



# **Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Stéphanie Araújo**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO DE 2013



# Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local do Estágio: ACES Grande Porto I Santo Tirso/Trofa – Centro de Saúde de Santo Tirso.

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

**Stéphanie Araújo**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO DE 2013

## **Agradecimentos**

O espaço limitado desta secção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde me ajudaram, directa ou indirectamente, a cumprir os meus objectivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de agradecimento.

À Professora Doutora Eleonora Costa, minha orientadora, pelo apoio, compreensão, recetividade, sábia orientação e disponibilidade dispensadas ao longo da realização deste trabalho.

À Doutora Piedade Vieitas, pela disponibilidade, compreensão, orientação, aconselhamento, dedicação e partilha de saber que abriram os meus horizontes.

Aos meus pais, pelo seu amor, dedicação, apoio, compreensão, ajuda, incentivo nos momentos mais difíceis e pela oportunidade que me ofereceram de realizar o meu sonho, sem eles esta etapa era impossível de ser concretizada. Obrigada mãe por nunca teres desistido e por seres uma força da natureza!

À minha irmã que me ajudou sempre que possível, que me deu bons conselhos, me secou muitas lágrimas, me fez o jantar sempre que chegava tarde de mais um dia difícil, me aturou as infinitas dores de cabeça e me aconchegou inúmeras vezes.

Ao meu irmão, pelas suas piadas e sarcasmo, pela sua maneira de ser, pela forma estranha de demonstrar que está presente.

Ao meu mais – que - tudo Mike, por ser um namorado que está sempre presente, que me ajuda nos momentos menos bons, me ampara as quedas e festeja as minhas vitórias, que sempre acreditou em mim e nas minhas capacidades, que luta comigo todos os dias para que o hoje seja sempre melhor que o ontem, pelo amor incondicional e por aturar o mau feitio, pela paciência que demonstra ter comigo.

À minha família mais alargada, Tia Mila, Tio Armindo, Loic, Anthony e Isabela, que me incentivaram sempre.

Às minhas queridas e inesquecíveis colegas estagiárias, Carolina, Estela e Estela Faria, que lutaram comigo durante um ano e meio, me ajudaram sempre e incondicionalmente, que me mostraram o verdadeiro significado de trabalhar em equipa, que estiveram sempre lá e porque conhecer-vos foi uma das melhores coisas que me aconteceu no estágio. A vossa amizade irá perdurar no tempo.

Às minhas amigas de e para uma vida inteira, Andreia, Mónica e Sandy, que ao longo deste percurso académico me ajudaram e mostraram que a vida nos reserva coisas boas como o facto de vos ter conhecido. São sem dúvida as pessoas mais importantes desta estadia da FacFil.

À Patrícia pelo apoio dado nos tempos de aflição, pela amizade e pela disponibilidade que sempre teve para mim e para as minhas dúvidas de informática. Ao pessoal do Triplex, agradeço os momentos mais descontraídos e de festa que se marcavam sempre que possível.

À Ermelinda, que teve sempre uma palavra amiga a dizer e pelos inúmeros momentos hilariantes que fazem o meu dia começar da melhor forma.

Aos meus pacientes, sem eles este relatório não existia, guardo no coração cada um deles e agradeço muitos ensinamentos que me foram transmitidos durante as consultas. São, sem sombra de dúvidas pessoas dignas de se conhecer e obrigada por terem passado na minha vida.

Aos restantes professores do curso de Psicologia, que ao longo desta jornada me fizeram ver que a Psicologia é muito mais que ler livros, pelas aulas dadas que me ajudaram e muito na elaboração deste relatório. Em muitas consultas me lembrei de muitas aulas, e de muitos conselhos dados.

Por último, dedico este relatório ao meu pai, por ser um exemplo a seguir, um homem excepcional e de grande carácter. Sei que se estivesses aqui estarias muito orgulhoso de mim. E a ti, Thomas, por teres passado na minha vida e em tão pouco tempo me ensinaste inúmeras coisas, obrigada meu Anjo.

## Índice

Resumo .....	2
Abstract .....	3
I - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL .....	4
1.1 ACES Grande Porto I Santo Tirso/Trofa – Centro de Saúde de Santo Tirso.....	4
1.2. O Papel do Psicólogo Integrado nos Serviços de Cuidados de saúde Primários .....	5
1.3. O Serviço de Psicologia no Centro de Saúde de Santo Tirso .....	6
1.3.1 – Atendimento Assistencial do Serviço de Psicologia Clínica em 2011 – Análise de dados.....	6
1.3.2 – Consulta Psicológica.....	8
II – ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO 2011-2013 .....	9
2.1 Atividades de Observação.....	9
2.2. Avaliação Psicológica .....	10
2.3 Intervenção Psicológica .....	11
2.3.1 Intervenção Psicológica Individual .....	11
2.3.1.1 Caso “ R” .....	12
2.3.1.2 Caso “ A” .....	20
2.3.1.3 Caso “I” .....	26
2.3.1.4 Caso “ R.V” .....	33
2.3.1.5 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO: “I.M”.....	40
2.3.2 – Intervenção em Grupo – “Aprender e aceitar as diferenças” .....	55
2.3.2.1 – Objectivos do Programa de Intervenção em Grupo.....	56
2.3.2.2 – Estrutura do Programa .....	57
2.3.2.3 – Avaliação do Programa / limitações e Resultados .....	58
2.4 Atividades de Formação .....	58
2.4.1 Fundamentação Teórica das Ações de Formação .....	59
2.4.2 Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar – PRESSE.....	59
2.4.3 Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)– Jovens e a Sexualidade .....	60
2.4.4. Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar - PASSE .....	62
2.4.4. PASSE de Rua .....	63
Reflexão final.....	65
Referências Bibliográficas.....	67
ANEXOS .....	73

## **Resumo**

O presente relatório de estágio decorre na sequência da fase formativa para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Católica Portuguesa – faculdade de Filosofia de Braga.

Este relatório de estágio reflete um processo de avaliação curricular e validação da experiência adquirida ao longo do percurso como estagiária no Centro de Saúde de Santo Tirso. Assim, a fase formativa do estágio torna possível o contato real com a prática da psicologia clínica proporcionando assim o desenvolvimento de competências profissionais. De acordo com as exigências estabelecidas pela instituição de ensino anteriormente referida o estágio curricular teve a duração de 17 meses perfazendo um total de horas (mínimo 500 horas e um máximo de 700 horas) requeridas pela Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga.

No enquadramento descrito surge assim o presente relatório de estágio realizado com base na experiência vivenciada no Centro de Saúde de Santo Tirso integrado no Agrupamento de Centros de Saúde ACES Grande Porto I Santo Tirso/Trofa, sob orientação da Mestre Piedade Vieitas. No decorrer do estágio foram desenvolvidas as seguintes atividades: ações de formação de educação para a saúde no âmbito da sexualidade; Observação e participação nos programas e projetos de saúde escolar, bem como actividades de observação, avaliação e intervenção psicológica individual e em grupo.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes: numa primeira parte é descrito o contexto institucional, o papel do psicólogo integrado nos cuidados de saúde primários (CSP), a consulta de psicologia no Centro de Saúde de Santo Tirso e as atividades realizadas pela valência de psicologia; numa segunda parte, são explicadas as atividades realizadas durante o ano e meio de estágio, as ações realizadas com a comunidade e a apresentação da avaliação e intervenção de casos clínicos acompanhados, bem como a intervenção em grupo; e, por último, é realizada uma reflexão sobre a dinâmica institucional e a experiência vivenciada no estágio.

## **Abstract**

The present internship report derives in the sequence of the formative phase in obtaining a master's degree in Health and Clinical Psychology by the Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga.

This internship report reflects a curricular evaluation and experience validation acquired throughout the course as an intern in the Health Center of Santo Tirso. Therefore, the formative phase of the internship allows the real contact with the practice of psychology providing the development of professional skills. In agreement with the requirements established by the educational institution previously referred the internship had duration of 17 months which equals the total hours (a minimum of 500 hours and maximum of 700 hours) required by the Portuguese Catholic University - Philosophy Faculty. So this report comes about with base on the experience had in the Health Center of Santo Tirso integrated in the ACES Health Center agroupment of the Metropolitan Oporto I Santo Tirso/Trofa, under the orientation of Master Piedade Vieitas. During the internship the following activities were developed: educational interventions for health concerning sexuality; The observation and participation in programs and projects of school health as well as psychological observation, evaluation and intervention individually and as a group.

This report is divided in two parts: The first section describes the institutional context, the role of a psychologist integrated in primary health care (PHC), The consultation of a psychologist in the Health Center of Santo Tirso and the activities performed through psychology valances; The second section explains activities performed during the internship of a year and a half, the interventions performed with the community and the presentation of the evaluation and intervention in clinical cases followed, there will also be description of group interventions and lastly, a reflection will be made on the institutional dynamic and experiences of the internship.

## **I - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL**

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

O ACES Grande Porto I Santo Tirso/Trofa é constituído por três Centros de Saúde: Centro de Saúde de Santo Tirso, Centro de Saúde da Trofa e Centro de Saúde de Negrelos. De acordo com o Dec. Lei no28/2008 de 22 de Fevereiro os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. O centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinada. Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I. P.) estando sujeitos ao seu poder de direção. Trate-se de um organismo público, que pertence ao Serviço Nacional de Saúde e que depende orgânica e funcionalmente da Administração Regional de Saúde (ARS) – Norte.

De acordo com o mesmo decreto, os ACES têm como objetivo garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Para cumprir estes objetivos foram desenvolvidas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, nomeadamente entidades convencionadas. Os ACES desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré -graduada, pós -graduada e contínua.

Os ACES são compostos por diversas unidades funcionais, a saber: Unidade de saúde familiar (USF), Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), Unidade de cuidados na comunidade (UCC), Unidade de saúde pública (USP), Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Gabinete do Cidadão (GC), Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU) em funcionamento apenas aos fim de semana.

O Centro de Saúde de Santo Tirso foi inaugurado no dia 12 de Outubro de 2001, sendo que o serviço de Psicologia existe desde Fevereiro de 2005. Fica situado na Rua do Jornal s/n, localizado na freguesia de Santo Tirso onde se encontra localizada a sua

Sede que engloba quatro USF, sendo elas a USF Vil' Alva, a USF Ponte Velha, a USF Veiga de Leça e a USF Caldas da Saúde.

## **1.2. O Papel do Psicólogo Integrado nos Serviços de Cuidados de saúde Primários**

A principal função de um psicólogo num Centro de Saúde é intervir na saúde global do indivíduo ao longo do ciclo de vida, da família e da comunidade, estando focado na promoção do bem-estar psicológico, nos comportamentos relacionados com a saúde e com a doença, na mudança de comportamentos, nos processos de adaptação à doença, na adesão a medicamentos e aos autocuidados (Teixeira, 2007). O psicólogo que exerça as suas funções num Centro de Saúde terá o seu trabalho direcionado não só para a patologia mental mas sim para todas as experiências e comportamentos relacionados com a saúde e a doença em todos os indivíduos, estando eles saudáveis ou doentes (Teixeira, 2007).

Conforme Trindade e Teixeira (1998), é importante que os psicólogos participem em projectos de promoção e prevenção da saúde, reabilitação, investigação, formação de outros técnicos e voluntários entre outras actividades.

Teixeira e Leal (1990), a especificidade da intervenção em Psicologia da Saúde, ou seja, a função de um psicólogo nos CSP trata-se da prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação de disfunções psicológicas em doentes físicos; aconselhamento e troca de informação com outros técnicos de saúde; tratamento psicológico de reacções face à doença física; aconselhamento e suporte de problemas familiares relacionados com a doença física de um dos seus elementos; facilitar a comunicação entre o utente e os técnicos de saúde; e estudo e implementação de modificações comportamentais e de estilos de vida quando necessários para conservar a saúde e prevenir a doença.

Conforme Trindade e Teixeira (2007), para desempenhar o seu papel, um psicólogo num centro de saúde tem de possuir muito mais do que apenas competências para a avaliação clínica. É assim necessário cada vez mais que o psicólogo seja um profissional com competências ligadas a áreas educacionais, sociais e organizacionais ligadas à saúde, sendo capaz de proporcionar às equipas de cuidados de saúde primários e às direcções, um entendimento acerca das particularidades psicológicas associadas à saúde, à prestação de cuidados de saúde, à gestão dos recursos, à humanização dos

serviços e à intervenção comunitária. O psicólogo interage junto dos indivíduos, das suas famílias e comunidades, estando incluída a promoção da saúde, a prevenção da doença e a função assistencial (Teixeira, 2007). As actividades de promoção de saúde e prevenção da doença consistem em intervenções de saúde junto da comunidade como a saúde infantil e do adolescente, saúde oral, saúde escolar, saúde materna, saúde do idoso, prevenção do tabagismo, álcool, drogas, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, implementação de exercício físico, contracepção e planeamento familiar, prevenção e doenças cardiovasculares, entre outros (Trindade & Teixeira, n.d.). Contudo as actividades exercidas por um psicólogo nos CSP abrangem muitas mais áreas designadamente: consulta psicológica, participação nos cuidados na comunidade, participação em actividades de humanização e qualidade em saúde, actividades formativas e intervenção na comunidade relativamente em programas e projectos desenvolvidos em parceria com outras organizações (Trindade & Teixeira, n.d.).

### **1.3. O Serviço de Psicologia no Centro de Saúde de Santo Tirso**

#### **1.3.1 – Atendimento Assistencial do Serviço de Psicologia Clínica em 2011 – Análise de dados**

Estes dados foram obtidos através do programa estatístico SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 19, sendo esta análise realizada pelas estagiárias no início do ano de 2012, tendo este trabalho como objetivo conhecer todas as actividades que as estagiárias iriam realizar durante o estágio curricular.

Neste ponto irão ser descritas as actividades que são realizadas pela valência de psicologia, nomeadamente pela Psicóloga Clínica e pelas estagiárias no ano de 2011. É possível verificar que foram realizadas um total de 1847 consultas, onde 131 corresponderam a primeiras consultas encaminhadas pelos profissionais de saúde.

Verificou-se que existiram mais consultas de psicologia nos meses de Fevereiro, Março e Dezembro. Relativamente ao número de consultas realizadas pelos profissionais de psicologia, verifica-se que, a psicóloga clínica Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas realizou 641 consultas durante o ano de 2011. As restantes consultas (1206) foram efectuadas pelas estagiárias de Psicologia Clínica: Dr.<sup>a</sup> Filipa Soares, Dr.<sup>a</sup> Inês Peixoto, Dr.<sup>a</sup> Rosy Sousa, Dr.<sup>a</sup> Gabriela Salazar, Dr.<sup>a</sup> Sónia Cunha, Dr.<sup>a</sup> Estela Castro, Dr.<sup>a</sup> Stéphanie Araújo, Dr.<sup>a</sup>

Estela Faria e Dr.<sup>a</sup> Carolina Oliveira.

No que concerne ao primeiro conjunto de objetivos estabelecidos pelo serviço, verificou-se que, a mediana do tempo de espera da primeira consulta foi de 37 dias, valor inferior ao estabelecido (90 dias úteis). Conclui-se, desta forma, que os objetivos foram atingidos, sendo que 100% das primeiras consultas de psicologia referenciadas apresentam um tempo de espera menor que 90 dias úteis.

Dos 131 utentes que frequentaram pela primeira vez a consulta de psicologia no ano de 2011, constatou-se que 45,8% correspondem a adultos, 31,3% crianças, 22,1% adolescentes e 0,8% idosos. Quanto ao género, verificamos que nas primeiras consultas do ano 2011, 33,6% pertencem ao género masculino e 66,4% ao género feminino. Relativamente ao motivo de encaminhamento verificou-se que, segundo os critérios de diagnóstico do DSV IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto), o principal motivo são Problemas psicossociais e Ambientais, seguido pelas Perturbações de Ansiedade e Perturbações de Humor.

No que diz respeito a actividade inserida na Saúde Escolar que integra a Unidade de Cuidados Continuados (UCC) “Os Jovens e a Sexualidade”, em 2010 foram realizadas 15 sessões (31,9%) para alunos em diferentes Instituições de Ensino, nomeadamente Escola Secundária de Tomás Pelayo (2 sessões), Escola Secundária D. Dinis (1 sessão), Escola Profissional de Santo Tirso CIDENAI (4 sessões) e Escola E.B. 2, 3 de S. Rosendo (8 sessões).

Relativamente a 2011, foram dinamizadas sessões para um total de 645 alunos, tendo o número de ações aumentado para 32 (68%), realizadas nos seguintes locais: Escola Secundária de Tomás Pelayo (15 sessões), Escola Secundária D. Dinis (8 sessões), Escola Profissional de Santo Tirso CIDENAI (3 sessões) e Escola Profissional Agrícola (6 sessões).

No que concerne à formação para professores no âmbito do projeto “PRESSE” e “Sexualidade na Escola” nas Escolas de Santo Tirso, foram realizadas em 2010 5 sessões (26,3%), nomeadamente 1 sessão na Escola Secundária D. Dinis e 4 sessões na EB 2,3 S. Rosendo

Quanto ao ano de 2011 foram dinamizadas 14 formações (73,6%), designadamente 4 na Escola Secundária D. Dinis, 1 Escola EB 2,3 S. Rosendo, 2 na EB 2,3 Agrela e 7 sessões na Escola Secundária de Tomás Pelayo. É de salientar que até à data de entrega deste relatório de estágio, a descrição referente às atividades realizadas pela valência de

psicologia (psicóloga clínica e estagiárias) em 2012 ainda não estava concluído, contudo pode ser visto em anexo as atividades referentes ao ano de 2011.

### **1.3.2 – Consulta Psicológica**

Os serviços desenvolvidos pela valência de Psicologia Clínica no Centro de Saúde de Santo Tirso têm como responsável a Mestre em Psicologia Clínica, Dr.a Piedade Vieitas, (orientadora local de estágio). O serviço de consulta psicológica do Centro de Saúde de Santo Tirso tem como objectivos principais a avaliação psicológica e acompanhamento de casos individuais (crianças, adolescentes, adultos e idosos). A grande maioria das situações é referenciada pelo médico de família das Unidades de Saúde Familiar de Ponte Velha, Vil´Alva e Veiga do Leça, Caldas da Saúde e das Consultas de Recurso/Reforço.

A marcação das consultas é da responsabilidade da psicóloga clínica e/ou do estagiário de psicologia clínica que pode ser realizada por carta ou telefone. O tempo de espera pela efectuação da primeira consulta é variável, contudo, as situações agudas ou de crise são marcadas no próprio dia ou no decorrer da semana. A primeira consulta é dedicada à recolha do pedido de ajuda/ exploração do pedido e contextualização da pessoa na sua problemática.

Em situações em que os utentes sejam crianças, pré-adolescentes e adolescentes, são realizadas consultas com os pais ou responsáveis legais para se proceder à recolha da história clínica. Nas consultas subsequentes com o utente pode-se recorrer à utilização de provas psicológicas tendo em conta a idade e a problemática. Após a fase de avaliação é redigido um relatório de devolução de cada caso clínico, ao qual é anexado ao processo clínico, bem como, um relatório clínico resumido, dirigido ao Médico de Família que realizou o pedido de encaminhamento. Nesta fase é realizada uma consulta de devolução na qual o psicólogo estagiário e a psicóloga orientadora dará o seu parecer sobre a situação clínica, que consiste numa análise compreensiva do funcionamento psicológico do paciente. Pode solicitar-se o acompanhamento psicológico e/ou a necessidade de encaminhamento para outro serviço ou profissional especializado sempre que necessário. Na devolução da avaliação psicológica realizada, são dadas informações sobre a conclusão e resultados obtidos na avaliação psicológica, são dadas directrizes a seguir pelo paciente, bem como o que iremos pretender e realizar na fase da

intervenção psicológica.

No caso das crianças, a devolução é realizada com as figuras cuidadoras e posteriormente com a própria, com recurso a atividades lúdicas de modo a que a criança compreenda o que lhe está a ser pedido e explicado. No que concerne à devolução com adolescentes, esta entrevista deve ser realizada em conjunto com os pais de forma a estabelecer-se um compromisso entre todos os envolvidos (pais, adolescente e psicólogo) (Cunha, 2000). Todo este processo assume diferentes formas mediante a faixa etária em que se inclui o utente em questão.

As consultas de psicologia finalizam, quando o utente possui uma série de recursos que lhe possibilitem lidar com as diferentes adversidades sem risco de recaída (Cunha, 2000), ou quando se dá a desistência de algum paciente. Isto acontece quando o utente falta três vezes consecutivas sem aviso prévio ou toma a decisão de finalizar o processo de acompanhamento. Proceder-se então ao encerramento do processo clínico e é enviada esta informação ao profissional de saúde que o referenciou. A remarcação de consulta só se realiza mediante novo contacto do utente.

## **II – ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO 2011-2013**

Em conformidade com as necessidades do Centro de Saúde de Santo Tirso já mencionadas anteriormente, e tendo em conta os objetivos curriculares traçados para este estágio, foram desenvolvidas as seguintes atividades: atividades de observação, avaliação psicológica, intervenção psicológica individual e em grupo, e ações de formação.

### **2.1 Atividades de Observação**

Em psicologia clínica, uma das mais importantes contribuições da observação é a possibilidade em fornecer elementos que possam ser indicadores de psicopatologia (e.g. postura; comportamento estereotipado), assim como fornecer elementos normativos do comportamento. No caso da psicologia infantil, especialmente, podemos confrontar os comportamentos manifestos da criança com o esperado para a sua fase

desenvolvimental. Algumas das vantagens da observação são o facto de possibilitar meios diretos e satisfatórios para se estudar uma variedade de fenómenos, como os comportamentos não-intencionais ou inconscientes e analisar temas que os indivíduos não se sintam à vontade de responder; permite verificar se as respostas verbais dadas estão de acordo com o verbalizado; possibilita a recolha de dados sobre as atitudes comportamentais típicas e que dificilmente poderiam ser recolhidas de outra forma.

Neste local de estágio foi facultada a possibilidade de efetuar uma observação ativa com a orientadora local durante a primeira consulta de vários utentes no departamento de psicologia. A observação permitiu adquirir e desenvolver um conjunto de competências, conhecimentos, aptidões e atitudes. Foi um processo fundamental, na medida em que envolveu um aliar de elementos teóricos, conseguidos em contexto académico, com a prática profissional, no sentido de os projetar na atuação como psicóloga responsável pelos casos clínicos. Foi também dada a oportunidade de observar duas ações de formação, implementadas pela orientadora local, a saber: o “Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar - PASSE” e o “Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar - PRESSE”.

## **2.2. Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica consiste num processo de recolha de dados e de interpretação da informação através de teorias métodos e instrumentos psicológicos. Esta avaliação tem como finalidade obter um maior conhecimento sobre o indivíduo, grupo ou das situações para atingir os objetivos definidos entre terapeuta e paciente. Permite ainda obter conhecimento de capacidades cognitivas e sensoriomotoras, competências sociais, emocionais, afetivas, motivacionais, aptidões específicas e indicadores psicopatológicos dos sujeitos (Wechsler, 1999 cit in Padilha, Noronha e Fagan, 2007). Durante o estágio curricular, foi possível estar em contacto com as provas psicológicas utilizadas em Psicologia Clínica e no Serviço de Psicologia Clínica do Centro de Saúde de Santo Tirso, seguindo desta forma um protocolo que estabelecia o uso de diversos instrumentos de avaliação psicológica como o Desenho Livre, o Desenho da Família, o Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças, bem como a entrevista semi-estruturada para crianças e adolescentes.

As consultas de psicologia do Centro de Saúde de Santo Tirso, tal como abordado anteriormente, encontram-se orientadas segundo um regime de consulta interna, sendo

que os casos são encaminhados ou sinalizados pelos médicos de família do Centro de Saúde (Sede, USFs, Extensões e Centros de Saúde do agrupamento). Os motivos de encaminhamento são diversos onde se pretende a avaliação, psicodiagnóstico ou a intervenção/ acompanhamento. Posteriormente, o técnico superior de saúde de Psicologia Clínica poderá dar o seu parecer e devolver o seu *feedback* ao médico de família após avaliação psicológica. Essa avaliação é de periodicidade semanal, onde se recorre à observação clínica, às provas psicológicas e contextualização familiar, em que posteriormente é elaborado um relatório de devolução com a informação clínica do utente. Esse parecer é realizado com a psicóloga estagiária e com a psicóloga orientadora do local. No final, é devolvida uma compreensão psicológica ao paciente caso se trate de um utente maior de idade. Nos casos em que o utente tenha menos de 18 anos, essa devolução é entregue ao responsável para que seja compreendida situação.

## **2.3 Intervenção Psicológica**

### **2.3.1 Intervenção Psicológica Individual**

Após realizada a avaliação psicológica, nos casos em que se verificou a necessidade de intervenção psicológica individual, foi delineado um plano junto do utente e/ou familiares. Para tal, houve a necessidade de implementar um modelo teórico que melhor se adequava à origem e manutenção da problemática de cada sujeito. Deste modo e no decorrer do estágio, utilizei alguns pressupostos do modelo sistémico, no modelo humanista mas também em algumas estratégias e conceitos do modelo cognitivo-comportamental.

De seguida será apresentada uma breve abordagem do processo de intervenção psicológica de quatro casos clínicos. A estrutura dos casos clínicos reportados segue a seguinte estrutura: identificação; motivo de encaminhamento; problema apresentado; história desenvolvimental e psicossocial; história médica; observação clínica; quadro com os instrumentos utilizados e principais conclusões; diagnóstico multiaxial; diagnóstico diferencial; conceptualização clínica do caso; descrição da intervenção e, por último a análise do estado atual.

### **2.3.1.1 Caso “ R”**

#### **1 - Identificação**

“R” é uma adolescente de 14 anos. Mora com os seus pais e é filha única. A mãe tem 38 anos de idade, está desempregada e possui o 9º ano de escolaridade. O pai tem 39 anos de idade, está desempregado e possui o 6º ano de escolaridade.

#### **2 - Motivo de Encaminhamento**

“R foi encaminhada para o gabinete de psicologia pela sua médica de família. “R” apresenta *“comportamentos agressivos com os colegas, apresentar história de distúrbios escolares e relacionar-se com um rapaz mais velho”* (sic).

#### **3 - Problema Apresentado**

Os pais de “R” referem que esta foi encaminhada para o serviço de psicologia devido ao facto da adolescente *“namorar com um rapaz quatro anos mais velho”* (sic). Esta situação preocupa-os e temem que “R” tenha comportamentos inadequados como *“deixar de comer ou tentar matar-se”* (sic).

#### **4 - História Desenvolvimental e Psicossocial**

No que concerne à história familiar e de desenvolvimento, a gravidez foi desejada e planeada por ambos os progenitores. A gravidez foi assistida, o parto decorreu no hospital de Famalicão e foi provocado mas sem outras complicações. O seu desenvolvimento seguiu-se normalmente e dentro dos parâmetros esperados, não havendo registo de hospitalizações. É de salientar que a adolescente sofreu de enurese secundária diurna por volta dos nove anos de idade, da qual os pais não sabem identificar uma situação desencadeadora do problema.

Em relação à interação social, os pais da adolescente referiram que enquanto criança, “R” gostava de brincar com os amigos e sozinha. As brincadeiras preferidas da “R” eram jogar à bola e com carrinhos. Os pais afirmaram que a adolescente *“gostava mais das brincadeiras de rapazes”* (sic). Os principais amigos eram de ambos os sexos e o objecto transicional eleito pela “R” era uma manta. Quanto aos castigos, são mais aplicados pela mãe e passam por tirar o que a adolescente mais gosta e a punição física

como “*dar palmadas*” (sic). Um dos medos da adolescente quando era ainda criança era andar às cavalitas e um dos acontecimentos mais marcantes na sua vida foi a morte do avô paterno há cerca de três anos.

Os relacionamentos familiares, com professores e com os colegas são descritos como bons, bem como a sua adaptação à vida escolar. Em relação ao rendimento escolar, este baixou no 7º ano, levando à sua primeira reprovação. “R” tem apoio educativo na escola. Os pais têm um papel activo na vida escolar da filha, acompanhando-a sempre. A mãe é descrita pela adolescente como “*Má, amiga dela e cúmplices*” (sic), o pai é descrito como confidente “*gosta de falar com o pai porque ele cai na conversa dela*” (sic). Em relação ao estilo educativo dos pais, a mãe considera que facilita mais mas consegue ser rígida quando a situação assim a obriga, o pai considera-se mais autoritário, porém após algumas consultas para a recolha da anamnese, verificou-se que o estilo educativo dos pais era permissivo.

## **5 - História Médica**

Relativamente a antecedentes familiares, há referência de uma tia que sofre de depressão e existe história de doença física, nomeadamente cancro.

Quanto aos antecedentes pessoais, a adolescente toma a pílula há cerca de um ano e tem bronquite. É referido também que “R” já procurou ajuda psicológica por duas vezes, uma no 6º ano de escolaridade e a segunda no 7º ano de escolaridade. O motivo da ajuda psicológica foram problemas na escola e com os amigos.

## **6 - Observação Clínica**

No primeiro contacto com a “R”, esta mostrou-se agressiva, ansiosa e pouco cooperante durante cerca de 30 minutos da consulta. Nos restantes 15 minutos da sessão, “R” mudou de atitude e cooperou mais, falando acerca da sua vinda ao psicólogo e de alguns problemas que lhe aconteceram na sua escola. Esta primeira atitude durante a sessão, mostra que “R” quis impor barreiras entre as duas e estabelecer alguns obstáculos para que a comunicação fluísse na sessão. Durante o processo de avaliação e intervenção, “R” mostrou-se curiosa, manipuladora, sedutora, agressiva, centrada sobre ela própria, egoísta, imatura, impulsiva, intolerante e mostrou que não gosta de ser contrariada. A aparência da adolescente era cuidada mas por vezes inadequada a sua

idade.

Relativamente à recolha da história clínica com os pais, estes demonstraram-se também cooperantes e um pouco manipulativos, mantendo um bom contacto ocular enquanto abordávamos aspetos da história desenvolvimental, social, académica e familiar da “R”. Os pais apresentaram uma aparência cuidada e adequada.

É pertinente ressaltar que durante o processo de avaliação psicológica, foi pedido a intervenção da CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens por parte da escola. Esta intervenção por parte da CPCJ teve como principal objectivo alertar os pais da adolescente para que cumprissem o seu papel e desta forma, controlar os comportamentos da “R”. Se tal não acontecesse, a menina seria posta sobre a alçada da CPCJ. Foi pedido ao gabinete de Psicologia do Centro de Saúde de Santo Tirso a elaboração de um parecer psicológico acerca da adolescente para a CPCJ. Este parecer foi elaborado com a supervisão da Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas.

## **7 - Instrumentos de Avaliação e Interpretação de resultados**

Os materiais utilizados na avaliação psicológica de “R” foram: uma entrevista semi-estruturada; o teste do desenho livre; o teste do desenho da família; o teste Aperceptivo de Roberts e o questionário de Zelazosca. No quadro posteriormente apresentado, apresentam-se as principais conclusões resultantes da avaliação psicológica.

<b>Entrevista Semi-Estruturada</b>
Durante este ano lectivo, a adolescente deparou-se com problemas relacionados com a escola em que a CPCJ foi chamada a intervir. “R” afirma ter muitos amigos, com idades compreendidas entre os 15 e os 26 anos. Diz sentir-se por vezes excluída por parte das amigas e por parte dos pais. O que “R” gosta mais de fazer nos seus tempos livres é ouvir música, dançar e estar na internet. Refere que a relação que mantém com os pais é boa. As regras são feitas por todos os elementos do agregado familiar e são vistas como justas. Quanto à resolução de conflitos, a adolescente utiliza diversas vezes a agressão física. No momento da avaliação psicológica “R” mantinha um namoro há três meses, às escondidas dos pais.

### **Teste do Desenho Livre**

Quanto ao grafismo do desenho da “R”, este encontra-se fora do centro da página o que indica ser uma pessoa mais descontrolada e dependente. Existe também um desenho num dos cantos da folha, o que poderá indicar que a adolescente sente vontade de fugir ao meio em que está inserida. Indica fuga ou desajuste do indivíduo ao ambiente. Em relação à pressão, pode-se afirmar que a adolescente faz muita pressão, tem traços fortes, o que sugere que esta se encontra extremamente tensa. Quanto à caracterização do traço, este apresenta-se forte, a negrito, retocado, repassado, repetido e por último, anguloso. Estas características podem representar medo, insegurança, agressividade, sensação de perda afectiva e imaturidade sexual. No que concerne os detalhes do desenho, este pode ser caracterizado com falta de detalhes adequados, o que pode sugerir sentimento de vazio e depressão. O movimento no desenho é excessivo o que indica necessidade de comunicar. Em relação ao uso das cores, “R” desenhou os elementos do desenho em preto, vermelho e verde. Estas cores significam: ódio, negativismo, agressão, destruição e sensibilidade sexual. O desenho da adolescente é dotado de uma forte carga emocional (existindo sete corações) e de muita instabilidade e confusão, representando/projectando o seu conflito interno relacionado com a ruptura com o seu namorado.

### **Teste do desenho da família**

Os elementos da família não foram desenhados com o mesmo pormenor e cuidado, sendo que a adolescente investiu mais na personagem que a representa na família, desenhando-se em primeiro lugar, mostrando desta forma uma forte tendência narcísica. Neste desenho existe também uma personagem que está claramente desvalorizada, que foi identificada como sendo a avó. Esta desvalorização indica grandes dificuldades de adaptação. “R” perdeu o seu protagonismo no seio familiar para a sua avó pois esta necessita de cuidados constantes. Esta personagem também se encontra mais distanciada das restantes, logo pode-se deduzir que a adolescente coloca-a nessa posição distante porque rivaliza com ela. No que concerne ao conteúdo “R”, regeu-se pelo princípio da realidade. Relativamente ao nível gráfico, o desenho apresenta um traço grande e forte, aproveitando todo o espaço da folha, o que indica uma grande expansão vital e fácil extroversão de tendências. A adolescente define o

Os elementos da família não foram desenhados com o mesmo pormenor e cuidado, sendo que a adolescente investiu mais na personagem que a representa na família, desenhando-se em primeiro lugar, mostrando desta forma uma forte tendência narcísica. Neste desenho existe também uma personagem que está claramente desvalorizada, que foi identificada como sendo a avó. Esta desvalorização indica grandes dificuldades de adaptação. “R” perdeu o seu protagonismo no seio familiar para a sua avó pois esta necessita de cuidados constantes. Esta personagem também se encontra mais distanciada das restantes, logo pode-se deduzir que a adolescente coloca-a nessa posição distante porque rivaliza com ela. No que concerne ao conteúdo “R”, regeu-se pelo princípio da realidade. Relativamente ao nível gráfico, o desenho apresenta um traço grande e forte, aproveitando todo o espaço da folha, o que indica uma grande expansão vital e fácil extroversão de tendências. A adolescente define o desenho como sendo a própria família, identificando todos os membros da mesma. Quando questionada, referiu que os gostava de todos os membros da família porque eram todos muito amigos dela.

#### **R.A.T.C Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças**

No que concerne às escalas clínicas, verificam-se frequências elevadas na ansiedade, agressão, depressão e rejeição. Estes resultados indicam-nos que “R” dá ênfase a sentimentos de medo, surpresa, raiva, tristeza, rejeição e ao ataque verbal e ataque físico. Em relação às escalas adaptativas, estas revelam que “R” percebe o seu sistema de suporte familiar como responsivo e disponível, revela existir uma colocação de limites razoáveis por parte dos pais e de outras figuras de autoridade em resposta à violação de regras ou expectativas, tem uma percepção ajustada das práticas disciplinares, pode-se afirmar que tem auto-suficiência e assertividade adequadas, tem

Em suma, pode-se afirmar que os instrumentos utilizados nesta avaliação psicológica vão de encontro ao conteúdo verbal da entrevista aplicada, com a exceção do Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças.

Podemos deste modo analisar que a adolescente se encontra num remoinho de emoções que por si mesma não consegue processar. O facto das figuras parentais adoptarem um estilo educativo mais permissivo, o seu envolvimento amoroso com um jovem adulto com um fim atribulado e os conflitos sentidos com o seu grupo de pares despoletou sintomas depressivos expressos por hostilidade, agressividade e irritabilidade

constantes. Por sua vez, os seus recursos internos e as suas estratégias de *coping* revelaram-se inadequados para tolerar ou modificar qualquer tipo de comportamento e pensamento.

## **8 - Diagnóstico Multiaxial**

Eixo I	F32.9 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação;
Eixo II	V.71.09 Ausência de Diagnóstico;
Eixo III	Nenhum;
Eixo IV	Problemas educacionais; problemas com o grupo de apoio primário;
Eixo V	AGF = 55 (no momento de admissão); AGF = 75 (no momento da alta).

## **9 - Diagnóstico Diferencial**

Pelos sintomas descritos por “R”, foi posta a hipótese de perturbação de oposição, contudo após a avaliação psicológica realizada, verificou-se que a sintomatologia apresentada é melhor explicada por uma Perturbação Depressiva sem outra especificação.

## **10 - Conceptualização Clínica**

Da análise dos dados recolhidos acerca da problemática, salienta-se o fato da “R” estar a passar por mudanças relativas ao ciclo de vida. “R” está a transitar da infância para a adolescência. A adolescência vai desde os 11 ou 12 anos até aos 19 ou 20 anos e é nesta fase que normalmente se dá o início da puberdade, que consiste num processo através do qual o adolescente alcança a maturidade sexual e a capacidade de reprodução (Papalia, Olds & Feldman, 2001). De acordo com Andolfi e Mascellani (2010), a adolescência é um período crítico e pouco claro, pois nunca ninguém realmente definiu de que trata esta etapa de vida. A psiquiatria clássica e a psicologia situam, segundo o mesmo autor, a adolescência entre os 14 e 18 anos, sendo que entre os 11 e 13 anos deve-se falar de pré - adolescência.

A adolescência caracteriza-se como uma transição do estado infantil para o adulto onde existem sucessivas mudanças (Blos, 1996; Outeiral, 2001; Urribari, 2004;

Weinberg 2001, cit in, Schneider & Ramires, 2007). Estas mudanças segundo Fleming (1993, cit in Mendes & Lopes, 2007), são biológicas, fisiológicas, cognitivas, psicológicas e ajudam o adolescente a ter uma maior autonomia, deixando para trás uma fase de dependência, imaturidade e proteção. Pode-se portanto dizer que foi durante as mudanças supra mencionadas que “R” perdeu o seu rumo e começou a exteriorizar os seus maiores medos e dúvidas através de comportamentos e atitudes inadequadas tanto na sua escola como em casa. De acordo com Conti, Gambardella e Frutuoso (2005), a adolescência é uma etapa de maior crescimento pois, existem várias alterações físicas e corporais que de alguma forma, afetam a imagem do adolescente. Desta forma, e falando do facto de “R” ter uma percepção errada acerca da sua constituição física, podemos afirmar que as alterações corporais de “R” estão a ser vivenciadas de uma forma indesejada e irrealista. Assim, é nesta fase que se detém o desenvolvimento do indivíduo, onde surge uma estruturação da personalidade ultrapassando o processo de maturação biopsicossocial (Blos, 1996; Outeiral, 2001; Urribari, 2004; Weinberg, 2001, cit in Schneider & Ramires, 2007). Segundo Michèle Lambin (2010), é uma etapa de desenvolvimento importante, que origina diversas mudanças rápidas, conflitos, e emoções intensas numa procura da solidificação da sua própria identidade, sendo necessário uma adaptação e um ajustamento constante por parte do adolescente (Teixeira & Luis, 1997; Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002; Borges & Werlang, 2006). Nesta nova etapa, o adolescente não é considerado um adulto, mas também não recebe a segurança do amor que era garantido em criança, fazendo com que este procure a sua identidade criando novos modelos de socialização e novos hábitos de conduta (Calligaris, 2000, cit in Schneider & Ramires, 2007). Sentia-se que “R” variava muito de um registo infantil para um registo adulto, sem se conseguir identificar com nenhum deles. “R” já tinha experienciado situações de adulta, o que a colocava num patamar superior ao de criança, porém não se podia identificar como sendo adulta pois não tinha maturidade suficiente para tal. Estes aspectos deixavam-na confusa e isso verificava-se durante as consultas.

De acordo com Bessa (2004, cit in Andrade & Argimon, 2008), é na adolescência que existem alterações emocionais e orgânicas, sendo que é uma fase favorável ao aparecimento de transtornos psiquiátricos. Com toda esta vulnerabilidade e desordem na vida do adolescente poderão surgir de igual modo distúrbios psicológicos (Levisky, 1998 cit in Schneider & Ramires, 2007). Deste modo, torna-se pertinente conceptualizar a

depressão na adolescência visto que a patologia está presente em “R”.

O quadro clínico da depressão, é o fator mais evidente no suicídio do adolescente (Bahls & Bahls, 2002). Sampaio (1991), refere que nem sempre é fácil diagnosticar a depressão no adolescente, pois segundo este autor, não existe nenhuma adolescência que não passe por períodos depressivos, considerando o conceito mais lato da depressão que é uma baixa da auto-estima. A depressão cria sofrimento, dificuldades emocionais, sociais e intelectuais e desalento fazendo com que assim, os adolescentes pretendam realizar soluções rápidas, como o suicídio, ideias suicidas e as tentativas de suicídio (Andrade & Argimon, 2008; Souza, Batista & Alves, 2008). No caso específico de “R”, os sintomas depressivos encontravam-se presentes, sem que isso levasse à tentativa de suicídio, porém, alguns aspectos que os pais referiram como “R” deixar de comer foram tido em conta durante a avaliação psicológica.

Depois desta fundamentação teórica, torna-se pertinente trabalhar aspectos que possam melhorar e aumentar a auto-estima da “R”, a fim de eliminar sintomas de depressão e assim diminuir a agressividade e irritabilidade demonstrada pela adolescente.

## **11 - Processo de Intervenção**

A intervenção proposta para a “R” passa por trabalhar a auto-estima, o seu papel na sua família, desconstruir crenças, e a realização de sessões de psicoeducação sobre os temas, sexualidade, o namoro, a relação íntima e a relação com os pares realizadas com a ajuda da história da Maria e do Manel, utilizada nas acções de formação PRESSE.

Foram utilizados os pressupostos teóricos da Terapia Racional-Emotivo-Comportamental (REBT) desenvolvida em 1955 por Albert Ellis que se baseia no método de tratamento dos distúrbios emocionais (chamado de ABC). Esta terapia procura tornar as mudanças cognitivas mais duradouras através do estudo do comportamento racional-emotivo da seguinte forma: (a) de como as pessoas desenvolvem e podem superar suas próprias perturbações; (b) do detectar de crenças irracionais; (c) do debater, discriminando e disputando crenças irracionais; (d) do mudar com novos efeitos ou teorias (Siqueira, 2011). Através desta intervenção, foi possível alterar as crenças internas da adolescente para desta forma torná-las mais funcionais e eficazes para a mesma, aumentando a sua auto-estima.

A imposição por parte dos pais de limites e regras torna-se pertinente para que as

situações de conflito entre pais e filhos, possam ter consequências positivas no desenvolvimento social das crianças e adolescentes (Silveira, Pacheco, Cruz & Schneider, 2005). Desta forma, os mesmos autores afirmam que alguns factores têm que ser tidos em conta para que essa discussão de ideias seja feita de forma eficaz, entre eles, níveis baixos de afeto negativo, a presença de uma única questão em discussão e a existência de uma tentativa de resolver o conflito. Apenas assim, a situação de conflito pode ajudar no desenvolvimento de habilidades de manobra dos conflitos, tolerância aos afetos negativos, aumento do entendimento da criança ou do adolescente das regras familiares, auxílio na delimitação e construção dos limites pessoais, promovendo assim o desenvolvimento da compreensão social (Silveira, Pacheco, Cruz & Schneider, 2005).

Estes aspectos foram referidos e trabalhados com os pais da adolescente aquando a consulta de devolução. Desta forma podemos afirmar que as directrizes dadas aos pais da adolescente, com a supervisão da Dr.<sup>a</sup> Piedade aquando a consulta de devolução foram as seguintes: imposição de limites negociados com a adolescente, imposição de regras a seguir no contexto escolar, elaboração de castigos adequados ao comportamento indesejado, a figura materna teria que adquirir uma atitude mais adequada face ao seu papel de mãe, a adolescente teria que ajudar nas lidas da casa para desta forma inculcá-lhe a sentimento de responsabilidade, mudança da atitude parental perante “R” (ganharem o controlo sobre a sua filha e não ao contrário como se verificava) e negociar os horários das saídas nocturnas e diurnas com a adolescente sob pena de castigo se estes não forem devidamente cumpridos. O feedback que os pais me transmitiram um mês após essa mesma consulta foi positivo, pois estavam a seguir as linhas orientadoras apresentadas na sessão de devolução.

### **2.3.1.2 Caso “ A”**

#### **1 – Identificação**

“A” é um menino de cinco anos que vive com os pais e duas irmãs mais velhas. A mãe tem 45 anos de idade, possui o 12ºano de escolaridade e é técnica de fisioterapia. O pai tem 53 anos de idade, possui o 9ºano de escolaridade e é gerente de uma empresa. “A” tem ainda duas irmãs mais velhas, uma com 18 anos de idade e outra com 15 anos, ambas estudantes.

## **2 – Motivo de encaminhamento**

“A” foi encaminhado para o serviço de psicologia pelo seu médico de família. O motivo do encaminhamento deve-se ao facto da mãe do menino o descrever como “*muito activo, eu acho que ele é hiperactivo*” (sic). O médico de família acrescenta ainda “*uma suspeita de se tratar de uma criança sobredotada*” (sic).

## **3 – Problema Apresentado**

A mãe de “A” refere que este foi encaminhado para o serviço de psicologia devido ao facto do menino ser extremamente activo, afirmando por diversas vezes tratar-se de uma caso de hiperactividade. Afirma ainda que o menino apresenta uma inteligência acima do normal para a sua idade, acrescentando que a professora do infantário partilha desta opinião.

## **4 – História Desenvolvimental e Psicossocial**

No que concerne à história familiar e de desenvolvimento, a gravidez foi desejada mas não foi planeada. A mãe de “A” tinha 40 anos e o pai 49 anos no momento da gravidez. A gravidez foi assistida, tendo sido considerada de risco devido a presença de diabetes. O parto (cesariana para proceder a laqueação) decorreu no hospital da Trofa, sem complicações associadas. O seu desenvolvimento seguiu-se normalmente e dentro do esperado, não havendo registo de hospitalizações.

Em relação à interação social, os pais do menino referem que “A” tanto gosta de brincar sozinho como com amigos “*se ele encontrar alguém que goste, brinca logo*” (sic). A brincadeira preferida do “A” é brincar com carros e a Playstation. Os principais amigos são do mesmo sexo e o objecto transicional eleito pelo menino era uma fralda e um ratinho. Quanto aos castigos, estes são aplicados pela mãe, pai e irmãs e passam por não jogar Playstation, ficar sentado numa cadeira branca no seu quarto ou palmadas no rabo.

Os relacionamentos familiares, com professores e com os colegas são descritos como bons, bem como a sua adaptação ao jardim de infância. Em relação ao aproveitamento escolar, este sempre se mostrou muito positivo excepto no campo mais criativo (desenho). Os pais têm um papel activo na vida escolar do filho, acompanhando - o sempre. A ocupação dos tempos livres é feita a brincar com os carros, jogos e com a

Playstation.

## **5 - História Médica**

No que concerne os antecedentes psiquiátricos familiares, o casal faz referencia a avó paterna do menino que sofre de depressão. A avó paterna já recorreu a ajuda psicológica e psiquiátrica no Hospital de Conde Ferreira. O menino não possui antecedentes pessoais referente à presença de doença física, toma de medicação, bem como presença de patologia mental. É referido também que, no passado, “A” nunca procurou ajuda psicológica.

## **6 - Observação Clínica**

No primeiro contacto com o “A”, este mostrou-se à vontade, irrequieto, comunicativo, curioso, desafiador e cooperante durante a consulta. O menino falou acerca da sua vinda ao psicólogo e sobre os assuntos que mais gostava. Na sessão, conseguiu-se estabelecer o início de uma relação terapêutica. Nas sessões de avaliação psicológica o menino mostrou-se bastante irrequieto, manipulador, desinibido, alegre, falador, mostrou também que não gostava de ser contrariado e apenas queria fazer o que lhe apetecia durante a maior parte do tempo da sessão. Esta última atitude levou-me a negociar algumas regras para serem cumpridas dentro do gabinete.

Relativamente à recolha da história clínica com aos pais do menino, estes demonstraram-se cooperantes, mantendo um bom contacto ocular enquanto abordávamos aspetos da história desenvolvimental, social, escolar e familiar do “A”. É de ressaltar a vontade por parte da mãe de que o mesmo fosse sobredotado. Quando tal não se verificou, a mãe mostrou-se insatisfeita e duvidosa dos resultados da avaliação psicológica realizada com a supervisão da Dr.<sup>a</sup> Piedade.

Tanto os pais como o menino apresentam uma aparência cuidada e adequada.

## **7 - Instrumentos de Avaliação e Interpretação de resultados**

Os materiais utilizados na avaliação psicológica de “A” foram: a Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças, a Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – WPPSI-R e o Questionário de Zelazosca. O seguinte quadro ilustra resumidamente os resultados da avaliação psicológica.

<b>Entrevista Semi-Estruturada para Crianças</b>
O menino afirma que gosta de fazer desenhos, brincar com os carros, quadro preto para pintar, escrever e ainda fazer monstros na escola. Diz ter uma boa relação com a professora e afirma ter muitos amigos “ <i>tenho 11 amigos</i> ” (sic), com idades idênticas a dele. A actividade realizada com o seu grupo de pares é brincar. “A” não se sente sozinho ou excluído das brincadeiras. O que “A” gosta mais de fazer nos seus tempos livres é brincar, ler livros do Noddy, do Ruca e do Homem Aranha, pintar, ver filmes e jogar computador. Por último, se o menino pudesse mudar alguma coisa na sua família, este respondeu que “ <i>não mudava nada, gosto dela assim</i> ” (sic).
<b>WPPSI – R - Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária</b>
Os resultados obtidos por “A” foram os seguintes: no quociente de inteligência verbal (QIV) 103, no quociente de inteligência de realização (QIR) 83 e no quociente de inteligência geral baseado no total da escala (QIEC) 91, este valor dá-nos a posição relativa da criança por comparação com crianças na mesma faixa etária, corresponde assim este valor a um nível de <i>inteligência média</i> (QI <= 91). Podemos verificar que existe diferença significativa entre a QIV e QIR. “A” apresenta valores mais altos ao nível da subescala verbal nos subtestes: aritmética e vocabulário; e na subescala realização no subteste de complemento de gravuras. Os valores mais baixos encontram-se na subescala realização no subteste dos labirintos; e na subescala verbal nos subtestes compreensão e informação.
<b>Questionário de Zelazosca</b>
“ <i>em casa sinto-me sempre melhor</i> ” (sic), “ <i>a minha família é muito fixe</i> ” (sic), “ <i>o meu pai é bonito</i> ” (sic), “ <i>quando o meu pai volta a casa pega-me ao colo e diz olá</i> ” (sic), esta dinâmica revela traços harmoniosos entre a criança e o resto da família nuclear.

Em suma, pode-se afirmar que através dos dados obtidos na avaliação psicológica o menino está a crescer de uma forma favorável. Porém, o resultado na prova cognitiva não vai de encontro ao motivo de encaminhamento da mãe, pois através dos dados fornecidos pela WPPSI-R o menino não é sobredotado, pois somente um QI superior a 130 o poderia confirmar.

## **8 - Diagnóstico Multiaxial**

Eixo I	Ausência de Diagnóstico
Eixo II	V.71.09 Ausência de Diagnóstico
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Nenhum
Eixo V	AGF = 80 (no momento de admissão) AGF = 90 (no momento da alta)

## **9 - Diagnóstico Diferencial**

Pela problemática apresentada pelos pais de “A”, inicialmente foi posta a hipótese de perturbação de hiperactividade com défice da atenção. Contudo, após avaliação cuidada, verificou-se que não se preenchia os critérios para esta perturbação.

## **10 - Conceptualização Clínica**

Da análise dos dados recolhidos acerca da problemática de “A” salienta-se o fato de os pais acharem que podia ser sobredotado. Deste modo, torna-se pertinente abordar a influência da família como estimulador cognitivo e desenvolvimental na criança.

Segundo Chechia e Andrade (2005), a família e a escola são vistas como instituições que têm um papel comum: a preparação da crianças para a sua vida em sociedade. Desta forma, podemos dizer que tanto os pais de “A” como a sua professora desempenham esse papel de uma forma positiva e adequada.

Assim, Silva e Fleith (2008) afirmam que um dos principais factores que podem influenciar de forma directa o desenvolvimento da criança enquanto indivíduo é o ambiente familiar. Ressalva-se que o “A” era extremamente estimulado por parte da sua família nuclear e que muitas vezes era feito em demasia. Deste modo, os autores supra citados defendem que a família procura promover e enfatizar o desenvolvimento das competências dos filhos, o que leva a uma modificação da família em virtude das necessidades das crianças. Essas modificações foram visíveis na família de “A” pois a dinâmica familiar passou a estar centrada no menino, em que toda a família nuclear o estimulava e ajudava.

Esta preocupação dos pais na educação do menino é de preservar, pois segundo Ribeiro (2006), os pais vêem a educação e a vida académica dos filhos como uma forma de ascensão social, o que vai preparar a criança para a sua vida adulta. Em relação a estimulação cognitiva da família de “A” exercida sobre o mesmo, Bhering e Siraj-Blatchford (1999) enfatizam o envolvimento dos pais no processo escolar dos filhos, pois este contribui para a melhoria do ambiente familiar, que por sua vez influencia de forma positiva o rendimento escolar da criança. As crianças tendem a demonstrar um melhor rendimento escolar, quando têm pais que se envolvem mais e possuem mais escolaridade (Burchinal, Peisner, Pianta & Howes, 2002; Cia, Pamplin & Williams, 2008). Segundo os mesmos autores, os pais mais participativos na vida escolar dos filhos constitui um factor de protecção contra o insucesso escolar.

Em relação a aspectos emocionais, “A” não revela traços ou sintomas psicopatológicos, o que relembra que a psicologia não tem somente como objecto de estudo a patologia em si e como tratá-la, mas possui de igual modo, o estudo de aspectos positivos da vida do Ser Humano (Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003).

## **11 – Processo de Intervenção**

Visto não se tratar de nenhuma situação psicopatológica, a intervenção proposta para “A” passa pela compreensão dos pais de que o menino deve ser estimulado consoante a sua idade e nunca esquecerem que o “A” tem apenas cinco anos. Deste modo, afirmamos que o estímulo é benéfico para o desenvolvimento da criança desde que seja o adequado para a sua idade. Torna-se pertinente incentivar a criança a desenvolver a sua criatividade com jogos lúdicos sem ser os do computador ou consola.

As directrizes dadas aos pais de “A” na consulta de devolução foram: implementar regras em relação ao uso do computador e da consola, incentivar junto do seu filho actividades ao ar livre sempre que possível e na companhia da família, controlar a energia do filho através da imposição de mais regras em casa e através da prática de desporto que seja do agrado de “A”.

Todas estas directrizes foram dadas aos pais de “A” na consulta de devolução, para que desta forma, o menino continue a desenvolver-se num meio familiar adequado.

### **2.3.1.3 Caso “I”**

#### **1 - Identificação**

“I” é uma menina de 8 anos que habita com os seus pais, irmão e irmã. A mãe tem 31 anos de idade, possui o 4ºano de escolaridade e trabalha numa loja. O pai, tem 34 anos de idade, possui o 4ºano de escolaridade e é tintureiro. “I” tem dois irmãos, o mais velho tem 11 anos e a mais nova tem 17 meses.

#### **2 – Motivo de encaminhamento**

“I” foi encaminhada para o gabinete de psicologia pelo seu médico de família. O motivo do encaminhamento deve-se ao facto de “I” apresentar *“dificuldades de atenção/concentração na escola, bem como alteração de comportamento e da linguagem”* (sic).

#### **3 – Problema Apresentado**

A mãe de “I” refere que esta foi encaminhada para o serviço de psicologia devido ao facto da menina sentir ciúmes da sua irmã mais nova, o que segundo a mesma, despoletou as alterações de comportamento e da linguagem.

#### **4 – História Desenvolvimental e Psicossocial**

No que concerne à história familiar e de desenvolvimento, a gravidez foi desejada e planeada por ambos os progenitores. A gravidez foi assistida e o parto decorreu no hospital de Santo Tirso, sem complicações associadas. O desenvolvimento psicomotor, a aquisição da linguagem e o controlo dos esfíncteres deram-se dentro dos parâmetros considerados normais e sem complicações, com relato de um episódio de hospitalização de 24h devido a febres e vómitos.

Em relação à interação social, a mãe da menina referiu que, “I” gosta mais de brincar sozinha. A brincadeira preferida da menina é brincar com as bonecas *“ela adora brincar com as bonecas, fala com elas e tudo...”* (sic). Os principais amigos são do mesmo sexo e o objecto transicional eleito pela “I” era uma boneca. Quanto aos castigos, são mais aplicados pela mãe e passam por colocar a menina no quarto. “I” reage mal aos castigos e é descrita pela mãe como sendo *“vingativa”* (sic). O acontecimento mais

marcante da sua vida, foi o nascimento da irmã mais nova.

Os relacionamentos familiares (excepto com o irmão mais velho), com professores e com os colegas são descritos como bons.

A adaptação da menina à escola foi boa, bem como no seu percurso escolar. Em relação ao rendimento escolar, este ano baixou, porém a mãe afirma que “*no final do ano lectivo melhorou um pouco*” (sic). Isabel tem apoio educativo na escola, uma vez por semana, porém demonstra ter dificuldades de aprendizagem. A mãe tem um papel activo na vida escolar da filha, acompanhando-a sempre. A ocupação dos tempos livres é feita a brincar com bonecas e a ver televisão.

## **5 – História Médica**

No que concerne os antecedentes psiquiátricos familiares, a mãe faz referencia ao avô materno da menina que sofre de epilepsia e refere ainda que a própria (mãe) e o filho mais velho sofrem de um atraso cognitivo, “*tenho um atraso de um ano*” (sic). O irmão mais velho da “I” já recorreu a ajuda psicológica e psiquiátrica. A menina não possui antecedentes pessoais referente à presença de doença física, toma de medicação, bem como presença de patologia mental. É referido também que no passado nunca procurou ajuda psicológica.

## **6 – Observação Clínica**

No primeiro contacto com “I”, esta mostrou-se tímida, ansiosa, curiosa e cooperante durante a consulta. A menina falou acerca da sua vinda ao psicólogo e sobre os assuntos que mais a preocupavam. Na sessão, conseguiu-se estabelecer o início de uma relação terapêutica. Durante as sessões seguintes, “I” mostrou-se sempre muito cooperante, interessada mas um pouco distraída e activa.

Quanto ao exame do estado mental, “I” apresenta-se à consulta de uma forma cuidada e adequada. Mostra possuir orientação espaço-temporal. Não existe variação do humor e a comunicação verbal e não-verbal são congruentes entre si.

Relativamente à recolha da história clínica com a mãe, esta demonstrou-se também cooperante, mantendo um bom contacto ocular enquanto abordávamos aspetos da história desenvolvimental, social, académica e familiar da “I”. No que concerne ao pai, não houve contacto, visto que não podia comparecer às consultas devido ao seu horário laboral.

## 7 – Instrumentos de Avaliação e Interpretação de resultados

Os materiais utilizados na avaliação psicológica de “I” foram: uma Entrevista Semi-Estruturada; o Teste do Desenho Livre; o Teste do Desenho da Família; o Teste Aperceptivo de Roberts; o Questionário de Zelazosca; e a Escala de Inteligência de Wechsler para crianças - WISC-III. O seguinte quadro ilustra a síntese dos resultados da avaliação psicológica da menina.

<b>Entrevista Semi-Estruturada</b>
A menina afirma que gosta de brincar (apanhar os rapazes, caçadinha, escondidas) com os seus amigos na escola. Diz ter uma boa relação com a professora, porém não consegue estabelecer a mesma relação com a professora do apoio educativo “ <i>não gosto dela porque é chatinha, porque está sempre a aparecer na sala</i> ” (sic). Afirma ter muitas amigas, com idades compreendidas entre os sete e os dez anos. As actividades realizadas com o seu grupo de pares são: brincar às sereias. “I” não se sente sozinha ou excluída das coisas, porém afirmou que por vezes uma das amigas a despede do grupo de pares “ <i>A minha amiga é a chefe do grupo e nós temos que fazer tudo o que ela disser</i> ” (sic). Quando isso acontece, a menina não faz nada e fica triste. O irmão fá-la zangar-se frequentemente e quando isso acontece a menina grita com ele e bate nos bonecos ou atira-os para o ar. Tem medo do escuro, de sombras, fantasmas, monstros e vampiros “ <i>tenho medo de muitas coisas</i> ” (sic).
<b>Teste do Desenho Livre</b>
No que concerne os detalhes do desenho, este pode ser caracterizado com excesso de detalhes, o que pode sugerir sensação de que o mundo é incerto, imprevisível ou perigoso. Em relação ao uso das cores, “I” desenhou os elementos do desenho em rosa, verde, vermelho, castanho, azul laranja, amarelo e preto. O preto significa ódio, negativismo; o vermelho significa agressão, destruição, ódio; o verde simboliza criação, reprodução; o azul representa depressão; o amarelo representa violência; a cor laranja representa o desejo de contacto e mais fantasia do que acção e, por último, o castanho representa depressão.
<b>Teste do Desenho da Família</b>
Os elementos da família não foram desenhados com o mesmo pormenor e cuidado, sendo que a criança investiu mais nas personagens que se encontram na parte direita

(zona relacionada com o futuro) do desenho. É de salientar que mesmo estando a “I” representada ao lado de outras personagens, denota-se uma centralidade da mesma em relação aos outros, o que poderá demonstrar uma tendência narcísica causada pela impossibilidade de investir nas imagens parentais por causa de um conflito que a obriga a suspender os investimentos e voltar-se para si mesma. As personagens que foram desenhadas na parte esquerda da folha foram desvalorizadas, notou-se que a menina não investiu nesta parte do desenho, onde se encontra a sua irmã mais nova. Deste modo podemos referir que a “I” coloca a sua irmã numa posição distante do resto da família porque rivaliza com ela, tal situação pode ser explicada através dos ciúmes que “I” sente em relação a sua irmã mais nova. Esta desvalorização indica grandes dificuldades de adaptação. É pertinente referir que a menina omitiu o irmão no desenho, o que pode indicar rivalidade fraternal e pode ser explicado pela relação conflituosa existente entre os dois.

#### **Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças**

Ao nível dos indicadores clínicos, não existe recusa, ou mal- adaptativa, existindo quatro respostas atípicas, todas relacionadas com a morte da personagem. No que concerne às escalas clínicas, verificam-se frequências elevadas na ansiedade e depressão. As escalas adaptativas revelam que “I” não percebe o seu sistema de suporte familiar como responsivo e disponível, tendo a escala REL uma nota T de 40, encontrando-se abaixo da média. A escala LIM obteve uma nota T de 55 (média), o que revela existir uma colocação de limites razoáveis por parte dos pais e de outras figuras de autoridade em resposta à violação de regras ou expectativas. A criança tem uma percepção ajustada das práticas disciplinares. Na escala adaptativa SUP-O obteve uma nota T abaixo da média, o que indica ausência de apoio dos outros. A SUP-C, obteve uma nota T acima da média, logo pode-se dizer que a menina tem auto-suficiência e assertividade acima da média. A PROB e a RES-2 apresentam notas T acima da média o que indica que “I” tem uma elevada capacidade para identificar problemas e resolvê-los de forma construtiva. A RES-1 obteve uma nota T abaixo da média, o que mostra que a criança não tem tendência para procurar soluções irrealistas.

Em suma podemos verificar que este instrumento vai de encontro aos resultados dos anteriormente aplicados. Deste modo, a depressão, ansiedade e falta de suporte

familiar são indicadores importantes a ter em conta nesta avaliação psicológica e para posterior intervenção. A forma como os limites são impostos e a identificação de problemas apontam para um prognóstico mais favorável.

#### **Questionário de Zelazosca**

“*eu fico zangada quando o meu irmão me bate ou grita*” (sic), “*eu não queria nunca que o meu irmão me bata*” (sic) “*eu queixo-me muito de o meu irmão me bater*”(sic), “*a pior coisa que me aconteceu foi o meu irmão me bater*” (sic), esta dinâmica revela traços conflituosos entre a criança e o irmão mais velho. Mostra-nos também que a criança se sente feliz em casa, “*a minha família é bonita*” (sic), “*em casa sinto-me sempre feliz*” (sic). Este instrumento mostrou mais uma vez a rivalidade fraternal existente e o conflito relacional entre os dois.

#### **Escala de Inteligência de Wechsler para crianças - WISC-III**

No quociente de inteligência geral baseado no total da escala (QIEC) 73, corresponde assim este valor a um nível de *inteligência muito inferior* (QI  $\leq$  73) apontando para uma deficiência mental ligeira, sendo que um QI médio situa-se no intervalo entre 90-109. Sugerindo dificuldades nas funções intelectuais, o que pode comprometer o seu desempenho escolar.

Em suma, pode-se afirmar que através das provas de avaliação psicológica aplicadas, estamos perante uma menina imatura, curiosa e carente em termos afectivos. Sente-se por um lado feliz, o que se denota através da relação que estabelece com a sua mãe, mas por outro lado, sente-se um pouco excluída do seu grupo de pares e triste devido a rivalidade existente entre a própria e o seu irmão mais velho.

Demonstrou ter dificuldades em ser coerente com as suas próprias ideias, levando-a assim a ter um discurso incoerente e pouco fluido, talvez explicado devido ao seu diagnóstico de deficiência mental ligeira. Mostrou ao longo da avaliação ter muitas dificuldades em contar e criar um história que fosse composta por principio, meio e fim.

## **8 – Diagnóstico Multiaxial**

Eixo I	F32.9 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação
Eixo II	F70.9 Deficiência mental ligeira
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Problema educacional; Problema com o grupo de apoio primário;
Eixo V	AGF = 55 (no momento de admissão); AGF = 67 (no momento da alta)

## **9 – Diagnóstico Diferencial**

Pelos sintomas apresentados por “I”, a sintomatologia não seria melhor explicada através das perturbações da aprendizagem, perturbação da comunicação ou perturbações globais do desenvolvimento.

## **10 – Conceptualização Clínica**

Durante a avaliação psicológica realizada, deparamo-nos com problemas que iam desde a relação conflituosa com o irmão mais velho, as suas dificuldades de aprendizagem/deficiência mental ligeira e os ciúmes sentidos pela irmã.

Em relação ao seu irmão, é pertinente intervir na relação dos dois por intermédio dos pais, pois segundo Goldsmid e Carneiro (2007), não escolhemos os irmãos, eles são impostos pelas figuras parentais. Nesta linha de pensamento e segundo os mesmos autores, ressalva-se o facto dos irmãos compartilharem a história de vida uns dos outros, bem como as experiências e vivências durante muito mais tempo do que qualquer outra relação. Posto isto, é de extrema importância encontrar formas de convivência pacífica entre a “I” e o seu irmão mais velho, pois esta relação é de extrema importância para o desenvolvimento saudável e adequado de “I”.

A deficiência mental refere-se a uma ampla categoria de pessoas que têm em comum limitações intelectuais específicas que afectam a capacidade da pessoa para enfrentar os desafios da vida diária na comunidade (Reis & Dias, 2011). Na mesma linha

de pensamento, as autoras supra mencionadas defendem que o conceito de deficiência mental não reúne um consenso entre a literatura, no entanto, todos concordam que tem de haver a ocorrência simultânea de um funcionamento intelectual nitidamente abaixo da média e de um déficit no comportamento adaptativo.

No que se refere ao quadro depressivo demonstrado por “I”, este pode dever-se à sua maior dificuldade de adaptação que por vezes, criam hábitos comportamentais que separa claramente as crianças com deficiência mental das crianças sem deficiência mental (Reis & Dias, 2011).

Foi visível a existência da menina nutrir sentimentos de ciúme para com a sua irmã mais nova. A chegada do irmão perturba o equilíbrio constituído e com ele é introduzida a noção de mudança (Goldsmid & Carneiro, 2007). Esta mudança na vida de “I” é tida como o seu maior acontecimento de vida, o que por sua vez acarretou dificuldades da menina em adaptar-se ao seu novo papel como irmã mais velha e em compreender quais seriam as mudanças nas suas relações e dinâmicas familiares após o nascimento de um novo membro da família. Segundo Freud (cit in Júnior, 2003), a hostilidade que a criança manifesta em relação aos irmãos é despertada pela ocorrência ou pela possibilidade de perda ou divisão entre si da atenção das figuras paternas. Segundo Júnior (2003), os afetos, desejos e comportamentos ciumentos e invejosos são vistas como manifestações instintivas, logo, possuem um valor de sobrevivência. Segundo Costa e Barros (2010), o elo inicial do pensamento emocional ciumento consiste na ocorrência da competição (neste caso a competição de “I” contra a irmã pela atenção parental). Deste modo, é pertinente a intervenção juntos dos pais da menina, a fim de entenderem o modo como devem lidar e adaptar-se à sua vida com três filhos e junto da menina para explicar o seu papel na sua família.

## **11 – Processo de Intervenção**

A intervenção proposta para “I” passa pela melhoria da relação conflituosa que esta tem com o irmão, de modo a que menina possa sentir-se melhor e mais segura. Pois segundo Goldsmid e Féres-Carneiro (2007), o segundo filho vive com um sentimento de nervosismo elevado, pois luta por um lugar de destaque no seio familiar, tentando desta forma ultrapassar o irmão mais velho. Desta forma foi pedido à mãe da menina que colaborasse para manter harmonia fraternal em casa, aplicando reforços positivos aos bons comportamentos e reforços de cariz negativo aos comportamentos a evitar. Durante

as consultas, foi criado um espaço para *Roll- Play* para que a menina pudesse encontrar estratégias para lidar com o seu irmão e com a sua irmã mais nova. Pediu-se aos pais, através da consulta de devolução, que negociem limites e reforços, positivos ou negativos dependendo do comportamento, em casa para desta forma, controlar esta tensão fraterna.

É pertinente a menina poder ajudar os seus pais nas tarefas relacionadas com a sua irmã mais nova, para esta ter noção de responsabilidade e para que deste modo se sinta ainda mais próxima da sua irmã, evitando sentimentos de ciúme. Está partilha irá restabelecer o laço afectivo com os pais, ignorando deste modo a problemática sentida com o nascimento da sua irmã mais nova.

É pertinente referir que no próximo ano lectivo 2012/2013 a menina seja integrada numa turma com necessidades educativas especiais, para que desta forma possa acompanhar melhor as aulas, ser mais produtiva e obter um melhor aproveitamento e rendimento escolar.

#### **2.3.1.4 Caso “ R.V”**

##### **1 – Identificação**

“R.V” é uma criança de 10 anos que habita com a sua mãe e irmã mais nova. A mãe, tem 36 anos de idade, possui o 6º ano de escolaridade e é operária numa confecção. O pai, tem 38 anos de idade, possui o 6º ano de escolaridade e está desempregado. “R.V” tem ainda uma irmã mais nova de sete anos de idade.

##### **2 – Motivo de encaminhamento**

“R.V” foi encaminhada para o gabinete de psicologia pela sua médica de família. O motivo do encaminhamento deve-se ao facto da “R.V” apresentar “*alterações do comportamento e os pais em processo de separação*” (sic).

##### **3 – Problema Apresentado**

A mãe de “R.V” refere que esta foi encaminhada para o serviço de psicologia devido ao facto da menina revelar-se mais agressiva com os familiares. Esta agressividade reflecte-se posteriormente na sua dinâmica familiar, em particular com a

sua mãe, “*comigo ela abusa sempre mais*” (sic). Refere ainda que o seu divórcio influenciou o comportamento da menina.

#### **4 – História Desenvolvimental e Psicossocial**

No que concerne à história familiar e de desenvolvimento, a gravidez foi desejada mas não foi planeada por ambos os progenitores. A gravidez foi assistida, a mãe afirmou sentir-se a mãe “*mais bonita do mundo*” (sic) durante a sua gravidez. O parto normal decorreu no hospital de Santo Tirso sem complicações associadas. O desenvolvimento psicomotor, a aquisição da linguagem e o controlo dos esfíncteres deram-se dentro dos parâmetros considerados normais e sem complicações associadas.

No que concerne a interação social, os pais da menina referem que, “R.V” gosta de brincar com amigos. A brincadeira preferida da “R.V” é ir para a piscina, praia e jogos de computador. Os principais amigos são de ambos os sexos e o objecto transicional eleito era uma manta. Quanto aos castigos, estes são aplicados pelo pai e passam por não jogar computador, tirar o telemóvel ou palmadas no rabo. A mãe da menina afirma que não a castiga “*não vale a pena, ela não me ouve*” (sic). A menina teve alguns acontecimentos marcantes na sua vida, como a morte de uma tia paterna e o divórcio dos pais.

O relacionamento da menina com a mãe é abusivo e agressivo. A mãe afirmou que “*a Rafaela tentou bater-me, ela abusa muito mais comigo*” (sic). As relações que mantém com os professores e com os colegas são descritas como boas. A adaptação da menina à vida escolar foi boa, bem como o seu percurso escolar. Em relação ao rendimento escolar, este sempre se mostrou médio. Os pais têm um papel activo na vida escolar da filha, acompanhando-a sempre. A ocupação dos tempos livres é feita a brincar com a irmã e vizinhas, a andar de bicicleta e de patins.

#### **5 - História Médica**

No que concerne os antecedentes psiquiátricos familiares, o casal faz referência a tia paterna e prima da menina que sofrem de depressão, o pai também teve alguns problemas psicológicos, o que o levou a uma tentativa de suicídio a qual a menina teve acesso a sua carta de despedida. Esta situação aconteceu há cerca de um ano o que levou o pai a um acompanhamento de cerca de seis meses. Neste momento o pai toma medicação para dormir. A irmã e o pai já recorreram a ajuda psicológica e psiquiátrica.

A menina não possui antecedentes pessoais referente à presença de doença física, toma de medicação, bem como presença de patologia mental. É referido também que, no passado, nunca procurou ajuda psicológica.

## **6 - Observação Clínica**

No primeiro contacto com a “R.V”, esta mostrou-se à vontade, irrequieta, comunicativa, curiosa, desafiadora, cooperante durante toda a consulta. A menina falou acerca da sua vinda ao psicólogo e sobre os assuntos que mais a preocupavam, mostrando agressividade e revolta nos temas, divórcio, escola e irmã. Podemos deste modo analisar que a “R.V” é meiga, cooperante, muito curiosa e activa. Sentimos também que durante as inúmeras consultas, a menina ia ficando mais relaxada, faladora e receptiva. Demonstrou ser coerente com as suas próprias ideias. A menina mostrou ao longo da avaliação ter facilidade em contar o que mais a preocupa (divórcio dos pais, relação com a sua irmã e mãe) e em relatar o seu dia-a-dia.

É de ressaltar que o motivo do divórcio dos pais é o adultério por parte do marido. A menina teve contacto com esta realidade pois os pais discutem a sua frente, levando a que a menina estivesse a par de tudo o que acontecia no casamento dos pais. Após a separação e divórcio dos pais, “R.V” conheceu a namorada do pai. A relação entre as duas não é a melhor, pelo que a “R.V” culpa a namorada do pai pela separação dos pais.

Ao longo do acompanhamento psicológico, a “R.V” mostrou-se sempre cooperante, participativa, facilitando assim o desenvolvimento das tarefas propostas.

Quando a aplicação da Roberts, a menina mostrou possuir ideias organizadas e coerentes, contando histórias elaboradas com diálogos, inúmeras situações do seu dia-a-dia e atribuindo um nome fictício a cada personagem da história.

“R.V” apresenta-se à consulta de uma forma cuidada e adequada. Mostra possuir orientação espaço-temporal. Existe variação do humor e a comunicação verbal e não-verbal, por vezes, não são congruentes entre si.

Relativamente à recolha da história clínica com os pais, estes demonstraram-se cooperantes e interessados, mantendo um bom contacto ocular (com a excepção do pai) enquanto abordávamos aspetos da história desenvolvimental, social, académica e familiar do “R.V”. No que concerne o pai, este mostrou-se mais retraído e tímido aquando as consultas de recolha da anamnese. Por outro lado, a mãe mostrou-se ansiosa e verborreica. Ambos apresentaram uma aparência cuidada e adequada.

## 7 - Instrumentos de Avaliação e Interpretação de resultados

Os materiais utilizados na avaliação psicológica de “R.V” foram: uma Entrevista Semi-Estruturada; o Teste do Desenho Livre; o Teste do Desenho da Família e o Teste Aperceptivo de Roberts. No quadro seguidamente apresentado, apresentam-se as principais conclusões resultantes da avaliação psicológica.

### **Entrevista Semi-Estruturada**

A menina afirma que gosta dos intervalos porque joga futebol e basquetebol e que não gosta das aulas principalmente as aulas de português “*o professor é chato e resmungão*” (sic). Diz ter uma boa relação com os professores de Inglês e Educação Física, “*porque são fixes*” e não gosta do professor de Português. Quanto ao grupo de pares, “R.V” afirma ter muitos amigos “*tenho os da minha turma menos o João Paulo*” (sic), com idades idênticas a dela. A actividade realizada com o seu grupo de pares é brincar “*jogar caçadinha, as escondidas com as raparigas e futebol com os rapazes*” (sic). Não se sente sozinha ou excluída das brincadeiras/actividades. O que a menina gosta mais de fazer nos seus tempos livres é andar de bicicleta, patins, raquetes, skate, jogar futebol e basquetebol. Afirma ainda que o seu canal de televisão preferido é da Disney e os programas favoritos são os da Ana Montana, Espias, *Shake it up*, Boa sorte Charlie, e Patos aventuras. Afirma ainda que não lhe acontece nada quando esta quebra as regras impostas em casa “*a mãe não se sabe zangar*” (sic). Os castigos são aplicados pelo pai porque “*a mãe não me põe de castigo*” (sic).

### **Teste do Desenho Livre**

O desenho sugere que a menina encontra-se extremamente tensa. Quanto à caracterização do traço, este apresenta-se forte, a negrito o que representa medo, insegurança, agressividade, pessoa em conflito. O movimento no desenho é excessivo o que indica necessidade de comunicar. Em relação ao uso das cores, “R.V” desenhou os elementos do desenho em preto, cinza, azul, vermelho, verde, amarelo, roxo e castanho. O preto significa ódio, negativismo; o vermelho significa agressão, destruição, ódio; o verde simboliza criação, reprodução, indivíduo emocionalmente debilitado e imediatista; o cinza simboliza tristeza e insatisfação; o azul significa depressão, tristeza e desejo de afirmação; o amarelo significa violência; o roxo e o castanho simboliza depressão.

### **Teste do Desenho da Família**

Os elementos da família foram desenhados com o mesmo pormenor e cuidado, sendo que a menina investiu em todas as personagens que representam aquela família. O sentido do desenho é considerado evolutivo, pois menina começou da esquerda para a direita. No que concerne ao conteúdo “R.V”, regeu-se pelo princípio do prazer, desenhando uma família imaginária, o que sugere que não é capaz de fazer a gestão das suas relações familiares. É pertinente salientar que neste desenho, a menina apenas desenhou uma filha, podendo sugerir que esta queira negar a realidade naquilo que suscita mais dificuldades de adaptação, ou seja, a sua irmã que pertence à sua família nuclear. Os pais da sua família imaginária estão representados graficamente mais separados um do outro, desenhando a filha mais próxima do pai, o que indica que a menina projetou a sua dinâmica familiar e o divórcio dos pais neste desenho.

### **Teste Aperceptivo de Roberts**

Ao nível dos indicadores clínicos, não existe recusa, resposta atípica ou mal-adaptativa. No que concerne às escalas clínicas, verificam-se frequências elevadas na depressão e rejeição, logo podemos dizer que a menina enfatiza sentimentos de tristeza e vivencia sentimentos de rejeição. As escalas adaptativas revelam que “R.V” percebe o seu sistema de suporte familiar como responsivo e disponível, a escala LIM obteve uma nota T acima da média, o que revela não existir uma colocação de limites razoáveis por parte dos pais e de outras figuras de autoridade em resposta à violação de regras ou expectativas. A menina não tem uma percepção ajustada das práticas disciplinares. Os resultados de SUP-O indicam ausência de apoio dos outros. A SUP-C, obteve uma nota T acima da média, logo pode-se dizer que a menina tem uma elevada auto-suficiência e auto-estima. A PROB e a RES-2 apresentam notas T situadas acima da média o que indica que “R.V” tem uma elevada capacidade para identificar problemas e resolvê-los de forma construtiva.

Em suma, podemos analisar que a “R.V” é meiga, cooperante, muito curiosa e activa. Porém, a avaliação psicológica efectuada mostrou que “R.V” nutre sentimentos de tristeza, desamparo e rejeição, muito devido ao divórcio dos pais.

Demonstrou ser coerente com as suas próprias ideias. A menina mostrou ao longo da avaliação ter facilidade em contar o que mais a preocupa (divórcio dos pais,

relação com a sua irmã e mãe) e em relatar o seu dia-a-dia. Aquando a aplicação da Roberts, a menina mostrou possuir ideias organizadas e coerentes, contando histórias elaboradas com diálogos, inúmeras situações do seu dia-a-dia e atribuindo um nome fictício a cada personagem da história.

## **8 - Diagnóstico Multiaxial**

Eixo I	F32.9 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação
Eixo II	V.71.09 Ausência de Diagnóstico
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Problema educacional; Problema com o grupo de apoio primário; problemas económicos;
Eixo V	AGF = 53 (no momento de admissão); AGF = 67 (neste momento)

## **9 - Diagnóstico Diferencial**

A sintomatologia não é melhor explicada pela perturbação do comportamento, pois a “R.V” não preenche os critérios dessa perturbação.

## **10 - Conceptualização Clínica**

Estamos perante uma menina que não se está a desenvolver num ambiente saudável. A falta de autoridade da sua mãe, bem como as constantes discussões entre os pais e conseqüentemente o seu divórcio, afectam de forma significativa o crescimento de “R.V”. Nesta linha de pensamento, o divórcio passa a ser uma marco legal, que provoca na família angústias e tristeza que afectam a estabilidade pessoal bem como reporta inúmeras mudanças na dinâmica familiar (Schabbel, 2005). Segundo o mesmo autor, quando existe uma separação, a criança enfrenta o medo e as conseqüências de um lar desfeito.

É comum as crianças que passam por um divórcio dos pais sentirem-se mais deprimidas e irritados, levando também a uma quebra no rendimento escolar, bem como a problemas de adaptação, falta de autocontrolo, agressividade, ansiedade, raiva e descrença (Hack & Ramires, 2010). Estes sintomas foram vivenciados por “R.V” aquando e após a separação dos pais e conseqüentemente o seu divórcio. Em relação aos conflitos entre o casal, estes provocam problemas de adaptação nas crianças, dando

maior destaque a agressividade, ansiedade e depressão (Schabbel, 2005; Hack & Ramires, 2010; Benneti, 2006). Os conflitos entre os pais de “R.V” eram uma constante, existindo relatos de discussões em frente a menina. Num estudo de Ramires (2004), constatou-se que indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 13 anos revelaram sentimentos de culpa e medo de retaliação em relação à figura parental mais ausente, bem como raiva e tristeza. Neste caso a menina experienciava sentimentos de tristeza em relação ao pai (figura mais ausente), por este não estar em casa e sempre disponível para ela. Para Hack e Ramires (2010), a retomada do desenvolvimento pode estar associada à constatação de que a separação foi conjugal e não parental. Este aspecto foi trabalhado em consulta.

Em relação às práticas educativas, estas são vistas na literatura como estratégias com o objectivo de reduzir ou eliminar comportamentos inadequados ou por outro lado, incentivar a ocorrência de comportamentos adequados. Os pais com um estilo educativo ou práticas educativas permissivas, como é o caso da mãe de “R.V”, tentam comportar-se de maneira não punitiva e receptiva em relação aos desejos e acções das crianças (Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Para os mesmos autores, os pais que se regem por este estilo educativo, apresentam-se aos seus filhos como um recurso para a realização dos seus desejos e não como um modelo ou agente responsável pela sua educação.

É importante referir que a menina deve crescer num ambiente seguro, harmonioso, protegido, disciplinado e afectuoso para se tornar numa criança menos agressiva e revoltada. O consenso entre os seus progenitores é deveras importante para que tudo isso seja de fácil concretização, pois a coparentalidade em casais divorciados é a única razão para que se continuem a relacionar (Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini & Bosa, 2005). Assim, de acordo com Schoppe et al (cit in Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini & Bosa, 2005), a qualidade da coparentalidade na família é mais importante no funcionamento da criança do que apenas a relação conjugal.

## **11 – Processo de Intervenção**

A intervenção proposta para a “R.V” passou pela compreensão dos pais de que a menina deve ser controlada e deve ter regras claras e específicas para cumprir e desta forma modificar o seu comportamento, tanto em casa, como fora dela. Para mudar o comportamento, sem utilizar-se a punição, Skinner afirma que é necessário mostrar a

pessoa que ao realizar o comportamento desejado ela terá benefícios ou vantagens com isso, logo essa atitude irá alterar a probabilidade da ocorrência do comportamento indesejado (Borges, 2004).

Deste modo, foi realizada uma intervenção utilizando o sistema de economia de fichas. Foi feita uma lista de actividades a realizar pela menina em casa e fora dela durante as sessões. As actividades implementadas foram negociadas entre a psicóloga e a paciente. Foi então acordado que sempre que a menina realizasse as tarefas com sucesso, esta podia retirar uma actividade durante um certo período de tempo negociado com a psicóloga. Após a realização da tarefa com a psicóloga, foi proposto aos pais da menina que continuassem o sistema de economia de fichas em casa.

É na relação parental que primeiramente se estabelece a noção de limites, o respeito à autoridade e a capacidade de se colocar no lugar do outro (Araújo & Sperb, 2009). Posto isto, a intervenção passou por reeducar os pais da “R.V” em relação à educação prestada à menina, bem como esclarecer qual o papel de ambos na sua dinâmica familiar. Discussões entre o casal, com a presença da menina também devem ser evitadas. Para que a menina se possa desenvolver de forma saudável, é pertinente que os pais cheguem a um consenso em relação a tudo o que envolva a filha.

Foi também trabalhado nas sessões com a menina, os diferentes papéis que desempenham os membros de uma família, bem como as suas características, tudo isto com o recurso ao *Roll - Play*.

### **2.3.1.5 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO: “I.M”**

#### **1 - Identificação**

“I.M” é do género feminino, tem 6 anos de idade e mora com os pais e a sua irmã gémea. A mãe, tem 43 anos de idade, possui o 9ºano de escolaridade e trabalha num lar. O pai, tem 41 anos de idade, possui o 4ºano de escolaridade e é operário têxtil.

#### **2 - Encaminhamento e Problema Apresentado**

“ I.M” foi encaminhada para o gabinete de psicologia pela sua médica de família. O motivo do encaminhamento deve-se ao facto da menina apresentar “*dificuldades de aprendizagem*” (sic). A médica de família acrescenta ainda que a

menina “*apresentou sempre algum atraso no desenvolvimento psicomotor, mas discreto. É mais tímida, comparativamente com a sua irmã gémea*” (sic). A mãe refere que a menina foi encaminhada para o serviço de psicologia, devido ao facto da menina sentir muitas dificuldades na realização das tarefas escolares, bem como no desenvolvimento das suas aptidões sociais.

### **3 - História Desenvolvidamental/ Psicossocial**

Os dados anamnésicos foram recolhidos com os pais da menina que se mostraram cooperantes mas também muito preocupados.

No que concerne o namoro dos pais, a mãe tinha 21 anos de idade e o pai 19 anos de idade, a relação durou cerca de um ano e meio e foi descrita como um “*bom namoro, correu tudo bem. Demo-nos sempre bem*” (sic). O casal casou-se em Agosto de 1992. O casamento foi descrito como tendo vivenciado “*altos e baixos, mas vamos entendendo*”. Quanto à gravidez, esta foi desejada e planeada por ambos os progenitores, porém, para que a mãe da menina conseguisse engravidar, recorreram à inseminação artificial, pois tanto a mãe como o pai da menina tinham problemas físicos que os impediam de realizar esse sonho. Após vários tratamentos e as suas poupanças gastas, a mãe engravidou com 35 anos e o pai tinha 33 anos de idade. A mãe esperava que fosse uma menina e o pai não tinha qualquer preferência pelo sexo do bebé. Quando se questionou sobre como imaginavam o vosso bebé, o casal demonstrou felicidade, dizendo apenas “*imaginávamos tudo de bom, tudo o que se pode imaginar...*” (sic). A gravidez foi assistida, sem enjoos ou vómitos, e a mãe sentiu-se sempre bem “*andava como um gaio... tenho saudades da minha barriga*” (sic). O parto decorreu no hospital de Santo António, as gémeas nasceram de cesariana com oito meses de gestação. Tanto pai como a restante família acompanharam a gravidez. A mãe trabalhou até aos cinco meses de gestação.

No que concerne a amamentação, esta durou cerca de sete meses e não existiram problemas relacionados com o desmame. A menina usou biberão desde tenra idade (sete meses) até aos quatro anos de idade. O desenvolvimento psicomotor deu-se aos 16 meses sem qualquer problemática associada. A aquisição da linguagem e o controlo dos esfíncteres deram-se dentro dos parâmetros considerados normais, porém adquiriu estas capacidades de forma mais tardia comparativamente com a sua irmã gémea. O

tipo de sono da “I.M” é descrito pelos pais como calmo. A menina dormiu no quarto do casal até ao primeiro ano de idade, teve uma boa adaptação ao seu quarto e quando chama por alguém, a menina recorre aos dois.

No que diz respeito a história médica, não existem relatos de hospitalizações.

A separação da mãe deu-se quando a menina tinha cinco meses de vida por motivos profissionais. A menina ficou aos cuidados da educadora de infância no infantário. A criança não reagiu bem a essa separação, “*foram quinze dias de terror*” (sic), bem como a mãe dela “*chorava porque me custava muito vê-las a chorar*” (sic). No que concerne a interação social, os pais da menina referiram que, “I.M” gosta mais de brincar sozinha. A brincadeira preferida da criança é brincar com as bonecas e pintar. Os principais amigos são do sexo oposto e o objecto transicional eleito era um cobertor. Quanto aos castigos, estes são mais aplicados pela mãe “*porque estou mais tempo com elas, o meu marido chega mais tarde a casa*” (sic) e passam por ficar sem ver televisão ou ficar no sofá. “I.M” reage de forma positiva aos castigos aplicados e aceita-os. Nesta linha de pensamento, os pais da menina referem que esta não tolera bem a frustração, ficando “*nervosa e até treme*” (sic). É pertinente referir que a menina tem medo do escuro e de cães. A sua rotina diária é descrita pelos pais da seguinte forma “*acorda às 7h45, vai para escola depois almoça em casa da avó, volta para a escola, no final do dia vai para casa e deita-se por volta das 21h00*” (sic). Os relacionamentos familiares são descritos como excelentes, porém com professores e com os colegas são mais problemáticos pois a menina demonstra dificuldades em se adaptar a pessoas que não sejam do seu núcleo familiar. A ocupação dos tempos livres é feita a brincar “*na terra e na água, ou com plasticina*” (sic).

A adaptação da menina à escola não foi boa “*era um terror, tanto no infantário como na escola primária*” (sic), bem como no seu percurso escolar “*está a ser difícil*” (sic). Em relação ao rendimento escolar, este é considerado pelos pais como sendo um rendimento médio, porém a menina passou para o segundo ano, com sérias dificuldades de aprendizagem de novos conteúdos, estando desta forma a frequentar o segundo ano de escolaridade mas com conteúdos do primeiro ano. “I.M” tem apoio educativo na escola, uma vez por semana, bem como explicações todos os dias, porém demonstra ter dificuldades de aprendizagem. Os pais têm um papel activo na vida escolar da filha, acompanhando-a sempre. O casal reage de forma positiva em relação ao sucesso da menina e ficam desiludidos face ao seu insucesso. A menina tem

sentimentos de felicidade em relação ao sucesso e face ao insucesso, os pais afirmam que “*ela não tem noção*” (sic) quando não é bem sucedida numa tarefa. Os pais afirmam ainda que a menina começou a ter ataques de pânico (os sintomas são choro, tensão e rigidez muscular) sempre que a professora da turma ou a professora do apoio lhe pediam para realizar alguma tarefa escolar.

Quanto à história e Dinâmica familiar, a mãe é descrita pela menina como “*fofinha*” (sic), o pai é descrito como “*amigo e fofo*”(sic). É pertinente salientar que, na visão dos pais, a menina tem uma excelente relação com a sua irmã gémea, “*são inseparáveis*” (sic). Em relação ao estilo educativo dos pais, a mãe considera que é mais rígida e o pai é mais permissivo e mais calmo, no entanto consideram-se uma equipa na educação das filhas. O ambiente familiar é considerado bom, bem como a situação habitacional.

## **5 - História Médica**

No que concerne os antecedentes psiquiátricos familiares, o casal faz referencia às avós e a mãe da menina que sofrem de depressão e refere ainda que o pai da menina em criança, sofreu de um atraso no seu desenvolvimento, porém não conseguem especificar qual o nome da patologia, dizendo apenas que acabou o quarto ano de escolaridade com 14 anos de idade. A avó da criança já recorreu a ajuda psicológica, na valência de psicologia do centro de saúde de Santo Tirso. A menina não possui antecedentes pessoais referente à presença de doença física, toma de medicação, bem como presença de patologia mental. É referido também que, no passado nunca procurou ajuda psicológica.

## **6 - Avaliação do Estado Mental e relação estabelecida com o utente**

“I.M” apresenta um aspeto geral cuidado e adequado. Tem idade aparente coincidente à real. No primeiro contacto com a criança mostrou-se tímida, ansiosa, curiosa e pouco à-vontade durante a consulta. Nas restantes sessões, a menina mostrou possuir uma linguagem pouco fluida com discurso incoerente e um pouco desorganizado. Não apresentou comprometimento ao nível da memória, consciência, atenção e senso - percepção. Existe variação do humor muito repentina e a comunicação verbal e não-verbal são congruentes entre si. Durante o processo de avaliação “I.M” manteve comportamento adequado, atitude cooperativa e disponibilidade para o

estabelecimento da aliança terapêutica, porém demonstrou resistência na realização de alguns instrumentos, como o Desenho da Família, o Teste Aperceptivo de Roberts e a WISC-III. A relação estabelecida com a criança foi empática.

## **7 - Instrumentos de Avaliação e Interpretação dos Resultados**

Os instrumentos de avaliação clínica utilizados foram, a Anamnese, a Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Crianças, o Desenho Livre, o Teste do Desenho da Família, o Questionário de Zelazosca, o Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (R.A.T.C.) e a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – WISC III.

### **7.1 - Entrevista Clínica Semi-Estruturada para crianças**

“I.M” de seis anos de idade, frequenta o primeiro ano de escolaridade. A menina afirma que gosta do recreio da escola porque pode brincar e não gosta de fazer os trabalhos de casa porque não os quer fazer. Diz ter uma boa relação com a professora de inglês porque não lhe dá muitos trabalhos de casa, porém não consegue estabelecer a mesma relação com a professora de música porque lhe dá bastantes trabalhos de casa. Sobre esta temática, abordou-se a questão dos trabalhos de casa e do como e quando eram realizados. A menina respondeu que tinha muitos trabalhos de casa e realizava-os no apoio e se não os conseguisse acabar naquele ambiente, acabava-os em casa. Neste processo, “I.M” conta com a ajuda da professora e dos pais. A menina gosta de ter a ajuda de todos na realização dos trabalhos de casa. As suas disciplinas preferidas são a música, o inglês e a educação física e as que menos gosta são matemática e língua Portuguesa. “I.M” afirma ainda que sente dificuldades em todas as disciplinas, deste modo, a menina beneficia de apoio escolar e tem ainda a ajuda de uma explicadora. Diz-se preocupada com a escola e diz ter tido problemas na escola quando *“não sei as coisas e a professora não diz”*. Por último, a menina diz não mudar nada na sua escola.

Quanto ao grupo de pares, “I.M” afirma não saber quantos amigos tem, porém acha-os suficientes. Os seus amigos têm a mesma idade que ela e ainda tem amigos do terceiro ano de escolaridade. A actividade realizada com o seu grupo de pares é brincar. Tem cinco melhores amigas em que insere nesse grupo a mãe e a irmã.

A menina diz ainda não gostar três colegas da sua turma porque exercem violência física sobre ela, “*batem-me*” (sic). “I.M” afirma ainda que luta com os colegas e que existe confronto físico, porque eles a magoam.

“I.M” não se sente sozinha ou excluída das coisas. O que “I.M” gosta mais de fazer nos seus tempos livres é brincar. Afirma ainda que o seu programa de televisão preferido são “*todos os desenhos animados e as Winks*” (sic).

No que concerne a dinâmica familiar, a menina dá ênfase a toda a sua família, começando na sua família nuclear, passando também pela família mais alargada. A menina e a sua irmã gémea não têm quartos separados pelo que em nada incomoda “I.M” que afirma gostar de dividir o seu quarto. A menina tem a perfeita noção de que são as figuras parentais que fazem e aplicam as regras em casa. Pensa de igual modo, que as regras são justas e que são aplicadas por ambos os pais. Quando ela quebra as regras, “*os meus pais batem*” (sic), porém a menina não obedece aos restantes castigos “*a mãe diz mas eu não faço*” (sic). A criança não consegue, nesta entrevista, evocar os castigos que são implementados em casa pelos pais.

No que diz respeito à relação dos seus progenitores, “I.M” afirma que os pais “*dão-se bem*” (sic) e que nunca têm discussões.

“I.M” diz gostar de brincar com a irmã gémea, “*brinco com bonecas, aos pais e às mães*” (sic), gosta de ver televisão e gosta de ver os desenhos animados, no entanto não gosta quando a irmã não quer brincar com ela. A irmã gémea fá-la zangar - se “*zango-me quando ela me bate*” (sic) e quando isso acontece, a menina responde com violência física “*bato-lhe de volta*” (sic).

Nesta entrevista abordou-se a questão dos medos, à qual “I.M” respondeu que tinha medo de ser raptada, “*tenho medo de ser roubada*” (sic). A maior parte do tempo a menina diz sentir-se contente. Quando questionada sobre o que é que precisa mais, a menina respondeu que precisa de estudar, revelando deste modo a noção que possui acerca das suas dificuldades académicas.

Por fim, a menina gostaria de ser professora ou médica quando for mais velha.

## **7.2 - Desenho Livre**

Posteriormente, foi pedido novamente a “I.M” para fazer um desenho livre. A história do desenho é “*é a casa do pai, da mãe, da minha irmã e minha. É uma festa*

*do primo, onde estamos todos e mais o pai do primo. Estamos a comer, beber e mais nada” (sic).*

Quanto ao grafismo do desenho da “I.M”, este encontra-se fora do centro da página, o que demonstra que a criança é dependente e descontrolada. Em relação à pressão, pode-se afirmar que a menina faz pouca pressão, o que indica que esta criança tem um baixo nível de energia e sinais de depressão. Quanto à caracterização do traço, este apresenta-se leve, quase apagado, sugerindo dissimulação da agressividade, medo de revelar os seus problemas e timidez. A falta de simetria do desenho pode indicar insegurança emocional. No que concerne os detalhes do desenho, este pode ser caracterizado com falta de detalhes adequados, o que pode sugerir sentimento de vazio, depressão e energia reduzida. O movimento no desenho é monótono, o que indica apatia. É pertinente abordar o tamanho da figura para se estabelecer um paralelo entre o tamanho do desenho e o espaço disponível na folha de papel, com a relação dinâmica entre a criança e o seu ambiente. Deste modo, neste desenho o tamanho da figura é considerado pequeno, o que indica sentimento de inferioridade.

Em relação ao uso das cores, “I.M” desenhou os elementos do desenho em rosa, verde, azul laranja, amarelo e preto. O preto significa ódio, negativismo; o verde simboliza criação, reprodução; o azul representa desejo de afirmação e depressão; o amarelo representa violência; a cor laranja representa o desejo de contacto e mais fantasia do que acção.

As cores estão separadas, o que sugere um desejo por parte da criança de ordem e equilíbrio. No caso da flor, as cores utilizadas estão sobrepostas o que pode indicar sinais de regressão por parte da menina.

O desenho representa o consciente da criança mas também, e muito mais importante, o inconsciente. É, sem dúvida, da subjectividade do criador que o desenho constitui um instrumento que permite num folha em branco se represente todo um mundo interno. Deste modo, surge a simbologia e mensagens que o desenho transmite e que interessa analisar. Assim a menina coloca no papel o seu estado de alma e de espírito.

Quanto a interpretação do desenho, começamos por abordar a casa, que representa a emoção vivida do ponto de vista social e fornece informações sobre a abertura da criança para o seu ambiente imediato. A casa do desenho livre da “I.M” é

pequena, representado assim uma fase que a menina está a vivenciar de uma forma introspectiva. A maçaneta da porta encontra-se no meio da porta, o que indica que a criança procura independência e autonomia. Quanto à porta, esta é grande, o que representa uma grande receptividade. A chaminé está desenhada da cor preta e com fumo a sair, o que indica alguma tristeza, rejeição ou inquietação transmitida pela criança no seu seio familiar.

No que diz respeito ao sol, este encontra-se representado no lado esquerdo da folha, informa-nos sobre a percepção da criança em relação à mãe, indicando-nos a influência de uma mãe autónoma e que age sem esperar pelos outros.

As nuvens indicam-nos que a criança é sensível em relação ao contexto em que está inserida.

Por último, o desenho da flor, significa que a criança demonstra o desejo de agradar.

### **7.3 - Desenho de família**

O teste do desenho da família revela-se um importante instrumento na avaliação da personalidade e da inteligência da criança. Este teste permite avaliar as condições em que se dá a adaptação da criança ao seu meio familiar. Através deste teste, a criança pode exprimir-se de um modo livre, projectando as tendências recalçadas do seu inconsciente e, deste modo, revelando os verdadeiros sentimentos que nutre pela sua família.

Foi então pedido à “I.M” que fizesse o desenho de uma família.

Relativamente ao nível gráfico, o desenho apresenta um traço grande e forte, aproveitando todo o espaço da folha, o que indica uma grande expansão vital e fácil extroversão de tendências. O sentido do desenho é da esquerda para a direita o que representa evolução. O grau de perfeição do desenho é baixo, pois a menina desenha a figura humana com poucos pormenores, o que revela falta de maturidade intelectual.

Os elementos da família não foram desenhados com o mesmo pormenor e cuidado, sendo que a criança investiu mais nas personagens que representam a mãe e a própria. A figura materna tem um papel de maior destaque, atenção no traço e centralidade no desenho. O valor dado a uma personagem indica que a criança tem

relações particularmente significativas entre ela e a pessoa desenhada, neste caso podemos afirmar que a “I.M” sente que tem uma relação muito significativa com a sua mãe. É de salientar que a personagem que foi desenhada na parte esquerda da folha foi desvalorizada, notou-se que a menina não investiu nesta parte do desenho, onde se encontra a sua irmã gémea. Deste modo podemos referir que esta desvalorização indica grandes dificuldades de adaptação. No entanto, o facto de serem constantemente comparadas pode levar a que a menina desenhe a sua irmã como o elo mais fraco, contrariando assim a realidade do seu dia-a-dia. É pertinente referir que a menina omitiu o pai no desenho, pelo que se pode dizer que a menina não consegue identificar-se com essa pessoa. Este facto pode ser explicado através da dinâmica familiar existente, em que a mãe é o pilar da casa, tomando ela todas as decisões inerentes à casa e às filhas. Esta dinâmica vai trazer mais proximidade da “I.M” com a sua mãe pois esta é mais activa, ao contrário do marido que se demonstra passivo, dando espaço para a que a sua filha não se identifique com o mesmo.

No que concerne ao conteúdo “I.M”, regeu-se pelo princípio da realidade, desenhando a família tal como é, o que sugere que é capaz de fazer a gestão das suas relações familiares.

A criança define o desenho como sendo a própria família, identificando todos os membros da mesma. Quando questionada, referiu que gostava de todos os membros da família porque brincam com ela e fazem-lhe cócegas e afirmou não gostar da flor que só tem uma cor. Quanto ao mais feliz, esta respondeu que era a irmã gémea, a “I.M”, o ovo da Páscoa e a flor com várias cores e a menos feliz era a flor que só tem uma cor. Quanto ao mais simpático, “I.M” referiu todos os elementos da família acrescentado o ovo da Páscoa e a flor de várias cores “*porque gosto muito*” (sic). A criança afirma ainda que são todos os melhores porque “*gosto muito deles*” (sic), que quem manda mais é a mãe “*porque ela as vezes quando eu faço mal ela bate-me*” (sic) e quem manda menos é a irmã gémea “*porque ela zanga-se comigo*” (sic). Na pergunta, Quem gostarias de ser nesta família? Porquê? a criança respondeu que gostava de ser ela própria, a irmã gémea e a mãe “*porque gosto muito delas*” (sic). Quando questionada se caso fossem passear de carro e não houvesse lugar para todos quem ficava, respondeu que era o pai “*porque as vezes fica em casa porque não quer sair*” (sic). Descreve o desenho dizendo que “*estamos na minha casa, a “I.M” está a fazer um bolo porque as meninas faziam anos e gostam de bolo. Estamos a brincar*

*também*” (sic).

#### **7.4 - Questionário de Zelazosca**

Este teste procura avaliar dinamicamente as relações familiares, atitudes e sentimentos do sujeito para com a sua família e auto-percepção nesta dinâmica: *“eu não gosto quando o meu pai me bate”* (sic), *“na maior parte das vezes quem me bate é a minha mãe”* (sic), esta dinâmica revela que a criança tem bem presente de que os pais estão encarregues da sua educação e mostra que lhe são impostos limites bem definidos por parte das figuras parentais, porém não deixa de exprimir sentimentos de raiva quando tal acontece *“eu fico zangada quando me batem”*(sic). Mostra-nos também que a criança se sente feliz em casa *“em casa sinto-me sempre a brincar”* (sic) e demonstra que os pais estão sempre disponíveis para brincar com ela, *“o que o meu pai gosta mais é de brincar”* (sic), *“a maior parte das vezes a minha mãe brinca”*. A menina refere ainda sentir-se *“mal”* (sic) na escola, mostra também que tem noção das suas dificuldades académicas e que se preocupa com a sua vida escolar *“estou preocupada porque tenho que fazer os trabalhos de casa”* (sic), *“custa-me muito fazer os trabalhos de casa”* (sic), *“eu não queria nunca fazer os trabalhos de casa”* (sic). Este questionário revelou que “I.M” gosta muito da irmã gémea, pois enuncia diversas vezes que gosta de brincar com ela.

#### **7.5 - Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (R.A.T.C.)**

Ao nível dos indicadores clínicos, não existe recusa, ou resposta mal - adaptativa, existindo duas respostas atípicas, ambas relacionadas com monstros e magia e ainda quatro sem score. Este último resultado pode dever-se à inabilidade em projectar material ou ainda pode dever-se à falta de motivação demonstrada pela criança ao longo da aplicação deste instrumento.

No que concerne às escalas clínicas, verificam-se frequências elevadas na não - resolvida (UNR) e depressão (DEP). Deste modo, torna-se pertinente abordar e explicar cada uma delas de forma independente. Assim sendo, o primeiro conceito a ser abordado é a depressão, que obteve uma nota T de 78, o que indica estar situada acima da média, e mostra que a menina enfatiza sentimentos de tristeza. No que respeita a escala UNR, a “I.M” obteve uma nota T de 83 o que indica que a menina

não consegue resolver problemas, o que revela dificuldades de adaptação. As restantes escalas clínicas encontram-se todas dentro da média.

Por fim, as escalas adaptativas revelam que “I.M” não percebe o seu sistema de suporte familiar como responsivo e disponível, tendo a escala REL uma nota T de 38, encontrando-se abaixo da média. Na mesma linha de pensamento, a escala adaptativa SUP-O obteve uma nota T de 30 (abaixo da média) o que indica ausência de apoio dos outros. A RES-1 obteve uma nota T de 34 (abaixo da média), o que mostra que a criança tem tendência para procurar soluções irrealistas tal como esperado para os sete anos de idade, mas neste caso, tal cotação pode dever-se à elevação da escala clínica UNR. A escala LIM obteve uma nota T de 49 (média), o que revela existir uma colocação de limites razoáveis por parte dos pais e de outras figuras de autoridade em resposta à violação de regras ou expectativas. A criança tem uma percepção ajustada das práticas disciplinares.

A SUP-C, obteve uma nota T de 55 (média), logo pode-se dizer que a menina tem auto-suficiência e assertividade dentro dos parâmetros medianos. A escala PROB apresenta uma nota T de 82, estando deste modo situada acima da média, o que indica que “I.M” tem uma elevada capacidade para identificar problemas porém não os consegue resolver.

Deste modo e depois de explicadas as escalas, é pertinente dizer que a média é 50 e o desvio-padrão é 10, tendo a escala adaptativa uma média total de 47.6 e a escala clínica uma média de 61.

## **7.6 - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – WISC-III**

Esta escala foi criada por David Wechsler, é utilizada para avaliar o desempenho cognitivo de crianças e adolescentes dos 6 aos 16 anos e 11 meses de idade.

Os resultados da aplicação deste teste foram: no quociente de inteligência geral baseado no total da escala (QIEC) 75, este valor dá-nos a posição relativa da criança por comparação com crianças na mesma faixa etária, corresponde assim este valor a um nível de *inteligência muito inferior* (QI  $\leq$  75) apontando para uma deficiência mental ligeira, sendo que um QI médio situa-se no intervalo entre 90-109. Sugerindo dificuldades nas funções intelectuais, o que pode comprometer o seu

desempenho escolar.

Quanto ao quociente de inteligência verbal (QIV) os valores foram 82, no quociente de inteligência de realização (QIR) 76, nos índices factoriais de compreensão verbal (ICV) 88, nos índices de organização perceptiva (IOP) 81 e índices de velocidade de processamento (IVP) 67. Podemos verificar que não existe diferença significativa entre a QIV e QIR, contudo em relação aos índices factoriais encontramos para o IVP um valor mais baixo, este factor reflecte a velocidade mental e motora na resolução de problemas não-verbais, bem como a habilidade de planeamento, organização e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, indica portanto que este é um dos pontos fracos desta criança.

Relativamente à análise do *Scatter*, este serve para comparar a criança com ela mesma nas áreas em que a criança é mais forte. Sendo que a “I.M” apresenta valores mais altos ao nível da subescala realização nos subtestes: completamento de gravuras e composição de objectos; e na subescala verbal nos subteste das semelhanças e compreensão. Os valores mais baixos encontram-se na subescala realização no subteste disposição de gravuras e pesquisa de símbolos; e na subescala verbal no subteste memória de dígitos.

Assim, no que concerne aos subtestes que representam os pontos fortes da criança na Subescala Realização, temos o completamento de gravuras, que consiste no alerta visual de figuras, no reconhecimento e identificação visuais (memória visual remota), no alerta a detalhes do ambiente, contacto com a realidade, na capacidade conceptual visual, percepção do todo em relação com as partes, concentração visual e organização visual. A composição de objectos, consiste na capacidade de beneficiar de *feedback* sensorio - motor, antecipação de relações entre partes, organização visual - motora, processamento simultâneo de informação, capacidade de síntese, diferenciação de configurações familiares, velocidade perceptiva e manipulativa. Na Subescala Verbal temos as semelhanças que abarcam o raciocínio lógico abstracto, o pensamento conceptual verbal, a discriminação de detalhes essenciais dos não essenciais e a capacidade associativa e facilidade de verbalização. A compreensão abarca os conhecimentos práticos, maturidade social, conhecimentos convencionais sobre regras de comportamento, capacidade de avaliar a experiência passada (seleccionar, organizar, enfatizar factos e relações entre eles), julgamento social, senso comum, julgamento em situações sociais práticas, despistagem do meio social da

pessoa (informação acerca de códigos morais, regras sociais, regulamentos, alerta e compreensão da realidade e do dia a dia.

Quanto aos subtestes que representam as áreas mais afetadas em termos cognitivos da criança, temos na Subescala Realização a disposição de gravuras que consiste no planeamento (compreender e captar uma situação no seu todo, antecipação de consequências, sequenciação temporal e conceitos temporais, compreensão de situações interpessoais não verbais, compreensão de situações no seu todo e avaliação das implicações, organização visual e percepção de pormenores visuais, velocidade associativa e planeamento de informação visual e a pesquisa de símbolos que compreende a velocidade de processamento visual e de informação, capacidade de planeamento, coordenação visuo - motora e revela capacidade de aprendizagem; na Subescala Verbal a memória de dígitos que constitui uma medida de atenção e memória de trabalho.

## **8 - Diagnóstico Multiaxial**

Eixo I	F32.9 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação
Eixo II	F70.9 Deficiência mental ligeira;
Eixo III	Nada a assinalar;
Eixo IV	Problemas com o grupo de apoio primário e problemas educacionais;
Eixo V	AGF = 51 (no momento de admissão); AGF =61 (neste momento)

## **9 - Justificação de Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial**

Através da informação recolhida na entrevista clínica e os resultados obtidos nas provas indicam-nos a presença de uma Perturbação Depressiva sem outra especificação, deficiência mental ligeira, problemas com o grupo de apoio primário e problemas educacionais.

## **10 - Conceptualização Clínica do Caso**

A depressão infantil é clinicamente importante (Bahls & Bahls, 2003; Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2009). Barbosa, Dias, Gaião e Lorenzo (1996), defendem que estudos recentes têm demonstrado que esta patologia afecta a população infantil com

frequência, sendo que os seus sintomas podem ser encontrados em 15% da população infanto-juvenil e em 13% das crianças em idade escolar.

Apresenta também um risco elevado de consequências na vida adulta do indivíduo, enquanto acarreta prejuízos elevados na qualidade de vida da criança, tanto a nível académico e social como a nível familiar (Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2009). Estes prejuízos foram identificados em “I.M”, pois houve relatos de isolamento do seu grupo de pares, e com os seus familiares. No que respeita a história e origem do estudo da depressão infantil, Melanie Klein foi pioneira ao introduzir o conceito de depressão infantil no vocabulário da psicopatologia infantil (Costa, 2012; Barbosa & Lucena, 1995). Porém somente em 1970 é que a depressão infantil foi realmente reconhecida como patologia e é nesse momento que se estabelecem os primeiros critérios de diagnóstico (Barbosa & Lucena, 1995). Os mesmos autores afirmam que a depressão infantil pode aparecer em idade inferiores aos seis anos e que se trata de uma psicopatologia infantil com características e sintomatologia próprias.

A sintomatologia varia em função da idade da criança, pois à medida que a criança vai crescendo, os sintomas somáticos são substituídos por sintomas psicológicos (Costa, 2012). A depressão infantil pode causar deterioração nas relações com o grupo de pares, com o grupo de apoio primário, perda de interesse por pessoas e isolamento (Costa, 2012). Clerget (1999, cit in Costa, 2012) define que na idade escolar (6 a 12 anos) a depressão é manifestada através da tristeza, ansiedade de separação, sintomas psicossomáticos, baixos níveis de energia, dificuldades académicas, problemas alimentares e perturbações do sono. Crianças em idade escolar estão aptas a nível cognitivo para compreender ambientes stressantes como conflitos familiares, críticas incessantes e baixo rendimento escolar, o que faz emergir uma baixa auto-estima e sentimentos de culpa. Muitos destes sintomas depressivos são manifestados através de queixas somáticas como dores de cabeça, dores de barriga, ansiedade de separação, fobia escolar e irritabilidade através do mau humor (Sung & Jeffrey, 2000).

O aparecimento desta patologia, segundo Andrade (2000, cit in Costa, 2012) pode ocorrer devido a vários factores, como uma situação de vida stressante, dificuldades na socialização e o acumular de inúmeros factores nefastos ao longo da vida da criança. O facto das crianças passarem por problemas como violência, separações, falta de apoio e atenção parental, reflecte-se no seu comportamento através do isolamento social, timidez, baixa auto-estima e comportamentos agressivos, o que por sua vez, faz com que

a criança seja discriminada por parte do seu grupo de pares e incompreendida pela sua família (Costa, 2012).

A literatura mostra também que a depressão na primeira infância está relacionada com frustrações precoces e graves ocorridas no meio familiar e motivadas por rupturas qualitativas no investimento maternal, lutos, descompensações depressivas das mães, descontinuidade dos cuidados ou por separações da mãe ou do prestador de cuidados (Costa, 2012). Em relação aos sintomas depressivos demonstrados por “I.M”, a literatura aponta que um ambiente familiar com condutas parentais inadequadas, presença de dificuldades na dinâmica familiar ou a presença de psicopatologia nalguma figura paternal, entre outros factores, pode ajudar no aparecimento de problemas depressivos (Cruvinel & Boruchovitch, 2009). No caso de “I.M”, o facto da mãe possuir sintomas depressivos, ser constantemente comparada com a sua irmã gémea, existirem práticas educativas parentais inadequadas, excesso de críticas são os factores predominantes no aparecimento e manutenção da depressão na menina.

Em relação à problemática familiar, ou seja, à constante comparação das gémeas por parte dos pais, é pertinente que essa atitude cesse, pois segundo Vieira e Branco (2010), os filhos gémeos, de igual modo aos filhos não gémeos diferem uns dos outros, embora tenham inúmeros genes em comum e partilham o mesmo espaço doméstico.

Alguns estudo revelam que os pais de filhos gémeos acreditam que apenas as crianças gémeas mais velhas são capazes de fazer as suas escolhas e agir como indivíduo de forma autónoma (Bacon, 2006), porém estudos revelam que algumas crianças gémeas, desde tenra idade são activas na construção das suas identidades, apresentando comportamentos que levam à diferenciação (Vieira & Branco, 2010). Deste modo, é pertinente encontrar um espaço para que “I.M” possa encontrar o seu “eu” e construí-lo de forma adequada e desejável.

No que diz respeito a deficiência mental, a literatura defende que deve existir a ocorrência sincrónica de um funcionamento intelectual abaixo da média e de um défice no comportamento adaptativo (Reis & Dias, 2011). Estes aspectos são visíveis em “I.M” pois os dados obtidos na prova psicológica referem limitações intelectuais ligeiras e aspectos relatados nas consultas tanto pelos pais como pela menina sugerem dificuldades no comportamento adaptativo. A menina isolava-se dos colegas de turma e num convívio familiar preferia ficar no colo da mãe em vez de brincar com os primos da sua idade.

## **11 - Processo de Intervenção**

A intervenção proposta para a “I.M” passa pela compreensão do seu papel na sua família, através do brincar e de actividades de *Roll-play*.

Deste modo, foi devolvido aos pais a ideia de que é pertinente que cesse a sistemática comparação da “I.M” com a sua irmã gémea, para que a menina se sinta um individuo único que é. Esta individuação irá fortalecer a auto-estima e o auto-conceito da criança, o que irá mostrar benefícios no seu desenvolvimento, adaptabilidade e nas suas competências sociais.

É de salientar que as pequenas ou grandes conquistas da “I.M” sejam valorizadas (reforço positivo) pelos seus pais e professora, para deste modo, encorajá-la a repetir o comportamento.

É de ressaltar que não pode haver sobrecarga de actividades extra-curriculares, dando primazia a actividades que possam proporcionar um crescimento do lado mais criativo e emocional da menina, que se mostrou bloqueado nas sessões. Deste modo, o brincar e o jogo lúdico são ferramentas importantes e foram utilizadas nas sessões e foi explicado aos pais durante a sessão de devolução de que devem prescindir de um tempo diário para realizar essas actividades com a filha.

Por último, e após um contacto directo com a mãe da menina, é pertinente rever as suas condutas punitivas, para que nenhuma das meninas se sinta prejudicada em relação à outra. Pois foi referido diversas vezes que quando uma menina fica de castigo, a outra também fica. Tal situação pode levar a conflitos entre as irmãs e mais uma vez não está a ser respeitado o espaço de cada uma na sua própria relação fraternal, ou seja, a mãe não tem em conta a individuação de cada uma.

### **2.3.2 – Intervenção em Grupo – “Aprender e aceitar as diferenças”**

No seguimento da ação de formação do âmbito da sexualidade, PRESSE, os professores da Escola Profissional Agrícola Conde S. Bento – Santo Tirso, demonstraram pertinência em realizar uma intervenção em grupo numa turma de 9º ano dessa escola. Os docentes demonstraram-se preocupados com a turma supra mencionada pois existe um elemento do sexo masculino que expressa vontade em ser do sexo

feminino (vestindo-se e adotando comportamentos femininos) e uma rapariga que se comporta exatamente como um rapaz e quer, inclusive, tomar banho e trocar de roupa no balneário masculino. A restante turma, marginaliza e insulta o rapaz que quer ser rapariga. Quanto à rapariga, a turma não demonstra esses comportamentos e atitudes perante a mesma, incluíram-na no grupo dos rapazes e inclusive chamam-na de “Zé”. Podemos dizer que a adaptação dos rapazes da turma à menina que demonstra comportamentos masculinos foi mais fácil pois a masculinidade do grupo em nada foi comprometida, ao contrario do jovem do sexo masculino que expressa vontade de ser do sexo feminino. Os rapazes da turma vêm a atitude do segundo jovem como desrespeitoso face ao sentimento de masculinidade do grupo bem como uma ameaça à mesma, tentando desta forma agredi-lo e humilhá-lo.

Face a esta situação, era urgente intervir devido às atitudes hostis e homofóbicas que se estavam a verificar. Deste modo, o termo homofobia reporta-se ao medo irracional da homossexualidade, bem como a sentimentos de aversão e rejeição para com homossexuais (homens e mulheres) (Nardi & Quartiero, 2012). Nesta mesma linha de pensamento, os autores supra mencionados afirmam que esta fobia leva a respostas irracionais por parte dos seus portadores, como violência física e psicológica dirigida à população homossexual. Posto isto, tentaremos através desta intervenção em grupo, diminuir as situações de conflito, discriminação e sentimentos homofóbicos dos alunos e aumentar a aceitação das diferenças sexuais bem como os conhecimentos acerca desta temática.

Atendendo ao tipo de grupo e aos objetivos propostos, serão estruturadas cinco sessões, com frequência de duas vezes por semana, num total de 3 semanas, sendo portanto considerado um programa de curta duração. Cada sessão terá a duração de 90 minutos.

### **2.3.2.1 – Objectivos do Programa de Intervenção em Grupo**

Partindo da avaliação das necessidades auferidas pelos professores da Escola Profissional Agrícola Conde S. Bento - Santo Tirso, que por sua vez requereram uma intervenção em grupo numa turma do 9ºano sobre a temática supra mencionada, emergiu o objetivo principal e os objetivos gerais desta intervenção em grupo.

O principal objetivo deste programa foi desenvolver uma intervenção psicológica que visa uma psicoeducação sobre adolescência, sexualidade e orientação sexual.

Os objetivos gerais visariam a promoção e fomentação de crenças positivas acerca da sexualidade e das várias orientações sexuais, desmistificar crenças, desconstruir crenças irrealistas e proporcionar um espaço onde os adolescentes pudessem colocar questões e partilhar experiências.

### **2.3.2.2 – Estrutura do Programa**

Esta intervenção decorreu ao longo de cinco sessões, em que houve o recurso ao *power point* de forma a expor os temas, tarefas e debates pretendidos. Para além do *power point* foi necessário folhas de papel brancas; algumas cópias de atividades expostas na apresentação (cedidas pelo ACES Santo Tirso) e lápis/ caneta.

Na sessão zero, denominada “ A Sexualidade e nós”, foi feita a apresentação dos elementos do grupo e das moderadoras, assim como a exploração de temas sobre a adolescência e sexualidade. Para isso, recorreremos à ação de formação PRESSE para introduzir e normalizar a nossa presença (estávamos a realizar as ações relativas ao PRESSE noutras turmas). Nesta primeira sessão, foram referidas algumas regras a fim de conseguirmos manter o bom funcionamento.

A sessão um – “Saudável?” – teve como objetivos: demonstrar que existem outras orientações sexuais que são saudáveis; distinguir as diferentes orientações; identificar e caracterizar comportamentos patológicos

Na segunda sessão, intitulada “Diferenças”, abordamos aspetos gerais que tinham sido referidos na sessão anterior através de “brainstorming” e debatemos algumas questões com o intuito de desconstruir alguns conceitos erróneos.

A terceira sessão, designada por “Respeita-me!”, introduziu-se o tema da discriminação foram sinalizadas e identificadas algumas situações com o objetivo de refletirem sobre elas.

Na quarta sessão, denominada “Quem faz o quê?”, debatemos várias tarefas e situações que normalmente estão associadas a um determinado género; relativizar as noções de papel sexual nas tarefas mencionadas. Nesta sessão, pretendia-se também finalizar e avaliar a eficácia do programa com os participantes.

### **2.3.2.3 – Avaliação do Programa / limitações e Resultados**

A grande limitação encontrada foi sem dúvida o baixo envolvimento dos alunos neste programa de intervenção. Este fraco envolvimento, que se manifestava principalmente em perturbar sistematicamente as sessões e em não realizarem as tarefas propostas, dificultou bastante a compreensão e eficácia da intervenção.

O pouco tempo que a escola despendeu para a preparação desta intervenção em grupo também dificultou a nossa ação junto do alunos. Uma breve introdução e apresentação mais demorada junto da turma teria sido benéfico. A escola deveria ter tido em conta antes da nossa intervenção junto da turma o facto dos alunos não mostrarem interesse neste tema e neste tipo de debate. A turma encontrava-se mal organizada, pouco interessada, pouco motivada e ainda tecia comentários menos apropriados.

Este tipo de intervenção realizada junto de turmas deste género não produz qualquer tipo de efeito ou mudança nos alunos, pois eles não demonstraram maturidade suficiente para assimilar os conteúdos. Para mim, esta intervenção veio mostrar-me que alguns jovens ainda têm dificuldades em aceitar as diferenças sexuais, bem como as diferenças no geral. Como aspecto positivo realço o traquejo que me foi possível obter através desta experiência para lidar com este tipo de turmas, jovens e problemas.

## **2.4 Atividades de Formação**

No âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença foram realizadas várias ações de formação no que concerne a sexualidade e alimentação, mais propriamente na vertente psicoeducativa. As actividades de formação acima referidas dizem respeito ao Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), ao Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) e ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Em relação à sexualidade (PRESSE e PNSE), as ações de formação pretenderam que esta fosse vivenciada positivamente, saudável e naturalmente aceite. Na ação de formação referente à alimentação (PASSE), era nosso objetivo dar a conhecer como esta pode ser feita de forma saudável prevenindo situações de risco.

### **2.4.1 Fundamentação Teórica das Ações de Formação**

As ações de formação e de sensibilização têm como finalidade a promoção e prevenção da saúde e são intrínsecas no que concerne à prática do psicólogo clínico e da saúde. Estas devem ser pertinentes, eficazes, estar de acordo com a problemática, população alvo, objetivos e recursos. Posto isto, de seguida irá ser exposto detalhadamente as ações de formação e de educação para a saúde no âmbito da sexualidade e alimentação saudável.

### **2.4.2 Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar – PRESSE**

Ao nível da intervenção governamental, no nosso país, têm sido formulados documentos legais, visando a educação da sexualidade desde 1984, salientando um reforço desta componente nos últimos anos. De acordo com o Dec. Lei No 259/2000 de 17 de Outubro, assegurando a prevenção da doença e a promoção da saúde no âmbito da sexualidade tem sido assim uma temática que exige cada vez mais atenção e dedicação por parte dos profissionais de saúde, professores e toda a comunidade.

A criação de fontes formais de educação sexual, como, por exemplo, a execução de programas de educação sexual específicos em contexto comunitário, adquire um carácter de promoção do desenvolvimento, o PRESSE (Programa de Educação Sexual e Saúde Escolar).

Assim, este programa tem como objectivos gerais:

- Transmitir, clarificar e aprofundar conhecimentos sobre aspetos biológicos, psicológicos e sociais da adolescência e da sexualidade;
- Alertar para a importância de se integrar no plano de actividades anual das escolas a educação sexual;
- Promover a educação sobre sexualidade ajustada às idades em causa, junto de crianças, adolescentes e jovens;
- Promover mudanças na vivência e no relacionamento do jovem com a sua própria sexualidade; facilitar o desenvolvimento das competências sociais que permitem prevenir comportamentos de risco associados às doenças sexualmente transmissíveis;
- Interagir, integrar e trabalhar com equipas multidisciplinares neste âmbito, contribuindo com outras técnicas próprias dos cuidados de saúde primários, de modo a

permitir a estes jovens desenvolverem a capacidade para adoptarem comportamentos mais adaptativos e tomarem as decisões mais assertivas, no que se refere à vivência da sua sexualidade.

O programa PRESSE tem como população - alvo os professores (de todos os ciclos) sendo que com a informação adquirida nestas formações os professores podem implementar aulas de sexualidade a todos os alunos de todos os ciclos. Quanto às formações realizadas com os professores estas foram desenvolvidas pela psicóloga do Centro de Saúde de Santo Tirso, a Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas no qual as estagiárias têm um papel mais passivo (assistem à formação e prestam auxílio).

#### **2.4.3 Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)– Jovens e a Sexualidade**

A ação de educação para a saúde inserida no PNSE “ Jovens e a Sexualidade” teve como objetivo promover o conhecimento sobre os conteúdos mínimos na área da Educação Sexual. Esta ação foi realizada na Escola Secundária de D. Dinis nos dias 9, 10, 11 e 12 de Janeiro; na Escola Profissional Agrícola Conde S . Bento no dia 14 de Fevereiro; Escola Profissional de Serviços Cidenai no dia 13 de Março e também na Escola Secundária de Tomás Pelayo nos dias 10, 12, 23, 24, 26 (Abril) 2 e 3 (Maio) sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas.

As sessões em grupo propiciaram um ambiente de debate e partilha de ideias e de experiências que enriqueceu as ações. Outro aspeto positivo é o facto de serem realizadas por profissionais externos à escola, o que permite uma maior desinibição dos alunos e, conseqüentemente, maior abertura para a colocação de dúvidas, indispensável para o tema em questão.

Os alunos foram colaborantes na grande maioria das sessões, revelaram interesse e apreensão acerca dos temas tratados. Foram participativos e colocaram diversas dúvidas relacionadas com o tema, principalmente, em relação aos preliminares e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

Foi possível desempenhar um papel mais ativo neste programa onde se elaborou uma apresentação no programa de computador PowerPoint com o objetivo de proceder à formação relativa à sexualidade nas salas de aulas e consolidação de conhecimentos, em que o conteúdo dessa apresentação vai de encontro à idade dos intervenientes e ao

conhecimento que eles devem adquirir.

Foi ainda criado um questionário de opinião para os alunos responderem no fim de cada sessão que sofreu alterações após as primeiras formações nas escolas. Estes questionários tinham como objetivo obter um feedback acerca dos aspetos positivos da formação, mas também reconhecer os aspetos negativos, a fim de melhorar a mesma. Nesse sentido, reconstruímos o questionário de avaliação, introduzindo uma escala tipo Lickert, de modo a facilitar quer o preenchimento quer a nossa avaliação.

De um modo geral, os resultados demonstraram-se positivos visto que, os alunos perceberam a formação com elevado nível de satisfação e conforto, adquirindo os conhecimentos pretendidos.

É importante acrescentar que estas sessões foram complementadas com outras ações de formação realizadas por enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Santo Tirso, dedicadas ao tema de planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos.

Tendo em conta que, a adolescência e sexualidade são temas com diversos conceitos, considerou-se apropriado abordar e identificar objetivos específicos das sessões, tais como:

- Apresentar e aprofundar conhecimentos sobre aspetos psicológicos e sociais da adolescência e sexualidade;
- Alertar para as consequências psicológicas e sociais da gravidez e do aborto na adolescência;
- Promover mudanças na vivência e no relacionamento do jovem com a sua própria sexualidade;
- Promover a tomada de consciência das crenças existentes sobre a identidade e o papel sexual;
- Promover a tomada de decisão assertiva acerca do início da actividade sexual.

Esta acção de formação foi, no meu ponto de vista, a mais pertinente e interessante, pois esta pôs a prova as minhas mais variadas competências pessoais e profissionais. Deste modo, esta acção permitiu-me obter um contacto mais direto com a população escolar, o que me possibilitou estudar quais as melhores estratégias a utilizar para captar a atenção dos adolescentes, bem como avaliar a sua aprendizagem durante a sessão. Possibilitou-me adquirir competências profissionais como consolidar os meus conhecimentos acerca da utilização de dinâmicas de grupo em contexto escolar, elaborar

estratégias para trabalhar em grupo (neste caso com as restantes estagiárias) bem como pensar e executar estratégias comunicativas a utilizar com os adolescentes aquando a sessão de formação.

O papel que desempenhei também foi crucial para que a minha aprendizagem fosse elevada e benéfica. É de ressaltar que se registou uma mudança positiva de ambiente entre a primeira sessão e a última. Esta ação permitiu-me obter maior sensibilidade no relacionamento profissional com esta faixa etária e conhecer quais as maiores dúvidas dos adolescentes em relação à sexualidade.

#### **2.4.4. Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar - PASSE**

O programa PASSE foi desenvolvido por um grupo de trabalho do Departamento de Saúde Pública e da ARS Norte e implementado pela primeira vez no ano letivo de 2007/2008, como projeto - piloto da psicóloga (Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas) e da Nutricionista do Centro de Saúde de Santo Tirso. A equipa PASSE do Centro de Saúde de Santo Tirso é constituída por: uma Nutricionista, uma Psicóloga e uma Enfermeira.

Durante o período de estágio (entre os meses de Novembro a Abril) foi também implementado o programa PASSE dirigido a crianças do 1º ciclo, nomeadamente a alunos do terceiro ano de escolaridade. Este programa abrange toda a comunidade educativa de todos os níveis de ensino. Os amigos, a família e as estruturas envolventes da escola ajudam, em conjunto, a criar ambientes promotores da saúde. O princípio essencial deste programa foi transmitir que uma alimentação saudável é uma boa aliada para a saúde e também que dá prazer comer de uma forma saudável.

Relativamente aos objetivos a cumprir neste programa destacam-se:

- Promover a escolha adequada dos alimentos para uma alimentação saudável;
- Desenvolver competências relativas à aceitação do corpo e ao auto-conceito;
- Verificar os conteúdos adquiridos na formação através de dinâmicas de grupo, alusivas ao tema.

Este programa é constituído por 15 sessões educativas na sala de aula, com a duração de 90 minutos, de cariz semanal e dinamizadas pela Nutricionista ou pela Psicóloga Clínica do Centro de Saúde de Santo Tirso.

As sessões abordam os seguintes temas: competências informativas, experiências

personais, competências de tomada de decisão e atitudes nas áreas alimentares e nutricionais, aceitação do corpo, auto-conceito e estilos de vida. Foi assim possível, como estagiária integrada na equipa de saúde escolar do Centro de Saúde de Santo Tirso, participar de forma passiva (observação) em duas sessões deste programa, intituladas “Somos únicos e insubstituíveis” e “Um passeio pelo país dos alimentos”. Foi possível interagir pontualmente nas dinâmicas de grupo e sempre que os alunos solicitassem.

O PASSE foi uma atividade bastante pertinente no âmbito da prevenção da obesidade infantil, tema extremamente importante na psicologia infantil pois foi exposta de uma forma lúdica o que cativou a atenção e participação de todas as crianças.

Enquanto psicóloga estagiária, esta atividade foi enriquecedora também para aumentar a minha sensibilidade na relação com crianças nesta faixa etária e para aprender de forma passiva a como lidar com crianças mais jovens na sala de aula e quais as estratégias mais eficazes a adoptar em diversas ocasiões.

#### **2.4.4. PASSE de Rua**

O PASSE na Rua é uma vertente lúdica do programa PASSE. Este foi dinamizado na comunidade escolar e decorreram nas instalações das Escolas E.B. 1 do Foral e Centro Escolar de Água Longa nos dias 13 e 14 de Junho de 2012 entre as 9 e as 13 horas respetivamente, tendo participado 250 alunos dos 6 aos 10 anos de idade e os professores de cada turma.

Para o PASSE de Rua foram desenvolvidos quatro jogos educativos de forma a sensibilizar para uma correta alimentação, demonstrar como o cuidado com a alimentação pode ser divertido e a importância da atividade física. Nesta ação de formação houve a participação de uma Enfermeira, de uma Psicóloga, das quatro Estagiárias de Psicologia, de uma Nutricionista e de uma Estagiária de Nutrição.

No início das atividades, cada criança recebeu um passaporte com todos os jogos da ação. Em cada etapa recebiam o carimbo correspondente ao número do jogo. Como lanche da manhã foi fornecido a cada aluno uma garrafa de água, uma peça de fruta (maçã ou pêra) e bolachas Maria. É de salientar a adesão dos alunos à iniciativa, revelando no final a aquisição de conhecimentos transmitidos ao longo da ação.

Nesta ação participei, com as restantes estagiárias de psicologia, no jogo “Roleta dos Alimentos”, em que cada criança rodava a roleta, onde estão representadas as sete fatias da roda dos alimentos. À criança que roda a roleta foi-lhe colocada uma questão sobre a

fatia que lhe coube.

Ao contrário do PASSE, no PASSE RUA houve um envolvimento direto entre as psicólogas estagiárias e as crianças que participavam. Assim, para além de aprender os conteúdos inerentes ao jogo, foi possível abordar as crianças e motivá-las para os conteúdos da atividade. Assim, podemos dizer que a experiência obtida pelo programa PASSE ajudou-nos a encontrar estratégias para captar a atenção e a motivação das crianças no PASSE RUA.

## **Reflexão final**

A última página deste relatório será para realizar a uma reflexão crítica e construtiva sobre o caminho até agora percorrido.

Realizar o estágio curricular no Centro de Saúde de Santo Tirso foi uma oportunidade única, repleta de experiências, de momentos cruciais para o meu crescimento pessoal e profissional. O estágio permitiu-me ainda adquirir conhecimentos mais alargados e práticos sobre as distintas problemáticas que surgem no trabalho quotidiano de um psicólogo clínico no contexto de saúde. Salienta-se assim que a diversidade de casos alargou o meu leque de conhecimentos teórico-práticos em psicologia clínica e da saúde, uma vez que me permitiu lidar com inúmeras situações, patologias ou problemas resultantes da prática profissional em saúde.

O meu trabalho como psicóloga estagiária não se restringiu unicamente às entrevistas/consultas de psicologia clínica. Foram realizadas atividades integradas na comunidade, nomeadamente as formações realizadas com professores e alunos no âmbito da sexualidade e educação alimentar, sendo assim possível intervir em situações de cariz social e de saúde alimentar com uma equipa multidisciplinar proporcionando assim uma maior contacto com as pessoas desta comunidade.

Finalizo a minha reflexão com algumas sugestões que considero importantes. No que diz respeito as infra-estruturas, a valência de psicologia durante o tempo designado como “horas de estágio” apenas possuía uma sala e dada a existência de quatro estagiárias na maioria das vezes, eram utilizados gabinetes médicos. Este facto condicionou o estabelecimento de um setting terapêutico fixo e adequado, impossibilitando a identificação com o espaço envolvente, sendo que por várias vezes as consultas eram interrompidas inadequadamente por outros profissionais. Face a esta situação, ressalva-se o esforço da Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas em tentar minimizar este fator, conseguindo mais duas salas disponíveis para as estagiárias.

O número de casos encaminhados excedia o limite de capacidade de resposta, exigindo desse modo um maior esforço por parte da orientadora local e das estagiárias, pois procurávamos dar resposta o mais breve possível aos pedidos.

O facto de ser orientada pela orientadora local e reunirmos semanalmente, possibilitou partilhar experiências entre as estagiárias e a orientadora local. É de salientar o excelente relacionamento entre as estagiárias que serviu de grande suporte

emocional, adaptativo, social e motivador durante este percurso realizado no Centro de Saúde de Santo Tirso.

Por último e assumindo uma postura profissional, responsável e ética e tendo já ultrapassado o tempo previsto de finalização do estágio, continuei a assegurar o acompanhamento psicológico dos casos clínicos, que ainda não se encontravam finalizados, respeitando assim, todas as questões éticas e deontológicas de um profissional em Psicologia Clínica e da Saúde. Deste modo, é de realçar o privilégio que foi partilhar vidas, experiências, emoções e significados, sendo assim um desafio procurar as mais variadas respostas para uma diversidade de situações.

## Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-IV- TR*. Lisboa: Climepsi Editores.

Andolfi, M., & Mascellani, A. (2010). *Storie di adolescenza: Esperrenze di terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Andrade, T. M., & Argimon, I. I. (2008). Sintomas depressivos e uso de cannabis em adolescentes . *Psicologia em Estudo* , 13 (3), 567-573.

Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R. & Pires, T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência e Saúde colectiva*, 14(2). 383-394.

Bacon, K. (2006). It's good to be different: parent and child. Negotiations of "twin" identity. *Twin Research and Human Genetics*, 9 (1), 141-147.

Bahls, S. C., & Bahls, F. R. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia* , 6 (1), 49-57.

Bahls, S.C. & Bahls, F.R. (2003). Psicoterapia da depressão na infância e na adolescência. *Revista de estudos de psicologia*, 20 (2), 25-34.

Barbosa, G. & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Revista Neuropsiquiatria, da Infância e Adolescência*, 3(2), 23-30.

Barbosa, G., Dias, M., Gaião, A. & Lorenzo, W. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Revista neuropsiquiatria da infancia e adolescência*, 4(3), 36-40.

Benetti, S. (2006). Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19(2), 261-268.

Bhering, E. & Siraj-Blatchford, I. (1999). A relação escola-pais: um modelo de trocas e colaboração. *Cadernos de pesquisa*, 109, 191-216.

Borges, N. (2004). Análise aplicada do comportamento: utilizando a economia de fichas para melhorar desempenho. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 6(1), 31-38.

Borges, V. R., & Werlang, B. S. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.

Burchinal, M., Peisner, F., Pianta, R. & Howes, C. (2002). Development of academic skills from preschool through second grade: family and classroom predictors of developmental trajectories. *Journal of School Psychology*, 40(5), 415-436.

Campos, R. C. (2003). Síntese integrativa dos aspetos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista portuguesa psicossomática*, 5(1), 91-99.

Cia, F., Pamplin, R. & Williams, L. (2008). O impacto do envolvimento parental no desempenho académico de crianças escolares. *Psicologia em estudo*, 13(2), 351-360.

Conti, M. A., Gambardella, A. M., & Frutuoso, M. F. (2005). Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. *Rev Bras Cresc Hum*, 15 (2), 36-44.

Costa, S.M.B. (2012). *Depressão infantil*. Tese de mestrado. Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.

Costa, N. & Barros, R. (2010). Ciúme: uma interpretação analítico-comportamental. *Acta comportamental*, 18(1), 135-149.

Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2003). Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia escolar e educacional*, 7(1), 77-84.

Cruvinel, M. & Boruchovitel, E. (2009). Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. *Psicologia em pesquisa*, 3(1), 87-100.

Cunha, J. (2000). *Psicodiagnóstico* – V. Porto Alegre: Artmed Editora (5ª Edição).

Decreto-Lei no28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República N° 38 Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei no 259/2000 de 17 de Outubro. Diário da República N° 24 Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Ferreira, V., & Mousquer, D. (2004). Observação em Psicologia Clínica . *Revista de Psicologia da UNC* , 54 - 61.

Frizzo, G., Kreutz, C., Shmidt, C., Picinini, C. & Bosa, C. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista brasileira crescimento e desenvolvimento humano*, 15(3), 84-94.

Goldsmid, R., & Féres-Carneiro, T. (2007). A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. *Psicologia em Revista* , 293-308.

Hack, S. & Ramires, V. (2010). Adolescência e divórcio parental: continuidade e rupturas dos relacionamentos. *Psicologia clínica*, 22(1), 97-100.

Júnior, S. (2003). Complexo fraternal: a fonte do ciúme e da inveja. *Psicologia: teoria e prática*, 5(2), 55-66.

Lambin, M. (2010). *Aider à prévenir le suicide chez les jeunes*. Éditions du Chu Sainte-Justine.

Leal, I., & Teixeira, J. A. (1990). Psicologia da saúde - contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 453-458.

Mendes, V., & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes . *Revista Toxicodependências*, 13 (2), 25-40.

Nardi, H. & Quartiero, E. (2012). Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escolar. *Revista latino-americana*, 11, 59-87.

Papalia, D. E., & Olds, S. W. & Feldman, R. D.(2001).*O mundo da criança*. Lisboa: McGraw - Hill de Portugal, Lda.

Reis, L. & Dias, M. (2011). As relações pais-filhos em sujeitos com deficiência mental ligeira. *Revista electrónica de psicología, educação e saúde*, 1(1), 34-56.

Ribeiro, D. & Andrade, A. (2006). A assimetria na relação entre a família e a escola pública. *Paidéia*, 16(35), 385-394.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.

Schneider, A. C., & Ramires, V. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, (26), 95-108.

Shabbel, C. (2005). Relações familiares na separação conjugal: contribuições da mediação. *Psicologia: teoria e prática*, 7(1), 13-20.

Silva, P. & Fleith, D. (2008). A influência da família no desenvolvimento da superdotação. *Revista semestral da associação brasileira de psicologia escolar e educacional*, 12(2), 337-346.

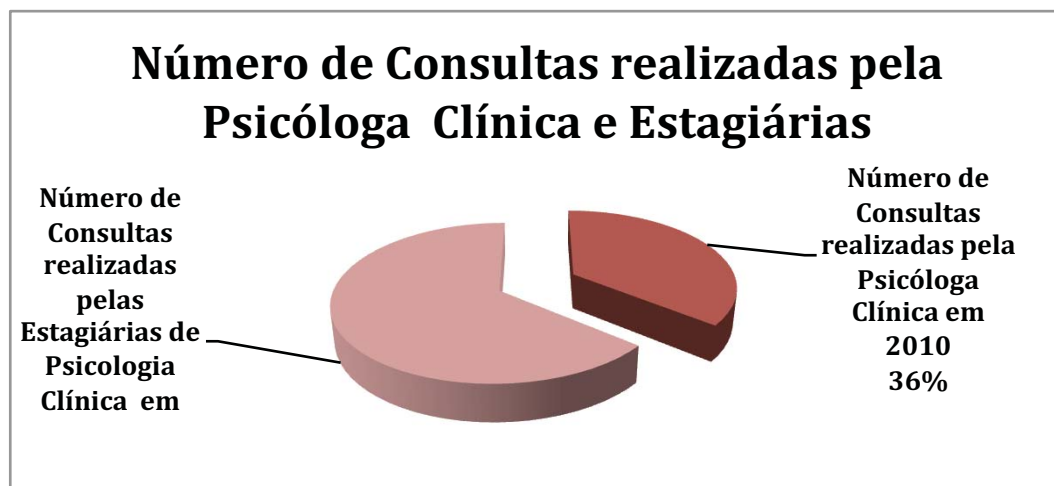
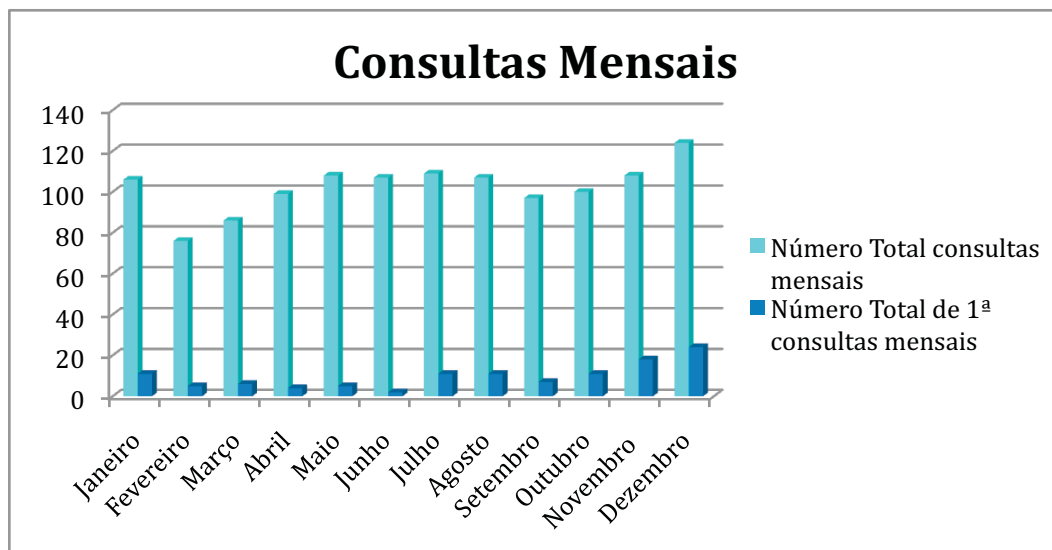
Siqueira, T. (2011). Crenças irracionais e auto – aceitação em adolescentes. *Revista de psicologia da IMED*, 3(2), 571-584.

- Siqueira, L., Pacheco, J., Cruz, T. & Shneider, A. (2005). Estratégias educativas desejáveis e indesejáveis: uma comparação entre a percepção de pais e mães de adolescentes. *Aletheia*, 21. 31-42.
- Souza, M. S., Baptista, M. N., & Alves, G. A. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis . *Aletheia*, 28, 45-59.
- Sung, S. & Jeffrey, K. (2000). Depression in children and adolescents. *American family physician*, 62(10), 2297-2308.
- Teixeira, J. A. (2007). A psicologia e o Centro de Saúde do século XXI. *Notas Didácticas*, 311-313.
- Teixeira, A. M., & Luis, M. A. (1997). Suicídio, Lesões e Envenenamento em adolescentes: um estudo apidemiológico. *Revista latino-am. enfermagem*, 5.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde - o psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 217-229.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (n.d.). *Psicologia em serviços de saúde - Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais*. 171-174.
- Vieira, A. & Branco, A. (2010). Cultura, crenças e práticas de socialização de gémeos monozigóticos. *Psicologia em revista*, 16 (3), 575-593.
- Wagner, A., Falck, D., Silveira, L. M., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 75-80.

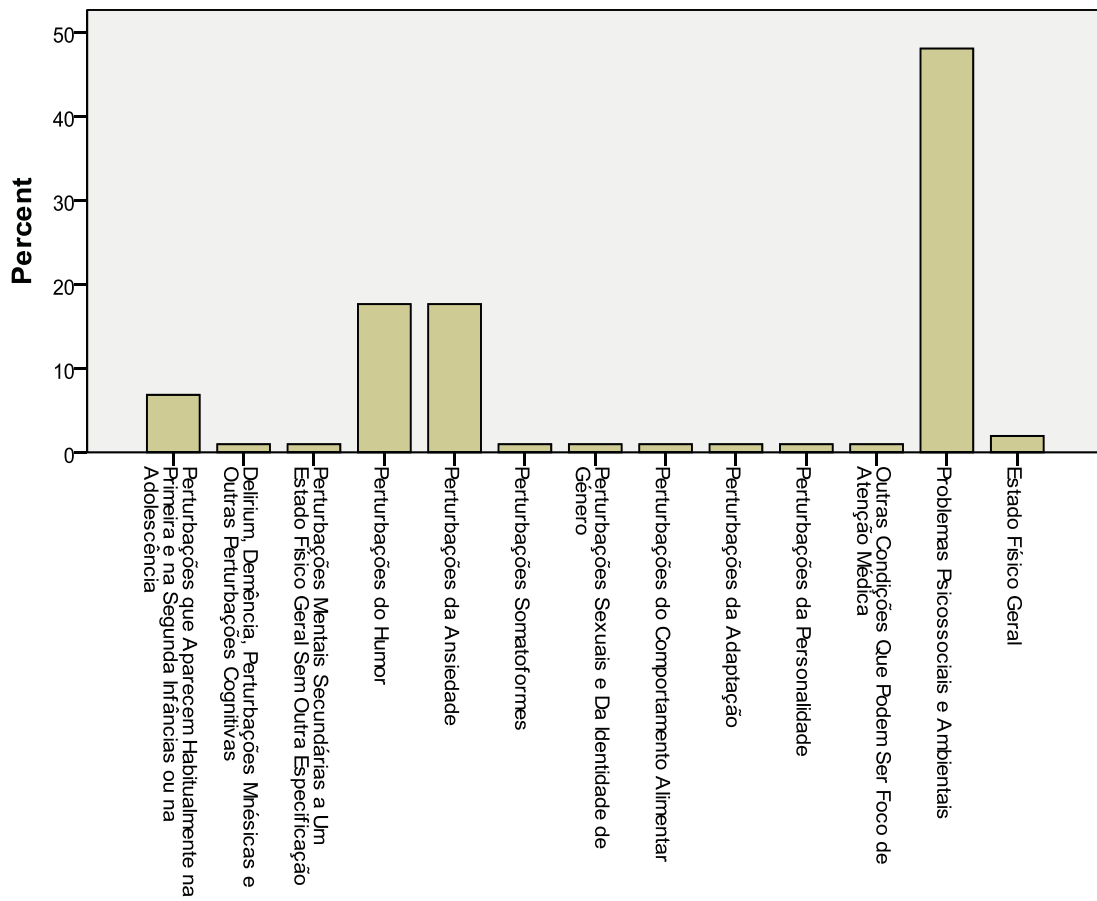
Webber, L., Brandenburg, O. & Viezzer, A. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico USF*, 8(1),

# **ANEXOS**

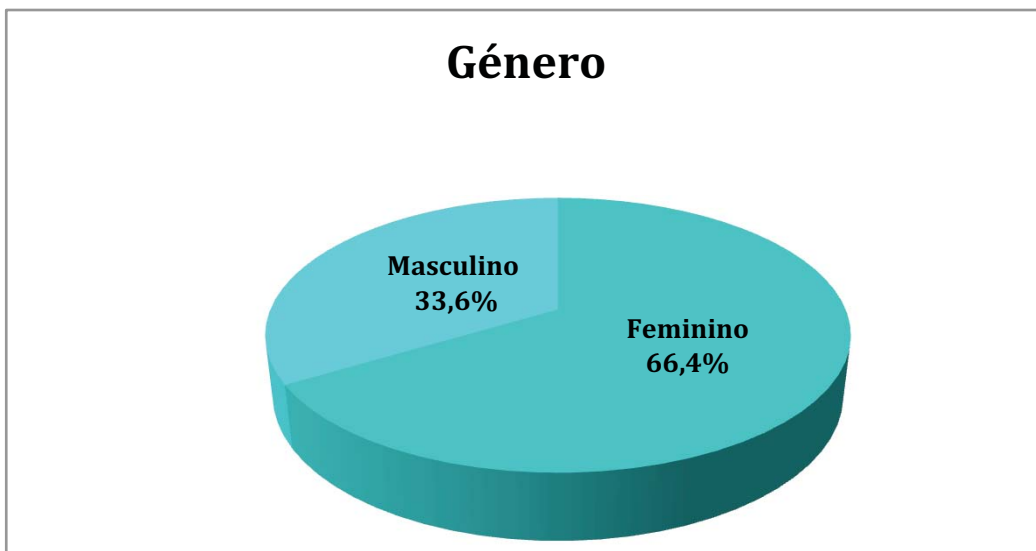
**Anexo I - Atendimento Assistencial do Serviço de Psicologia Clínica em 2011 - Análise de dados**

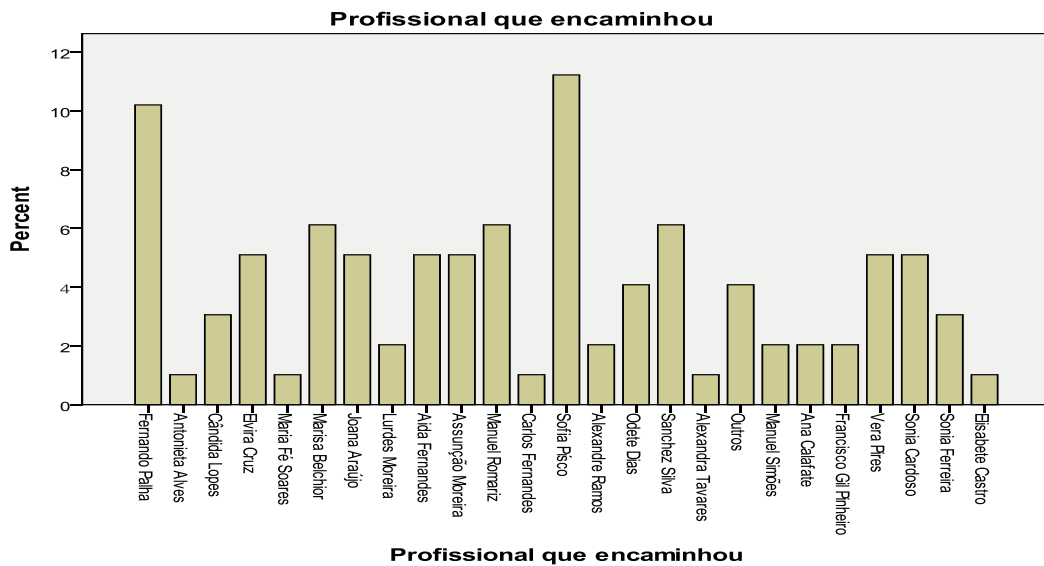


## Motivo de encaminhamento

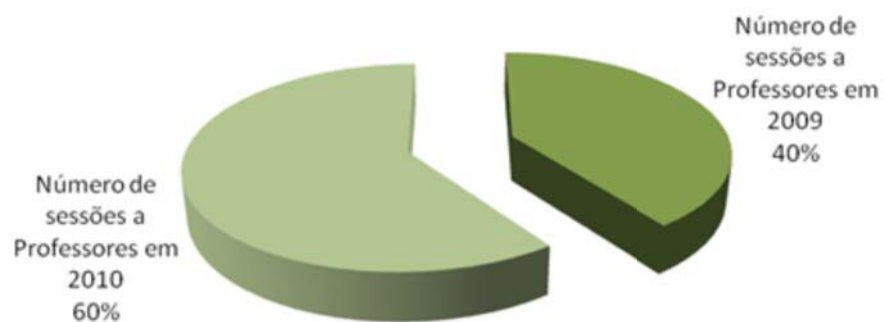


## Género





## Número de Sessões para Professores em 2009 e 2010

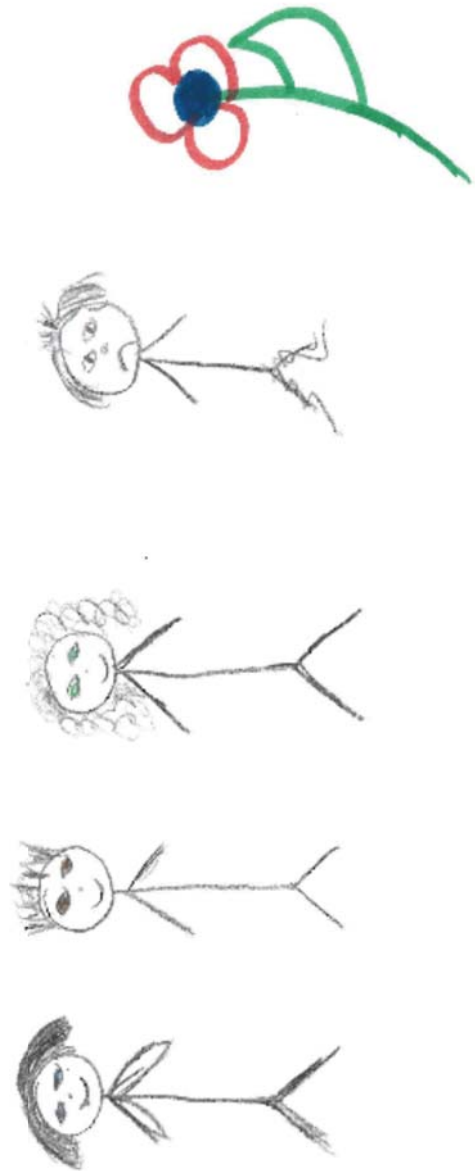


Anexo II - Caso "R"

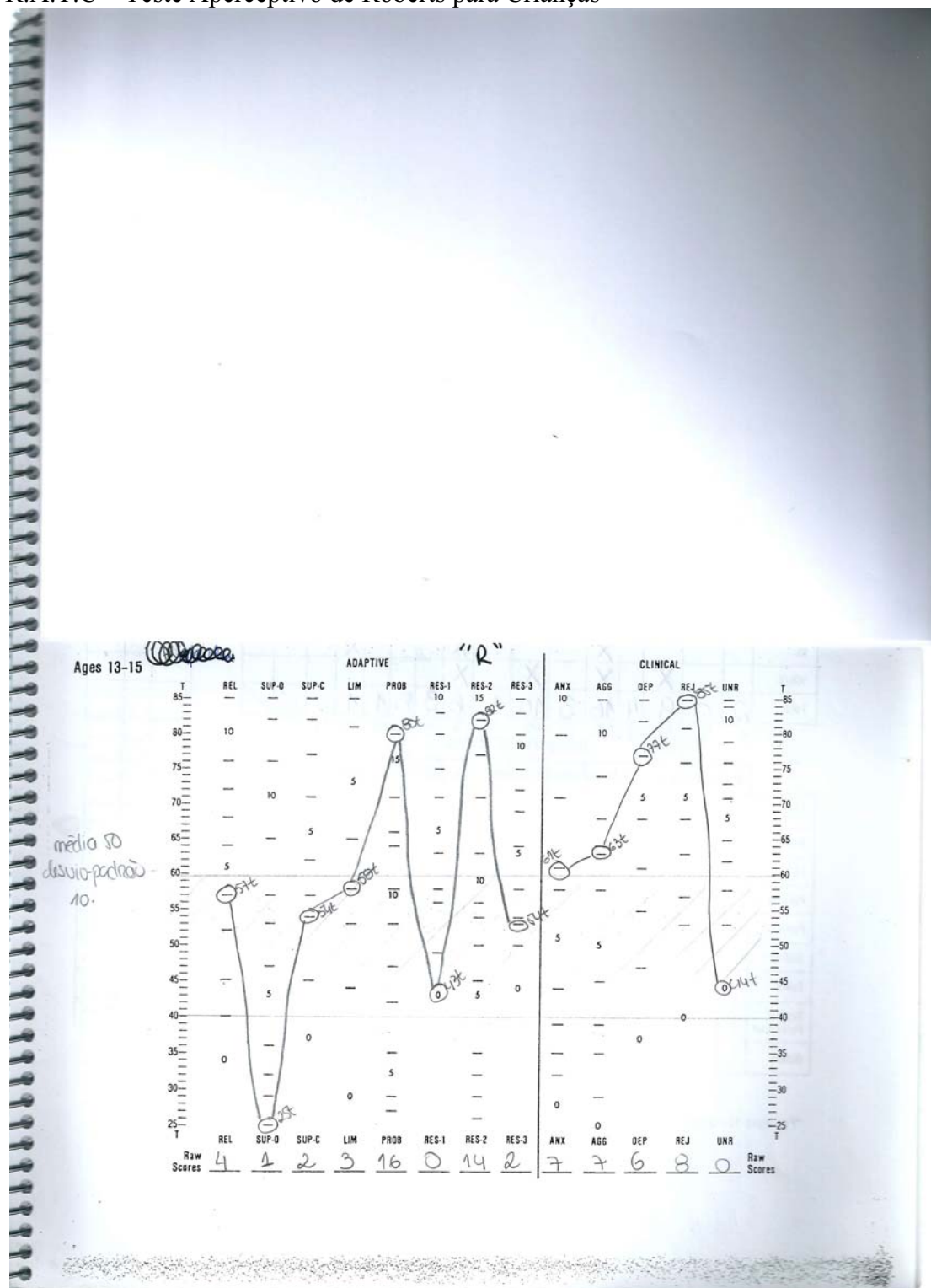
Desenho Livre



Desenho da Família



R.A.T.C – Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças



## Questionário de Zelazosca

### Questionário de Zelazosca

Nome: \_\_\_\_\_ "2" \_\_\_\_\_

Idade: 14 anos \_\_\_\_\_

Data: 23 / 11 / 2011 \_\_\_\_\_

- 1- Em casa sinto-me sempre sozinha \_\_\_\_\_
- 2- O meu pai é fermoso \_\_\_\_\_
- 3- O que a minha mãe gosta mais é de me chatear a cabeça.
- 4- Quando o meu pai volta a casa se faz os negócios. \_\_\_\_\_
- 5- A maior parte das vezes a minha mãe está a fazer a volta da minha avó.
- 6- O que o meu pai gosta mais é de fazer os olhos na \_\_\_\_\_
- 7- Eu sei que ninguém me consegue ajudar. \_\_\_\_\_
- 8- Eu não gosto quando o meu pai entra sem bater a porta.
- 9- Na maior parte das vezes quem me bate é a mh mãe \_\_\_\_\_
- 10- ~~Gostaria mais que o meu irmão/mãe~~ \_\_\_\_\_
- 11- Aquilo que gosto mais é ouvir música, dança, cantar, pc e telemóvel. \_\_\_\_\_

1

- 12- Na minha escola sinto-me triste
- 13- A minha professora n̄ gostava de mim
- 14- Estou preocupado porque n̄ sei as matérias dos testes.
- 15- Eu tenho medo quando fico alguma coisa errada.
- 16- Eu fico zangado quando alguém me pega as coisas q n̄ gosto.
- 17- Eu gostaria mais de comer mais chocolates
- 18- Eu queria ir p/ praia.
- 19- O meu maior desejo é ser alguém na vida
- 20- Custa-me muito que heja assim como sou<sup>o</sup>
- 21- Eu penso muitas vezes que sou feia e gorda<sup>o</sup>
- 22- Eu fico muito assustado quando alguém me pega e me seque.
- 23- Eu sonho algumas vezes que sei rir e falar.
- 24- Eu não quereria nunca ser cega e ouvir coisas as velhas

- 25- Fico muito contente quando vejo uma risada ou como chacoalhar  
te
- 26- Se eu pudesse ajudava o país
- 27- Se tivesse muito dinheiro ajudava a mb família
- 28- Eu tenho muita pena por causa de a mb família ter mts problemas.
- 29- Quando vejo a minha mãe a chorar eu choro q ela
- 30- Eu nunca me queixo quando me faltam as montanhas tds.
- 31- Eu gosto de ver que tenho mts amigos.
- 32- Eu queixo-me muito de das costas
- 33- Quando for grande quero ser pequena.
- 34- Eu tenho vergonha de ser baixo su.
- 35- Os meus livros preferidos são nenhum. ã gosto de ler
- 36- Se eu tivesse de ir para uma ilha deserta levaria comigo tds os amigos  
porque gosto mt deles
- 37- Eu sou felizosa, mt hiper felizosa

38- A minha família é hola como eu

39- Na minha família de quem gosto mais é hos meus <sup>há tula</sup>  
Porque são fixos como eu <sup>" guiragreira</sup>  
<sup>" Tonio</sup>  
<sup>" Francisco (1)</sup>

40- Os meus amigos são bolinhos, são poucos amigos

41- Esta escola é presta

42- A pior coisa que me aconteceu foi destrair os professores.

43- A melhor coisa que me aconteceu foi comer um chocolate.

44- Neste momento gostaria de ir descansar

# Anexo III – Caso “A”

WPPSI – Escala de inteligência de Wechsler para idade Pré-escolar e Primária



Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-Escolar e Primária - Edição Revista

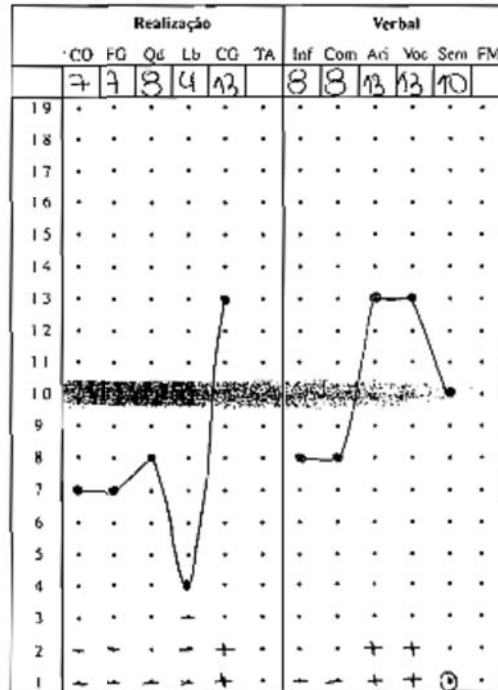
Nome: A. Anderson dos Santos  
 Sexo: Masculino  
 Lateralidade: .....  
 Escola: .....  
 Local de Avaliação: Centro de Saúde de St. Tiago  
 Examinador: Stephanie Oliveira

	ANO	MÊS	DIA
Data de avaliação	2012	03	05
Data de nascimento	2007	03	16
IDADE	5	0	11

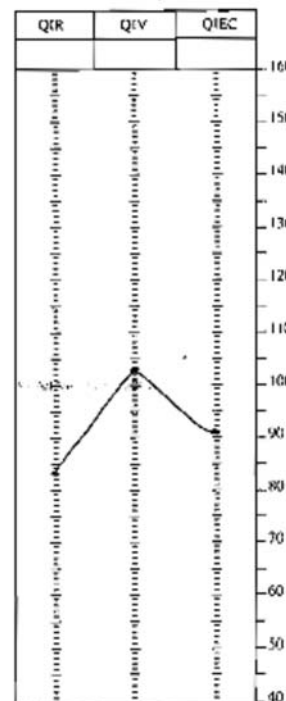
Subtestes	Resultados brutos	Resultados Padronizados	
		Realização	Verbal
Composição de Objetos	16	7	
Informação	17		8
Figuras Geométricas	28	7	
Compreensão	16		8
Quantitativo	16	8	
Aritmética	16		13
Labinicos	7	4	
Vocabulário	26		13
Complet. de Gravuras	21	13	
Semelhanças	13		10
(Tabelas dos Animais)		( )	
(Frases Memorizadas)			( )
Soma dos Resultados Padronizados		39	52
	176	Somatório da Escala Completa: 91	

	Somatório	QI	Percentil	90% Intervalo de Confiança
Realização	39	83	13	78 - 90
Verbal	52	103	58	97 - 109
Escala Completa	91	91	27	81 - 95

WPPSI-R - Perfil de Resultados Padronizados



Resultados por QI



## Questionário de Zelazosca

### Questionário de Zelazosca

Nome: A \_\_\_\_\_

Idade: 4 anos \_\_\_\_\_

Data: 27 / 11 / 2011

- 1- Em casa sinto-me sempre melhor \_\_\_\_\_
- 2- O meu pai é bruto \_\_\_\_\_
- 3- O que a minha mãe gosta mais é lavaria a roupa \_\_\_\_\_
- 4- Quando o meu pai volta a casa pega-me ao colo e dá-me abraço .
- 5- A maior parte das vezes a minha mãe é que manda \_\_\_\_\_
- 6- O que o meu pai gosta mais é de jogar futebol e ir ao play
- 7- Eu sei que ninguém me bate \_\_\_\_\_
- 8- Eu não gosto quando o meu pai se zanga \_\_\_\_\_
- 9- Na maior parte das vezes quem me bate é a minha mãe \_\_\_\_\_
- 10- Gostaria mais que o meu irmão/irmã contasse uma história .
- 11- Aquilo que gosto mais é jogar play e computador .

1

- 12- Na minha escola sinto-me mal
- 13- A minha professora foi se esubosa
- 14- Estou preocupado porque o pai vai me dar uma pista do bloqueio.
- 15- Eu tenho medo quando ninguém lava a cama de mim qd durmo
- 16- Eu fico zangado quando alguém me bate (pai, mãe e marcos)
- 17- Eu gostaria mais de foque play
- 18- Eu queria brincas
- 19- O meu maior desejo é foque play
- 20- Custa-me muito que alguém toque em mim
- 21- Eu penso muitas vezes que alguém pode jogar eu sozinho comigo.
- 22- Eu fico muito assustado quando ninguém fica em mim no quarto.
- 23- Eu sonho algumas vezes que alguém me dá surpresas.
- 24- Eu não quereria nunca ficar sozinho no quarto.

- 25- Fico muito contente quando o meu pai brinca comigo e ã me bate
- 26- Se eu pudesse ficar a brincar q os skat's c a mãe .
- 27- Se tivesse muito dinheiro eu comprava brinquedos
- 28- Eu tenho muita pena por causa de unlu .
- 29- Quando vejo a minha mãe a chorar eu peço desculpa e dou beijinhos
- 30- Eu nunca me queixo quando o meu pai me bate
- 31- Eu gosto de ver que fel a gente brinca com.
- 32- Eu queixo-me muito de qal alguém me bate muito.
- 33- Quando for grande o pai vai dar um livro dos livros presentes a ler e a ler os livros aqueles.
- 34- Eu tenho vergonha de coisas .
- 35- Os meus livros preferidos são fixes
- 36- Se eu tivesse de ir para uma ilha deserta levaria comigo a bola  
porque o meu pai só quer ir à rua .
- 37- Eu sou maluco

38- A minha família é mt fixe

39- Na minha família de quem gosto mais é do avô

Porque o pai que joga a bola azul e eu quero ficar em casa.

40- Os meus amigos ficam mt contente qd eu falo bonito

41- Esta escola é mt mal comportada

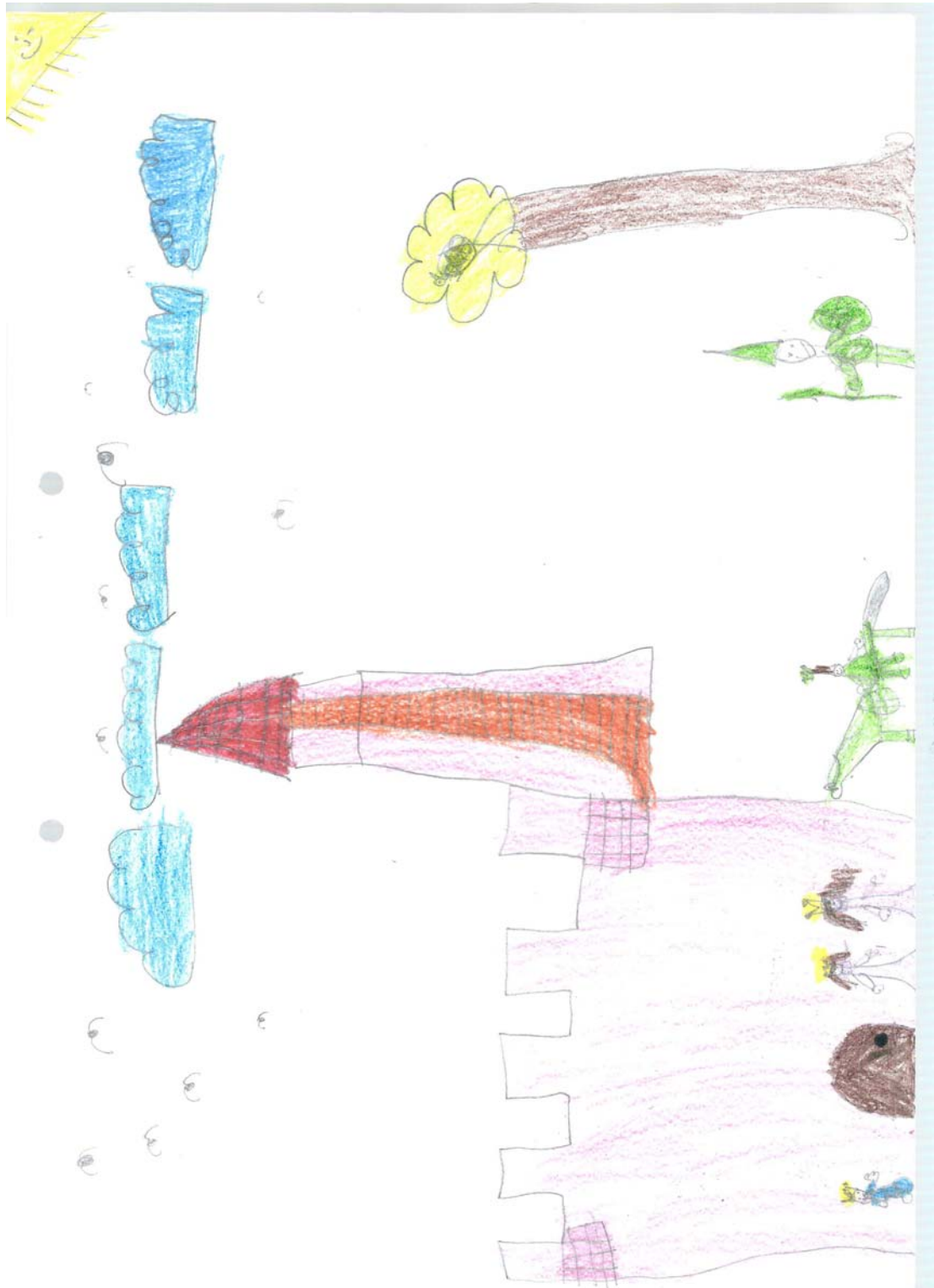
42- A pior coisa que me aconteceu foi jogar a bola pq caí.

43- A melhor coisa que me aconteceu foi ficar bonito.

44- Neste momento gostaria de fazer mais coisas

Anexo IV – Caso “I”

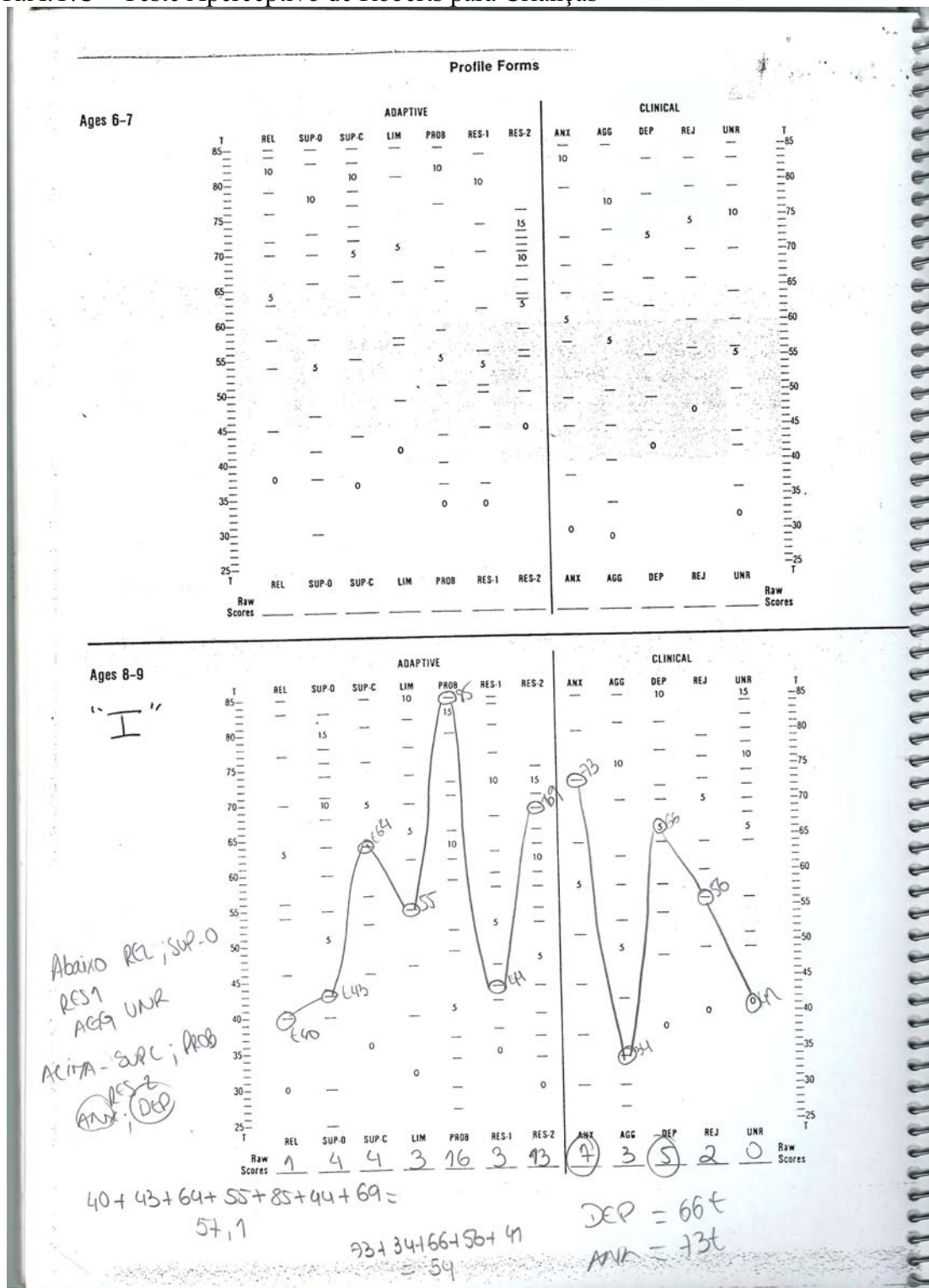
Desenho Livre



Desenho da Família



R.A.T.C – Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças



## Questionário de Zelazosca

### Questionário de Zelazosca

Nome: I \_\_\_\_\_

Idade: 8 anos \_\_\_\_\_

Data: 30/11/2011 \_\_\_\_\_

1- Em casa sinto-me sempre feliz \_\_\_\_\_

2- O meu pai é gordo \_\_\_\_\_

3- O que a minha mãe gosta mais é de beijar os filhos \_\_\_\_\_

4- Quando o meu pai volta a casa eu vou a beijar dele \_\_\_\_\_

5- A maior parte das vezes a minha mãe é muito bonita \_\_\_\_\_

6- O que o meu pai gosta mais é de beijar os filhos \_\_\_\_\_

7- Eu sei que ninguém gosta da Francisca no infantário \_\_\_\_\_

8- Eu não gosto quando o meu pai se zanga \_\_\_\_\_

9- Na maior parte das vezes quem me bate é a minha mãe/pai \_\_\_\_\_

10- Gostaria mais que o meu irmão/irmã fosse mt amigo \_\_\_\_\_  
irmã: beincosse comigo.

11- Aquilo que gosto mais é de beijar a minha irmã \_\_\_\_\_

- 12- Na minha escola sinto-me feliz
- 13- A minha professora é a minha e gostadora
- 14- Estou preocupado porque a minha irmã aleija-se
- 15- Eu tenho medo quando estou no escuro
- 16- Eu fico zangado quando o meu irmão me bate ou grita
- 17- Eu gostaria mais de beincar q a minha irmã
- 18- Eu queria ter outra irmã
- 19- O meu maior desejo é ser sereno
- 20- Custa-me muito que me batem
- 21- Eu penso muitas vezes que quero beincar a a minha irmã
- 22- Eu fico muito assustado quando estou as escuros
- 23- Eu sonho algumas vezes que mts coisas boas e outras coisas más
- 24- Eu não quereria nunca q o meu irmão me bata e q a  
mh irmã me f levasse.

- 25- Fico muito contente quando <sup>mh</sup> criança faz festinhas ou beirada cong.
- 26- Se eu pudesse histo ter um sobrinho.
- 27- Se tivesse muito dinheiro podia comprar tudo q quisesse.
- 28- Eu tenho muita pena por causa de uma bratense.
- 29- Quando vejo a minha mãe a chorar eu nunca vi.
- 30- Eu nunca me queixo quando meo ponto bebe.
- 31- Eu gosto de ver que televisão.
- 32- Eu queixo-me muito de o meu irmão e o brato.
- 33- Quando for grande quero ser educadora de infância.
- 34- Eu tenho vergonha de estar nua.
- 35- Os meus livros preferidos são muitos.
- 36- Se eu tivesse de ir para uma ilha deserta levaria comigo loureira  
porque eu ã podia roubar, e assim já podia.
- 37- Eu sou Linda

38- A minha família é mt bonita.

39- Na minha família de quem gosto mais é de todos  
Porque são mt meus amigos.

40- Os meus amigos são mt fixos.

41- Esta escola é fixe.

42- A pior coisa que me aconteceu foi o velho irmão bater-me.

43- A melhor coisa que me aconteceu foi brincar q a mh irmã.

44- Neste momento gostaria de brincar q a mh irmã.

# WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

## WISC-III™

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

Nome: **I. [illegible]**  
 Sexo: **feminino**  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Anos de Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Local de Avaliação: **centro de saúde**  
 Examinador: **Stéphanie Araújo**

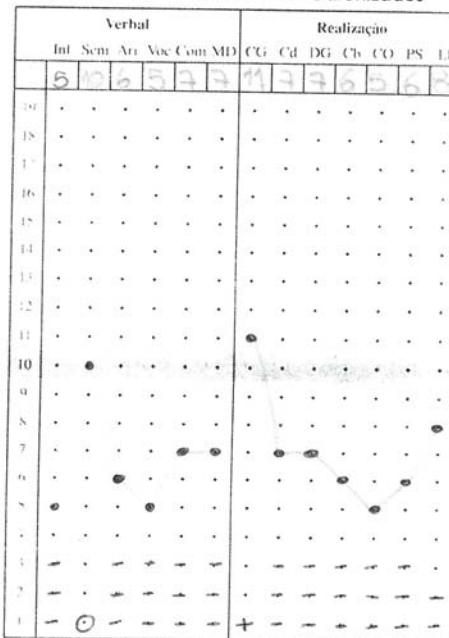
	ANO	MÊS	DIA
Data de avaliação	2012	02	22
Data de nascimento	2003	03	06
IDADI	8	11	16

Subtestes	Resultados Índices	Resultados Padronizados				
		Verb	Reat	CV	OP	VP
Completamento de Figuras	17		11		11	
Intonicação	20	5		5		
Cópias	7		7			7
Sequências	7	10		10		
Dispositivo de Gravuras	12		7		7	
Arbitragem	8	6				
Cubos	14		6		6	
Vocabulário	9	5		5		
Composição de Palavras	9		5		5	
Compreensão	8	7		7		
Percurso de Símbolos	10		6			6
Matriz de Dígitos	9	7				
Labirinto	13		8			
<b>Soma dos Resultados Padronizados</b>		<b>33</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>13</b>

Soma dos Resultados Padronizados  
**69**

	Resultado	QI Índice	Percentil	10% Intervalo de confiança
Verbal	33	75	5	77-83
Realização	36	78	7	73-88
Escala Completa	69	73	4	69-83
CV	27	78	7	73-87
OP	29	81	10	76-91
VP	13	81	10	76-94

### WISC-III Perfil de Resultados Padronizados



### WISC-III Perfil de Índices Factoriais (opcional)

Idade	ICV				IOP				IVP	
	Inf	Sem	Voc	Com	CG	DG	Cb	CO	Cd	PS
19										
18										
17										
16										
15										
14										
13										
12										
11										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										

CO  
V

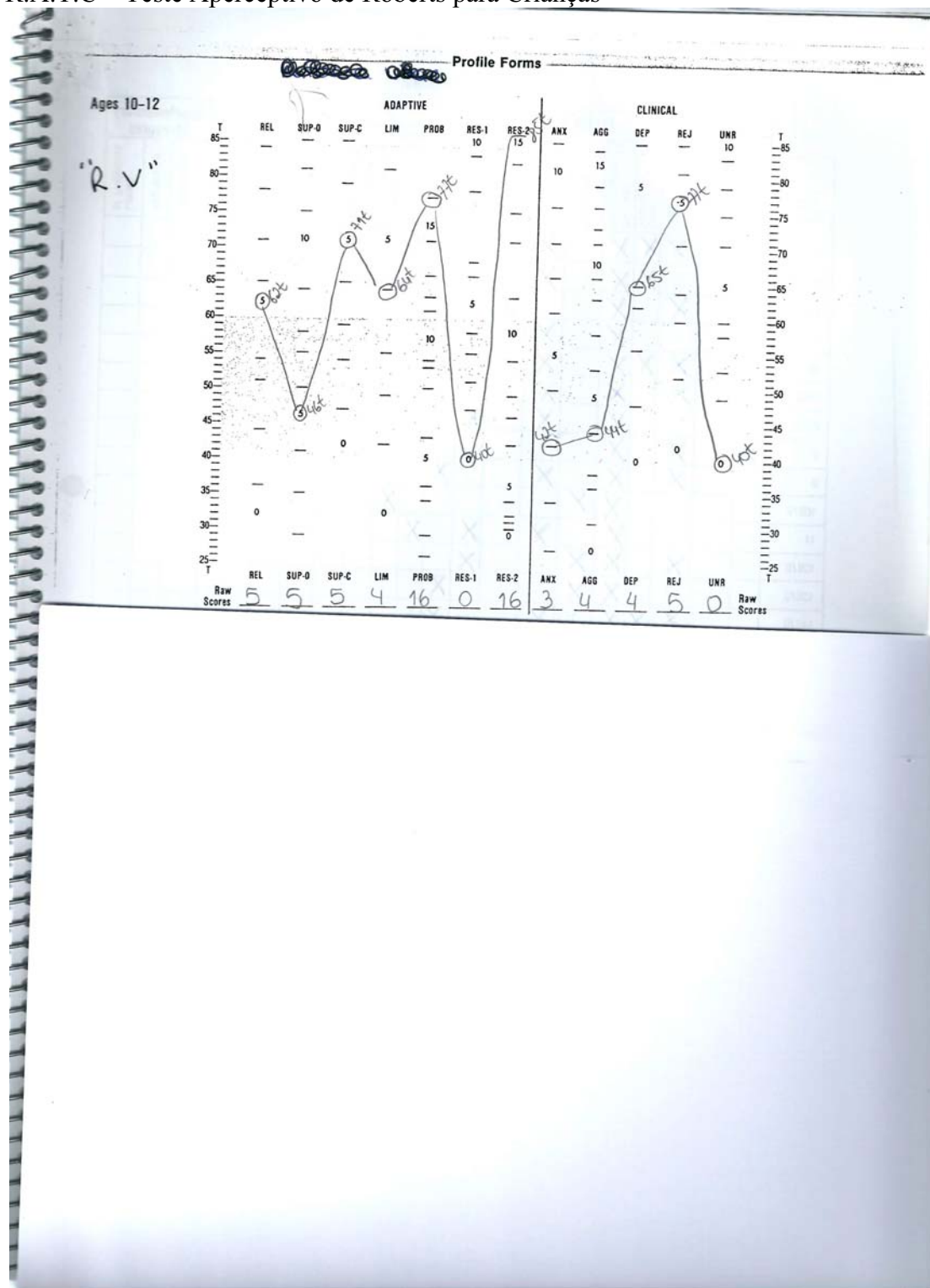
Anexo V – Caso “R.V”

Desenho Livre





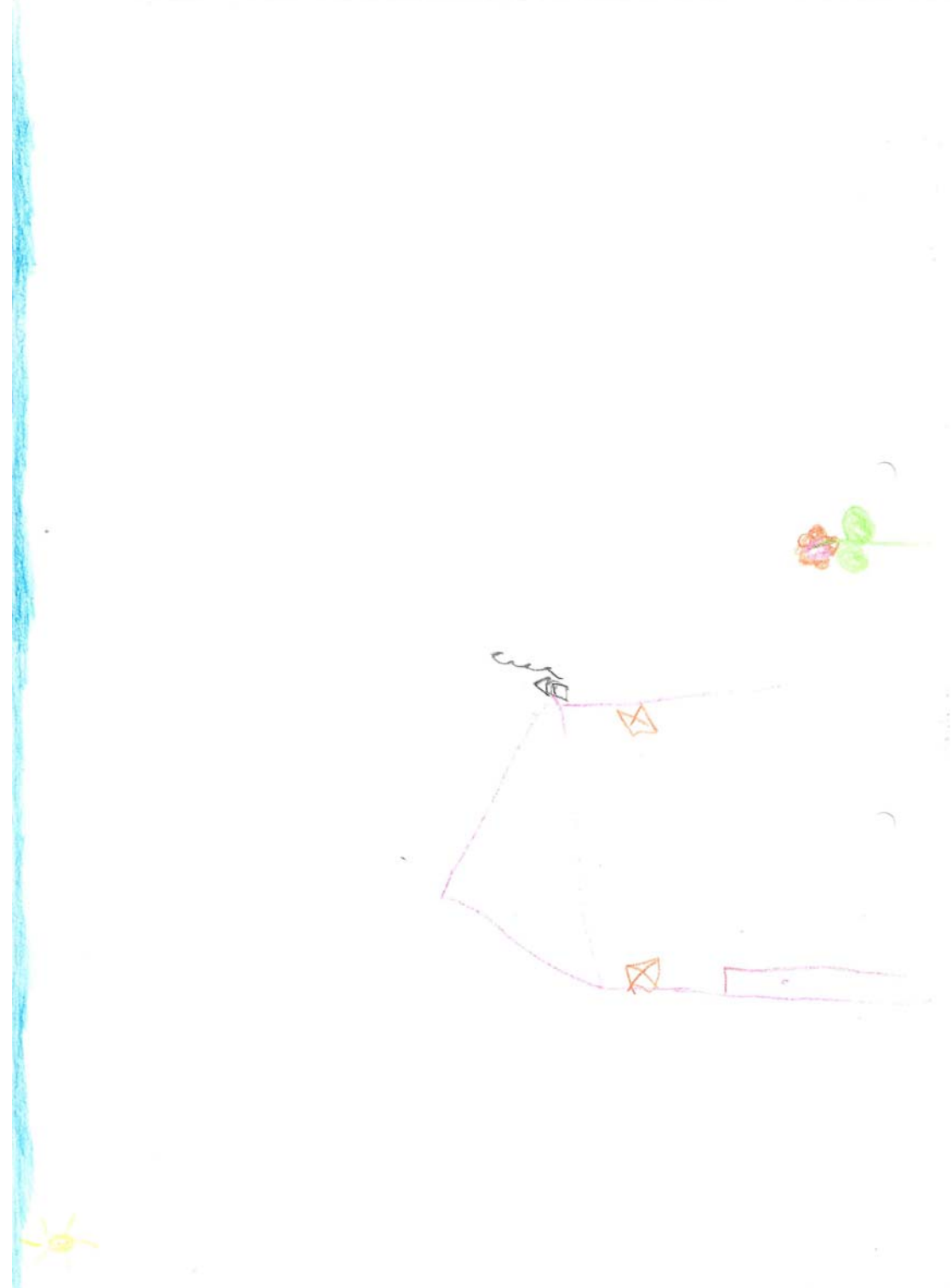
# R.A.T.C – Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças



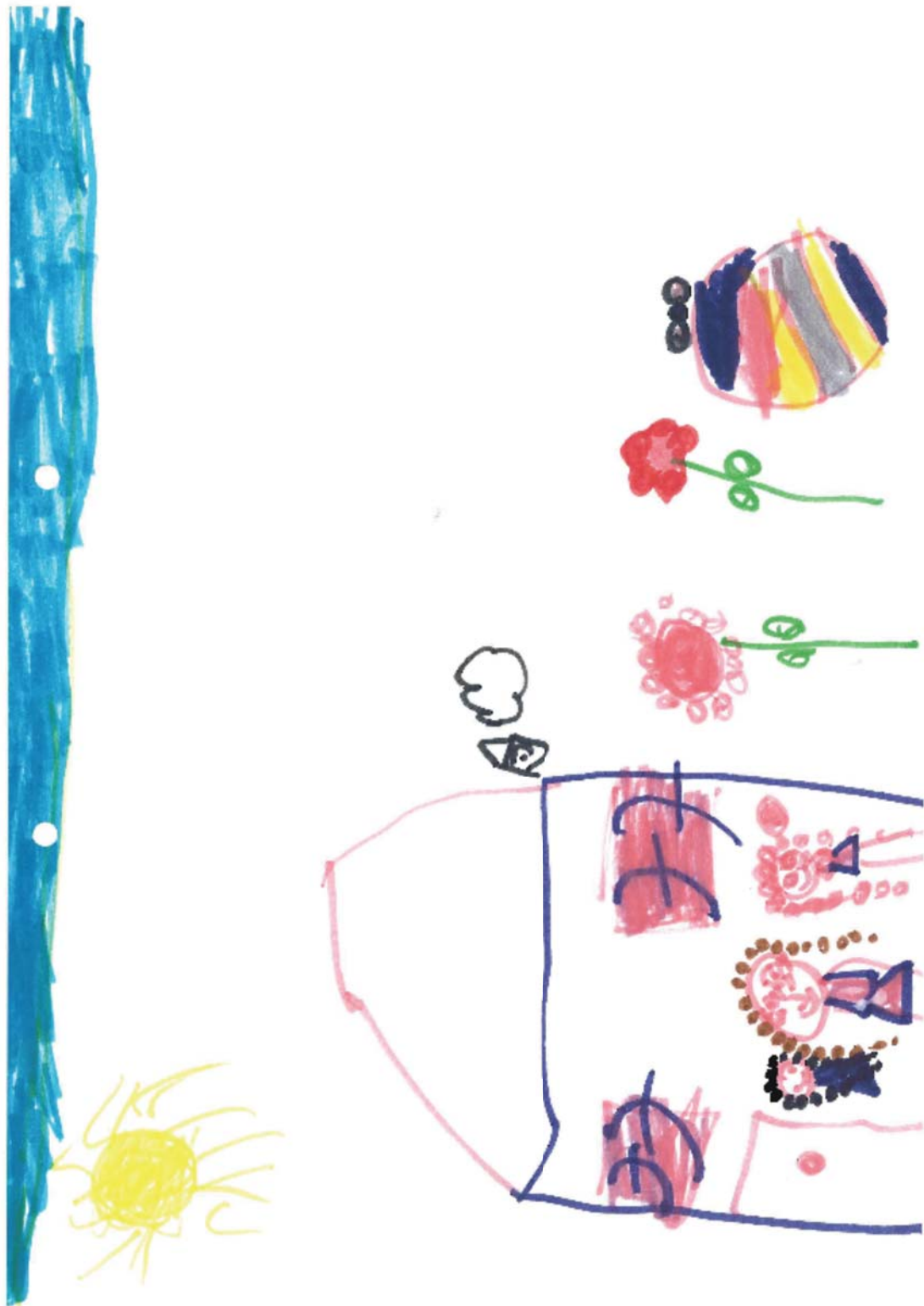
**Anexo VI – Estudo de caso Clínico – Caso “I.M”**

Desenho Livre

---



Desenho da Família



Questionário de Zelazosca

**Questionário de Zelazosca**

Nome: I H \_\_\_\_\_

Idade: 16 anos \_\_\_\_\_

Data: 27/06/12 \_\_\_\_\_

1- Em casa sinto-me sempre a brincar \_\_\_\_\_

2- O meu pai é só pi brincar \_\_\_\_\_

3- O que a minha mãe gosta mais é de ter sempre a brincar \_\_\_\_\_

4- Quando o meu pai volta a casa põe o carro na garagem \_\_\_\_\_

5- A maior parte das vezes a minha mãe brinca \_\_\_\_\_

6- O que o meu pai gosta mais é brincar \_\_\_\_\_

7- Eu sei que ninguém brinca \_\_\_\_\_

8- Eu não gosto quando o meu pai me bate \_\_\_\_\_

9- Na maior parte das vezes quem me bate é a mh mãe \_\_\_\_\_

10- Gostaria mais que o meu irmão/irmã brincasse \_\_\_\_\_

11- Aquilo que gosto mais é de brincar \_\_\_\_\_

12- Na minha escola sinto-me mal ✓

13- A minha professora é amiga.

14- Estou preocupado porque toh q fazer os trabalhos ✓

15- Eu tenho medo quando desligarem os lutos.

16- Eu fico zangado quando me batam =

17- Eu gostaria mais de brincar.

18- Eu queria brincar

19- O meu maior desejo é com mae, pai e mano

20- Custa-me muito que faça os trabalhos ✓

21- Eu penso muitas vezes que brincar

22- Eu fico muito assustado quando desligarem a luz.

23- Eu sonho algumas vezes que brinco

24- Eu não quereria nunca fazer os trabalhos. ✓

- 25- Fico muito contente quando brinco
- 26- Se eu pudesse brincar
- 27- Se tivesse muito dinheiro dava a minha irmã
- 28- Eu tenho muita pena por causa de a minha irmã no bato
- 29- Quando vejo a minha mãe a chorar eu vão atrás dela
- 30- Eu nunca me queixo quando estou a brincar
- 31- Eu gosto de ver que os animais
- 32- Eu queixo-me muito de baixiga
- 33- Quando for grande quero ser médica
- 34- Eu tenho vergonha de dizer algumas coisas
- 35- Os meus livros preferidos são os dos animais
- 36- Se eu tivesse de ir para uma ilha deserta levaria comigo nada  
porque \_\_\_\_\_
- 37- Eu sou amiga da minha irmã

38- A minha família branca

39- Na minha família de quem gosto mais é avô, pai e mãe e prima  
Porque fazem coisas e brincam comigo bruna.

40- Os meus amigos brancos

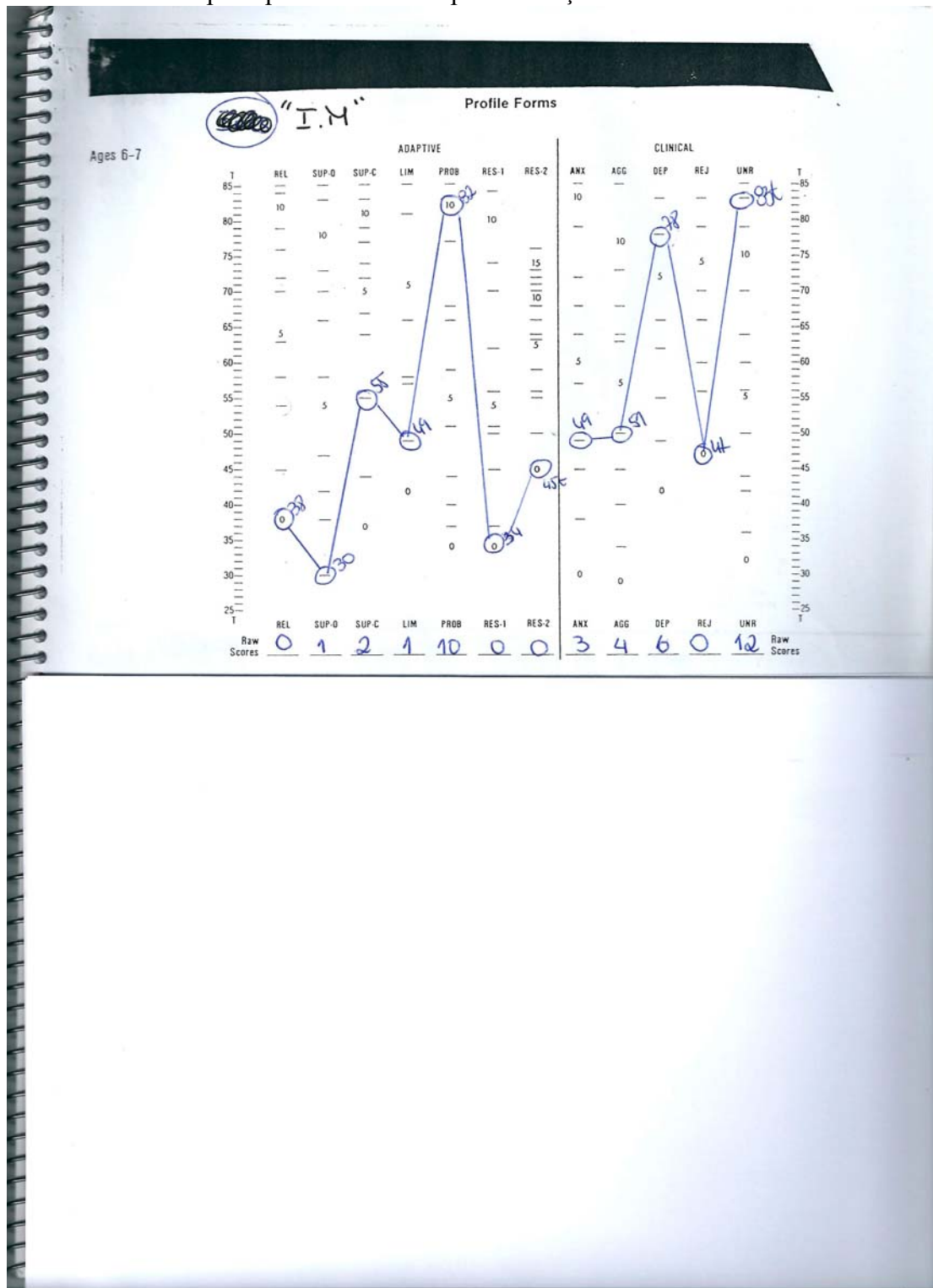
41- Esta escola gosto

42- A pior coisa que me aconteceu foi cair

43- A melhor coisa que me aconteceu foi brincar

44- Neste momento gostaria de brincar

R.A.T.C – Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças



WISC – III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

WISC III TM

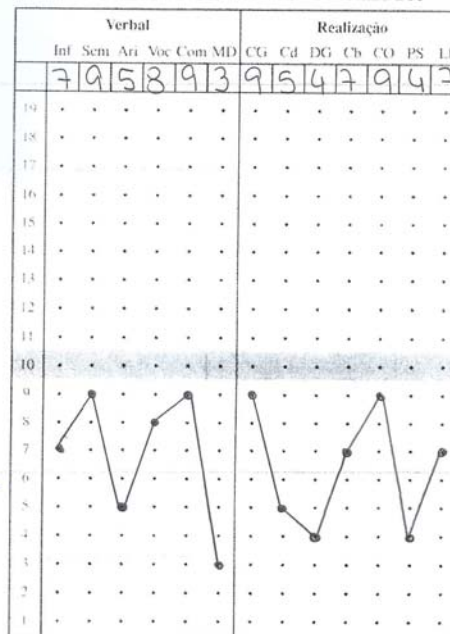
Sexo: feminino  
 Escola: \_\_\_\_\_  
 Ano de escolaridade: 1-ano  
 Local da Avaliação: Centro de saúde STT  
 Examinador: Stéphanie Araújo

	ANO	MÊS	DIA
Data de avaliação	2002	08	30
Data de nascimento	2005	06	14
IDADE	7	2	16

Subtestes	Resultados brutos	Resultados Padronizados				
		Verb	Real	CV	OP	VP
Completamento de Gravuras	12	9	9	9	9	
Informação	5	7	7	7	7	
Código	25	5	5	5	5	
Semelhanças	4	9	9	9	9	
Disposição de Gravuras	3	4	4	4	4	
Aritmética	5	5	5	5	5	
Cubos	6	7	7	7	7	
Vocabulário	9	8	8	8	8	
Composição de Objetos	16	9	9	9	9	
Compreensão	6	9	9	9	9	
(Pesquisa de Símbolos)	10	(4)			4	
(Memória de Dígitos)	5	(3)				
(Labirintos)	8	(7)				
Soma dos Resultados Padronizados		38	34	33	29	9
		Somatório da Escala Completa 72				

	Resultado	QI Índice	Percentil	90% Intervalo de confiança
Verbal	38	82	12	77-89
Realização	34	76	6	71-86
Escala Completa	72	(75)	5	70-85
CV	33	88	21	82-96
OP	29	81	10	76-89
VP	9	67	7	65-83

WISC-III Perfil de Resultados Padronizados



WISC-III Perfil de Índices Factoriais (opcional)

Idade	ICV				IOP				IVP	
	Inf	Sem	Voc	Com	CG	DG	Cb	CO	Cd	PS
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										



**AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A  
SAÚDE:  
“OS JOVENS E A SEXUALIDADE-  
II”**

Carolina Oliveira; Estela Castro; Estela  
Faria; Stephanie Araújo

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

Abril, 2012

**O que é para vocês a sexualidade?**



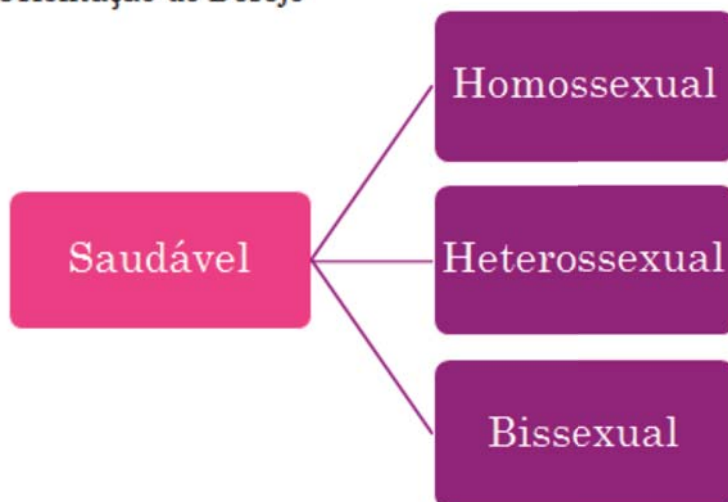
## SEXUALIDADE

- É uma energia que nos motiva a procurar amor contato, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual.
- Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental.



## Dinâmica de Grupo

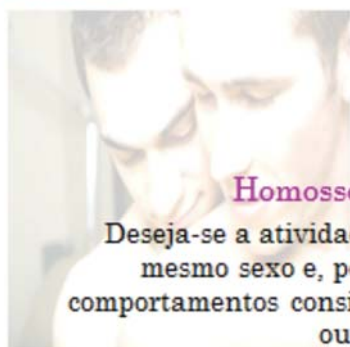
## Orientação do Desejo



## SAUDÁVEL

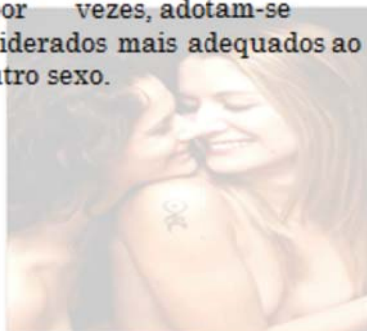


## SAUDÁVEL



### Homossexualidade

Deseja-se a atividade sexual com pessoas do mesmo sexo e, por vezes, adotam-se comportamentos considerados mais adequados ao outro sexo.



## SAUDÁVEL

### Bissexualidade

Consiste na atração física e emocional por pessoas tanto do mesmo sexo quanto do oposto, com níveis variantes de interesse por cada uma.



## SAUDÁVEL

### Transexualidade



Desejo persistente de se libertar dos próprios órgãos genitais e de substituí-los pelos do outro sexo;



Vontade persistente de viver com o outro sexo, adotando as suas roupas; comportamentos e maneira de viver;

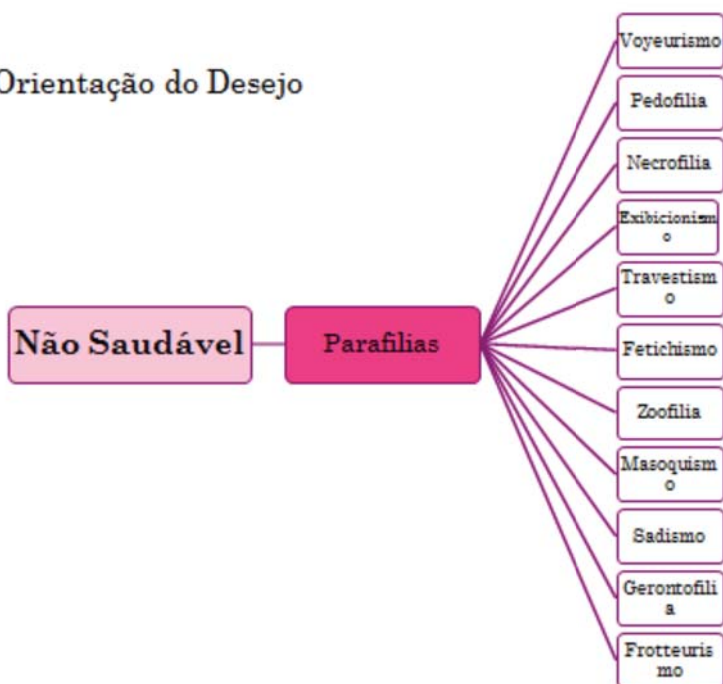
Sentimento persistente de mal-estar em relação ao próprio sexo somático (órgãos genitais e figura corporal).

## NÃO SAUDÁVEL

### o Parafilias

- O objeto de desejo é:
  - o Uma coisa, um animal ou uma pessoa que não consente e não tem capacidade para consentir conscientemente. Pode ser em forma de agressão.
- O comportamento caracteriza-se por ser:
  - o Persistente e repetitivo.

## Orientação do Desejo



## PARAFILIAS

### Voyeurismo

Consiste na observação de pessoas nuas e/ou a praticar qualquer tipo de atividade sexual, a fim de obter excitação sexual.



## PARAFILIAS



### Pedofilia

Consiste na excitação e no prazer sexual que homens e mulheres obtém através de atividades ou fantasias sexuais com crianças.



## PARAFILIAS

### Necrofilia

Trata-se da atração e prática sexual por cadáveres.



## PARAFILIAS

### Exibicionismo

É um desvio sexual manifestado pelo desejo incontrolável de obter satisfação sexual no fato puro e simples de exhibir os órgãos genitais a outros.

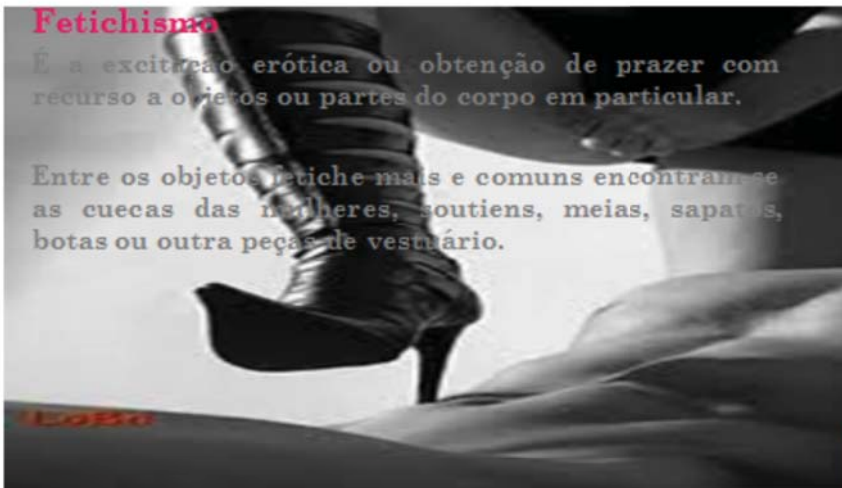


## PARAFILIAS

### Fetichismo

É a excitação erótica ou obtenção de prazer com recurso a objetos ou partes do corpo em particular.

Entre os objetos fetiche mais e comuns encontram-se as cuecas das mulheres, soutiens, meias, sapatos, botas ou outra peças de vestuário.



## PARAFILIAS

### Masochismo

Uma pessoa procura prazer ao sentir/imaginar dor.

Em muitos casos pode existir humilhação verbal sendo esta a fonte de prazer uma vez que esta situação provoca um sentimento de inferioridade perante o parceiro sexual.

O masochismo é uma tendência oposta e complementar ao sadismo. Uma relação onde as duas tendências se complementam é denominada sadomasoquista.



## PARAFILIAS



### Zoofilia

Atração ou envolvimento sexual de humanos com animais de outras espécies.

## PARAFILIAS

### Sadismo

Denota a excitação e prazer provocados pelo sofrimento do parceiro/a.

O foco do sadismo sexual envolve atos (reais, não simulados) que levam à excitação sexual através do sofrimento psicológico ou físico (incluindo humilhação) do parceiro/a.



## PARAFILIAS

### Gerontofilia

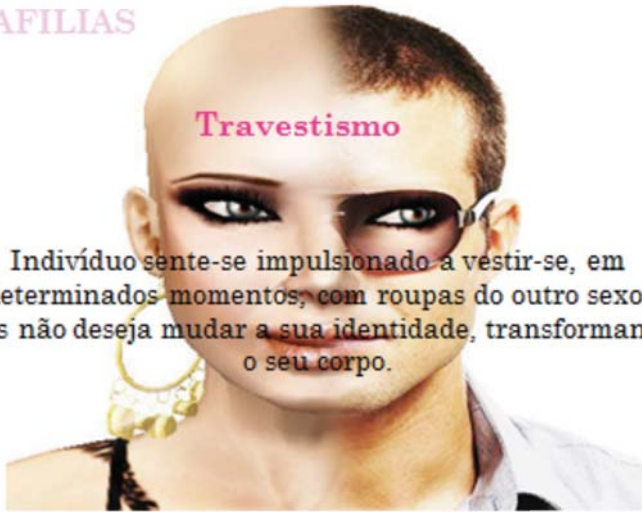
Preferência/ tendência para manter relações sexuais com pessoas idosas.



## PARAFILIAS

### Travestismo

Indivíduo sente-se impulsionado a vestir-se, em determinados momentos, com roupas do outro sexo, mas não deseja mudar a sua identidade, transformando o seu corpo.



## PARAFILIAS

### Frotteurismo

Implica tocar e roçar-se num sujeito que não consente. O comportamento ocorre frequentemente em lugares com muitas pessoas dos quais pode fugir mais facilmente à detenção.

O sujeito roça os seus genitais nas coxas e nádegas da vítima ou acaricia com as mãos os genitais ou os seios da mulher.

Enquanto faz isto fantasia habitualmente uma relação possível, exclusiva e carinhosa com a vítima.



## SESSÃO 2

- **Quando/qual a idade em que decidimos a nossa orientação sexual?**
- **Quais os fatores que nos levam à decisão?**
- **Quais as várias formas de orientação sexual que existem?**
- **Orientação sexual ou do desejo é a mesma coisa que comportamento sexual? Porquê?**
- **O que é homossexualidade?**
- **O que é bissexualidade?**
- **O que é heterossexualidade?**
- **O que é a transsexualidade?**
- **O que significa ser bissexual, heterossexual ou homossexual?**

## SESSÃO 3

- **Situações discriminatórias**
- **Soluções propostas**

## Anexo VIII – PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar “Os Jovens e a Sexualidade”

### História da Maria e Manel

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

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

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

Manel quer muito perder a virgindade com a Maria mas não lhe diz que tem receio de não ter erecção e de lhe dar prazer.

No sábado à noite tiveram uma primeira relação coital.

Dois meses após a Maria estava grávida de 8 semanas.

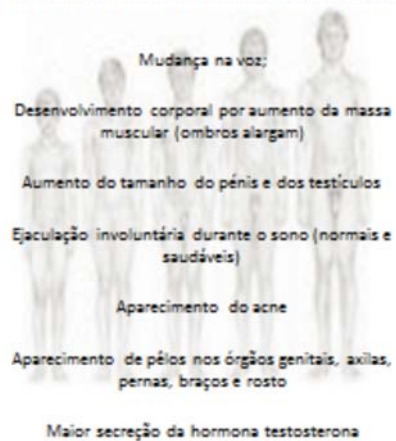




## Puberdade

Marca o início da vida reprodutiva de rapazes e raparigas e é caracterizada por mudanças fisiológicas e psicológicas.

### Caracteres sexuais secundários masculinos



### Caracteres sexuais secundários femininos





## Adolescência

A adolescência implica mudanças físicas e emocionais e representa também um momento de crise. A adolescência não é uma simples adaptação às transformações corporais, mas sim um período no ciclo de vida que corresponde a diferentes tomadas de posição sentidas ao nível social, familiar e também sexual.



## **A "Melhor Altura"**



- ✓ Não há "a melhor altura" para a primeira relação sexual.
- ✓ A "melhor altura" não é igual para todos. Para uns pode ser mais cedo, para outros pode ser mais tarde.
- ✓ Só tu sabes e sentes quando chega "o momento". Mas, atenção às pressões, elas não são verdadeiras razões!



## **Alguns motivos para iniciar a actividade sexual...**

- Ter uma pessoa com quem te sentes bem;
- Estar apaixonado;
- Ambos estarem em sintonia;
- Estar bem informado(a) sobre a contraceção, de forma a estares protegido das doenças sexualmente transmissíveis (Sida) e de gravidez não planeada;
- Ambos podem usufruir de um espaço para conversar e decidir quando e como o querem fazer.

### ***Aprender a dizer: não!***



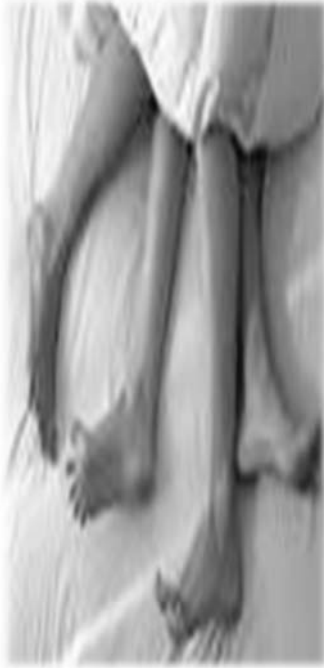
- ✓ Ninguém te deve forçar a ter relações quando não o desejas. Talvez, ao princípio, sintas desejo, mas depois já não. Todas as pessoas têm direito a mudar de ideias, recusar e dizer não!
- ✓ Não é fácil, sobretudo se estás apaixonada e tens medo de perder aquela pessoa especial. Mas, é melhor aprender a dizer não, que ceder a pressões e aceitar algo que não desejas.

### ***Aprender a dizer: não!***



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

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



### ***Ser Virgem... a primeira vez***

- Não o queres fazer com qualquer pessoa e ainda não encontraste quem corresponda verdadeiramente ao que desejas... então o melhor será esperar.
- Não existe um prazo de validade para perder a virgindade.
- É natural que tenhas vários medos e dúvidas sobre as relações sexuais.
- Procura encontrar alguém de confiança com quem possas conversar abertamente sobre os teus medos e dúvidas.



### ***Alguns Medos para Ele e Ela...***

- ✓ Medo de não estar à altura;
- ✓ Medo da dor e de ter vontade de parar;
- ✓ Ter vergonha de expor o próprio corpo;
- ✓ Medo de não ser aceite;



## **Alguns medos para Ele e Ela.**

..

- ✓ Medo de não conhecer outras zonas corporais que te podem dar prazer ou excitar;
- ✓ Medo de não gostar ou de gostar muito;
- ✓ Medo de não ser capaz de ter prazer;
- ✓ Medo de se arrepender;



## **Para elas...**

- ✓ Descontrair não é tarefa fácil...
- ✓ Se a ansiedade for elevada pode comprometer a lubrificação vaginal e causar dor.

## **Para eles...**

- ✓ Ejaculação Prematura
- ✓ Medo de não conseguir ter erecção

## *Com as emoções ...*

- As relações sexuais podem ser dotadas de vários tipos de emoções:
  - Não é necessário amar para ter relações sexuais
  - A intimidade é uma ligação afectiva/emocional entre duas pessoas.

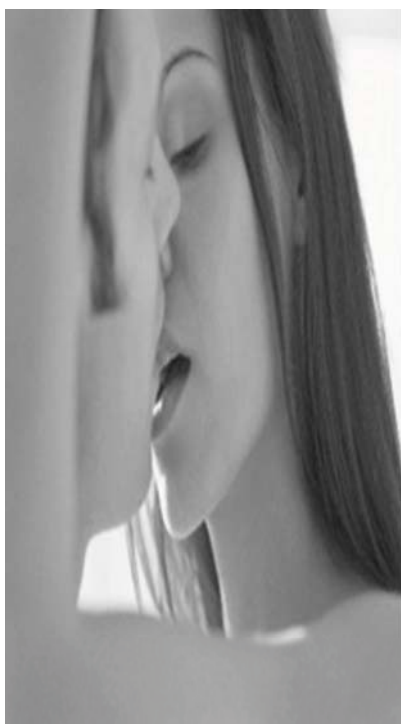


## *Relação sexual*

Encontros sexuais acontecem quando há correspondência de desejos entre um rapaz e uma rapariga que estão na mesma onda!

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

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



## **Preliminares**

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



## **Excitação**

✓ A excitação que leva ao prazer pode ser obtida por estímulos físicos e/ou psíquicos.

Rapaz	Rapariga
<ul style="list-style-type: none"><li>• A excitação causa um afluxo de sangue no pênis provocando uma ereção.</li><li>• O pênis endurece, toma uma cor mais escura e atinge a sua grossura e o seu comprimento máximo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O sangue afluxa até à vulva e à vagina que fica mais húmida. Esta lubrificação prepara a penetração.</li></ul>



## Prazer

Rapaz	Rapariga
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Chegado a um certo grau de excitação, obtêm o prazer ao mesmo tempo que saio esperma, sendo impossível reter a ejaculação.</li> <li>•Depois do orgasmo segue-se uma fase de relaxamento, durante a qual o pénis perde a rigidez (chama-se período refractário ou de resolução). É frequente o homem ter vontade de dormir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O prazer sexual é provocado pela estimulação do clítoris (directa ou indirecta) e pela penetração.</li> <li>•O orgasmo é associado às contracções involuntárias dos músculos da vagina.</li> <li>• Após o orgasmo segue-se a fase de relaxamento, no entanto, a excitação na rapariga vai diminuindo lentamente ao contrário do que acontece no rapaz.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A intensidade do orgasmo pode variar segundo as circunstâncias quer no rapaz como na rapariga.</li> </ul>	



## Acto Sexual

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

Sexo anal – Prática sexual onde o órgão genital masculino é introduzido no ânus.

Sexo oral - consiste em toda a actividade sexual onde ocorre estímulo dos genitais com a boca e a língua

Existem outras formas de obter prazer (masturbação...)

## ***Gravidez na Adolescência***



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



## ***Tomada de Decisão***

Uma gravidez precoce não planeada implica sempre uma tomada de decisão. Na tomada de decisão, é importante procurar o apoio de uma ou mais pessoas para se conseguir lidar melhor com esta nova situação. Uma criança precisa de afecto, amor e disponibilidade durante vários anos, sendo por isso necessário avaliar de forma consciente e responsável as decisões a tomar.



### ***Implicações de ser adolescente e estar grávida:***

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



### ***Implicações de ser adolescente e estar grávida:***

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



## ***Interrupção Voluntária da Gravidez***

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

A IVG pode ser realizada em caso de mal formação congénita ou doença grave, nas primeiras 24 semanas de gravidez, ou até às 10 semanas de gravidez, por opção da mulher grávida.

### **Relativamente à idade podem ser sujeitas à IVG:**

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

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



## ***Interrupção Voluntária da Gravidez***

### Confidencialidade Médica:

Os médicos e os restantes profissionais de saúde ficam vinculados, obrigatoriamente, ao dever de sigilo profissional.

### Informação e Acompanhamento:

Deve ser facultado à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável;

Devem ser disponibilizados, para além das consultas de Ginecologia e Obstetrícia, serviços de apoio Psicológico e de Assistência Social.

## **Anexo VIV – Questionários de opinião primeira versão (PNSE)**

1ª Versão

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O que gostei mais na formação foi?

---

---

---

O que gostei menos na formação foi?

---

---

---

Hoje aprendi:

---

Durante os jogos/dinâmicas senti-me:

Nada confortável

Pouco confortável

Moderadamente confortável

Muito confortável

Muitíssimo confortável

Apetece-me dizer:

---

---

---

---

## Anexo X – Questionário de opinião segunda versão (PNSE)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classifique a intensidade que gostou da formação:

- Não gostei nada
- Gostei pouco
- Gostei moderadamente
- Gostei muito
- Gostei muitíssimo

Classifique o que considera ter aprendido na formação:

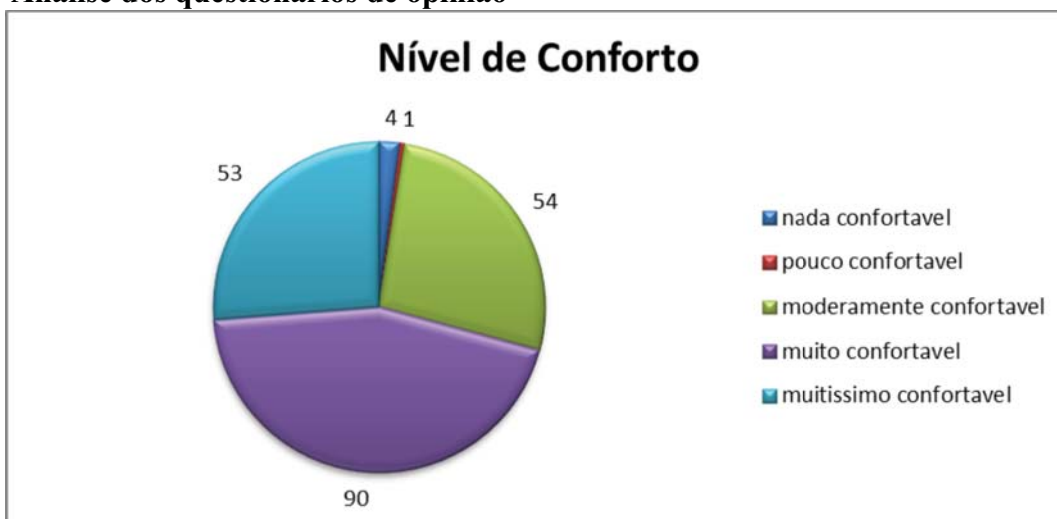
- Não aprendi nada
- Aprendi pouco
- Aprendi moderadamente
- Aprendi muito
- Aprendi muitíssimo

Durante a formação senti-me:

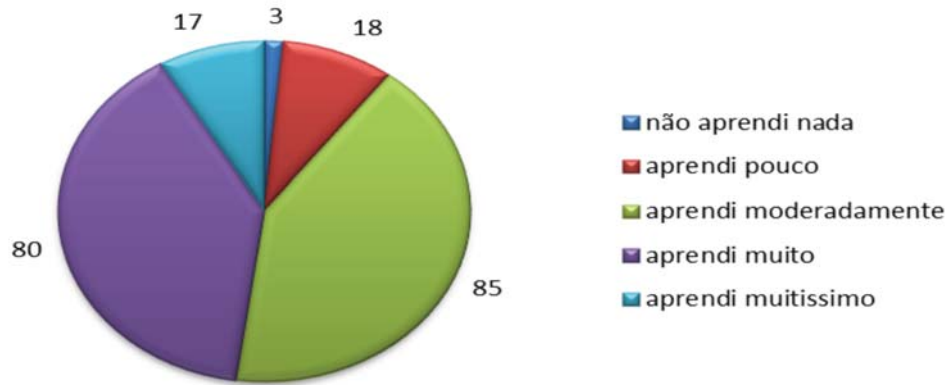
- Nada confortável
- Pouco confortável
- Moderadamente confortável
- Muito confortável
- Muitíssimo confortável

Sugestões/ Críticas/Comentários:

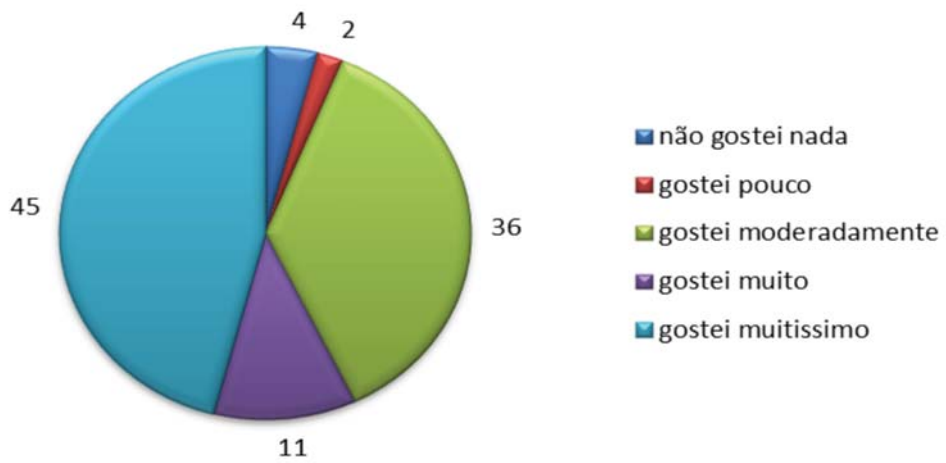
### Análise dos questionários de opinião



### Nível de Aprendizagem



### Nível de Satisfação



**Anexo XI – PASSE**

**Sessão 3: Somos únicos e insubstituíveis**

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

## Sessão 7: Um passeio pelo país dos alimentos

Sessão 7	
<b>Um passeio pelo País dos Alimentos</b>	
Metas	Desenvolvimento das capacidades de trabalho de grupo
	Concretização das características de uma alimentação saudável
Objectivos	Identificação de regras alimentares promotoras de saúde
	Tomada de consciência de hábitos alimentares pouco saudáveis
Planificação da sessão	1ª fase: Reapresentação da aliança de trabalho
	2ª fase: Condução da dinâmica "Exame de Condução"
	3ª fase: Desenho de sinais de trânsito alimentares
	4ª fase: Súmula das Aprendizagens
Material necessário	Lista de perguntas sobre as regras de uma alimentação saudável
	Folhas com sinais de trânsito para pintar

## **Anexo XII – PASSE de Rua**

### **PASSE na RUA**

(in Jornal de Santo Tirso, Julho 2012)

Nos dias 13 e 14 de Junho de 2012 entre as 9 e as 13 horas, decorreu nas instalações das Escolas E.B. 1 do Foral e Centro Escolar de Água Longa (respetivamente) o PASSE na Rua.

Neste evento participaram 250 alunos, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos. Num conjunto de atividades que promovem hábitos alimentares saudáveis e o exercício físico, que é gerido pelo Departamento Saúde Pública da ARS Norte e em parceria com a Direção Regional de Saúde Norte, o PASSE na Rua “Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar” é um percurso de jogos predestinados aos alunos, que de uma forma lúdica, permite a integração de conhecimentos.

O PASSE na Rua é constituído por 6 jogos, dos quais foram realizados apenas 4, o jogo 1 “Passas tu, Passarei eu” consiste num tabuleiro de casas em que cada equipa de crianças lança os dados e avança o número de casa correspondente, havendo 22 casas numeradas e diversas casas especiais (pensar, descobrir, consumir e saber). Nessas casas especiais o delegado do grupo chamava o restante grupo e era-lhe colocada uma questão alusiva a casa especial correspondente; o jogo 2 “Comer devagar” simulando o aparelho digestivo tem como objetivo dar a conhecer à criança o processo digestivo (colher – boca – esófago – estômago - intestino delgado - intestino grosso); o jogo 3 “Se eu escaPASSE ao intruso” tem como finalidade o transporte de alimentos saudáveis de um extremo do campo para outro, como intruso existiam crianças chamadas “gulodices” que tentavam impedir de cumprir a tarefa; e, o jogo 6 “Roleta dos alimentos” em forma de roda dos alimentos gigante cada criança roda a roleta e na fatia correspondente que lhe calhou em sorte e é-lhe colocada uma questão.

Foi entregue a cada criança um PASSEporte individual onde era carimbado a sua passagem por cada jogo.

É importante referir que, como merenda, foi fornecido a cada criança uma garrafa de água e uma peça de fruta (maçã ou pêra). No final das atividades como prémio de participação foram distribuídos bonés, bolsas e canetas. Para tal contamos com o

patrocínio do Continente (merendas), da Câmara Municipal de Santo Tirso (transporte Kit PASSE na Rua).

A alegria e a animação estiveram sempre presentes em todas as crianças, professores, auxiliares e Equipa PASSE da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde Santo Tirso (constituída por uma nutricionista e uma nutricionista estagiária, uma psicóloga e quatro psicólogas estagiárias e duas enfermeiras).

Mais uma vez é de realçar a intervenção da equipa PASSE Na Comunidade Escolar, a nível da promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis.

Unidade de Cuidados na Comunidade – Equipa PASSE

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos



**PASSE**  
PROGRAMA DE AVALIAÇÃO  
DA SAÚDE ESCOLAR

Pergunta	Resposta
1. Quais são os nutrientes que nós fornecemos em maior quantidade?	Hidratos de carbono ou Glicídios
2. Quais as suas principais funções?	Energética
3. Quantas porções devemos comer por dia (mínimo e máximo)?	4 a 11
4. Qual o "peso" (percentagem) que devem ter na alimentação diária? (questão para alunos de 4º ano)	28%
5. Qual é o tamanho deste grupo na Roda dos Alimentos?	Grande.
6. Fornecem fibras?	Sim se forem integrais.
7. Sou amarelo, sirvo para fazer farinha e flocos de cereais. Eu sou o...?	Milho.
8. Somos ricos em gordura?	Não.
9. Devemos estar em que refeições do dia?	Em todas: pequeno-almoço, almoço, jantar, merendas, ceia ...

# PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos



PROGRAMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

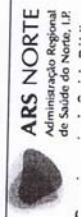
Hortícolas	
Pergunta	Resposta
1. Quais são os nutrientes que nós fornecemos em maior quantidade?	Fibras, vitaminas, minerais e água.
2. Quais as suas principais funções?	Reguladora.
3. Quantas porções devemos comer por dia (mínimo e máximo)?	3 a 5
4. Qual o "peso" (percentagem) que devem ter na alimentação diária?	23%
5. O que lhes dá tanta cor?	Os pigmentos (clorofila)
6. Que quantidade mínima devemos comer por dia?	3 porções.
7. Onde podemos incluí-los de modo a aumentar a ingestão diária?	Na sopa e no prato.
8. É igual uma chávena almoçadeira de hortaliças cozinhadas e uma chávena almoçadeira de hortaliças cruas?	Não. Uma chávena de hortaliças cozinhadas são o dobro da porção da mesma chávena se as hortaliças estiverem cruas.

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos



9. Têm cálcio?	Sim, principalmente os de folha verde escura.
10. Comem-se crus ou cozinhados?	De ambas as maneiras.
11. Em que refeições é costume come-los?	No almoço e no jantar.
12. Sou cor de laranja. Comem-me crua e cozida, no prato, na sopa ou em saladas. Eu sou a...?	Cenoura.
13. Sou verde e tenho folhas, utilizam-me para fazer saladas. Sou a...?	Alface.
14. Sou vermelho por fora e tenho sementes por dentro. Cortam-me às rodélas para fazer salada, mas posso ser utilizado de muitas outras maneiras. O meu nome é...?	Tomate.
15. Posso ser verde ou vermelho e sou muito apreciado a acompanhar sardinhas assadas. Sou a...?	Pimento

### Hortícolas (fim)



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

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos



PROGRAMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

Frutas	
Pergunta	Resposta
1. Quais são os nutrientes que nós fornecemos em maior quantidade?	Fibras, vitaminas, minerais e água.
2. Quais as suas principais funções?	Reguladora.
3. Quantas porções devemos comer por dia (mínimo e máximo)?	3 a 5
4. Qual o "peso" (percentagem) que devem ter na alimentação diária?	20%
5. Há frutas melhores e frutas piores?	Não. Todas as frutas são boas.
6. Porque são doces?	Porque têm um açúcar próprio: a frutose.
7. Em vez de comer fruta, podemos substituir por sumos naturais de fruta?	Não.
8. Se comer sopa de legumes todos os dias, já não preciso comer fruta?	Preciso na mesma porque as frutas e as hortaliças estão em grupos diferentes da roda, logo devo comer alimentos de ambos os grupos diariamente.



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

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos



**Passe**  
PROGRAMA ALIMENTAÇÃO  
SUSTENTÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

Pergunta	Resposta
1. Quais são os nutrientes que nós fornecemos em maior quantidade?	Proteínas
2. Quais as suas principais funções?	Constitutora
3. Quantas porções devemos comer por dia (mínimo e máximo)?	1,5 a 4,5
4. Qual o "peso" (percentagem) que devem ter na alimentação diária?	5%
5. Qual a quantidade de carne ou peixe que devemos comer no prato?	Mais ou menos a palma da mão.
6. Se comer peixe, devo comer maior quantidade do que se comer carne?	Não. São iguais.
7. De vez em quando, se não me apetecer carne nem peixe, posso substituir por ovo?	Sim, também pertence ao mesmo grupo.
8. Os ovos fazem mal à saúde?	Não. Estão na roda, por isso não fazem mal, desde que consumidos nas quantidades que a roda nos ensina.
9. Sou oval, tenho casca e sou muito rico em proteínas. Sou o...?	Ovo.



## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos

9. Na sobremesa do almoço e jantar, posso trocar a fruta por iogurte?	Não. Pertencem a grupos diferentes da roda. Não podemos substituir alimentos entre grupos diferentes
10. Por fora tenho uma casca acastanhada e peluda. Por dentro, tenho uma polpa verde e branca com pequenas sementes pretas. Eu sou o....?	Kiwi.
11. O ananás em lata pode substituir o ananás natural?	Não. Ao ananás em lata é acrescentado açúcar em quantidades elevadas.
12. Sou cor de laranja e redonda, além de ser rica em vitaminas. Mas tenho de ser descascada para me poderem comer. Sou a....?	Laranja ou tangerina.
13. Podemos substituir pêssego por gelatina de pêssego?	Não. A gelatina de pêssego sabe a pêssego mas não tem pêssego.
14. Uma tacinha de cerejas ou 20 morangos correspondem a uma porção de fruta?	Não. A tacinha de uvas sim mas 20 morangos ocupam mais que uma tacinha!
15. Se comer uma banana, uma pêra e duas tangerinas num dia, é saudável?	Sim. São 3 porções de fruta (as tangerinas são pequeninas)

**Frutas (fim)**

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos

10. Damos-te Energia?	Sim.
11. Venho da terra, sou redonda e tenho uma casca castanha. Também sou muito rica em amido. Sou a...?	Batata.
12. Sou feito de farinha, entre outros ingredientes e posso ser comido simples, mas também me usam para fazer sandes. Sou o...?	Pão.
13. Somos ricas em hidratos de carbono e podemos ter muitas formas: esguias, enroladas, canudos, estrelas, letras e outras. No prato, podemos substituir o arroz e as batatas. Somos as...?	Massas.
14. Do nosso grupo, quais os mais indicados para comer no almoço e no jantar?	Arroz, massa ou batata.
15. Somos muitos, somos grãos e a nossa cor é branca. Na embalagem somos duros, mas ficamos moles depois de cozinhados. Andamos todos juntos e somos o...?	Arroz.



## PASSE na Rua – Juego 6 – Roleta dos Alimentos

10. É igual comer um ovo ou uma omeleta?	Não. A omeleta leva outros ingredientes: vários ovos, queijo, sal, ...
11. Podemos substituir a carne por salsichas?	Não. As salsichas não estão na roda dos alimentos.
12. Podemos substituir a carne por rissóis de carne?	Não. Os rissóis não estão na roda dos alimentos.
13. Podemos substituir o bacalhau por bolinhos de bacalhau?	Não. Os bolinhos de bacalhau não estão na roda dos alimentos.
14. É mais saudável o peixe cozido, frito ou grelhado?	Cozido ou grelhado.
15. É igual comer ovo cozido ou ovo estrelado?	Não. Cozido só lhe acrescentamos sal. Frito acrescentamos sal e gordura para fritar.

### Carnes, pescado e ovos (fim)



**Passe**  
PROGRAMA ALIMENTAÇÃO  
SAZONAL EM SAÚDE ESCOLAR

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos

Pergunta	Resposta
1. Quais são os nutrientes que nós fornecemos em maior quantidade?	Proteínas, água e cálcio.
2. Quais as suas principais funções?	Construtora.
3. Quantas porções devemos comer por dia (mínimo e máximo)?	2 a 3
4. Qual o "peso" (percentagem) que devem ter na alimentação diária?	18%
5. Os magros (leite, queijo, iogurtes) têm menos cálcio que os meio gordos ou gordos?	Não. Têm menos gordura. A quantidade de cálcio é semelhante.
6. Somos ricos em que minerais?	Cálcio.
7. Temos vitaminas?	Sim. Vitamina D, por exemplo.
8. Posso substituir o pão com queijo por pão com fiambre?	Não. O queijo e o fiambre são diferentes.
9. À ceia, se não tiver vontade de beber leite, posso substituir por	Não. O queijo e a fruta estão em grupos diferentes. Não podemos

Leguminosas	
Pergunta	Resposta
1. Quais são os nutrientes que nós fornecemos em maior quantidade?	Hidratos de carbono, vitaminas, minerais e fibra.
2. Quais as suas principais funções?	Reguladora e energética.
3. Quantas porções devemos comer por dia (mínimo e máximo)?	1 a 2
4. Qual o "peso" (percentagem) que devem ter na alimentação diária?	4%
5. Em que refeições os podemos incluir?	No almoço e no jantar.
6. Diz nomes de alguns dos alimentos deste grupo.	Favas, feijões, ervilhas, lentilhas, grão-de-bico.
7. Somos alimentos de origem animal ou vegetal?	Vegetal.
8. Sou vermelho, mas também posso ser branco, preto ou até com duas cores. Eu sou o...?	Feijão.
9. Sou verde, redonda e pequenina. Entro na salada russa, mas também posso ser usada na sopa e no arroz. Sou o...?	Ervilha.



**Passe**  
PROGRAMA ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos

10. É correcto substituir arroz de ervilhas por arroz de feijão?	Sim. As ervilhas e o feijão estão no mesmo grupo da roda.
11. Podemos substituir o arroz por grão de bico?	Não. Estão em grupos diferentes da roda e não podemos substituir alimentos de grupos diferentes.
12. É igual comer ervilhas ou comer feijão?	Sim. Estão no mesmo grupo da roda.
13. Quais são as mais saudáveis, as ervilhas congeladas ou as enlatadas?	As congeladas. Não têm adição de sal nem conservantes.
14. Devemos comer mais vezes favas ou feijões?	Tanto faz. O ideal será variar dentro do grupo das leguminosas.
15. Os tremçoços fazem parte deste grupo?	Não.

### Leguminosas (fim)



**Passe**  
PROGRAMA ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos

Pergunta	Resposta
1. Quais são os nutrientes que nós fornecemos em maior quantidade?	Gorduras
2. Quais as suas principais funções?	Energética
3. Quantas porções devemos comer por dia (mínimo e máximo)?	1 a 3 -
4. Qual o "peso" (percentagem) que devem ter na alimentação diária?	2%
5. Qual é o tamanho deste grupo na Roda dos Alimentos?	Muito pequeno
6. Quanto é uma porção de azeite?	1 colher de sopa (10g)
7. Qual destes tem mais calorias: 10g de banha ou 10g de azeite?	Têm as mesmas calorias.
8. Qual é a gordura que devemos preferir?	As gorduras insaturadas, por exemplo, as que estão no azeite. Muito pouco de todos; como comemos muitas gorduras saturadas devemos reduzir o consumo; como comemos poucas insaturadas, aumentar



**Passe**  
PROGRAMA ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos

uma peça de fruta?	substituir alimentos entre grupos diferentes
10. Se comer pão com manteiga, devo beber menos leite nesse dia?	<b>Não. A manteiga está num grupo diferente do leite.</b>
11. Sou feitor de leite, mas posso ter sabor a fruta. Para não estragar, têm de guardar-me no frigorífico. Sou o...?	<b>Iogurte.</b>
12. Posso ser feitor de leite de vaca, cabra ou ovelha e posso ter muitas formas. Usam-me para fazer sandes. Sou o...?	<b>Queijo.</b>
13. Uma chávena de leite corresponde a quantos iogurtes?	<b>1 Líquido ou 1 e meio sólido.</b>
14. Porque é que devemos preferir o leite "branco" em vez de leite achocolatado ou com outros sabores?	<b>Porque o leite com sabor a chocolate ou outros tem adição de açúcar, gordura, ...</b>
15. Devemos comer iogurte à sobremesa do almoço e do jantar?	<b>Não. O iogurte é bom no pequeno-almoço, merendadas ou ceia.</b>

### Lacticídeos (fim)



**Passe**  
PROGRAMA ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL EM SAÚDE ESCOLAR

## PASSE na Rua – Jogo 6 – Roleta dos Alimentos

Sim (lipossolúveis – A, D, E e K)

9. Este grupo fornece vitaminas?	Sim (lipossolúveis – A, D, E e K)
10. Devemos comer gorduras todos os dias?	Sim. Têm um grupo na Roda. Pouca quantidade.
11. As batatas fritas são ricas em gordura?	Sim.
12. Eu sou a manteiga. Pertencço a este grupo ou ao dos lactínicos?	A este.
13. Sou feita a partir do leite, mas pertencço a este grupo. Utilizam-me para fazer chantilly. Quem sou eu?	Natas.
14. Sou o chocolate e tenho muita gordura. Pertencço a este grupo?	Não. O chocolate tem gordura, açúcar e cacau. Não tem grupo na Roda.
15. Sou a maionese e sou constituída quase só por gordura. Pertencço a este grupo?	Não. A maionese tem ovos, sal, outras especiarias, vinagre, ... A maionese não tem grupo na Roda.

**Gorduras e óleos ( fim)**