providenciar alternativas aceitáveis.
- 4º Passo – Fazer um ultimato (deve ser raramente usado).

108

Exercício Nº 6

109

Quando os limites são ultrapassados

- As explicações devem ser evitadas.
- Não se deve ameaçar ou castigar a criança.
- Não se deve mostrar retaliação na sessão seguinte.

mas sim,

Ter paciência, calma e firmeza.

110

Exercício Nº 7

111

Módulo VIII Casos Práticos



112



Objetivos Pedagógicos

Apresentação de Casos Práticos

No final deste módulo, os formandos deverão ser capazes de:

- Explorar casos práticos em Ludoterapia Centrada na Criança.

114

Caso Prático N.º1

"Rita, uma criança manipulativa."

115

Caso Prático N.º2

"Paulo, uma criança medrosa em ludoterapia."

116

Bibliografia

- Landreth, G. (2002). *Play Therapy: The Art of the Relationship*. West Sussex: Taylor e Francis Books, Inc.
- Kaduson, H., Shaefer, (1997). *101 Favorite Play Therapy Techniques*. London: Jason Aronson, Inc.
- Shaefer, C. (2011). *Foundations Of Play Therapy*. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas*. Lisboa: Livros Horizonte.

ANEXO XII

Ação De Formação “Ludoterapia Centrada Na Criança”
Atividades e Textos de Apoio



Leia, atentamente, o seguinte texto:

"A Importância do Brincar na Intervenção Psicoterapêutica com Crianças"

A tentativa de definir "brincar" conduz muitas vezes a descrições alargadas que se confundem com outros conceitos ou a definições tão reduzidas, que se tornam demasiado limitativas. Não existe uma definição compreensiva do brincar completamente aceite e generalizada. Inclusivamente, as primeiras definições surgiram caracterizando-o como algo negativo e prejudicial, como um mal necessário às crianças, sendo considerado de pouco interesse em termos científicos e de investigação. A definição que aqui interessa e se procura, é uma tentativa de entender o brincar como instrumento de grande relevância para a intervenção psicoterapêutica com crianças.

Aquilo que poderá distinguir o brincar de outras atividades do ser humano (como o trabalho, as atividades sociais ou as relações sexuais, por exemplo) será a consciência de que aquilo que se está a fazer não é real. É uma brincadeira - o comportamento é acompanhado por um significado de nível simbólico, sendo isso que permite que a atividade não tenha consequências. E é este um dos fatores que torna o brincar algo de muito importante e essencial. Não pode de modo algum, ser algo de trivial, como noutros tempos se pensava (e, creio eu, ainda hoje muitas vezes se pensa).

Ao brincar, a criança está a ser constantemente estimulada e não apenas a gastar energia. Ao mesmo tempo que brinca conhece o mundo, as suas regras e as pessoas que a rodeiam. O brincar permite a expressão de conflitos e afetos, oferecendo-se como uma via de exprimir aquilo que não é acessível pela palavra. Brincando, a criança expressa-se, expressa o seu mundo e a forma como o vê. Ao mesmo tempo, recria esse mundo, procurando, inventando e experimentando novas formas de compreensão da realidade e das relações. Prepara-se para o futuro e aprende formas de resolver as situações que se lhe apresentam.

Paralelamente, ao brincar, a criança pode imitar o adulto, sem receio de uma comparação que a colocaria sempre numa posição desfavorável. Este distanciamento leva a criança a um mundo onde ela tem todo o poder, onde pode criar sem receio, onde as regras dos adultos não tem valor.

O brincar de uma criança é sem dúvida um indicador do seu desenvolvimento e uma forma de a compreendermos. Por outro lado, o brincar é por si só uma forma de desenvolvimento e de estruturação, em que se ensaiam diferentes papéis, se mobilizam defesas e se integram e elaboram os acontecimentos. Pelo brincar é possível entrar no mundo dos adultos e treinar os seus comportamentos. Pelo brincar é possível dar nome aos fantasmas internos e derrotá-los de modo simbólico.

Para além de todas estas funções, o brincar tem influência nas diversas áreas da vida psicológica da



criança, sendo um erro considerá-lo uma simples ocupação de tempo livre. Obviamente, a criança não tem consciência disto. Brinca porque é divertido, porque lhe dá prazer. Deste modo, negar à criança que brinque é negar-lhe a oportunidade de se desenvolver, perdendo, por vezes, momentos únicos de aprendizagem, que podem não se repetir. Em nenhum momento a criança se deve sentir culpada por "brincar" ou por estar a "perder tempo", quando deveria estar a fazer coisas mais úteis.

Por tudo isto, na psicoterapia, em que a criança é a pessoa mais importante e "comanda" a situação, onde ninguém lhe diz o que fazer ou como fazer, onde não é criticada (mas onde existem limites, e, por isso, se sente segura), o brincar desempenha um papel fundamental. Há mensagens importantes no brincar da criança, para as quais o psicoterapeuta deve estar atento e, sobretudo, disponível. As crianças estão em constante crescimento e mudança, interna e externamente, e este processo dinâmico deve ser acompanhado por uma abordagem terapêutica igualmente dinâmica.

Apesar de muitas crianças possuírem vocabulário, não têm, estruturalmente, a maturação suficiente para poderem associar verbalmente. Os brinquedos servem de mediadores entre a criança (e as suas vivências internas) e o psicoterapeuta, porque são, por excelência, o seu meio de comunicação. Os brinquedos são usados como palavras e o brincar é a sua linguagem.

A possibilidade de brincar livremente, ao que quiser, como quiser, facilita a expressão, a projeção de emoções e de sentimentos. Ao mesmo tempo, a criança experiencia um momento de independência e de autonomia. Escolherá os brinquedos que lhe forem mais convenientes, fará e dirá aquilo para que estiver preparada e da forma que lhe for possível na altura.

O psicoterapeuta, ao conter e interpretar, ao dar significado ao que não é dito, permite à criança transformar e transformar-se. A criança que está perante o psicoterapeuta não representa um problema para ser analisado, mas é sim, uma pessoa que deve ser compreendida.

Porque a brincar podemos fazer tudo...Podemos relacionar-nos, zangar-nos, podemos amar, matar e morrer. E, sobretudo podemos viver.

Raíssa Marcelino dos Santos

Responda às seguintes questões:

- 1. Quais são as funções do brincar descritas no texto?**
- 2. Porque é que o brincar tem uma componente simbólica?**
- 3. Qual é a importância do brincar no processo terapêutico?**



A Relação Ludoterapêutica na perspectiva da criança

“A minha mamã diz que me vou divertir. Sim, estou cheia de ouvir isso! Ela tem-me dito que vou estar numa sala com muitos brinquedos e coisas que as crianças de 6 anos gostam. Ela diz que vou passar algum tempo com uma senhora a quem chamam Psicóloga. Mas quem é esta senhora que quer passar algum tempo comigo a brincar? Como é ela? Será que vou gostar dela? Será que ela vai gostar de mim? O que é que ela me vai fazer? Talvez eu nunca mais volte para casa. Eu nem sei como é que ela é! Oh não! Ouço passos... Será que é...

Esta senhora deve ser a pessoas a quem chamam Psicóloga. É simpática e meiga e diz “Olá” à minha mãe e apresenta-se a mim. Sorri muito. Isso faz com que eu me sinta mais à-vontade agora, por isso digo “Olá”. Ela inclina-se, ficando mais próxima de mim e diz “Olá” e repara na minha camisa do Homem-aranha e nos meus ténis novos às riscas vermelhas. Ela diz que parecem sapatos de corrida. Claro que são! Oh, já gosto mais dela agora! Se calhar ela é mesmo boa pessoa!

Bem, aqui vamos nós pelo hall. Ela também nota que eu estou com um bocadinho de medo. Diz que isto me deve parecer estranho, porque eu nunca a tinha visto antes, nem à sala dela especial e, às vezes, isso faz com as crianças fiquem assustadas. Imaginem! Ela está a dizer que ter medo é normal. É engraçado ouvir isso de um adulto! Ela é uma pessoa compreensiva e parece que se importa comigo. Talvez ela já tenha sentido medo alguma vez.

Ela leva-me para aquilo que ela chama a sua sala de brincar especial. Meu Deus, é mesmo diferente! Aqui há brinquedos! Ela diz-me que vamos estar juntos na sala durante 45 minutos. Hmmm, é estranho! Nunca ninguém me disse quanto tempo estaríamos juntos ou quanto tempo eu teria para brincar. Ela diz que isto é um lugar onde eu posso brincar com os brinquedos de todas as maneiras que eu quiser. Uau! Será que ela quer dizer exatamente isso? Sim, ela parece importar-se comigo e parece gostar de mim, embora mal me conheça. É estranho! Será que ela trata todas as crianças assim? Se calhar, é melhor esperar e ver o que ela quer que eu faça. Os adultos dizem-me sempre o que é que eu tenho que fazer. Vou ficar parado durante alguns minutos. Ela nota que eu estou a olhar para as pinturas e diz que, às vezes, é difícil decidir o que fazer em primeiro lugar, mas que este é um lugar onde eu posso realmente decidir por mim próprio. Isto é tudo muito esquisito! Pego no pincel e espalho tinta vermelha no papel todo...É tão bom!

Acho que vou pintar uma macieira roxa. Será que faço bem? Se calhar devia pintá-la vermelha e verde, mas eu odeio verde - lembra-me os espargos. Uff! Vou perguntar a ela que cor devo usar. Ela responde que eu posso decidir isso. Que é isto? Toda a gente, de certeza, que me dizia que cores devia usar. Parece que aqui eu é que tomo as decisões. Bem, aqui vai a tinta roxa. Ela diz que parece que eu decidi usar muita tinta roxa. Sim, usei mesmo! É difícil ficar bem. Hmmm, é uma macieira mesmo esquisita,



mas eu gosto dela, porque ela é grande. Será que ela acha que está bem? Vou-lhe perguntar se ela gosta. Ela responde que parece que eu me esforcei muito por a fazer da maneira que queria. Foi mesmo! Está mesmo como eu queria que ela fosse – toda roxa. Esta senhora deixa-me agradar a mim próprio.

Isto é um lugar engraçado. Aposto que seria engraçado pintar o nariz dela de roxo! Uma senhora com um nariz roxo. Isso é que era!!! Vou pintá-la com este roxo todo. Aposto que a faria sair da cadeira! De certeza que ela fugiria a correr... Hmm, ela não parece assustada! Nem me grita para eu parar. Só me diz que sabe que eu gostaria de a pintar, mas que ela não é para pintar. Ela diz que eu posso pintar no papel ou fingir que o Bobo é ela e pintar o Bobo. Fica sempre tão calma com tudo! Não tem piada pintá-la, se ela não tiver medo. E, afinal de contas, parece-me uma ótima ideia pintar o Bobo. Ainda não tinha pensado nisso!

Agora começo a brincar com alguns dos outros brinquedos. Que engraçado! Esta pessoa a quem chamam psicóloga parece que está mesmo a reparar no que eu estou a fazer. Eu gosto do que estou a fazer. Será que ela acha que é importante? Ela está a prestar atenção em mim. A maior parte dos adultos não faz isso. Ela é esperta e percebe tudo o que eu estou a fazer. Ela até comenta as coisas com que eu gosto mais de brincar. Sim, ela sabe que a plasticina é a minha favorita. Ela está mesmo interessada em mim e no que eu estou a fazer.

Céus! Como eu já gosto disto! Acho que vou tentar outras coisas, por exemplo, brincar na caixa de areia. Eu gostaria que ela brincasse na caixa de areia comigo, mas ela diz que só me vai ficar a ver brincar. Eu gosto da maneira de ser dela sem rodeios. A maior dos adultos só diriam “ Eu brinco contigo daqui a alguns minutos” e logo de seguida esquecer-se-iam. Bom, de qualquer maneira, acho que só vou ficar aqui durante alguns minutos. Vou começar a sair da sala. Ela diz que ainda temos mais 15 minutos juntos na sala e que, depois, posso sair. Parece que ela acredita que eu vou fazer o que deve ser feito. É muito bom!

Deixa cá ver, o que é que faço a seguir? É engraçado poder decidir o que é que eu quero fazer a seguir. Em casa, eu raramente faço o que quero. A baby-sitter diz sempre o que é que agora e logo nós vamos fazer, os meus irmãos estão sempre a forçar-me a fazer uma coisa que eu não quero e os meus pais fazem-me sempre experimentar algo para o qual eu ainda não estou preparado. Mas esta senhora, não, – ela não me força a nada; ela espera que eu faça o movimento que quero fazer. E ela não me critica por ser lento como os meninos lá da escola fazem. Ela gosta de mim assim, como eu sou. Ou, pelo menos, eu acho que ela gosta!

Acho que vou jogar a bola com esta senhora a quem chamam psicóloga. É engraçado porque nós podemos conversar e apanhar a bola ao mesmo tempo. Céus! Ela interessa-se tanto por tudo que eu faço e é muito, como os adultos dizem, rigorosa. Quando eu atiro a bola para longe dela, para ela não a apanhar, ela deixa a bola ir e fica onde está. Diz que, se eu quero a bola, tenho que ir buscá-la. Seria muito mais fácil ser ela a apanhar a bola, porque está mais perto. Mas ela sabe que eu estou a tentar fintá-la. Eu gosto da maneira como ela não me deixa abusar. A minha mãe acabaria por ir apanhar a



bola – se eu lhe pedisse muitas vezes... Mas, depois, a minha mãe acabaria por me ralhar. Esta senhora nunca se zanga com nada.

Estou mesmo a divertir-me a estar com esta senhora a quem chama psicóloga. Ela acredita que eu consigo fazer coisas sem a ajuda dela. Quando eu lhe pedi para tirar a tampa do frasco da cola, porque tinha medo de não conseguir, ela disse-me que eu conseguia. Eu tentei e ... sabem que mais? Consegui! Quem me dera saber fazer coisas fora desta sala! Assim, conseguia desmarcar-me e marcar um golo, em vez de ter medo de ir à bola e envergonhar o meu pai. Hmmm, talvez eu consiga fazer algumas coisas, como ela acredita que eu posso. Esta senhora é engraçada! E este é um lugar engraçado! Sabe bem fazer coisas sozinho... à minha maneira!

Eu acho que vou pintar um carro de policia. Bolas, está giro, todo azul! Oh, que chatice! A tinta vermelha para a sirene está a escorrer para o carro. Isto põe-me louco. Ela diz que eu pareço zangado por causa daquilo. Bem, estou mesmo! Mas como é que ela sabe? Nunca ninguém percebeu os meus sentimentos. Isso significa que é normal uma pessoa zangar-se com algumas coisas, portanto, deve ser! Ela parece não se importar que eu esteja furioso.

Imagino o que é que ela pensaria, se eu fingisse que esta flecha grande é um foguetão!? Acho que lhe vou perguntar para que serve isto. Ela diz que, neste lugar, isto pode ser o que eu quiser. Imaginem! Um adulto que deixa uma coisa ser aquilo que eu quero. Uau! Agora posso andar à volta da sala e fingir que vou para a lua onde ninguém me pode chatear, como aqui, onde eu sou o dono de mim próprio.

Quem me dera que ainda não fosse altura de ir embora! Há tantas coisas que eu lhe queria dizer mas que não tive oportunidade... É engraçado como, às vezes, é difícil dizer aos meus pais coisas sem importância. Mas eu sinto que, a ela, podia dizer tudo. Ela diz-me para vir na semana seguinte e que fica ansiosamente à espera de estar comigo outra vez. E parece sentir o que diz. Sinto-me tão bem agora! Porque ela é a primeira pessoa que me trata como uma pessoa e não como uma criança. Ela respeita-me – é isso. E sabe que eu consigo fazer coisas fantásticas. Ou, pelo menos, é o que eu sinto agora!!!”

(Relato feito pela pequena Luísa na sua primeira sessão de Ludoterapia)



Como responder a uma criança ansiosa e resistente?

Exemplo Prático

Eva, 4 anos de idade, entrou, pela primeira vez, na sala de Ludoterapia e ficou em silêncio. Ela estava, obviamente, muita ansiosa e insegura sobre o que fazer ou sobre o que a esperava na sala. O terapeuta já lhe tinha apresentado a sala.

Eva: (Fica parada à frente do terapeuta, contorcendo as mãos e olhando fixamente para ele; em seguida, olha para os brinquedos nas prateleiras.)

Terapeuta: *Estou a ver que estás a olhar ali para os brinquedos.* (Pausa)

Eva: (Observa-se ao espelho, vê-se a si própria e sorri.)

Terapeuta: *E viste-te ali no espelho.* (Pausa). *Eu acho que às vezes ... é difícil decidir o que fazer em primeiro lugar* (Pausa) (Eva olha novamente para os brinquedos.), *mas este é um sítio onde podes brincar com todos os brinquedos que quiseres.*

Eva: (Começa a roer as peles à volta da unha da mão.)

Terapeuta: *Hmmm...tens alguma coisa... aí* (Pausa, aponta para a unha), *aí no teu dedo.* (Pausa.) *Hmmm, parece que estás a tentar arrancar alguma coisa da tua unha.*

Eva: Este bocado. Já tirei o outro.

Terapeuta: *Oh, já tiraste o outro.*

Eva: *Na escola.*

Terapeuta: *Tu fizeste isso na escola. Uhhmm, por isso estás a tirar este.*

Conclusões:

- A resposta/reacção do terapeuta às pistas não-verbais da Eva ajudaram-na a relaxar e a atenção verbalizada do terapeuta deu origem às respostas da Eva.
- Mesmo sem comunicar verbalmente, a Eva estava comunicar através da linguagem não-verbal.
- Quando uma criança fica em silêncio, porque está ansiosa, ou fica “parada” na sala, o terapeuta não deve ficar em silêncio.



Estabelecer Limites Exercícios Práticos

Escolha o limite adequado a estabelecer numa sala de Ludoterapia.

Exemplo 1

Criança: (Começa a sair da sala 30 minutos antes de acabar a sessão.)

Hipótese A

Terapeuta: *Vamos ficar aqui até acabar o tempo, em vez de andar a entrar e a sair, ok?*

Hipótese B

Terapeuta: *Ricardo, o nosso tempo na sala ainda não acabou. Ainda temos mais 30 minutos e depois podes ir embora.*

Exemplo 2

Criança: *Eu quero ir ali.* (Aponta para outro gabinete.)

Hipótese A

Terapeuta: *Queres ir ali aonde estão as outras pessoas, mas o nosso tempo na sala ainda não acabou, faltam 10 minutos; depois podes ir.*

Hipótese B

Terapeuta: *Vamos esperar mais um bocadinho até sairmos.*

Exemplo 3

Criança: *Posso pôr água aqui?* (Tem a pistola na mão.)

Hipótese A

Terapeuta: *Gostarias de pôr água aqui, mas não vamos fazer isso agora.*

Hipótese B

Terapeuta: *Gostarias de pôr água nisso, mas isso não é para se pôr água. O tacho é que é.*

Exemplo 4

Criança: *Acho que vou atirar este camião por aquela janela.*

Hipótese A

Terapeuta: *Tu gostarias de atirar esse camião, mas ele não é para atirar. O camião é para brincar no chão.*

Hipótese B

Terapeuta: *Será que podias fazer qualquer outra coisa com ele?*



Leia, atentamente, o seguinte texto:

Ludoterapia Centrada na Criança: a sua Fundamentação Teórica

A Ludoterapia surgiu como uma possível aplicação da abordagem centrada na pessoa (ACP). A ACP foi desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers (1902-1987), e está inserida no enfoque Humanista em Psicologia.

A Psicologia Humanista surgiu a partir de um movimento ocorrido nos Estados Unidos e na Europa, na década de 1950, como reação explícita ao Behaviorismo e a analogia entre o ser humano e a máquina, que colocava à margem do seu objeto de estudo os fatores afetivos e emocionais. Abraham Maslow (1908-1970), considerado o fundador desse movimento, afirmou que Freud postergava a liberdade, em detrimento de uma consideração com os aspetos positivos da personalidade.

Os psicólogos humanistas tinham uma postura naturalista que se distinguia do naturalismo de Freud. O próprio Rogers, apesar de reconhecer a contribuição do criador da Psicanálise, discordava da ênfase sempre colocada no passado do cliente em detrimento das vivências atuais.

A nova visão de ser humano que estava a ser proposta pela Psicologia Humanista era a concepção do homem como um ser criativo, dotado de uma **tendência auto-actualizante** que o *capacita a tomar decisões, escolher e assumir valores, tendo como base o desenvolvimento da pessoa como resultado de relações afetivas indispensáveis à sua preservação e amadurecimento*. Esta é a concepção central da teoria de Rogers, a Abordagem Centrada na Pessoa.

Na sua teoria Rogers postulou sobre a importância das *condições facilitadoras*. Afirmou que *quando estas condições são estabelecidas em qualquer relação de ajuda, o outro participante envolvido tem o seu desenvolvimento potencializado* (Rogers, 1961).

Rogers (1980) afirma que *esta potencialidade só ocorre numa relação intersubjetiva, quando existe um ambiente facilitador para tal expressão e o cliente se sente aceite e acolhido pelo terapeuta*. É esta potencialidade que Rogers define como **tendência actualizante**; porém é importante ressaltar que tais recursos só são ativados se houver um clima de atitudes psicológicas facilitadoras.

A tendência actualizante pode ser impossibilitada, mas não pode ser destruída sem que se destrua o organismo. Ao tratar de clientes que se desenvolveram em condições totalmente desfavoráveis, Rogers (1978) afirma que se deve confiar na tendência direcional de cada um. A postura para entender o comportamento dessas pessoas é que elas lutam do modo que lhes é possível para alcançar o crescimento, para se tornar alguém.



Bozarth (1998) considera como **premissa básica** desta abordagem **a crença que o terapeuta possui na tendência atualizante do cliente**, e que a este seja permitido *experienciar a liberdade de um clima psicológico promovido pela própria liberação desta tendência, estando assim capacitado a resolver os seus problemas de forma autónoma. O terapeuta confia plenamente que o cliente tenha autoridade total sobre si mesmo* e relaciona-se com ele, apresentando, igualmente, um *profundo respeito pelas suas perceções*.

Distinta de outras abordagens da psicologia, **a ACP não é orientada por técnicas, mas por instrumentos facilitadores e atitudes do terapeuta** que definem a prática clínica rogeriana.

As atitudes referidas são: 1) *atitude de congruência ou autenticidade*; 2) *aceitação ou consideração positiva incondicional*; 3) *compreensão empática*. Rogers (1980) considera tais **atitudes as condições facilitadoras para um clima facilitador de crescimento**.

O termo **congruência** refere-se à *postura do terapeuta; de ser ele mesmo na relação com o cliente, de ser autêntico nos sentimentos que surgem naquele momento em que está a viver com o outro*. Para Rogers, o termo "transparente" é o que melhor expressa a essência dessa condição, pois *o terapeuta faz-se "transparente" na relação e o cliente percebe-o como de facto ele é* (Rogers, 1980). Da mesma forma que ocorre com o terapeuta, o que o *cliente percebe pode ser consciente*, já que também *pode expressar os seus sentimentos*, o que está a ser vivido num nível profundo da sua expressão.

A segunda atitude necessária, e condição facilitadora para a mudança, é a *aceitação, a consideração ou o interesse*, ou seja, é o que Rogers define como "**aceitação incondicional**".

O criador da ACP parte do princípio de que *se o terapeuta agir de forma aceitadora, se tiver uma postura positiva em relação ao que quer que o cliente esteja a expressar no momento da relação, a probabilidade de haver um movimento terapêutico ou uma mudança aumenta*. O terapeuta sente um desejo genuíno de que o cliente expresse o sentimento que está a ocorrer, no momento em que se relacionam, seja ele qual for. Este interesse por parte do terapeuta é a "**aceitação incondicional**" do cliente.

A terceira atitude necessária é a **compreensão empática**, ou seja, *o terapeuta deve ter uma postura de captar com exatidão os sentimentos e significados pessoais que o cliente está a viver e revela ao cliente esta compreensão*. Esta modalidade de *escuta ativa* é extremamente sensível, e rara já há algum tempo. Rogers (1980) afirma que estas **três condições facilitadoras levam a mudanças** pelos seguintes motivos: "*(...) se as pessoas são aceites e consideradas, elas tendem a desenvolver uma atitude de maior consideração em relação a si mesmas. Quando as pessoas são ouvidas de modo empático, isto possibilita-lhes ouvir mais cuidadosamente o fluxo das suas experiências internas. Mas à medida que uma pessoa compreende e considera o seu eu, este torna-se mais congruente com suas próprias*



experiências. A pessoa torna-se então mais verdadeira, mais genuína." (Rogers, 1980, p.39).

Nesta citação, torna-se evidente também que a forma de o autor conceber o **conceito de pessoa** é como *algo dinâmico, em constante processo de mudança, assimilando e dando significado a cada experiência vivida*. Torna-se claro o interminável processo de "vir a ser" do cliente (Rogers, 1980).

Rogers acredita que o *desenvolvimento do ser humano é obrigatoriamente formado pelas experiências vividas pelo indivíduo, e tais experiências são acompanhadas por um processo contínuo de avaliação e cabe a cada um atribuir um valor positivo ou negativo ao vivido, num processo de simbolização que confere individualidade às suas experiências. Se a experiência é percebida como favorável à preservação, é atribuído um valor positivo, caso contrário, um negativo* (Rogers & Kinget, 1977).

Ou seja, **experiência** é tudo o que é apreendido pela consciência e é relativo aos dados imediatos desta consciência. Desse modo, pode-se afirmar que *é por meio desta experiência que o organismo da criança apresenta uma tendência inerente a atualizar as suas potencialidades e reage a uma determinada realidade em razão desta tendência*.

Quando se estuda a criança, Rogers e Kinget (1977) evidenciam que *ela vive num meio que, do ponto de vista psicológico, existe somente para ela, um mundo próprio da sua criação. É por isto que o meio constitui-se na realidade da criança e é a apreensão que faz dele; são estas relações entre criança e meio que são permeadas pela contínua troca entre os dados acumulados da sua experiência e os dados imediatos da realidade*. Valendo-se deste conceito, Rogers e Kinget (1977) afirmam que *a realidade que afeta o comportamento da criança em cada momento particular é, portanto, a realidade vivida por ela*.

Responda às seguintes questões:

- 1) Qual é o conceito principal da Abordagem Centrada na Pessoa?**
- 2) Descreva as atitudes terapêuticas facilitadoras do crescimento.**



Leia, atentamente, o seguinte texto:

"A Liberdade de Expressão"

Uma das acusações mais frequentes à **Ludoterapia Centrada na Criança** refere-se ao seu carácter permissivo, achando-se perigoso e causador de perturbações o facto de nas sessões a criança ter permissividade absoluta para fazer o que desejar, quando fora delas, no seu contexto social, está submetida a uma série de proibições.

Dorfman (1951) responde a estas acusações referindo que:

*"Há várias explicações possíveis para que este género de terapia não seja perigosa. Em **primeiro lugar**, o terapeuta coíbe-se cuidadosamente de elogiar determinadas formas de comportamento ou de incitar a criança a dizer ou a fazer determinada coisa. Por isso, a criança está mais apta para se sentir responsável pelas suas expressões; não pode atribuir essa responsabilidade ao terapeuta. Em **segundo lugar**, a criança tem, normalmente, absoluta consciência que as sessões terapêuticas são muito diferentes da vida de todos os dias. Em **terceiro lugar**, as proibições experimentadas pela criança na sua situação vital não eliminam a sua necessidade de uma determinada conduta, mesmo destrutiva.*

Se o terapeuta se convertesse num outro agente da sociedade, a criança ver-se-ia, novamente, apenas perante o seu antigo problema. É uma parte importante da terapia ser aceite como uma pessoa apesar das deficiências notórias. É necessário, portanto, que a criança manifeste abertamente os seus sentimentos reais, sem interessar o seu carácter antissocial quando se sente suficientemente segura para o fazer.

*Uma **quarta razão** pela qual é difícil que o ludoterapeuta suscite condutas socialmente inaceitáveis fora das sessões, é o facto de a aceitação do terapeuta parecer reduzir a hostilidade, e não aumentá-la.*

*E, **por último**, a sessão terapêutica não é ilimitada na sua liberdade ... o terapeuta não estabelece limites à expressão verbal dos sentimentos da criança. No entanto, não permite que certos sentimentos sejam diretamente expressos na ação. Por exemplo, não se pode demonstrar a ira partindo os vidros da janela ou destruindo qualquer coisa da sala. Dispõe-se, para isso, da canalização para certas atividades. A criança pode bater no chão, apertar plasticina, atirar com brinquedos que não se partam, etc. Uma das coisas que a criança aprende nas sessões de terapia é que não é necessário rejeitar esses sentimentos, porque há saídas aceitáveis para eles."*

Responda à seguinte questão:

Explique as razões pelas quais a permissividade, na sessão terapêutica, não compromete as atitudes das crianças no seu contexto social.



Leia, atentamente, o seguinte texto:

"O Papel do Terapeuta"

Texto 1

"A crença na criança como o principal agente da sua própria terapia, embora justificada pela experiência, não pode, por si mesma, produzir a terapia. É necessário que o terapeuta comunique essa atitude de respeito, para que a criança sinta que está numa relação em que pode ser o seu EU real. O terapeuta fá-lo, em parte, através do que diz à criança, embora esse seja provavelmente o aspeto menos importante ... O mais importante é a sua atitude ...

Há outras condutas mais subtis e talvez mais importantes através das quais se comunica à criança a atitude de respeito do terapeuta.

O terapeuta está disponível para a criança, logo que ela chega.. a sala está arrumada no início de cada nova sessão...respeita escrupulosamente o horário... se se atrasa, o terapeuta pede desculpa, exatamente como o faria com um adulto.

As confidências da criança são atentamente escutadas e confidenciais, exatamente como as confidências de pacientes adultos...

Destas e de outras maneiras vai-se dizendo à criança que é uma pessoa digna de tratamento respeitoso...

O terapeuta vai ainda mais longe. Procura proporcionar uma relação calorosa e compreensiva em que a criança possa sentir-se suficientemente segura para distender as suas defesas o bastante para ver como se sente a agir sem elas. A segurança da sessão terapêutica parece ligar-se a uma ausência de pressão. O terapeuta aceita a criança exatamente como ela é nesse momento, não procurando moldá-la segundo uma forma socialmente aprovada. O terapeuta não procura responder à criança a perguntas feitas no encontro anterior, limitando-se aos sentimentos presentemente expressos."

E. Dorfman, 1951

Texto 2

"O terapeuta não se deve envolver emocionalmente com a criança, pois, quando isso acontecer, a terapia desvirtualiza-se e a criança não sai beneficiada. O envolvimento emocional é normalmente eliminado se o terapeuta assimilou os princípios e atitudes terapêuticas básicas, se possui uma visão dos limites que existirão e se sabe o que deverá fazer se a criança adotar algum comportamento imprevisível (o que muitas vezes ocorre). Com autoconfiança suficiente, por parte do terapeuta, é pouco provável que ele se embarace, caso a criança se torne provocadora e cheia de recursos para tentar envolvê-lo com artimanhas subtis. É necessário que possua serenidade, sensibilidade e desembaraço, para levar adiante a terapia."

Axline, 1980



Texto 3

"A presença, na sala de brinquedos, de um terapeuta compreensivo e amigável, que a aceite, dá à criança uma sensação de segurança..."

A participação do terapeuta, durante a relação terapêutica, reforça o seu sentimento de segurança. O terapeuta é sensível ao que a criança está a sentir e a expressar através do seu brincar e da sua verbalização. O terapeuta reflete as atitudes emocionalmente expressas pela criança, de modo a que a ajude a compreender-se melhor. Respeita a criança, a sua capacidade de se manter sobre os seus próprios pés e de se tornar um indivíduo mais moderno e independente, se lhe é dada oportunidade para tal. Além disso, para ajudar a criança a obter uma melhor compreensão de si mesma, através do reflexo das suas atitudes emocionais, o terapeuta também lhe proporciona o sentimento de que a está sempre a compreender e aceitar, independentemente do que ela diga ou faça. Deste modo, o terapeuta dá-lhe a coragem para se poder aprofundar no seu mundo interior e de lá trazer o seu verdadeiro EU...

O terapeuta não é um supervisor, nem um professor, nem um substituto dos pais ...

O papel do terapeuta, embora seja não-diretivo, não é de modo algum passivo mas sim de alerta, de sensibilidade e de constante apreciação daquilo que a criança está a dizer ou a fazer. São necessários uma compreensão e um genuíno interesse pela criança.

O terapeuta deve ser sempre permissivo e aceitador. Estas atitudes estão baseadas numa filosofia do relacionamento humano que salienta a importância do indivíduo como capaz e digno de confiança ao assumir a responsabilidade sobre si mesmo. Consequentemente, o terapeuta respeita a criança, tratando-a com honestidade e sinceridade. Não há irritação nem excesso de doçura nas suas atitudes ao lidar com ela. É franco e sente-se à vontade na presença da criança.

O terapeuta não manda na criança, não a apressa e nem, por impaciência, toma atitudes precipitadas que a façam perceber qualquer falta de confiança na sua capacidade de ser responsável por si própria. Nunca ri dela. Ri com ela, às vezes; mas dela, nunca!

Tem uma paciência especial e um estado de espírito que relaxa a criança, que a coloca à vontade e que a encoraja a partilhar com ele o seu mundo interior.

Mantém uma atitude de sigilo profissional no seu trabalho, não revelando as confidências da criança aos pais, professores ou quem quer que seja que pergunte sobre o que ela faz ou disse durante a sessão de terapia."

Axline, 1980

Responda à seguinte questão:

Caracterize o papel do terapeuta na Ludoterapia Centrada na Criança.



Os Passos no Processo de Estabelecer Limites

Exercício Prático

Leia o seguinte diálogo.

Luís, 6 anos de idade.

Luís: (Mostra-se muito zangado com o terapeuta, pega na pistola de flechas e começa a carregá-las, olhando fixamente para o terapeuta.)

Terapeuta: *Luís, eu consigo ver que estás muito zangado comigo.*

Luís: *Sim! E vou-te dar um tiro.*

Terapeuta: *Estás tão zangado comigo que gostarias de me dar um tiro. (O Luís tem agora a arma carregada e começa a fazer pontaria ao terapeuta.) Mas eu não sou um alvo. (O Luís interrompe antes do terapeuta poder continuar a estabelecer o limite).*

Luís: *Não podes impedir-me. Ninguém pode! (Aponta a arma ao terapeuta.)*

Terapeuta: *Tu és tão poderoso que ninguém te pode impedir. Mas eu não sou um alvo. Podes fingir que o Bobo sou eu (O terapeuta aponta para o Bobo.) e dar-lhe um tiro a ele.*

Luís: (Vira-se, faz pontaria no Bobo e grita.) *Toma lá! (Atira no Bobo.)*

Indique a frase onde o terapeuta:

A) Reconhece o sentimento da criança.

B) Comunica o limite.

C) Dá uma alternativa à criança.



Princípios básicos da Ludoterapia

Axline sistematizou o **agir terapêutico** em oito princípios básicos que serão descritos a seguir.

1. **Rapport:** Axline (1984) caracteriza este princípio pela preocupação do terapeuta em manifestar consideração e respeito pela criança, a fim de realizar uma aproximação suave e sensível, permitindo “tocar” os sentimentos da criança e estar ser “tocada” por eles. No rapport, o contrato com a criança vai ser firmado.

2. **Aceitar a criança como ela é:** Axline (1984) afirma que este princípio transparece nas atitudes do terapeuta mediante uma postura firme, calma e amigável. Aceitar, considerar e acolher a criança da maneira que ela pode e consegue manifestar-se. É importante ressaltar que o terapeuta não deve julgar as atitudes do cliente.

3. **Permissividade no relacionamento entre terapeuta e cliente:** de acordo com a mesma autora, a hora da terapia é a hora da criança, sendo ela quem escolhe o que será feito durante este espaço de tempo e que o terapeuta a acompanhará. A criança é estimulada na sua autonomia, na medida em que não necessita da ajuda do terapeuta para encontrar o que deseja. Por isso, é muito importante a disposição dos materiais, na sala onde será realizado o trabalho com a criança. Esta vai aprendendo que com o terapeuta ela é livre para expressar toda e qualquer ação, pensamento e sentimento. As possibilidades de expressão livre são configuradas pela aprendizagem do uso da liberdade com responsabilidade, cuidando e protegendo para que o agir, tanto da criança como do terapeuta não firam a tranquilidade e a segurança da relação, que deve ser de confiança. Sobre este princípio, Dorfman (1992) expõe que uma das coisas que a criança vivencia na Ludoterapia, é a possibilidade de encontrar formas de descarga aceitáveis para seus sentimentos, não sendo necessário negá-los.

4. **Identificar e refletir sentimentos:** Axline (1984) relata que " *O terapeuta fica em alerta para reconhecer os sentimentos que a criança está a exprimir e reflete-os de tal maneira que possibilita, a ela, uma visão interior do seu comportamento*" (p. 91). É uma escuta ativa e empática, e a expressão do terapeuta, com a intenção de promover na criança o auto-conhecimento, que lhe permitirá amadurecer afetivamente e decidir por ela mesma.



5. **Profundo respeito pela capacidade da criança:** este princípio diz respeito à crença na tendência atualizante. Axline (1984) afirma que desta forma a criança é responsável pelas suas escolhas e o terapeuta não deve indicar o caminho que julga ser o melhor, mas acreditar no potencial da criança de encontrar as suas próprias soluções.

6. **A criança indica o caminho:** complementando o princípio anterior, Axline descreve que " *O terapeuta não tenta dirigir os atos ou a conversa da criança. De maneira alguma. É ela quem o faz. O terapeuta acompanha.*" (Axline, 1984, p.111). Ou seja, o terapeuta permite que a criança exerça e se exercite na capacidade de escolher e tomar decisões.

7. **O processo é gradativo:** Axline (1984) afirma que o processo vivido pela criança não deve ser apressado pelo terapeuta. Na medida em que este segue o caminho percorrido pela criança, deve esperar o seu tempo. Querer apressar este tempo é o mesmo que não aceitar os sentimentos e o desejo do cliente. Estas atitudes colocam em risco o vínculo com o terapeuta.

8. **Os limites da realidade externa:** são os limites necessários para que a terapia não se distancie da realidade. Axline (1984) refere que os limites estabelecidos são aqueles que são necessários para a criança situar a terapia no mundo da realidade e para que tome consciência da sua responsabilidade em tal ambiente.

"A relação estabelecida entre terapeuta e a criança é de extrema importância."

Kottman e Schaefer (1993) afirmam que:

"O objetivo é criar uma relação na qual a criança se sinta protegida e segura o suficiente para experienciar todas as suas emoções. A criança tem a mesma necessidade básica do adulto, a necessidade de autorrealização. Então, o terapeuta deve proporcionar uma relação terapêutica na qual ela possa experienciar completamente todas as partes do seu eu." (p. 57).



Regras para um bom relacionamento com crianças

O processo de relacionamento com crianças, a partir de um quadro de referência centrado na criança, está baseado nas seguintes regras sobre crianças, que são para o terapeuta o pilar onde deve assentar a sua atitude para com elas:

- 1. As crianças não são adultos em miniatura e o terapeuta não deve responder a elas como se fossem.*
- 2. As crianças são as pessoas. Elas são capazes de sofrer uma profunda dor emocional e alegria.*
- 3. As crianças são únicas e merecedoras de respeito. O terapeuta tem de apreciar a singularidade de cada criança e respeitar a pessoa que a criança é.*
- 4. As crianças são resilientes. As crianças possuem uma tremenda capacidade para superar obstáculos e circunstâncias nas suas vidas.*
- 5. As crianças têm uma tendência inerente para o crescimento e maturidade. Elas possuem uma sabedoria intuitiva interior.*
- 6. As crianças são capazes de orientar-se positivamente. Elas são capazes de lidar com seu o mundo de modo criativo.*
- 7. A linguagem natural das crianças é o brincar e este é o modo de auto-expressão com o qual elas se sentem muito confortáveis.*
- 8. As crianças têm direito a permanecer em silêncio. O terapeuta deve respeitar a decisão de uma criança que não quer falar.*
- 9. As crianças levarão a experiência terapêutica para onde elas precisam de estar. O terapeuta não deve tentar determinar quando ou como uma criança deve brincar.*
- 10. O crescimento das crianças não pode ser acelerado. O terapeuta deve reconhecer isto, e ser paciente com o processo de desenvolvimento da criança.*



Respostas Adequadas Exercícios Práticos

1. Leia os seguintes exemplos e assinale a resposta adequada.

Exemplo 1

Carlos, 7 anos de idade, ganhou o segundo prémio de ortografia na escola, mas mostra um comportamento mal-ajustado socialmente.

Na primeira sessão de Ludoterapia, o Carlos escreveu "socla" no quadro negro e perguntou:

“É assim que se escreve?”

RESPOSTAS

1. *Diz-me tu, se é assim que se escreve.*
2. *Estás a pensar, se escreveste bem.*
3. *Tu não tens a certeza se está bem, por isso queres que eu te diga se está.*
4. *Tu gostarias que eu te dissesse como é que se escreve, mas eu sei que tu sabes escrever “escola” .*
5. *Eu acho que podes decidir como queres escrever “escola”.*
6. *Parece-me que tu gostarias que eu te dissesse se está certo ou errado. Aqui podes escrever essa palavra como quiseres.*
7. *Tu queres que eu te diga se está certo, mas aqui isso é algo que tu podes decidir.*
8. *Nesta sala podes escrever como quiseres.*

Exemplo 2

João, 8 anos de idade.

Na segunda sessão de Ludoterapia, pegou em duas flechas com ventosas na ponta e perguntou:

" O que é que tu fazes com isto?"

RESPOSTAS

1. *Tu gostarias que eu te dissesse como se usam essas flechas.*
2. *Isso é para atirares no quadro ou na parede, mas não a mim nem no espelho.*
3. *Aqui isso é algo que tu podes decidir.*
4. *Tu gostarias que eu te dissesse o que fazer com isso. Aqui, podes decidir.*
5. *Aqui podes fazer o que quiseres com isso.*

Exemplo 3



Cláudia, 7 anos de idade.

Na sua segunda sessão de Ludoterapia, entrou na sala, olhou à volta e perguntou:

“Esta sala é mesmo para mim?”

RESPOSTAS

1. *É mesmo difícil para ti acreditares que isto é só para ti.*
2. *Podes usar esta sala, durante 45 minutos, todas as terças-feiras que nos encontrarmos.*
3. *Outras crianças vêm para aqui brincar tal como tu. Mas agora esta sala é só para ti. Podes brincar com os brinquedos de todas as maneiras que quiseres.*
4. *Esta sala é para tu usares durante o tempo que estamos juntos.*

Exemplo 4

Sara, 8 anos de idade.

Na segunda sessão de Ludoterapia, diz, **“Hoje é meu aniversário... mas... a minha mãe disse... ela disse que eu tenho sido muito má com o meu irmão mais novo... por isso... ela não me vai fazer um bolo de aniversário.”** A Sara parece muito triste, os olhos começam a ficar cheios de lágrimas, baixa a cabeça e fixa os olhos no chão.

RESPOSTAS

1. *Oh, então tens sido muito má para teres um bolo de aniversário. Aposto que isso te faz sentir muito triste.*
2. *Tu sentes-te triste e querias ter um bolo de aniversário da tua mãe. Estás preocupada se a tua já não te ama mais por teres sido tão má para com o teu irmão novo.*
3. *Às vezes dói, quando as pessoas não fazem o que nós queremos que elas façam.*
4. *Tu realmente estás triste sobre ter ou não ter um bolo de aniversário. Só te apetece chorar.*
5. *Pareces desapontada por a tua mãe não te ir fazer um bolo.*
6. *Parece que tu estás mesmo triste por a tua mãe não te ir fazer o bolo. Parece que estás zangada com ela.*
7. *Estás triste por a tua mãe não te vai fazer um bolo no teu dia de anos, porque ela acha que tens sido demasiado má para o teu irmão mais novo.*

Verbalizar sentimentos

1º Exemplo

Criança: **As pessoas vêm cá muitas vezes?** (Voz excitada, ansiedade na cara.)

Hipótese A

Terapeuta: *Às vezes.*



Hipótese B

Terapeuta: *Tu gostas mesmo de vir aqui.*

2º Exemplo

Criança: *O meu cachorrinho morreu e eu chorei.*

Hipótese A

Terapeuta: *Lamento que o teu cachorrinho tenha morrido.*

Hipótese B

Terapeuta: *Ficaste muito triste por o teu cachorrinho ter morrido. Só te apeteceu chorar.*

3º Exemplo

Criança: (O terapeuta tinha acabado de explicar que a gravação da sessão era para ele e a criança ouvirem e para mais ninguém.) *Eu sei o que tu vais fazer! Vais dá-la à minha mãe!*

Hipótese A

Terapeuta: *Eu sei que tu estás realmente preocupado. Não queres que a tua mãe ouça a gravação. É só para tu e eu ouvirmos e para mais ninguém.*

Hipótese B

Terapeuta: *A cassette não vai para a tua mãe. É só para eu ouvir e deixo-te ouvi-la se quiseres. Depois disso apagá-la-ei.*

2. Analise os exemplos descritos a seguir e dê sugira uma resposta adequada.

4º Exemplo

Criança: (A criança está a tentar fazer algo, mas não consegue.) *Não, não está bem!* (Parece zangada.)

Terapeuta: *Isso faz-te sentir furioso?*

Criança: *Sim! O que é que achas que faz!*

Sugestão

Terapeuta: _____

5º Exemplo

Criança: *O meu cão morreu e nós enterramo-lo nas traseiras da casa. Foi incrível! Ele morreu mesmo à beira da casota velha.*

Terapeuta: *Ele morreu mesmo à beira da casota velha e tu enterraste-o nas traseiras?*

Sugestão:



Identificar os objetos

1º Exemplo

Criança: *Vrrooom. Vrrooom.* (Empurra um bloco no chão.)

Terapeuta: *Estás a divertir-te com o carro.*

Criança: *Isto não é um carro. É um barco.*

Sugestão:

2º Exemplo

Criança: (Coloca o fantoche de crocodilo na mão.)

Terapeuta: *Agora já tens o crocodilo.*

Sugestão:

3º Exemplo

Criança: (Tinha estado a examinar a nave espacial, mas não a identificou. Em seguida, pegou em duas figuras masculinas da família de bonecas.)

Terapeuta: *Parece que pegastes em duas coisas para irem na tua nave espacial.*

Sugestão:

4º Exemplo

Criança: (Usa lápis de cor e desenha um gato.) *Este é meu gatinho.* (Desenha pernas e põe vários pontos no fim de cada perna.)

Terapeuta: *Estou a ver que estás a pôr unhas no gatinho.*

Criança: *Não.* (Continua a pintar o gato).

Sugestão:

Avaliar e Elogiar

Exemplo 1

Criança: (A criança encontra um pente e penteia o cabelo de duas bonecas.)

Terapeuta: *Estás a pô-las tão bonitas!*



Sugestão:

Exemplo 2

Criança: *Talvez pinte depois de acabar isto.*

Terapeuta: *Parece uma boa ideia.*

Sugestão:

Exemplo 3

Criança: *Fiz um avião.* (Ela anda com o avião à volta da sala.)

Terapeuta: *Oh, fizeste um avião! É um lindo avião.*

Sugestão:

Exemplo 4

Criança: (Finge cozinhar ovos e dá-os ao terapeuta num prato.) *Estão bons?*

Terapeuta: *Estes ovos estão mesmo bons.*

Sugestão:

Fazer perguntas inapropriadas

Exemplo 1

Criança: *Eu e a Cátia brincámos às casinhas e* (continua a descrever outras atividades e continua a mencionar a Cátia.).

Terapeuta: *A Cátia é uma das tuas amigas?*

Sugestão:

Exemplo 2

Criança: (Bate sempre no Bobo com alguma força. Não se observa afeto algum.)

Terapeuta: *O que é que sentes quando bates no Bobo?*



Sugestão:

Exemplo 3

Criança: (Fala sobre a sua equipa de futebol entusiasticamente.) *Eu sei que vamos ganhar esta tarde!*

Terapeuta: *Gostas de ganhar?*

Sugestão:

Exemplo 4

Criança: (Encontra um recipiente pequeno.) *Onde está a coisa que vem aqui?* (Em seguida coloca os sapatos da Barbie no recipiente.)

Terapeuta: *Tu achas que esses vêm aí?*

Sugestão:

Transformar afirmações em perguntas

1º Exemplo

Criança: *O raio assusta.*

Terapeuta: *O raio assusta um bocadinho?*

Sugestão:

2º Exemplo

Criança: *Vou fazer o jantar agora.*

Terapeuta: *Decidiste que é hora do jantar?*

Sugestão:

3º Exemplo

Criança: *Eu gosto de espetáculos de fantoches. Gostas de espetáculos de fantoches?*

Terapeuta: *Gostas de brincar com todos os fantoches?*

Sugestão:

4º Exemplo

Criança: (A brincar com vários brinquedos.)



Terapeuta: Vasco, tens mais 5 minutos na sala, está bem?

Sugestão:

Dirigir a criança

Exemplo 1

Criança: (Usa uma faca de plástico para retirar tinta velha de um recipiente. Esforça-se por retirar bem a tinta.)

Terapeuta: Embora as coisas sejam difíceis, tu não desistes.

Sugestão:

Exemplo 2

Criança: Esta casa é para ti. Que cor é que queres que ela seja?

Terapeuta: Eu gosto de casas feitas com tijolo vermelho.

Sugestão:

Exemplo 3

Criança: (A criança brinca na área da cozinha com bules e tachos. Pega no bule do café.)

Terapeuta: Vais tomar café?

Sugestão:

Exemplo 4

Criança: O que posso fazer para nós comermos?

Terapeuta: Oh, há muitas coisas que tu podes fazer.

Sugestão:

ANEXO XIII

Ação De Formação “Ludoterapia Centrada Na Criança”
Questionário de Satisfação

Questionário de Satisfação



Curso:
Data Início:
Formador:

Data Fim:

A sua opinião sobre o curso em que acaba de participar, é extremamente importante para que possamos:

- ✓ Aferir em que medida satisfizemos as suas expectativas;
- ✓ Melhorar o nosso desempenho em futuras acções de formação.

Caro/a Formando/a,

Após ter frequentado o curso _____, por favor responda às seguintes questões:

Opinião Geral que tem acerca do curso _____

Satisfação Global

1) Em que medida está satisfeito com o curso de formação?

Escala Qualitativa	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito

2) Por favor, identifique as dimensões mais positivas do curso/módulo de formação:

3) Por favor, identifique as dimensões do curso/módulo que considera que deveriam ser melhoradas:

Satisfação Específica

Programa do Curso de Formação					
Escala Qualitativa	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Objectivos					
Conteúdos					
Relevância das actividades e dos exercícios					
Adequação das actividades e dos exercícios					
Bibliografia					
Documentos adicionais					

Conteúdos Programáticos

Escala Qualitativa	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Qualidade técnica					
Extensão					
Relevância					
Sequência					
Aplicabilidade final					

Avaliação

Escala Qualitativa	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Número de questões					
Adequação das questões					

Formador (a)

Escala Qualitativa	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz Moderadamente	Satisfaz	Satisfaz Bastante	Satisfaz Muito
Quanto ao conhecimento, competência e interesse.						
Quanto à exposição de matéria e capacidade de resposta.						
Quanto à clareza e objectividade da apresentação.						
Quanto à adequação de material didáctico.						
Quanto ao cumprimento de objectivos.						
Quanto à criação de condições de partilha/participação.						

Obrigado pela sua colaboração!