



# **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**

**Estela Patrícia Dias Fernandes de Castro**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2012



# Universidade Católica Portuguesa

## Centro Regional de Braga

### RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local do Estágio: Centro de Saúde de Santo Tirso

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

**Estela Patrícia Dias Fernandes de Castro**

Sob a Orientação da Mestre **Piedade Vieitas**  
Supervisão da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Costa** e  
Doutora **Ana Trovisqueira**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2012

## **Agradecimentos**

A elaboração deste relatório de estágio é o culminar de um ano repleto de aprendizagens que contribuíram para uma maior perceção do papel do Psicólogo nos cuidados de saúde primários.

Primeiramente, agradeço à instituição que me acolheu, por me ter proporcionado esta experiência e seus funcionários que me ajudaram a sentir-me integrada.

À Dr.<sup>a</sup> Ana Trovisqueira, supervisora de estágio, a enorme compreensão, força, incentivo, apoio e disponibilidade que demonstrou ao longo de todo ano.

Seguidamente, à minha orientadora local, Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas, agradeço o seu profissionalismo, dinamismo, simpatia, apoio e orientação.

Às minhas colegas de estágio, Carolina Oliveira, Estela Faria e Steffanie Araújo, pelos muitos momentos de boa disposição, carinho, força, lealdade e entre ajuda que me proporcionaram.

Ao Hugo Peixoto, pelo sempre apoio, partilha e paciência que sempre teve comigo.

À minha mãe que esteve sempre do meu lado e acompanhou com carinho e compreensão todo o meu percurso.

À “Tia Lena” pela sempre paciência, apoio, calma e disponibilidade em esclarecer-me quando eu a solicitava. Foi uma enorme ajuda!

## **Resumo**

O presente relatório de estágio está integrado no âmbito do estágio curricular do 2º ciclo do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia, Braga. O presente documento pretende definir em linhas gerais o estágio em Psicologia Clínica e da Saúde no Centro de Saúde de Santo Tirso, o qual se centra fundamentalmente no contexto de cuidados de saúde primários. Este relatório pretende elucidar o grau de aprendizagens verificadas, assim como a compreensão da experiência no Centro de Saúde de Santo Tirso. Posto isto, inicialmente, procedeu-se à caracterização da instituição, contextualização do papel do psicólogo nos cuidados de saúde primários e as atividades desenvolvidas ao longo do ano.

**Palavras-chave:** Estágio Curricular; Psicologia Clínica e da Saúde; Cuidados de Saúde Primários

## **Abstract**

This internship report is integrated within the curricular of the 2nd cycle of the Masters in Clinical Psychology and Health of the Portuguese Catholic University - Faculty of Philosophy, Braga. This document aims to define broadly the stage in Clinical Psychology and Health at the Health Center of Santo Tirso, which focuses primarily in the context of primary health care. This report aims to clarify the degree of learning analysis, as well as understanding the experience at the Health Center of Santo Tirso. Having said that, initially, we proceeded to characterize the institution, contextualizing the role of psychologists in primary care and the activities conducted throughout the year.

**Keywords:** Clinical Psychology and Health, Primary Health Care



## Índice

Introdução.....	2
I. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	3
1.1. O Centro de Saúde de Santo Tirso.....	3
1.2. O Papel do Psicólogo Integrado nos Serviços de Cuidados de saúde Primários4	
1.3. O Serviço de Psicologia no Centro de Saúde de Santo Tirso.....	5
II. ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO.....	7
2.1. Atividades de Observação.....	7
2.2 Atividades de Formação.....	8
2.2.1 Fundamentação Teórica das Ações de Formação.....	8
2.2.2 Os Jovens e a Sexualidade.....	8
2.2.3. PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar.....	10
2.2.4. PASSE de Rua.....	11
2.3. Avaliação Psicológica.....	12
2.4. Intervenção Psicológica.....	13
2.4.1.1 Caso “ RH”.....	14
2.4.3 Caso “FD”.....	25
2.4.4 Caso “ DM”.....	32
2.4.2 Intervenção em Grupo: “ Aprender e aceitar as diferenças”.....	37
2.4.2.1 Objetivos do Programa de Intervenção em Grupo.....	38
2.4.2.2 Estrutura do Programa.....	39
2.4.2.3 Avaliação do Programa/Limitações e Resultados.....	40
III - CASO CLÍNICO DESENVOLVIDO: “M.L.”.....	41
Reflexão Final.....	49
Referências Bibliográficas.....	50

## **Introdução**

O presente relatório pretende descrever as atividades que foram realizadas ao longo do ano letivo 2011/2012 relativamente ao estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia - Braga. As atividades desenvolvidas estão centradas no valor da Psicologia perante os serviços de saúde primários e foram realizadas no Aces de Santo Tirso.

De acordo com a importância do papel que o Psicólogo tem neste contexto de saúde as atividades desenvolvidas foram adaptadas aos objetivos desta instituição e aos objetivos específicos deste serviço de saúde. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas contemplam a aplicação de diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos da atividade psicológica, bem como o contacto e aprendizagem de boas práticas desenvolvendo assim competências adequadas e autónomas.

Posto isto, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes distintas. Primeiramente procedeu-se à descrição e caracterização do Centro de Saúde de Santo Tirso, à definição do papel do psicólogo nos cuidados de saúde primários e refletiu-se acerca das necessidades verificadas ao longo deste período. No que concerne ao segundo ponto, este pretendeu clarificar as atividades realizadas ao longo deste estágio em particular a observação, consultas de avaliação psicológica, consultas de intervenção individual em todas as faixas etárias (crianças, adolescentes e adultos), intervenção em grupo no âmbito da sexualidade; ações de formação/sensibilização no âmbito da educação para a saúde.

## **I. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL**

O estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde decorreu numa unidade de cuidados de saúde primários, no Centro de Saúde de Santo Tirso. Este ponto procura caracterizar o local de estágio, clarificando o papel da Psicologia neste contexto.

### **1.1. O Centro de Saúde de Santo Tirso**

O ACES de Santo Tirso foi inaugurado em Outubro de 2001 e situa-se na Rua do Jornal de Santo Tirso, conselho de Santo Tirso, distrito do Porto. Este serviço é um organismo público, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde e que depende orgânica e funcionalmente da Administração Regional de Saúde (ARS) - Norte.

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. Estes serviços estão descentralizados da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) estando comprometidos ao poder da sua direção, no qual desenvolvem a prestação de cuidados na doença, a ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados e desenvolvem atividades de promoção de saúde e de prevenção da doença. Para além disto, desenvolvem 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. É importante referir que a constituição dos centros de saúde foi alterada recentemente visto que anteriormente eram organizados pelo ACES.

O ACES de Santo Tirso é composto por quatro edifícios onde se encontra a Sede, em Santo Tirso que engloba também quatro unidades de saúde familiares (USF): a unidade de saúde familiar (USF) de Vil' alva; unidade de saúde familiar (USF) de Ponte Velha; unidade de saúde familiar (USF) de Veiga do Leça e unidade de saúde familiar (USF) de Caldas da Saúde. A principal função da unidade de saúde familiar (USF) é prestar cuidados de saúde próxima ao utente recorrendo a uma equipa multidisciplinar de profissionais.

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

É pertinente enquadrar o papel do psicólogo num centro de saúde para uma maior e melhor compreensão das suas funções nos cuidados de saúde primários.

A psicologia da saúde pretende a promoção e a manutenção da saúde e prevenir a doença (Simon, 1993; cit in Teixeira, 2004). O seu principal objetivo, através de intervenções psicológicas, é melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Os psicólogos que se direcionam para a compreensão da influência que os fatores biológicos, comportamentais e sociais refletem na saúde do utente são chamados de psicólogos da saúde. Os profissionais desta área podem centrar-se em diferentes aspetos como na promoção da saúde e prevenção da doença, trabalhando com fatores psicológicos enquanto outros estão centrados no ensino e formação de comportamentos saudáveis, por exemplo (Teixeira, 2004).

De acordo com Trindade e Teixeira (2007) é perceptível a necessidade da presença de um profissional para garantir à equipa multidisciplinar de cuidados de saúde primários e às direções um melhor entendimento acerca dos aspetos psicológicos associados à saúde, à prestação de cuidados, à gestão de recursos, à humanização dos serviços e à intervenção comunitária.

O psicólogo não é meramente um técnico de saúde mental, visto que este não se encontra apenas direcionado para a intervenção na psicopatologia nem à doença mental mas também, para a saúde global da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, da família e comunidade, e se focaliza na promoção do bem-estar psicológico, nos comportamentos, nos processos de adaptação à doença, na adesão de medicamentosa e nos comportamentos de utilização de serviços e recursos de saúde (Trindade & Teixeira, 2007).

Segundo Trindade e Teixeira (1994; cit in Trindade & Teixeira, 2007) a contribuição do psicólogo nos cuidados de saúde primários podem-se organizar em três áreas diferentes: na promoção da saúde, particularmente na implementação de práticas de saúde e de políticas de saúde que cooperam para o bem-estar da saúde individual e coletivo, bem como possibilitar aos utentes o aumento sobre o seu controlo de saúde e

integrando para ações de informação e educação para a saúde (e.g. escolas), de mudança organizacional e de desenvolvimento comunitário, procurando promover estilos de vida saudáveis; na proteção da saúde, nomeadamente na execução da segurança do trabalho, na precaução de acidentes, bem como tentar evitar as ameaças ecológicas para a saúde; nos serviços preventivos, particularmente na saúde materna, saúde infantil, saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, saúde geriátrica, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, das doenças cardiovasculares, dos tumores malignos, assim como nas contribuições que possam ser vantajosas na adesão a tratamentos, a programas de auto-cuidados, principalmente nas doenças crónicas e nos comportamentos saudáveis.

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

O serviço de consulta psicológica do Centro de Saúde de Santo Tirso tem como principais objetivos a avaliação psicológica e o acompanhamento de caso individuais (crianças, adolescentes, adultos e idosos). A sua referenciação é feita pelo médico de família das Unidades de Saúde Familiar (USF Ponte Velha; USF Vilalva; USF Veiga do Leça e USF Caldas da Saúde) e das Consultas de Recurso/ Reforço.

A marcação das consultas de psicologia é da responsabilidade do psicólogo/ estagiário de psicologia com o auxílio do administrativo responsável deste serviço. O tempo de espera varia entre os 30 a 45 dias. Salienta-se que em situações urgentes são marcadas consultas no próprio dia ou no decorrer de uma semana.

A consulta psicológica deste serviço inicia-se com a marcação da primeira consulta em que se explora o pedido com o utente. No caso de crianças, pré-adolescentes e adolescentes, as consultas posteriores (realizadas com os cuidadores) são dirigidas à recolha da história clínica/ anamnese. Nas consultas seguintes, procede-se à utilização de provas psicológicas. Terminado este processo, postula-se a necessidade de um acompanhamento psicológico e, numa consulta de devolução (realização de um entrevista de devolução), é dado a conhecer o parecer do profissional. É também realizada uma devolução, por escrito, ao profissional de saúde que encaminhou o utente. Este processo assume diferentes formas, de acordo com a faixa etária em que se inclui o individuo (Cunha, 2000). No caso das crianças, a entrevista de devolução é efetuada

com os pais/ responsáveis e, posteriormente, com a própria. A devolução deverá ser iniciada pelos aspetos positivos e posteriormente serão exploradas as áreas problemáticas (Cunha, 2000).

Importa ressaltar, que se o utente faltar a duas consultas consecutivas sem aviso prévio, precede-se ao término do processo clínico e é enviada, por escrito, esta informação ao profissional de saúde que o referenciou.

Ao nível das infraestruturas, verifica-se que a valência de psicologia possui apenas uma sala (atualmente, há três que podem ser utilizadas) o que condiciona a deslocação para os gabinetes de outros profissionais/ técnicos de saúde, uma vez que somos quatro estagiárias e a nossa orientadora. Esta limitação traduz-se num *setting* terapêutico impessoal, pois impossibilita a identificação com um espaço envolvente.

Para além disso, há a necessidade de integrarem mais um psicólogo, visto que apenas um profissional é manifestamente insuficiente devido ao elevado número de casos encaminhados para o Serviço de Psicologia.

## **II. ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO**

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; permite a recolha de dados sobre as atitudes comportamentais típicas e que dificilmente poderiam recolhidas de outra forma; não depende do grau de instrução do observado, entre outras (Ferreira & Mousquer, 2004).

Neste local de estágio foi facultado 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 ação de formação “ Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar” e o “ Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar”.

## **2.2 Atividades de Formação**

No âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença foram realizadas várias ações de formação com a temática da sexualidade e da alimentação, mais propriamente na vertente educativa. Em relação à sexualidade, as ações de formação pretenderam que esta fosse vivenciada positivamente, saudável e naturalmente aceite. Na ação de formação referente à alimentação, era nosso objetivo dar a conhecer como esta pode ser feita de forma saudável prevenindo situações de risco.

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

Em Portugal, têm sido desenvolvidos documentos legais, relativos à educação da sexualidade desde 1984 (Lei nº3/ 84). Importa referir que tem havido um reforço desta componente recentemente, nomeadamente com a publicação da Lei nº 120/ 99 e do Decreto de Lei nº 259/2000 que a regulamenta. Neste âmbito surge o PRESSE - Programa de Educação Sexual e Saúde Escolar, que tem como população-alvo alunos e professores do 1º, 2º, 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário, envolvendo também pais, encarregados de educação, pessoal não docente e restante comunidade, destacando-se o papel ativo de todos na implementação do programa. Assim, 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 relativas ao estágio.

### **2.2.2 Os Jovens e a Sexualidade**

A ação de Formação “ 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 para todos. 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, o que é indispensável para o tema em questão.

Os alunos foram colaboradores na grande maioria das sessões, revelaram interesse e apreensão de conhecimentos. Foram participativos e colocaram diversas dúvidas relacionadas com o tema, nomeadamente, em relação aos preliminares e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

É importante acrescentar que estas sessões foram complementadas com as ações de formação realizadas por enfermeiros do Centro de Saúde 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 variados conceitos, considerou-se apropriado abordar e identificar objetivos específicos das sessões, tais como:

- apresentar e aprofundar conhecimentos sobre aspetos biológicos, psicológicos e sociais da adolescência e sexualidade;
- alertar para as conseqüências físicas, 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.

Esta foi para mim uma das ações mais enriquecedoras devido ao contato que mantivemos com os alunos de várias escolas, com as próprias instituições que nos acolheram e ao papel desempenhado nesta atividade. A maioria das sessões foram de grande partilha onde houve a observação direta de aprendizagens por parte dos alunos e

também a nossa própria aprendizagem relativamente à abordagem e forma de apresentar este tema para proporcionar um ambiente de partilha entre todos. Denotei que houve uma evolução positiva da primeira à última sessão no ambiente que pretendíamos e na forma como foram debatidas as várias temáticas. Esta ação permitiu-me obter maior sensibilidade no relacionamento pessoal com esta faixa etária e quais as dúvidas mais comuns e pertinentes nesta fase.

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

O programa PASSE pertence à Administração Regional de Saúde, I.P., em parceria com a Direção Regional de Educação do Norte. A criação e a gestão deste programa de promoção de alimentação saudável são do PASSE Regional do Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P., o qual realiza formação às equipas PASSE locais. São estas equipas PASSE que, em conjunto com os Agrupamentos de Escolas, desenvolvem e o implementam.

Este programa 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 um Nutricionista, um Psicólogo e um Enfermeiro. Este programa foi novamente aplicado no presente ano letivo, com o objetivo de promover a saúde e uma alimentação saudável, dando desta forma, continuidade ao projeto.

Durante o período de estágio (entre os meses de Novembro a Abril) foi também implementado o programa PASSE dirigido a crianças do 1º ciclo. 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.

Relativamente aos objetivos a cumprir neste projeto 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.

Foi uma atividade bastante pertinente no âmbito da prevenção da obesidade infantil e que foi exposta de uma forma bastante lúdica que incitou 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 (motiva-las; manter a sua atenção; estratégias de promoção da sua aprendizagem e envolvimento nas tarefas) embora as sessões estivessem a cargo da nutricionista responsável.

#### **2.2.4. PASSE de Rua**

Para o PASSE de Rua foram desenvolvidos 4 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 rola a roleta foi-lhe colocada uma questão sobre a fatia que lhe calhou.

Ao contrário do PASSE, no PASSE RUA houve um envolvimento direto comigo e com as crianças já que estava encarregue de um jogo. Assim, para além de apreender os conteúdos pertencentes ao inerentes ao jogo, foi possível abordar as crianças e motiva-

las para os conteúdos da atividade. Assim, com o PASSE RUA foi possível pôr em prática o que se já tinha observado ao longo do programa PASSE.

### **2.3. Avaliação Psicológica**

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 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 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.

Ao longo do período de estágio, enquanto psicóloga estagiária, efectuei a avaliação de 5 casos clínicos, como descrito no Quadro 1.

**Quadro 1 – Casos clínicos Submetidos a avaliação psicológica**

<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Encaminhamento</b>
Masculino	47	Suspeita de hipocondria	Hipocondria	Psiquiatria
Feminino	6	Dificuldades de adaptação ao ensino básico	Perturbação Fonológica	Terapia da Fala

<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Encaminhamento</b>
Masculino	7	Alterações no comportamento. Enurese	Perturbação do Comportamento  (Início na segunda infância)	Pedopsiquiatria
Feminino	11	Alterações de comportamento após divórcio dos pais	Problema Relacional SOE	Intervenção Psicológica no Centro de Saúde de Santo Tirso
Feminino	41	Falecimento do marido	Luto	Intervenção Psicológica no Centro de Saúde de Santo Tirso

## **2.4. Intervenção Psicológica**

### **2.4.1. 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. Ao longo do estágio, baseei-me sobretudo no modelo cognitivo-comportamental e também modelo humanista.

Nos subpontos seguintes, é feita uma breve abordagem do processo de intervenção psicológica em quatro casos clínicos. A apresentação dos casos clínicos reportados segue a seguinte estrutura: identificação; motivo de encaminhamento; problema apresentado; história desenvolvimental e psicossocial; história médica; observação clínica; resultados dos instrumentos de avaliação utilizados; conceptualização clínica do caso; diagnóstico multiaxial; diagnóstico diferencial; descrição da intervenção; e, por último, a análise do estado atual do utente.

#### 2.4.1.1 Caso “RH”

**Identificação** “RH” é uma criança de 8 anos que habita com a sua mãe, irmãos e avós maternos. O pai encontra-se em França a trabalhar. O pai, tem 34 anos e trabalha na construção civil. A mãe, tem 32 anos e encontra-se desempregada (empregada de balcão). As habilitações dos pais correspondem ao 6º ano em ambos. “RH” tem dois irmãos, o mais velho de 14 anos e uma irmã mais nova de 3 anos.

**Motivo de Encaminhamento:** “RH” foi encaminhado para o serviço de Psicologia pela sua médica de família. Este encaminhamento deveu-se a suspeita de défice de atenção e sintomas de ansiedade.

**Problema Apresentado:** A mãe refere que a criança treme muito na escola e baixou o seu rendimento escolar no 3º período do ano transato e há dias em que vem chateado da escola. Refere que no passado ano letivo houve um menino que o magoava com um lápis (picava-o) e mantém a suspeita que alguém lhe bate na escola.

A progenitora trouxe à consulta um relatório da professora do 1º ciclo em que esta revela que “RH” manifesta dificuldades na leitura (bastante hesitante), podendo estar relacionada com a sua insegurança. Nesse relatório, a professora menciona que “RH” revela dificuldades na construção de frases e escreve frases simples sem grande criatividade. Na matemática apurou-se que tem algumas dificuldades de cálculo mental e estratégia.

Acrescenta também que o seu comportamento parece ser adequado mas, quando chamado à atenção, este retrai-se.

**História Desenvolvimental e Psicossocial:** No que concerne à história familiar e de desenvolvimento, a gravidez desenvolveu-se naturalmente, havendo relato de tensões altas no fim da gestação. “RH” Foi desejado por ambos os pais. O seu desenvolvimento seguiu-se normalmente e dentro do esperado, não havendo registo de hospitalizações.

Em relação à interação social, a mãe refere que o filho teve uma boa adaptação ao infantário (foi aos quatro anos, estando aos cuidados dos avós maternos) e preferia brincar com os amigos, e.g. “ (...) jogar à bola (...)” (sic). Gosta de brincar com peões, bola, raquetes e com o computador do irmão. Não há relato de nenhum objeto transacional.

Os castigos são geralmente aplicados pela mãe mas refere que acaba por não concretizá-los “(...) *resmungo (...) ameaço mas depois acabo por não fazer (...)*” (sic). “RH” às percebe os castigos mas outras vezes não “(...) *resmunga também, (...) quando é o pai fica mais quieto (...) tem dias que compreende, tem outros que não (...)*” (sic). Relativamente aos medos “ (...) *tem medo de trovoada (...)*” (sic). Segundo a mãe, “RH”, com o nascimento da irmã “(...) *ficou mais responsável e diferente (...)*” (sic) demonstrando ser um acontecimento marcante para o menino.

O comportamento do “RH”, segundo a mãe, parece ter sofrido alterações em determinados contextos na sequência do ingresso na escola primária. Segundo a mãe o menino “(...) *em casa mexe em tudo e quer ajudar em tudo mas a professora diz que ele não tem muita autonomia, esconde-se atrás dos outros meninos (...)*” (sic). O seu rendimento escolar foi decrescendo ao longo do tempo visto que no primeiro ano era satisfatório e atualmente corre o risco de ficar no mesmo ano.

**História Médica Pessoal e Familiar:** Relativamente a antecedentes familiares apurou-se que não há registo de antecedentes psiquiátricos. Segundo a mãe, recentemente um primo procurou ajuda psicológica devido a alterações no comportamento. No que concerne à história médica familiar, a progenitora menciona que a avó materna é hipertensa e uma tia paterna tem cancro de mama.

### **Observação Clínica**

Durante o processo de avaliação, “RH” mostrou-se cooperante em todas as atividades. 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 do “RH”. No que concerne ao pai, não houve contacto, visto que estava sempre fora do país e nunca houve a possibilidade de vir à consulta. Apresentam aparência cuidada.

Nas consultas com a criança, no início tremia um pouco mas no desenrolar deste processo acalmou um pouco. Este manteve-se motivado, um pouco inibido, alegre e com uma postura serena. É importante referir que quando a criança comparecia às consultas o seu estado emocional era refletido no seu humor e forma de estar, demonstrando assim as suas emoções e sentimentos.

## Instrumentos de Avaliação e Interpretação de resultados

Os materiais utilizados na avaliação psicológica de “RH” 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. No quadro que se segue apresentam-se as principais conclusões resultantes da análise dos instrumentos de avaliação psicológica.

<b>Material/Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Entrevista Semi- Estruturada	“RH” revelou que já teve problemas na escola e conseqüentemente sofreu agressões físicas por parte de alguns colegas. Referiu a vontade de ter um Porche de apenas quatro lugares para poder deslocar a família (a família é constituída por cinco elementos).
Teste do Desenho Livre	O fato de ter ilustrado uma nuvem, aponta que a criança está sensível ao contexto inserido e como está colorida unicamente a negro, transmite tristeza e medo.
Teste do Desenho da Família	No desenho da família, desenhou a sua família sobre o princípio da realidade, desenhando a sua família nuclear. Iniciou a seu desenho coma representação do pai, seguindo-se da mãe, irmão, irmão e bebé. Na análise do desenho observou-se uma aproximação aos irmãos em relação aos seus cuidadores e, apesar de referir e demonstrar sentimentos positivos pelo pai “ (...) <i>é o mais brincalhão (...) o mais feliz é o pai porque se está a divertir (...)</i> ” (sic), denota uma grande admiração e proximidade do irmão, sendo a figura central do seu desenho e mais colorida.
R.A.T.C	Os resultados obtidos por “RH” revelam que existem valores que estão fora da média para a idade. Os níveis de depressão estão acima da média e os valores de suporte de outros encontram-se abaixo do esperado. Podemos concluir que “RH” não considera o seu agregado familiar como disponível e seguro. Isto dá-nos conta de algum medo, fraca auto-estima e insegurança por parte da criança, que revela sentimentos de incapacidade e solidão.
Questionário de Zelazosca	“RH” demonstra uma ligação forte com a sua família nuclear e a sua principal preocupação é estar exposto a violência física.



Material/Instrumentos	Resultados
WISC-III	<p>Os resultados obtidos por “RH” foram os seguintes: no quociente de inteligência verbal (QIV) 87, no quociente de inteligência de realização (QIR) 102, nos índices factoriais de compreensão verbal (ICV) 82, nos índices de organização perceptiva (IOP) 86 e índices de velocidade de processamento (IVP) 71. Podemos verificar que não existe diferença significativa entre a QIV e QIR.</p> <p>“RH” apresenta valores mais altos ao nível da subescala realização no subteste da escala de realização de disposição de gravuras. Os valores mais baixos encontram-se nas restantes subescalas, à exceção do código e do labirinto. Apresenta valores muito baixos no completamento de gravuras e na informação. Relativamente à participação da criança na realização de todos estes testes, “RH” revelou-se sempre empenhado e interessado em todos os exercícios, mostrou-se sempre disponível.</p>

### Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	311 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação
Eixo II	V.71.09 Ausência de Diagnóstico
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Problema académico; Problema relacional SOE (bullying); Ausência da figura paterna;
Eixo V	AGF = 60 (no momento de admissão); AGF = 70 (neste momento)

### Diagnóstico Diferencial

Pelos sintomas inicialmente relatados, inicialmente foi posta a hipótese de perturbação de hiperatividade com défice da atenção. Contudo, após avaliação cuidada verificou-se que a sintomatologia apresentada é melhor explicada por uma perturbação depressiva sem outra especificação.

## **Processo de Intervenção**

- **Objetivos de Intervenção**

- Promover o bem-estar emocional da criança
- Desenvolver atividades que abordem a problemática da emigração, das necessidades que advêm desse acontecimento, das mudanças naturais que ocorrem com ele de forma a incutir à criança normalidade relativa à ausência paterna.
- Trabalhar as mudanças que ocorreram com este acontecimento ( exercícios de Roleplay).
- Promover a sua auto-estima, auto-conceito, auto-confiança e segurança.
- Procurar formas de minimizar os conflitos existentes.
- Promover o relacionamento e acompanhamento paterno.
- Apoio escolar.

Posto isto, implementaram-se atividades que promovessem a sua auto estima, auto conceito e conseqüentemente as suas relações inter-pessoais a fim de melhorar a sua concentração em contexto escolar e obter melhores resultados.

Procurou-se desenvolver competências sociais, estratégias de auto controlo e auto eficácia, com o intuito de ensinar inúmeras formas de lidar com os problemas em variados contextos. Durante as consultas de intervenção psicológica individual foram usados manuais como a “A Aventura dos Sentimentos e Pensamentos” e “ As Emoções são Nossas Amigas” para que “RH” diminua o seu nível de introversão e sinta maior facilidade em exprimir os seus sentimentos e emoções. Foram também dirigidas algumas diretrizes à mãe para que a criança consiga ultrapassar as dificuldades inter-pessoais assim como o seu desempenho escolar (e.g. ajudá-lo nos trabalhos de casa; fomentar o discurso para que “RH” sinta vontade em ventilar os sentimentos e preocupações que advêm tanto do ambiente familiar como o do escolar.

Neste momento, está a ser ainda utilizado o manual “ As Emoções são Nossas Amigas”, mas já se verificaram alguns ganhos durante este processo, como o fato da criança começar a referir-se aos meninos que o agrediam com maior à vontade, mencionar que atualmente se sente seguro na escola (foi redigida uma carta à professora responsável para demonstrar o que se está a passar em contexto escolar com “RH”),

refere que a professora está “mais amiga” e elevou o seu rendimento escolar conseguindo transitar de ano. Quanto à ausência da figura paterna, não se verificaram alterações.

#### 2.4.2 Caso “AM”

**Identificação:** “AM” é uma criança de 11 anos que habita com os seus pais e avó paterna. A mãe tem 42 anos e é empregada doméstica. O seu pai tem 44 anos e é operador de máquinas. As habilitações dos pais correspondem ao 6º e 7º ano respectivamente. “AM” não tem irmãos.

**Motivo de Encaminhamento e Problema Apresentado:** “AM” foi encaminhada para o serviço de Psicologia pela sua médica de família. Este encaminhamento foi pedido pela mãe que notou alterações no seu comportamento “ muito irritada, exprime vontade de explicar porque se sente assim mas depois acaba por não concretizar, está a dormir mal”. A mãe foi falar com a diretora de turma mas, esta não notou alterações no seu comportamento, embora refira que tem reforçado o estudo da matemática por dificuldades de concentração.

**História do Problema:** A mãe de “AM” refere alterações repentinas no seu comportamento desde Setembro de 2011: “(...) no fim de Setembro andava muito rebelde em casa (...) na escola é completamente diferente (...) não queria ir para a escola, principalmente a matemática (...)” (sic). A mãe relatou que “AM” não gosta de ser contrariada despoletando várias discussões “*ela quer tudo! Nunca está satisfeita! (...) tem que perceber que nós não somos ricos (...) no ano passado pediu muito um telemóvel, fizemos um esforço e lá compramos (...) raramente o utiliza, passa semanas sem o ligar... agora já está a pedir outro! (...)*” (sic). Para além do que foi mencionado, não obedece ao que os pais lhe pedem: “*nunca arruma o quarto (...) nós dizemos para ela estudar e ela não quer (...) só limpa o pó quando lhe apetece (...) quando nós a tentamos obrigar ela enerva-se, bate com as portas, discute connosco (...)*”(sic). Numa dessas discussões, “AM” gritou “*(...) que se queria matar (...) ia matar os pais (...) fugir de casa (...)*” (sic). Nas consultas posteriores com a criança, foram exploradas essas declarações, tendo-se concluído que não havia ideação nem intenção suicida ou homicida, bem como intenção de sair de casa. Apenas o disse na sequência do conflito

e, no nosso parecer, para ver qual a reação dos pais e se acabavam por ceder ao que queria.

A progenitora mencionou que a filha demonstrou vontade de mudar de escola.

**História Desenvolvimental e Psicossocial:** No que concerne à sua gestação, os pais relatam que tiveram algumas dificuldades em engravidar, o que aconteceu quando a mãe tinha trinta anos. A gravidez e parto (apesar de prematuramente) de “AM” ocorreram naturalmente assim como o seu desenvolvimento. A mãe acrescenta que vivenciou a gravidez com algum stress e ansiedade, visto que trabalhava e queria muito engravidar. O pai esteve presente, acompanhando a mãe, sendo também uma gravidez desejada por ele.

A sua adaptação ao infantário ocorreu dentro da normalidade “*chorou no início, mas depois ficou bem*”(sic). Atualmente o seu rendimento escolar é satisfatório, manifestando algumas dificuldades a matemática. Posto isto, os pais, como forma a ajudá-la nesta disciplina, recorreram à ajuda de uma explicadora.

Os castigos são aplicados maioritariamente pelo pai, tendo um estilo educativo autoritário enquanto que a mãe é mais flexível que o progenitor. Ambos os pais manifestam que o seu relacionamento com a menina é bom e ajustado, embora discuta um pouco mais com o pai.

Segundo os pais, seu comportamento apenas se apresenta desajustado em casa (e.g. “não gosta de ser contrariada”; “bate com as portas”; “ não nos deixa falar”, “diz que não sabemos nada”; “ não faz o que lhe dizemos”), uma vez que na escola nunca houve nenhum problema.

**História Médica Pessoal e Familiar:** “ AM” nasceu prematuramente de parto normal. AM é alérgica ao chocolate. Os pais de “AM” nunca recorreram a ajuda psicológica/psiquiátrica nem os seus familiares. O Avô paterno faleceu devido a doença oncológica e a Avó materna tem bronquite.

### **Observação Clínica**

Na recolha da história clínica com os pais, estes demonstraram-se muito cooperantes. Apresentam aparência cuidada. Mantiveram um bom contacto ocular, enquanto abordávamos aspetos da história desenvolvimental, social, académica e familiar da

“AM”. No que concerne a “AM”, a criança manteve também um bom contato ocular, foi sempre muito cooperante, demonstrou interesse e empenho em todas as atividades que lhe foram propostas.

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

O processo de avaliação comportou um conjunto de provas psicológicas com a criança e uma entrevista semi-estruturada com os pais a fim de recolher os dados da história clínica da criança e, assim conseguir a informação anamnésica relevante acerca da sua dinâmica familiar. Os instrumentos psicométricos utilizados na avaliação psicológica de “AM” foram o teste do desenho livre; o teste do desenho da família e o teste aperceptivo de Roberts. Seguidamente, tal como no caso anterior, apresentam-se os resultados da avaliação psicométrica no quadro seguinte.

<b>Material/Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Entrevista Semi – Estruturada	“AM” no que concerne à dinâmica familiar revela que os pais têm poucas discussões e que desconhece quais regras neste contexto.
Teste do Desenho Livre	“AM” não demonstrou resistência em realizar esta tarefa, desenhando uma árvore de natal (estávamos em época natalícia). O seu tamanho é grande e centrado o que pode revelar ambições, fantasias. A árvore pode ser dividida em três partes: a base; altura; ramos e folhas. A base demonstrou, que se encontra com energia e refaz-se com facilidade. Relativamente à folhagem este desenho simboliza que “AM” é uma criança com grande motivação e ideias. Existe também uma prenda, podendo indicar o sentido de agradar mas, sugere também a importância que dá a reforços materiais. Quanto às cores, as que mais se destacam são: o verde o preto (tristeza e medo).
Teste do Desenho da Família	“AM” desenhou sob o princípio da realidade, desenhando a sua família nuclear. Iniciou o seu desenho pela figura materna (“foi a primeira a ver-me”), seguido o pai, a própria e os seus avós paternos. A personagem valorizada é a menina (própria) pois encontra-se na zona central da folha e destacada (maior). É sinal de uma tendência narcísica, que geralmente é causada pela impossibilidade de investir nas imagens parentais derivado de um conflito que obriga a suspender os seus investimentos e voltar-se para si mesmo.

Material/Instrumentos	Resultados
R.A.T.C.	<p>“AM” é uma criança cujo suporte familiar aparenta ser estável. Os resultados revelaram que a maioria dos valores encontram-se dentro dos níveis para a idade. Durante a aplicação manteve uma postura de maturidade e interesse no envolvimento das tarefas. Apresenta níveis baixos de suporte outros que representa a percepção da criança do seu sistema de suporte, pelo que podemos concluir que “AM” não considera o seu agregado familiar como disponíveis e seguros. Isto dá-nos conta de algum medo, fraca auto-estima e insegurança por parte da criança, que revela sentimentos de incapacidade e solidão.</p>

### Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	V61.20 Problema Relacional – Pais Filhos
Eixo II	V71.09 Ausência de Diagnóstico
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Problema Relacional- Fracos Limites
Eixo V	AGF = 68 (no momento de admissão); AGF = 85 (no momento da alta)

Levantou-se a hipótese de “AM” ter uma perturbação explosiva intermitente (vários episódios isolados de perda do controlo dos impulsos agressivos, resultando em atos agressivos graves ou destruição de bens; o grau de agressividade expressa durante os episódios é desproporcionado em relação ao estímulo social que o desencadeia; os episódios agressivos não são melhora explicados por outra perturbação mental). “AM” manifesta os sintomas apenas em contexto familiar, dado que na escola nunca teve problemas e comporta-se de acordo com os limites e regras impostos nesse contexto e por isso foi excluída a hipótese de perturbação mental. Associou-se estes

comportamentos à falta de regras e castigos no núcleo familiar o que proporciona este tipo de comportamentos.

### **Conceptualização Clínica**

De acordo com os dados obtidos na anamnese e nos testes e questionários aplicados, podemos associar e centrar a problemática de “AM” aos frágeis limites impostos pelos pais, visto que a própria afirma “(...) *não sei se há regras (...)*” (sic). Os pais referem muitas vezes que mesmo quando chamada a atenção ou sendo aplicado um castigo acaba por repetir o comportamento indesejado. Os progenitores acrescentam que ela não se importa com os castigos que lhe são aplicados. “AM”, mesmo não sendo confrontada com esta informação, menciona que não se importa com os castigos porque “*acaba sempre por dar a volta*” (sic.).

“AM” parece experienciar culpa após comportamentos indejados mas, mesmo assim, por vezes repete-os.

Como a mãe de “AM” vivenciou a gravidez com níveis altos de stress e ansiedade pode ter influenciado e estar associado ao seu comportamento impulsivo. Estudos demonstram que níveis altos de ansiedade e stress podem comprometer o estado de saúde do bebé e também manifestar consequências a longo prazo. No que concerne aos prejuízos a longo prazo, constata-se prejuízos ao nível comportamental e emocional ao longo da trajetória desenvolvimental da criança. Posto isto, verifica-se que a ansiedade influencia muito para além dos nove meses de gravidez e por isso muitos autores preocupam-se com a determinação dos mecanismos neurofisiológicos mediadores e/ou explicativos do modo como esse fator pode contribuir consideravelmente para efeitos adversos, mesmo que nos centremos apenas num dos elementos mãe/bebé. Um dos processos fisiológicos que pretende explicar a relação entre o estado psicológico materno e as subsequentes complicações é o sistema neuroendócrino. Fazem parte deste sistema parâmetros neurológicos e endócrinos maternos/placentários/ fetais que se apresentam significativamente associados com as características do funcionamento psicossocial materno na gestação (Conde & Figueiredo, 2005). De acordo com os autores anteriores e aplicando ao caso de “AM”, verificamos que o seu comportamento impulsivo (e.g. ameaçar que foge de casa; bater com as portas) pode ter sido influenciado pela forma como a sua mãe vivenciou a sua gestação.

Para além do que foi mencionado anteriormente, o foco central da problemática, são os fracos limites impostos em contexto familiar o que leva “AM” a ter comportamentos desajustados a fim de obter o que deseja ou não ser culpabilizada por algo que tenha feito. Bolsoni-Silva e Marturano (2002) demonstram que a forma como os pais educam é essencial à promoção de comportamentos adequados. Mas, na maioria dos casos, o contexto familiar acaba por estimular o contrário do que é pretendido por meio de disciplina inconsistente, pouca interação positiva, pouco monitoramento e supervisão insuficiente das atividades da criança. Para que os pais possam promover comportamentos ajustados nos seus filhos, é necessário que tenham habilidades sociais educativas tais como estabelecer limites evitando coações e expressar sentimentos e opiniões.

### **Processo de Intervenção**

- **Objetivos de Intervenção**

- Promover a auto-estima e bem estar emocional.
- Promover limites, regras e reforços (positivos e negativos) com os pais e com a criança.
- Demonstrar/trabalhar as reações e relações em contexto familiar e social.
- Fomentar as disposições para a auto-regulação – exercícios de autoregulação.

Foram dirigidas algumas directrizes aos pais para que consigam ajudar a criança a superar as suas dificuldades interpessoais, fomentar o discurso em casa no sentido de ajudar a ventilar sentimentos e moderar a relação entre todos. Em relação aos castigos que não têm resultado (reforço negativo, retirada de objetos do seu agrado) devem ser procuradas outras estratégias que se adequem melhor e que suscitem efeito. Porém, os pais também deverão atribuir reforços positivos (e.g. recompensas e elogios), perante comportamentos favoráveis e adequados. Houve a necessidade estabelecerem com “AM” quais as regras que deverão ser cumpridas em casa de forma a que a criança se insira nelas.

No momento de finalização, verificamos que a criança começou progressivamente a exprimir de uma forma mais plena os seus sentimentos reais em relação aos membros da família, manifestou o conhecimento e acordo sobre as regras estabelecidas, a mãe



referiu por várias vezes que está mais calma e não voltou a referir que queria mudar de escola. Mostrou até entusiasmo com o regresso às aulas, levando à consulta a sua mochila nova, cadernos e livros que já possuía.

### **2.4.3 Caso “FD”**

**Identificação:** “FD” é uma criança de 7 anos e do género masculino que habita com os pais e irmão com 19 meses. O pai de 39 anos é serralheiro mecânico. A mãe de 34 anos é empregada de limpeza. As habilitações dos pais correspondem ao 4º e 7º ano respectivamente.

**Motivo de encaminhamento e problema apresentado:** “FD” foi encaminhado para o serviço de Psicologia pela sua médica de família. Este encaminhamento deveu-se ao facto de “FD” ter-se mostrado mais irrequieto, falador, perturbador no ambiente de sala de aula, não obedecendo a regras estipuladas, mostrando-se desinteressado, desmotivado e alheio ao aproveitamento escolar. Já em consulta, os pais referiam, que o seu relacionamento com os colegas é um pouco conflituoso, tendo atritos com os mesmos fazendo com que eles se afastem deles ficando perturbado. O pai acrescenta que em casa apresenta os mesmos comportamentos apesar de ser repreendido frequentemente e não se mostra disponível para conversar com os pais sobre o sucedido.

**História do Problema:** Os pais referem “FD” transitou de ano cumprindo os objetivos propostos. A preocupação existente por parte do pai deve-se ao facto de o menino estar permanentemente a mentir e refere que a sua professora é má. O pai menciona que ele se queixa de que os outros meninos lhe batem e que a sua postura é de defesa pois os funcionários não fazem nada quando se queixa.

“FD” começou a manifestar estes comportamentos desde há dois anos, aquando a gravidez e nascimento do irmão, coincidente a sua mudança de pré-escola (para que depois ingressasse no ensino básico com os mesmos colegas), os quais se mantiveram até ao início da intervenção.

**História Desenvolvidamental e Psicossocial:** A gravidez e parto de “FD” ocorreram com naturalidade assim como o seu desenvolvimento. A mãe referiu que experienciou a gravidez um pouco ansiosa porque o pai estava no Algarve em trabalho e também ela

trabalhou até aos sete meses. A gravidez foi desejada e planeada pelos dois, embora o pai não tenha acompanhado a gestação.

O seu desenvolvimento ocorreu dentro da normalidade, à excepção do controlo urinário noturno que só foi atingido aos cinco anos. Para alcançar esse controlo, como o pai estava a ser acompanhado pela Dr.<sup>a</sup> Piedade, recorreram ao calendário sol/chuva.

Demonstrou alguma resistência em deixar de dormir no quarto dos pais (aos 2 anos), retornando ao quarto dos progenitores várias vezes. Isto acontece também para ver se o irmão mais novo está a dormir na cama deles. Como ele demonstra grande vontade em dormir com eles, por vezes os pais cedem e utilizando isso como reforço positivo.

Em relação à interacção social, os pais referem que o filho, no primeiro infantário em que andou (dos quatro meses até aos cinco anos) preferia brincar com os amigos (...) *tinha muitos amigos (...)* (sic), mas quando foi transferido de infantário para facilitar a sua adaptação à pré-primária demonstrou um pouco de resistência em estabelecer novas relações de amizade. “FD”, segundo os pais, prefere jogar playstation, andar de bicicleta e jogar futebol. Não há relato de nenhum objecto transaccional.

O seu rendimento é satisfatório não manifestando nenhuma dificuldade de aprendizagem nem nenhuma reprovção.

Os castigos são aplicados maioritariamente pelo pai, embora a mãe é mais autoritária que ele. Face aos castigos ele percebe-os, apresentando uma boa tolerância à frustração.

Aquando o nascimento do irmão expressou grande tristeza, sendo referido pelos pais como um acontecimento marcante visto que “FD” queria uma menina. Os pais acrescentam que a relação entre eles é um pouco conflituosa uma vez que o irmão mais novo tem comportamentos agressivos com ele (“ferra-lhe e bate-lhe”).

**História Médica Pessoal e Familiar:** No que concerne à história médica de “FD” não há nada a destacar. Relativamente a antecedentes familiares apurou-se que o avô paterno esteve internado no Magalhães Lemos (incendiou uma casa) e que a avó materna teve um derrame cerebral. Como já havia mencionado anteriormente o pai está a ser seguido em psicologia clínica pela Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas devido a uma Depressão e foi sujeito a uma intervenção cirúrgica para a colocação de um bypass. Há também a presença de diabetes e hipertensão.

### **Observação Clínica**

O processo de avaliação comportou um conjunto de provas psicológicas com a criança e uma entrevista semi-estruturada com os pais a fim de recolher os dados da história clínica da criança e, assim, conseguir a informação anamnésica relevante acerca da sua dinâmica familiar.

Na recolha da história clínica com os pais, estes demonstraram-se cooperantes embora por vezes evitassem abordar as temáticas solicitadas, tornando a recolha mais difícil. Apresentam aparência cuidada. Nas consultas de anamnese, mantiveram um bom contato ocular, enquanto abordávamos aspetos da história desenvolvimental, social, académica e familiar de “FD”.

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

Os materiais utilizados na avaliação psicológica de “FD” foram: uma entrevista semi-estruturada; o teste do desenho livre; o teste do desenho da família e o teste aperceptivo de *Roberts*.

<b>Material/Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Entrevista Semi- Estruturada	Na escola menciona alguns problemas com os colegas “ chamam-me gordo... burro” mas mesmo com o relato destas situações não demonstra sentir-se excluído das brincadeiras. No contexto familiar revela que quem elabora as regras e castigos são os pais. Relativamente aos seus medos, identifica o escuro como o seu principal receio.
Teste do Desenho Livre	“FD” apresentou uma baixa resistência em iniciar a tarefa. Desenhou uma casa, uma árvore, uma flor, um sol e o meu nome (Estela). O fato de ter reproduzido uma casa demonstra a emoção vivida do ponto de vista social e fornece informações sobre a abertura da criança para o seu ambiente social. Verificou-se que a casa é grande no desenho que ilustrou, o que aponta para uma fase mais emotiva do que racional. É importante ressaltar as quatro janelas existentes na casa (uma vez que também o seu núcleo familiar é constituído pelo mesmo numero de elementos). Como são janelas grandes, poderá indicar uma grande curiosidade que “FD” terá em relação à vida, podendo representar uma criança insatisfeita.

<b>Material/ Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Teste do Desenho Livre	As cores evidenciadas neste desenho são o vermelho (agressão, ódio, destruição, sensibilidade sexual, vigor e força) e o verde (criação, reprodução, indivíduo emocionalmente fraco, imediatista, distúrbios digestivos e intestinais e inibição).
Teste do Desenho da Família	<p>“ FD” desenhou a sua família sob o princípio do prazer não ilustrando o irmão mais novo. Este é o mecanismo de defesa mais primitivo que consiste em negar a realidade naquilo que suscita grandes dificuldades de adaptação. Assim, quando uma criança não ilustra um elemento indica-nos que não consegue nem quer identificar-se com essa pessoa.</p> <p>A personagem valorizada é o próprio apontando para uma tendência narcísica. Verificou-se também uma aproximação à figura materna podendo indicar uma busca de intimidade ou até indicar um desejo secreto da criança de dissociação do casal, sinal de um conflito edipiano.</p>
R.A.T.C	Os resultados revelaram que existem valores que estão fora da média para a idade como o caso dos níveis de agressão e limites setting que estão acima da média e os de suporte de outros e suporte da criança que se encontram abaixo do esperado. Durante a aplicação manteve uma postura de maturidade e interesse no envolvimento das tarefas.

### **Diagnóstico Multiaxial**

Eixo I	311 Perturbação Depressiva SOE
Eixo II	V71.09 Ausência de diagnóstico
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Problema Relacional Com Irmão
Eixo V	AGF = 70 (no momento de admissão); AGF = 90 (finalização)

De acordo com os resultados obtidos nas provas aplicadas centrou-se a problemática de “FD” ao nascimento, uma vez que a sintomatologia apresentada parece ter sido desencadeada por esse acontecimento, portanto foi excluída a perturbação de hiperatividade com défice de atenção já que a criança não apresenta nenhum défice clinicamente significativo em nenhuma área (familiar, académico ou social). Apesar de “FD” ser chamado algumas vezes à atenção por parte da professora pelo seu comportamento, ele consegue aprender normalmente e obter bom rendimento escolar.

De acordo a avaliação psicológica e a sintomatologia apresentada (e.g. mais irrequieto, desmotivado, desinteressado) os resultados apontam-nos para a presença de uma Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação, uma vez que apresenta sinais de humor depressivo e não preenche os critérios para outra perturbação mais específica.

### **Conceptualização Clínica**

De acordo com os dados obtidos na anamnese e nos testes e questionários aplicados, podemos associar e centrar a problemática de “FD” ao nascimento do irmão, já que segundo alguns relatos dos progenitores “(...) *foi um acontecimento marcante para ele porque queria uma irmã, menina (...) o irmão é mauzinho com ele (...) o “FD” adorava dormir connosco, ainda hoje lhe dá-mos isso como recompensa (...) às vezes vem espreitar se o irmão está na nossa cama (...) gosta de ir a Fátima porque assim dorme connosco (...)*” (sic). Mesmo a criança referindo na sua entrevista que gosta de estar com os pais e o irmão “(...) *no fogareiro a ver televisão (...)*” (sic), ele omite o seu irmão no desenho da família, indicando assim a existência de conflito nesse sentido. É natural que a chegada de um membro novo na família perturbou o seu funcionamento familiar, já que o seu nascimento iniciou uma sequência de partilhas, negociações e julgamentos. Posto isto, “FD” terá que reorganizar o seu espaço e a sua forma de pensar de acordo com o novo membro (Goldsmid & Féres-Carneiro, 2007).

Assim nasce o ciúme, em que a criança exhibe tipos de comportamento exteriorizando o que está a sentir. Ela pode adotar variados comportamentos, dependendo da sua idade, da criança e das reações dos pais. A regressão é a forma mais comum com a retoma de comportamentos que já haviam sido abandonados (e.g. “FD” queria voltar a mamar no peito da mãe) mas, também são frequentes as alterações de comportamento (e.g. exigência de atenção constante ou mau comportamento). O irmão mais velho pode

também adotar uma postura solidária com a mãe rodeando a mãe e o bebê de cuidados excessivos como forma de agradar a progenitora (Lopes, 1998).

Existem fatores que podem facilitar ou dificultar este processo como o género, diferença de idade, intervenções parentais e temperamento infantil. No caso de o irmão surgir precocemente (e.g. durante o desmame) pode suscitar o impulso de destruição imaginária do objeto ou regressão ao objeto anterior (Goldsmid & Féres-Carneiro, 2007).

É importante ressaltar que no desenho da família, quando questionado sobre quem ficaria de fora no passeio de carro, caso não houvesse lugar para todos, apontou o irmão, recorrendo até ao facto de que se quisessem até podiam ir de mota. Com a afirmação anteriormente dita, e com o desejo da aproximação à figura materna, denota-se uma certa competitividade em relação ao outro descendente. Também no teste aperceptivo de Roberts para criança, verificamos que os valores em relativos ao Limite de Setting agressividade encontram-se alterados pois o nascimento do irmão poderá ter despoletado o sentimento de retirada de atenção (necessidade/prazer) e consequentemente os seus níveis de agressividade.

O ciúme vai diminuindo com o crescimento do irmão mais novo, em que é superado o ciúme inicial e assume o papel de “mais velho”. Neste processo a atitude dos pais é fundamental para uma boa adaptação pois se não houver compreensão e reagirem negativamente, pode transformar-se num ciclo vicioso tornando-se traumatizante para a criança (Lopes, 1998).

É de salientar que os pais, em muitas consultas referiram que o menino para além de mentir, distraía-se muito na escola não acabando os trabalhos propostos pela professora. Como não houve relato nem observação de dificuldades em nenhuma área de aprendizagem, posso afirmar que muito provavelmente, serão mecanismos para chamar a atenção dos seus progenitores.

## **Processo de Intervenção**

- **Objetivos de Intervenção**

- Desenvolver atividades que abordem a temática do nascimento do irmão, das necessidades que advêm desse acontecimento, das mudanças naturais que ocorrem com

ele de forma a inculcar à criança normalidade relativa a esse tema e levá-lo à sua aceitação.

- Sugerir a possibilidade de atividades a serem realizadas atual e futuramente com o irmão para conseguir fomentar a relação entre ambos

- Exercícios de Role-Play para trabalhar as mudanças que ocorreram com este acontecimento.

Foram dirigidas aos pais, na consulta de devolução, a situação que despoletou as alterações do comportamento de “FD” – ciúme do irmão mais novo. Desta forma foram também dirigidas algumas diretrizes aos progenitores para que consigam auxiliar a criança a ultrapassar o que está a sentir neste momento. Foi aconselhado que haja maior interação entre os pais e “FD” (e.g. apoia-lo nos trabalhos de casa assim; fomentar o discurso em casa no sentido de o ajudar a ventilar os sentimentos e preocupações que a chegada do novo membro acarretou) assim como com o seu irmão (e.g. proporcionar interação entre eles com brincadeiras apropriadas; infringir responsabilidades apropriadas para a idade (ajudar a mãe a vesti-lo)).

Quanto aos castigos, que não têm resultado (reforço negativo) estes devem ser aplicados logo após o comportamento indesejável e não quando ele manifesta vontade em fazer algo.

Atualmente, verificamos que “FD” começou a interagir apropriadamente com irmão e os pais também têm estado mais atentos a determinadas ações que pudessem despoletar sentimentos de ciúme com o novo membro. Uma mudança que alegrou muito “FD” foi o fato do irmão ter saído do quarto dos pais estando já no seu próprio espaço. Este acontecimento parece ter ajudado na estabilização de “FD”.

#### 2.4.4 Caso “DM”

**Identificação:** “DM” é uma criança de 11 anos que habita com a sua mãe após o divórcio dos seus progenitores no ano passado. O pai, tem 35 anos e é motorista de pesados. A mãe, tem 32 anos e é dactilógrafa. As habilitações dos pais correspondem ao 6º e 9º ano respetivamente. “DM” não tem irmãos, mas apresenta grande entusiasmo para que isso aconteça (tanto com a mãe, como o pai).

**Motivo de Encaminhamento:** “DM” foi encaminhada para o serviço de Psicologia pela sua médica de família. Este encaminhamento deveu-se ao facto de haver alterações no comportamento (mais agressiva) de “DM”, possivelmente despoletado pelo divórcio dos pais.

**Problema apresentado:** A mãe refere que inicialmente, a criança demonstrou pouca vontade em estar com o pai; quando teve um relacionamento ela ficou muito revoltada e não aceitou “(...) o pai fazia-lhe perguntas(...)” (sic). Acabou por terminar o relacionamento como forma de proteger a filha “(...) o pai queria que ela tira-se fotos (...) nome (...) queria saber o carro que ele tinha (...) e ela mentiu ao pai, deu dados falsos (...) quando está com ele, chega a casa diferente, mais refilona ” (sic). A progenitora revela também que “DM”, depois da separação, demonstrou uma preocupação excessiva com o seu peso, que acabou por voltar ao normal “ (...) agora come bem (...) houve uma altura que achava que estava gorda (...) se calhar era por ver as minhas dietas (...) queria ser vegetariana (...) “ (sic). É importante referir que, segundo a mãe, a paciente revelou alguma renitência na utilização de óculos “(...) os colegas diziam que os óculos lhe ficavam mal (...)” (sic).

**História Desenvolvimental e Psicossocial:** A gravidez e parto de “DM” ocorreram com naturalidade assim como o seu desenvolvimento. A gravidez foi desejada e planeada pelos dois, sendo que o pai tinha preferência pelo menino. Segundo a mãe, o pai e avós maternos acompanharam a sua gravidez.

Em relação à interação social, refere que a filha teve uma boa adaptação ao infantário em que andou (foi aos três meses) e preferia brincar com os amigos do mesmo



sexo “ (...) gosta de jogar playsation acompanhada (...) mas também gosta de estar sozinha a ler (...)” (sic).

Relativamente aos castigos, estes costumam ser dados pela mãe, que demonstra um estilo educativo autoritário.

Apresenta um percurso escolar satisfatório e com um bom rendimento “(...) é uma das melhores da turma (...)” (sic). Não apresenta dificuldades de aprendizagem nem reprovações, não necessitando de apoio educativo. A mãe mantém um bom acompanhamento escolar fazendo com que ela estude diariamente mas, a sua reação face ao sucesso é sempre de insatisfação.

De acordo com a mãe, o motivo que esteve na origem do divórcio foi a descoberta de uma relação extra conjugal (pai com outra mulher, colega de trabalho). A mãe constatou este relacionamento através de uma rede social “(...) vi a troca de conversas entre eles (...) havia uma parte em que dizia que tinha feito um aborto e não sabia quem era o pai (...) a “DM” presenciou isto tudo e até viu também a conversa (...)” (sic). Posto isto, saíram as duas de casa. Posteriormente, o pai saiu fazendo com que elas voltassem à sua residência.

**História Médica, Pessoal e Familiar:** O seu desenvolvimento ocorreu dentro da normalidade, não se verificando nenhuma problemática associada.

A menina teve uma hospitalização quando operada aos ouvidos e nariz (voltou para casa no mesmo dia) tendo os pais ficado com ela. Teve a primeira menstruação aproximadamente há um ano.

Relativamente a antecedentes familiares apurou-se que o pai recorreu a ajuda Psicológica/ Psiquiátrica na sequência da perda de um amigo “(...) morreu lhe nos braços (...)” (sic) mas posteriormente deixou de tomar a medicação que lhe foi receitada. O avô paterno, também recorreu a este tipo de ajuda no desenrolar do divórcio.

### **Observação Clínica**

Durante o processo de avaliação, a “DM” mostrou-se cooperante em todas as atividades. Relativamente à recolha da história clínica com a mãe, esta demonstrou-se também cooperante. No que concerne ao pai, apesar de várias tentativas de marcação de consultas, não demonstrou grande interesse em comparecer faltando e não retornando as

chamadas. Apresentam aparência cuidada. Nas consultas de anamnese, em que como já referi, só estive com a mãe, manteve um bom contacto ocular, enquanto abordávamos aspetos da história desenvolvimental, social, académica e familiar da “DM”.

Nas consultas com a menina, esta manteve-se animada, motivada, por vezes um pouco inibida, alegre e com uma postura serena.

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

Os materiais utilizados na avaliação psicológica de “ AM” foram: uma entrevista semi-estruturada; o teste do desenho livre; o teste do desenho da família e o teste aperceptivo de Roberts.

<b>Material/Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Entrevista Semi- Estruturada	Quanto ao contexto familiar mencionou que os pais lhe dão carinho e que têm menos discussões. Relatou que gostaria de ser rica, ter um irmão e um animal de estimação.
Teste do Desenho Livre	Nesta prova, “DM” desenhou uma caverna, uma árvore, duas borboletas, uma abelha, quatro pássaros, um morcego, uma flor e um sol. No que concerne à casa verificou-se que o seu tamanho é pequeno indicando que está mais voltada para si mesmo; e uma chaminé a deitar fum intenso indicando que a criança parece reagir ora de forma mais positiva ora de forma mais negativa. Os pássaros (pássaros, borboletas e abelhas) representam a sua curiosidade, alegria, mas o desejo de fazer muitas coisas ao mesmo tempo e num curto período. Para além disto, denotei a existência de maior proximidade entre uma borboleta e uma abelha, enquanto que outra está mais afastada podendo indicar a projeção da sua família nuclear neste momento. Importante também, é o fato de ter desenhado quatro pássaros a preto no canto superior direito que poderá significar o seu desejo de ter um irmão (como está a preto, representa a tristeza).

<b>Material/Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Teste do Desenho Livre	As cores predominantes neste desejo são verde ( criação, reprodução, individuo emocionalmente fraco, distúrbios digestivos e intestinais, inibição); preto (tristeza e medo) ; castanho (sujidade, sentimento de culpa ligado à masturbação).
Teste do Desenho da Família	“DM” desenhou sobre o principio do prazer já que não ilustrou o pai. A personagem valorizada é a própria demonstrando a dificuldade em investir nas personagens parentais. Neste desenho encontra-se próxima da mãe mas como os braços estão à largura dos ombros apontou-nos para uma necessidade de interação.
R.A.T.C.	Os resultados revelaram que existem valores que estão fora da média para a idade como o caso dos níveis de depressão e limite-setting que estão acima da média e os de suporte de outros que se encontram abaixo do esperado. Durante a aplicação manteve uma postura de maturidade e interesse.

### **Diagnóstico Multiaxial (DSM-IV-TR, 2002)**

Eixo I	V62.81 Problema Relacional Sem Outra Especificação
Eixo II	Nenhum
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Divórcio dos Pais
Eixo V	AGF = 65 (no momento de admissão); AGF = 95 (finalizado)

A sintomatologia de “DM” foi reativa ao processo de divórcio dos pais. Não cumprido critérios de diagnóstico de nenhuma perturbação específica, foi atribuído o código V62.81, ou seja, problema relacional sem outra especificação. Deste modo, os sintomas mencionados (e.g. agressividade; irritabilidade; baixa auto-estima), foram desencadeados e mantiveram-se até que a situação estabiliza-se. Como foi um divórcio conturbado tornou o processo ainda mais doloroso já que “DM” estava no palco das

discussões assistindo e apercebendo-se de tudo o que se estava a passar. Assim, os sintomas emergiram devido à instabilidade familiar e por alguma revolta do que estava a acontecer.

### **Conceptualização Clínica**

De acordo com os dados obtidos na anamnese e nos testes e questionários aplicados, podemos associar e centrar a problemática da “DM” ao divórcio dos pais, já que segundo alguns relatos da progenitora “(...) *foi um acontecimento marcante para ela (...) viu a troca de conversas entre eles (...) havia uma parte em que dizia que tinha feito um aborto e não sabia quem era o pai (...) a “DM” presenciou isto tudo e viu também a conversação (...) o comportamento dela mudou, baixou as notas e em casa discutia mais (...) quando vinha do pai vinha mais refilona (...)*” (sic).

Este processo implica sempre inúmeras mudanças para todo o núcleo familiar, tornando-se necessário estar atento ao comportamento e dúvidas dos filhos (Brito, 2007). Muitas vezes a criança terá que fazer o luto do núcleo familiar até esse momento. Assim o luto não ocorre apenas aquando a morte de alguém. Como já tinha mencionado, o luto não é apenas vivido por quem perde um ente querido mas também pela perda na sequência de um divórcio (Rebelo, 2007).

Verificamos que para além do luto que “DM” elaborou sobre o divórcio dos seus progenitores, há também um acontecimento marcante para a criança: a perda dos seus irmãos gémeos (história de aborto involuntário). Segundo Worden (2001) e Rebelo (2009), no desenrolar deste processo podem emergir sentimentos de tristeza, raiva, culpa, ansiedade, agressividade, solidão, sensações físicas, entre outras.

## **Processo de Intervenção**

- **Objetivos de Intervenção**

- Desenvolver atividades que abordem a temática do divórcio, das necessidades que advêm desse acontecimento, das mudanças naturais que ocorrem com ele de forma a inculcar à criança normalidade relativa a esse tema e levá-lo à sua aceitação.
- Exercícios de Role-Play para trabalhar as mudanças que ocorreram com este acontecimento.
- Promover a sua auto-estima e auto-conceito.
- Propor a possibilidade em ter animal de estimação.
- Abordar alguns conceitos sobre a sexualidade.

No processo de intervenção “DM” mostrou-se sempre muito cooperante e motivada para todas as tarefas propostas (e.g. realização e role-plays em que apercebia-se da melhor de abordagem para cada progenitor e também das reações que por vezes tinha com eles), quando abordada sobre as mudanças ocorridas e normalização das mesmas teve sempre uma grande capacidade de *insight*.

Quanto ao animal de estimação, quando foi proposto, a mãe referiu que já lhe tinha oferecido um peixe e o pai um cão.

“DM” demonstrou estar estável emocionalmente, vontade em estar com o pai aos fins de semana, alegre por ambos os pais estarem a namorar e os conflitos terem diminuído e mencionou por várias vezes que é “ bonita, elegante, loira e usa óculos (estão na moda)”.

É pertinente referir que o fato de a situação dos seus pais ter normalizado a sua relação e deixarem de discutir foi fulcral para a aceitação deste acontecimento.

### **2.4.2 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 mencionada pois

há um rapaz que expressa vontade em ser rapariga (vestindo-se e adotando comportamentos femininos) e uma rapariga que se comporta exatamente como um rapaz e queria, inclusive, tomar banho e trocar de roupa no balneário masculino. A restante turma, marginaliza, destrata, agride e insulta o rapaz que quer ser rapariga. Quanto à rapariga, não têm esses comportamentos, incluíram-na no grupo dos rapazes e inclusive chamam-na de “Zé” (Maria José).

Face a esta situação, era urgente intervir devido às atitudes hostis e homofóbicas que se estavam a verificar. Apesar de ambos os casos estarem relacionados com transsexualidade e travestismo, podemos recorrer ao termo homofobia visto não ser restrito apenas à homossexualidade mas, à rejeição irracional ou mesmo o ódio, qualificando o outro como contrário, inferior ou anormal (Borrillo, 2010). Posto isto, tentamos distinguir os comportamentos saudáveis dos patológicos de forma a obterem maior conhecimento e conseqüentemente maior aceitação, reduzindo as situações de conflito identificadas.

Atendendo ao tipo de grupo e aos objetivos propostos, foram estruturadas 5 sessões, com frequência de duas vezes por semana, num total de 3 semanas, sendo portanto considerado um programa de curta duração. Cada sessão teve a duração de 90 minutos.

#### **2.4.2.1 Objetivos 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 visavam 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.

#### 2.4.2.2 Estrutura do Programa

Esta intervenção decorreu ao longo de 5 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 0, 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.

### **2.4.2.3 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.



### III - CASO CLÍNICO DESENVOLVIDO: “M.L.”

**Identificação:** “M.L.” é do género feminino, de 47 anos, casada e mãe de uma filha de 21 anos, sendo o agregado constituído pelo marido e filha. Neste momento, M.L. vive de rendimentos (aluguer de pavilhões) e ocupa-se das tarefas domésticas.

**Encaminhamento e Problema apresentado:** “ M.L.” foi encaminhada para a valência de psicologia pelo médico de família, o qual refere que a utente demonstra medo, ansiedade e insegurança após conflito com vizinho. Já em consulta, M.L. refere: “ quando saio de casa tenho medo de me cruzar com ele (...) começo a tremer (...) dá-me um mal-estar na barriga e no peito ”.

**História do Problema:**“ M.L.” refere que o seu problema iniciou em Agosto do ano passado, na sequência de uma discussão com o seu vizinho “(...) *fui insultada! Foi muito agressivo e violento (...) deitou-me abaixo (...)*” (sic). Consequentemente, demonstra receio em sair de casa sozinha (se estiver acompanhada sente-se protegida uma vez que quando houve o conflito com o vizinho ela estava só, e crê que se assim não fosse ele não teria reagido daquela forma) e refere que o seu sono está alterado acordando horas antes do que era o esperado. Na sequência desta situação, o marido de “ML” apresentou queixa na GNR e que avançou para tribunal. O marido está fora vários dias por semana e sente que só quando isto acontece é que os vizinhos “aparecem”.

**História Desenvolvimental Psicossocial:** A gravidez de “ML” foi planeada e desejada por ambos os pais. O seu desenvolvimento ocorreu normalmente sem relato de nenhuma problemática associada ao longo das etapas. Descreve-se como uma criança divertida e extrovertida. Tinha um rendimento escolar satisfatório mas no 10º ano decidiu enveredar por um curso profissional (datilografia).

Casou aos 26 anos, saindo de casa nessa altura. Refere que no início do casamento houve alguns conflitos visto que como morava no mesmo terreno que o sogro, ele interferia um na sua relação conjugal. Posteriormente construíram uma casa e a relação estabilizou. Apurou-se que tem um bom relacionamento com o seu marido atualmente. “ML” teve uma filha fruto do seu casamento. A filha foi desejada e planeada pelo casal

e aquando o seu nascimento sentiu-se realizada. Neste momento, encontra-se a concluir a licenciatura em Ciências da Comunicação.

Os seus pais, mãe de 72 anos e pai de 76, são ambos naturais de Santo Tirso. Descreve os pais favoravelmente dizendo que sempre teve uma boa relação com eles e apesar de alguns conflitos pouco significativos entre eles, sempre mantiveram uma boa relação. “ML” tem mais dois irmãos (um mais novo e outro mais velho) que se encontram casados e não há história de problemas nem conflitos.

Descreve o seu sono como agitado “(...) *em sobressalto (...) sonho muito, não é descansado (...) não acordo descansada (...)*” (sic). Mantém uma alimentação saudável, mas não pratica atividade física regularmente. Tem como hábito tomar um café a seguir ao almoço.

“ML” mantém uma vida social ativa saindo e jantando com amigos próximos do casal.

**História Médica Pessoal e Familiar:** Esta é a primeira vez que “M.L.” recorre ao serviço de psicologia. A mãe de M.L. está a ser seguida em psiquiatria no seguimento de uma depressão. O término desse acompanhamento foi há três anos, tendo a duração de dois anos e sem especificar as causas que podem ter estado na origem. “ML” salienta que desconhece totalmente os motivos que levou a sua mãe a estar deprimida.

Relativamente a sua saúde atual, menciona um sopro no coração mas acrescenta que está controlado e não refere história de patologias anteriores. Encontra-se medicada com Triticum AC e Fluvoxamina.

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

“ML” apresenta um aspeto geral cuidado, denota preocupação normativa com a sua imagem. Tem idade aparente coincidente à real. A linguagem é erudita, demonstrando assim um nível intelectual superior. Bem orientada auto e alopsiquicamente. Apresenta discurso coerente, lógico e organizado. Pensamento organizado, de produção, curso e conteúdo adaptativos. Não apresentou comprometimento ao nível da memória, consciência, atenção e sensopercepção. O humor é congruente com o discurso, demonstrando as emoções de acordo com as temáticas abordadas. Não há evidência de ideação suicida.

Durante o processo de avaliação “ML” manteve comportamento adequado, atitude cooperativa e disponibilidade para o estabelecimento da aliança terapêutica. Manteve juízo crítico adequado e *insight* acerca da sua condição. A relação estabelecida com a utente foi de empatia, demonstrando grande cooperação e adesão às intervenções sugeridas.

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

Para além da utilização da entrevista clínica semi-estruturada, foram utilizadas outros materiais de avaliação psicológica com o objetivo de obter uma melhor e maior compreensão acerca do funcionamento emocional, cognitivo e social de “ML”. Para tal, foram administradas as provas: *Beck Anxiety Inventory (BAI)* e o *Brief Symptom Inventory (BSI)*.

#### **- *Beck Anxiety Inventory* – BAI (Beck et al., 1988)**

O Beck Anxiety Inventory é um inventário que avalia a intensidade de sintomas de ansiedade e é constituído por 21 itens. Para cada item a resposta compreende uma escala de Likert de 4 valores, numa amplitude que vai desde Nunca (0) a Quase Sempre (4).

O resultado obtido por “ML” (total= 10) não manifestou a existência de sintomas de ansiedade, encontrando-se num nível médio. Foram explorados posteriormente, em consulta, 2 itens desta escala, cuja resposta foi mais elevada. Estes itens indicam o medo que algo de negativo aconteça e desconforto abdominal. ML confirmou que estes pensamentos se relacionam com a situação traumática e com o fato de não existir ainda nenhuma data para a decisão do tribunal, o que a tem deixado emocionalmente instável e preocupada.

#### **- *Brief Symptom Inventory* – BSI (Degoratis, 1982; versão adaptada por: Canavarro, 1999)**

O BSI é um instrumento que pretende avaliar a presença ou ausência de perturbação emocional, bem como identificar as dimensões sintomatológicas mais prevalentes, sendo constituído por 53 itens. Para cada item o sujeito utiliza uma escala de Likert de 5 valores, com respostas que vão desde Nunca (0) a Muitíssimas vezes (4)

Este instrumento foi administrado com o objetivo de compreender o funcionamento de “ML” e de avaliar a presença ou ausência de perturbação emocional, bem como, identificar as dimensões sintomatológicas mais prevalentes. “ML” colaborou com a aplicação e não manifestou dúvidas.

Podemos constatar que as escalas que obtiveram pontuação mais elevada foram as escalas de obsessões-compulsões, ansiedade e ideação paranóide. Também de referir uma elevação das escalas de somatização, sensibilidade interpessoal, depressão hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranóide .

A escala de ideação paranóide revela que sente que não pode confiar nos outros e estes são culpados pelos seus problemas. Considera-se comentada pelos outros e que se aproveitam dela se o permitir. Apresenta um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O medo da perda de autonomia, pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo e delírios estão presentes nesta perturbação. ansiedade, que indica manifestações de nervosismo, sintomas de ansiedade generalizada e ataques pânico

Com índices um pouco mais baixos, mas igualmente a considerar estão as escalas de: sensibilidade interpessoal centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente, na comparação com outras pessoas. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais são as manifestações características desta subescala. A escala de hostilidade que evidencia a tendência de se irritar facilmente, com impulsos de agressividade e discussões frequentes. E a escala de psicoticismo que demonstra a dificuldade de se sentir próximo aos outros, sentindo que estes podem controlar os seus pensamentos. Permite um contínuo graduado desde o isolamento ligeiro à evidência da psicose. A elevação da escala de depressão reflete sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida

O inventário revelou perturbação emocional nas escalas anteriormente referidas, o que se traduz num Índice Geral de Sintomas (IGS) de 1,09 e um Índice de Sintomas Positivos (ISP) de 3,69 (superior ao ponto de corte 1,7).

## **Diagnóstico Multiaxial**

Eixo I	309.24 Perturbação de Adaptação com Ansiedade
Eixo II	V71.09 Ausência de Diagnóstico
Eixo III	Nada a assinalar.
Eixo IV	Problemas relacionados com o Ambiente Social : conflitos com um vizinho
Eixo V	AGF = 65 (no momento de admissão); AGF =70 (neste momento)

## **Justificação de Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial**

Através da análise da informação recolhida na entrevista clínica e dos resultados obtidos nas provas de avaliação, os resultados indicam-nos a presença de uma Perturbação de Adaptação com Ansiedade já que se verifica o desenvolvimento de sintomas de ansiedade como reação a uma situação de stress identificável (conflito com o vizinho) e mal-estar acentuado que excede o que seria de esperar face à exposição do stressor (iniciou logo após esse conflito e mantém-se desde há um ano). Como tal, “ML” preenche os seguintes critérios: o desenvolvimento de uma resposta psicológica a um fator de stress identificável (conflito com o vizinho), resultando em sintomas emocionais; desenvolveu-se logo após o acontecimento (máximo de três meses seguintes) e excessivo sofrimento face ao esperado pela natureza do stress. Foi codificado com o sub tipo de Ansiedade uma vez que também apresenta sintomas de nervosismo, preocupação (e.g. se a situação irá repetir-se; qual irá ser a decisão do tribunal) e inquietação (APA,2002).

Apesar da sintomatologia de “ML” ser predominantemente ansiosa não preenche os critérios para Perturbação de Stress Pós-Traumático, pois embora que também manifesta a presença de um stressor, esta patologia é caracterizada por uma situação de stress extremo e a sintomatologia diferenciada (e.g. sonhos recorrentes e perturbadores nos quais o acontecimento é revivido ou representado de outra forma; acentuada

diminuição da capacidade em sentir emoções (especialmente as relacionadas com intimidade, carinho e sexualidade); visão encurtada do futuro). É importante referir que “ML” não manifesta continuamente a sintomatologia mencionada acerca de acontecimentos e atividades diárias, mantém a sua rotina diária normalizada, tem capacidade de concentração e tomada de decisão. Assim, foi rejeitada a possibilidade de diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada (APA,2002).

### **Conceptualização Clínica do Caso**

Quando se verifica sintomatologia ansiosa há que ter em conta que esta abarca diversos efeitos, tanto a nível interno como comportamental que traduzem esta alteração emocional (Zamignani & Banaco, 2005) como é manifestado por “ML” (e.g. tremores; taquicardia).

A ansiedade tem sido descrita como um estado emocional desagradável acompanhado por desconforto somático que está relacionado também com outra emoção, o medo. De acordo com Gentil (1997) esse estado emocional está relacionado com um evento futuro e, em alguns casos, desproporcional a uma ameaça real. Habitualmente, o desconforto presente na ansiedade, costuma ser descrito pelo senso comum por meio de somatizações como “frio na barriga”, “coração apertado” e “ nó na garganta”, mãos suadas”(Gentil, 1997 cit in; Zamignani & Banaco, 2005).

Este estado pode derivar de *life events*, descritos como agradáveis ou desagradáveis, ou seja, muitas situações descritas como agradáveis podem implicar ansiedade (principalmente se implicam espera), assim como eventos desagradáveis causam este efeito. São os eventos desagradáveis em que o utente se refere como situações aversivas de interação que se assumem como queixa clínica ” (Zamignani & Banaco, 2005), como no caso de “ML” e que a levam comportamentos de “aproximação/evitação” devido ao receio de que a situação se repita (Caballo, 2003 cit in; Henrique & Mussoi, 2007).

Assim, verifica-se que a resposta varia de individuo e essa depende não só da magnitude e frequência de vida stressor como de fatores ambientais e genéticos. A sua resposta ao stressor irá ser selecionada a partir de vários componentes: cognitivo, comportamental e fisiológico. No caso clínico apresentado, “ML” teve um *life-event*

(discussão com o vizinho) descrito como desagradável que despoletou a sintomatologia mencionada e que a está a manter. Quando “ML” se depara com o local onde decorreu o acontecimento, e uma vez que o indivíduo com quem teve o atrito é seu vizinho; “ML” sente dificuldade em ultrapassar o sucedido e os sintomas permanecem sempre que sai de casa sozinha. “ML” refere que quando sai de casa acompanhada sente-se protegida uma vez que quando a situação ocorreu, crê que se não estivesse sozinha (marido; filha) ele não a teria reagido daquela forma. Desta forma, manifesta esses sintomas no momento em que entra no carro para sair de casa selecionando os três componentes referidos (cognitivo, comportamental e biológico).

Face a este stressor, se a resposta de “ML” conseguir eliminar ou aliviar essa situação proporcionaria uma diminuição da parte fisiológica ativada. Contudo, Tal não se verificou e propiciou o esgotamento dos recursos de “ML”. Assim, estas situações podem gerar transtornos psicofisiológicos, predispor o aparecimento de patologias de ansiedade ou outra perturbação mental (Margis, et al., 2003). Desta forma, foi o que se verificou no caso de “ML”, como não conseguiu eliminar nem aliviar o stressor, os seus recursos foram esgotados, desenvolvendo assim uma Perturbação de Adaptação com Ansiedade.

Segundo Barlow (2002), quando isto acontece e se verificam altos níveis de ansiedade, as melhores formas de tratamento são por via farmacológica e os tratamentos psicológicos (Batista, Carvalho & Lory, 2005). Posto isto, mostrou-se pertinente que no caso de “ML”, para além da terapia farmacológica já aplicada, intervenção psicológica individual.

### **Descrição da Intervenção**

Na literatura surge amplamente ilustrado que, para as áreas de intervenção psicológica identificadas, isto é, as áreas social e familiar e de perturbação de ansiedade, os procedimentos baseados no modelo cognitivo-comportamental apresentam uma maior eficácia a médio e longo prazo. Neste sentido e atendendo à sintomatologia evidenciada por “ML”, a abordagem adotada no seguimento deste caso, é baseada no modelo anteriormente aludido.

O processo terapêutico iniciou-se com a recolha de dados anamnésicos, que permitiu compreender a história clínica e desenvolvimental de “ML”. A intervenção psicológica foi pautada pela aliança terapêutica, de modo a alcançar os objetivos pretendidos para este quadro sintomatológico.

- **Objetivos de Intervenção**

- Promover uma aliança terapêutica adequada;
- Promover um contexto terapêutico no qual os sentimentos e pensamentos associados à situação traumática sejam identificados e equacionadas estratégias de confronto;
- Relativizar a experiência do medo e identificar as crenças que promovem a manutenção do medo;
- Promover competências para lidar com as emoções e cognições de preocupação e medo;
- Promover competências de auto-controlo e de gestão do stress.

#### **Avaliação do Processo e Estado Atual**

Neste momento o processo terapêutico ainda está a decorrer mas, há a evidência de melhorias no que concerne à perceção da sua resposta fisiológica face ao *life event* uma vez que “ML” consegue associar perfeitamente que os sintomas manifestados (e.g. sensação de aflição, tremores, suores, taquicardia) no momento em que sai de casa se devem à situação traumática que viveu; na identificação de algumas crenças erróneas (e.g. ao cruzar-me novamente com o meu vizinho a situação vai repetir-se ou até irá ser pior); alívio de alguns sintomas (e.g. taquicardia) e desenvolvimento de técnicas distrativas (e.g. ligar o rádio do carro, brincar com o cão, olhar para as flores no jardim).

Relativamente às insónias que mencionou nas primeiras consultas, “ML” referiu que tomava a medicação antes de se deitar, neste caso às vinte e duas horas. Desta forma, sugeri que a tomasse um pouco mais tarde, às onze, o que revelou resultados positivos deixando de acordar antes do que desejava.

Na finalização serão realizadas sessões de *follow-up* e de prevenção de recaída.



## Reflexão Final

Como corolário da experiência desenvolvida ao longo deste processo formativo e o culminar deste ano letivo referente ao estágio curricular, emerge a necessidade em meditar sobre todo este percurso.

Este estágio foi fundamental na medida em que foi possível a verificação e aplicação do que foi apreendido e no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais de acordo com a prática de psicologia. Permitiu ainda, uma aprendizagem alargada sobre variadas problemáticas que emergem neste contexto.

O fato de ser orientada local e reunirmos semanalmente, possibilitou confrontar a teoria com a prática, assim como partilhar experiência entre as estagiárias e a orientadora local. É de salientar o excelente relacionamento entre as estagiárias que serviu de grande suporte emocional e motivador durante este percurso.

O único aspeto negativo que considero importante salientar, é o fato de que o serviço de psicologia, até há pouco tempo, só possuir apenas uma sala, provocando algumas situações de desconforto e a deslocação das consultas para os gabinetes de outro profissionais. Como já havia referido anteriormente, tal limitou em grande parte o estabelecimento de um *setting* terapêutico pessoal e que as pessoas dificilmente se identificassem com o espaço envolvente. 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.

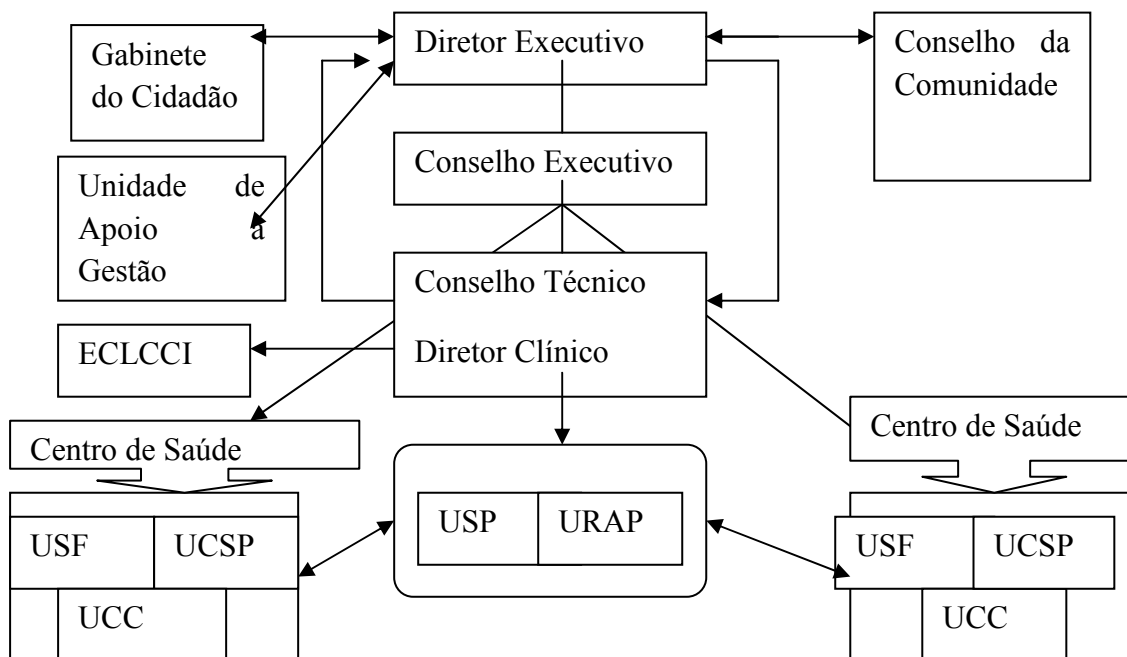
## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-R - Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais*. Lisboa: Climepsi (1ª Edição).
- Batista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 267 – 277.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 227 - 235.
- Brito, L. (2007). Família Pós-Divórcio: A Visão dos Filhos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32 - 45.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*.
- Corman, L. (1979). *O Teste do Desenho da Família* (W.H. Geenen). São Paulo: Editora Mestre Jou. (publicação original 1961).
- Cunha, J. (2000). *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre: Artmed Editora (5ª Edição).
- Eizirik, M., & Bergmann, D. S. (2004). Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *Revista de Psiquiatria*, 330 - 336.

- Ferreira, V., & Mousquer, D. (2004). Observação em Psicologia Clínica . *Revista de Psicologia da UNC* , 54 - 61.
- Goldsmid, R., & Féres-Carneiro, T. (2007). A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. *Psicologia em Revista* , 293-308.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A.F., & Silveira, R.O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Psiquiátrica*, 25 (1), 65-74.
- Neto, A. (2005). Bullying, comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria* , 164 - 172.
- Neto, A., Gauer, G., & Furtado, N. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Rangé, B., & Henrique, M. (2007). *Terapia Cognitivo Comportamental para os Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roberts, G.E., & McArthur, D.S. (1991) *Roberts Apperception Test for Children Manual*. United States American: Wertern Psychological Services.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17 (3), 569 – 576.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores (2ª edição).
- Rebelo, J. (2009). *Amor, Luto e Solidão* . Alfragide : Casa das Letras .
- Rebelo, J. (2007). *Desatar o nó do Luto* . Cruz Quebrada : Casa das Letras .
- Worden, J. (2001). Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner . *Brunner- Routledge* .
- Zamignani, D., & Banaco, R. (2005). Um Panorama Analítico- Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* , 77 - 92.

# ANEXOS

# ANEXO I



**Legenda:** ECLCCI - Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados

**UCC**- Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP**- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**URAP**- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF**- Unidade de Saúde Familiar

**USP**- Unidade de Saúde Pública.

Decreto de Lei, 1998

# ANEXO II

***ACES Grande Porto I  
Santo Tirso/Trofa***

***Centro de Saúde de  
Santo Tirso***

***Relatório de  
Actividades de  
2011***

***PSICOLOGIA  
CLÍNICA***

***Piedade Vieitas***

***Janeiro de 2012***

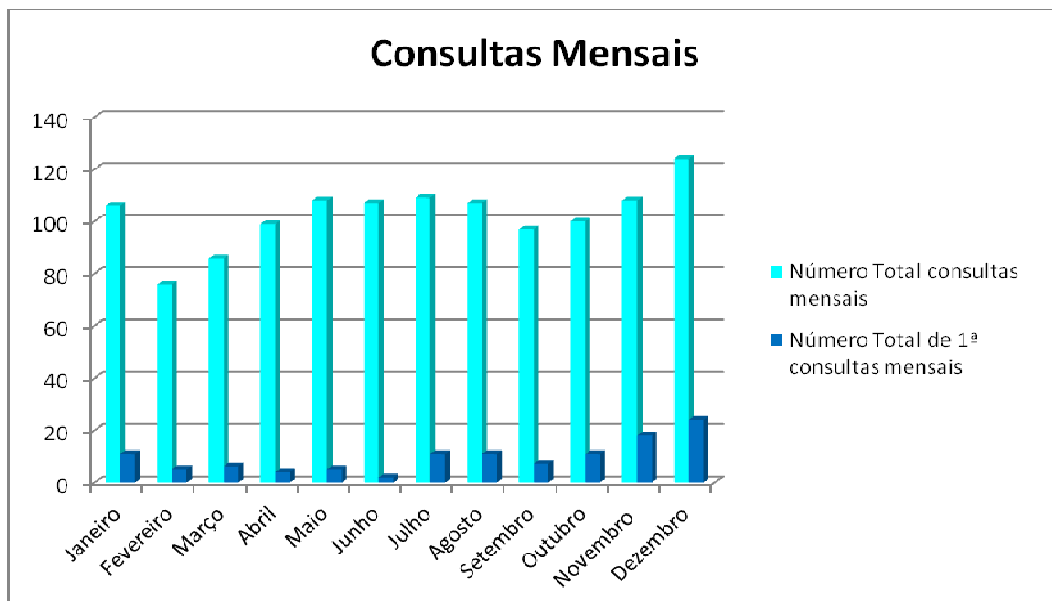


### Caracterização da Consulta Psicológica de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2011

No decorrer do ano de 2011 foram realizadas um total de 1227 consultas, onde 131 corresponderam a primeiras consultas/encaminhamentos pelos profissionais de saúde.



Verificou-se que as consultas de psicologia distribuíram-se mensalmente da seguinte forma:



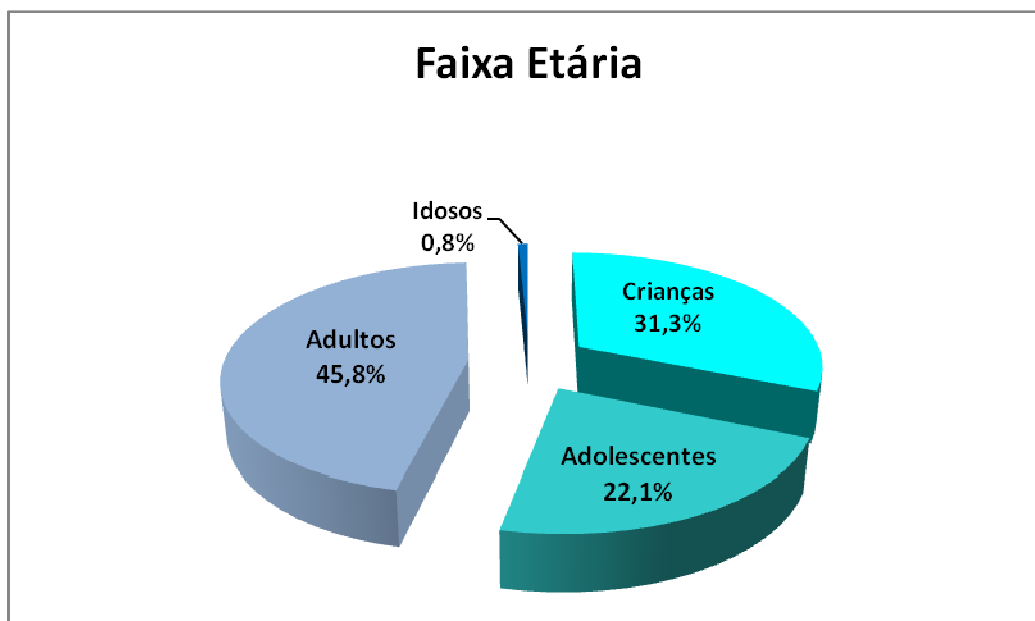
Relativamente ao número de consultas realizadas pelos profissionais de psicologia verifica-se que, a psicóloga clínica Dr<sup>a</sup>. Piedade Vieitas realizou 747 consultas durante o ano de 2011. As restantes consultas (1336) foram efectuadas pelas estagiárias de psicologia clínica: Dr<sup>a</sup>. 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>. Stephanie Araújo, Dr<sup>a</sup>. Estela Faria e Dr<sup>a</sup>. Carolina Oliveira.



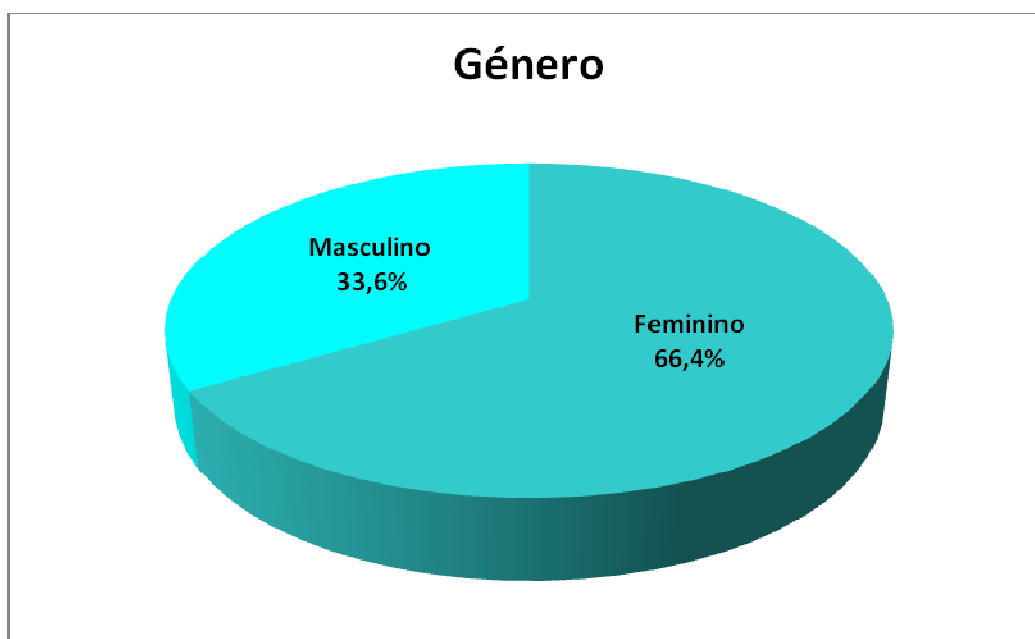
No que concerne ao primeiro conjunto de objectivos estabelecidos pelo serviço, verifica-se que, a mediana do tempo de espera da primeira consulta foi de 27 dias, valor inferior ao que foi estabelecido (90 dias úteis). Conclui-se, desta forma, que os objectivos foram atingidos, sendo que 100% das primeiras consultas de psicologia referenciadas apresentam um tempo de espera menor que 90 dias úteis.

$$\tilde{X} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de primeiras consultas realizadas em } \leq 90 \text{ dias}}{\text{n}^\circ \text{ total de situações referenciadas à consulta de psicologia}} \times 100 = 151$$

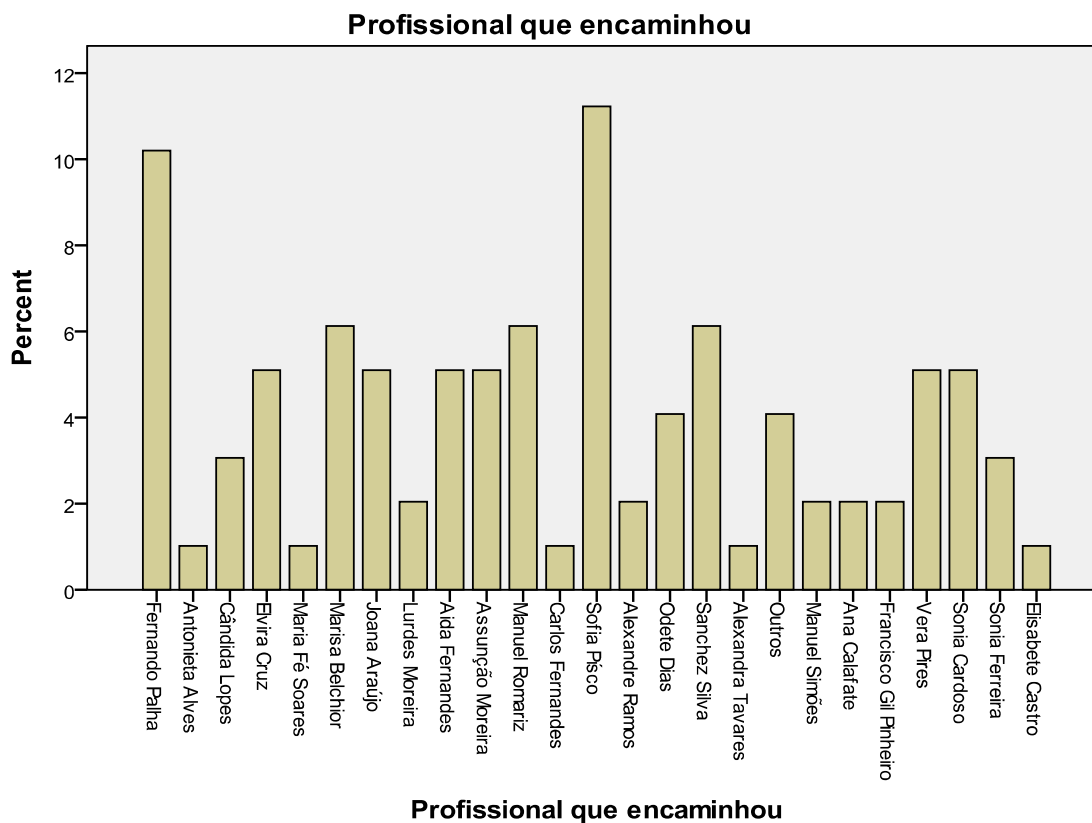
Dos 131 utentes que frequentaram pela primeira vez a consulta de psicologia no ano de 2011, constatou-se que 45,8% correspondem a adultos, 31,3% crianças, 22,1% adolescentes e 0,8% idosos.



Quanto ao género, constatamos que nas primeiras consultas/encaminhamentos do ano 2011, 33,6% pertencem ao género masculino e 66,4% ao género feminino.

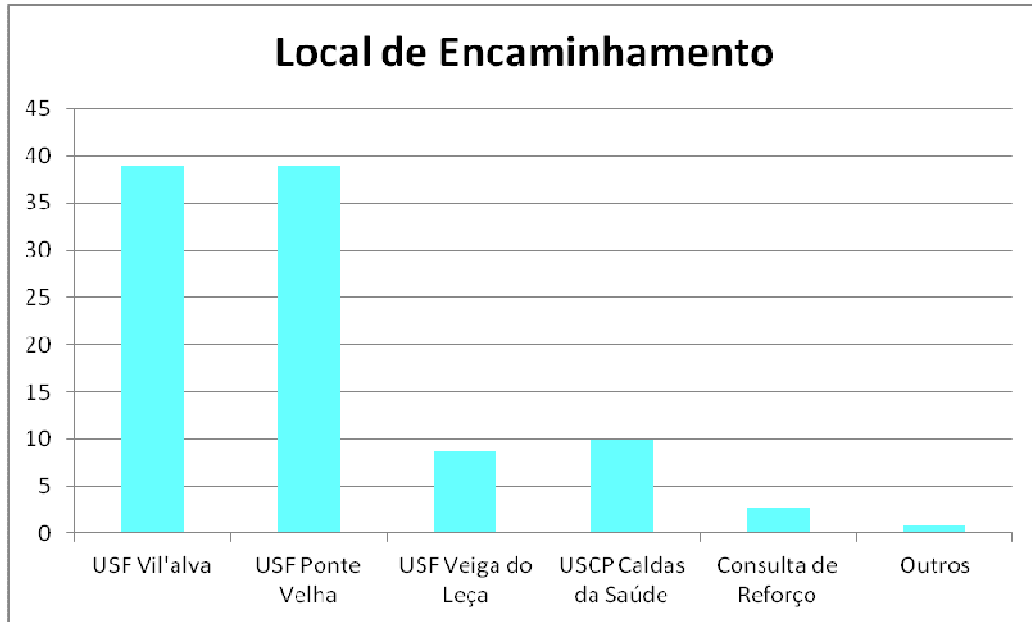


O gráfico seguinte identifica os profissionais de saúde que mais referenciaram a consulta de psicologia clínica.

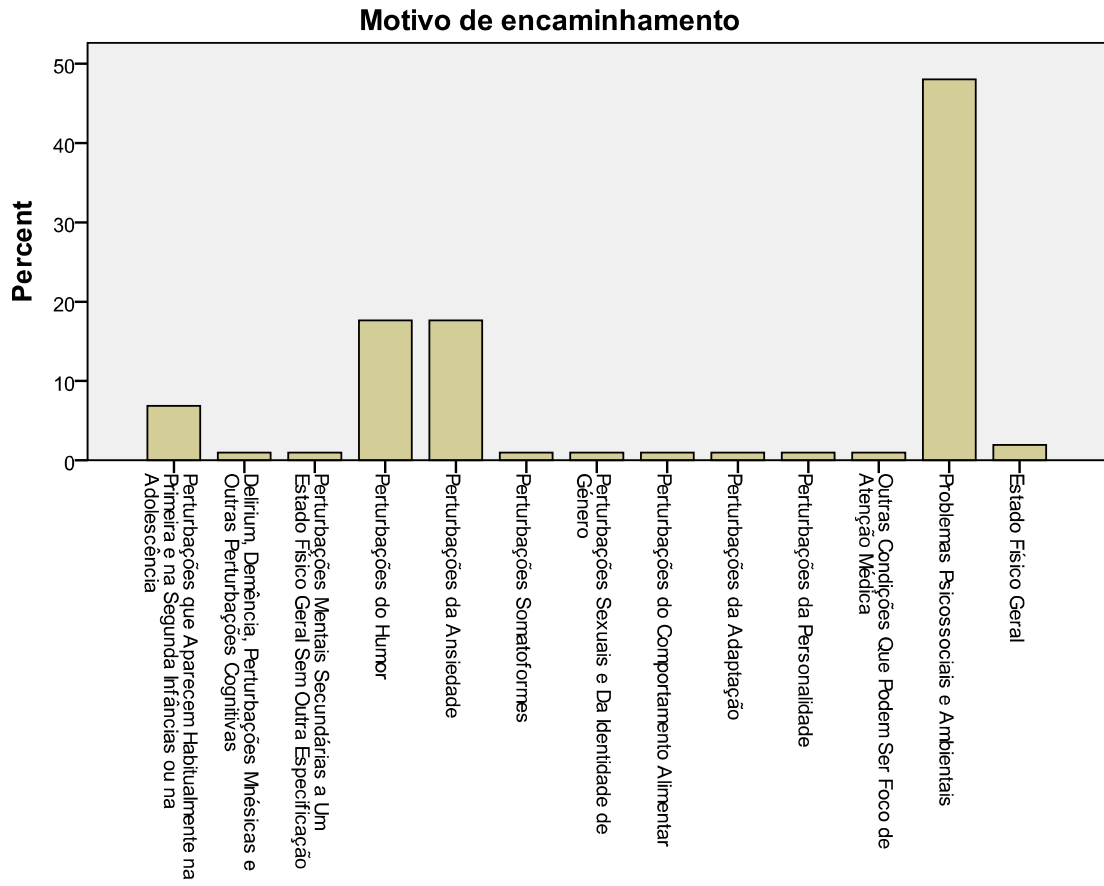


A análise do gráfico permitiu-nos concluir que, a Dr.<sup>a</sup> Sofia Pisco, Dr.Fernando Palha, Dr.<sup>a</sup> Marisa Belchior , Dr. Sanchez Silva e Dr. Manuel Romariz foram os profissionais que mais referenciaram para a consulta de psicologia.

Salienta-se que o maior número de encaminhamentos para a valência de psicologia provém da USF Ponte Velha e USF Vil'alva.



Verificou-se que, segundo os critérios de diagnóstico do DSV IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto), o eixo IV, problemas psicossociais e ambientais é o que mais se evidencia. Considera-se ainda pertinente a presença do Eixo III correspondente às perturbações de Ansiedade e Perturbações de Humor.



### **Caracterização das Acções de Educação para a Saúde no Âmbito da Sexualidade realizadas em 2010**

Em 2009 foram realizadas 8 sessões (35%) para alunos no âmbito da Sexualidade em diferentes Instituições de Ensino, nomeadamente Colégio de N.ª. Sra. De Lurdes (4 sessões), Escola Secundária de Tomás Pelayo (2 sessões) e Escola Secundária D. Dinis (2 sessões). Relativamente a 2010 o número de acções desenvolvidas aumentou para 15 sessões (65%), realizadas nos seguintes locais: 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 à formação direccionada para os docentes das Escolas de Santo Tirso, foram realizadas em 2009 4 sessões (40%) e em 2010 6 sessões (60%).



### **Conclusão**

De acordo com o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), os objectivos estipulados pela Psicóloga Clínica para o ano de 2010 foram totalmente conseguidos.



# ANEXO III

## ***Ação de Educação para a Saúde: "Os Jovens e a Sexualidade"***

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

Carolina Oliveira; Estela Castro;  
Estela Faria; Stephanie Araújo



2012

### **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.



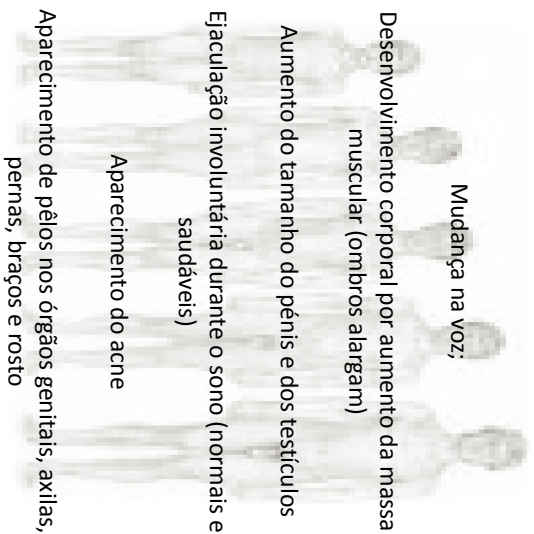
- Responde às seguintes questões de forma a dar a tua opinião acerca dos temas:
  - Tema 1 – Puberdade e Adolescência
    - Quando começa? E como começa? O que te acontece?
  - Tema 2 – Tomada de Decisão
    - Com que idade podes iniciar actividade sexual? Quem é para ti a pessoa mais indicada? Quais são os motivos para te sentires preparado (a)? Imagina que és a Maria e dizes NÃO ao Manel...como explicarias?
  - Tema 3 – Medos
    - Quais são os medos das raparigas? Quais são os medos dos rapazes?
  - Tema 4 – Acto Sexual
    - O que são preliminares? Qual é sua importância? O que é sexo oral? O que é sexo anal?
  - Tema 5 – Gravidez na Adolescência
    - Porquê que dizem que não se deve engravidar na adolescência? A Maria pode fazer uma interrupção da gravidez? O que é preciso?



## Puberdade

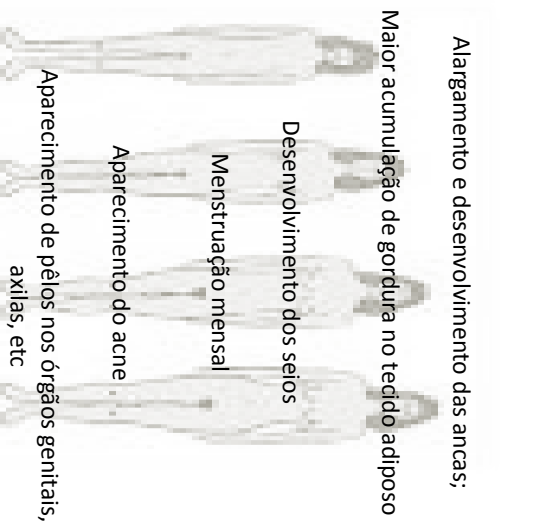
Marca o início da vida reprodutiva de rapazes e raparigas e é caracterizada por mudanças fisiológicas e psicológicas.

### Caracteres sexuais secundários masculinos



Maior secreção da hormona testosterona

### Caracteres sexuais secundários femininos



Maior produção das hormonas estrogénio e progesterona



Em suma, as alterações corporais são vivenciadas de forma diferente, de jovem para jovem. A nível psicológico podem aparecer sentimentos de vergonha, timidez, pudor e até ansiedade, nomeadamente em casa e na escola.



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





## 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.

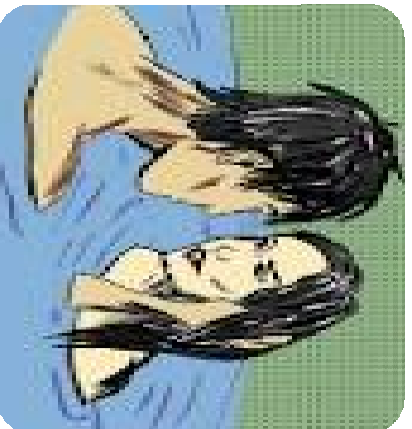


¿? ¿?

¿?

### 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 contracepção, 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.

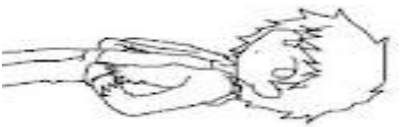






## ***Alguns Medos para Ele e Ela...***

- ✓ 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;

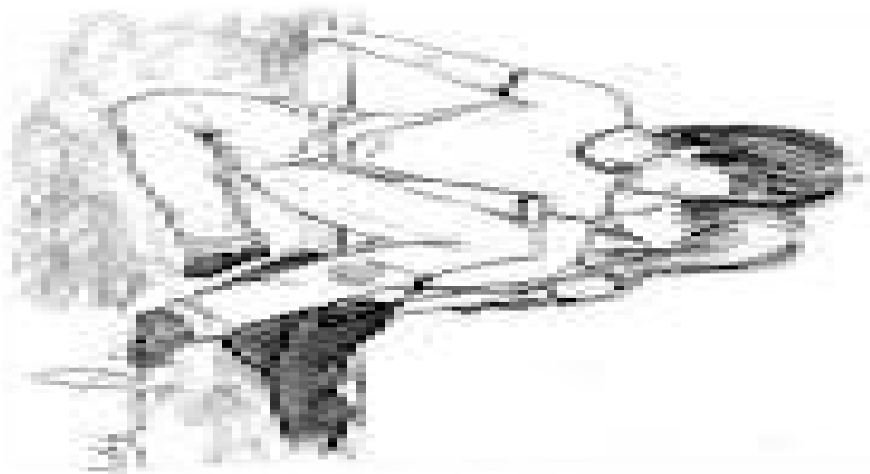


## *Para elas...*

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

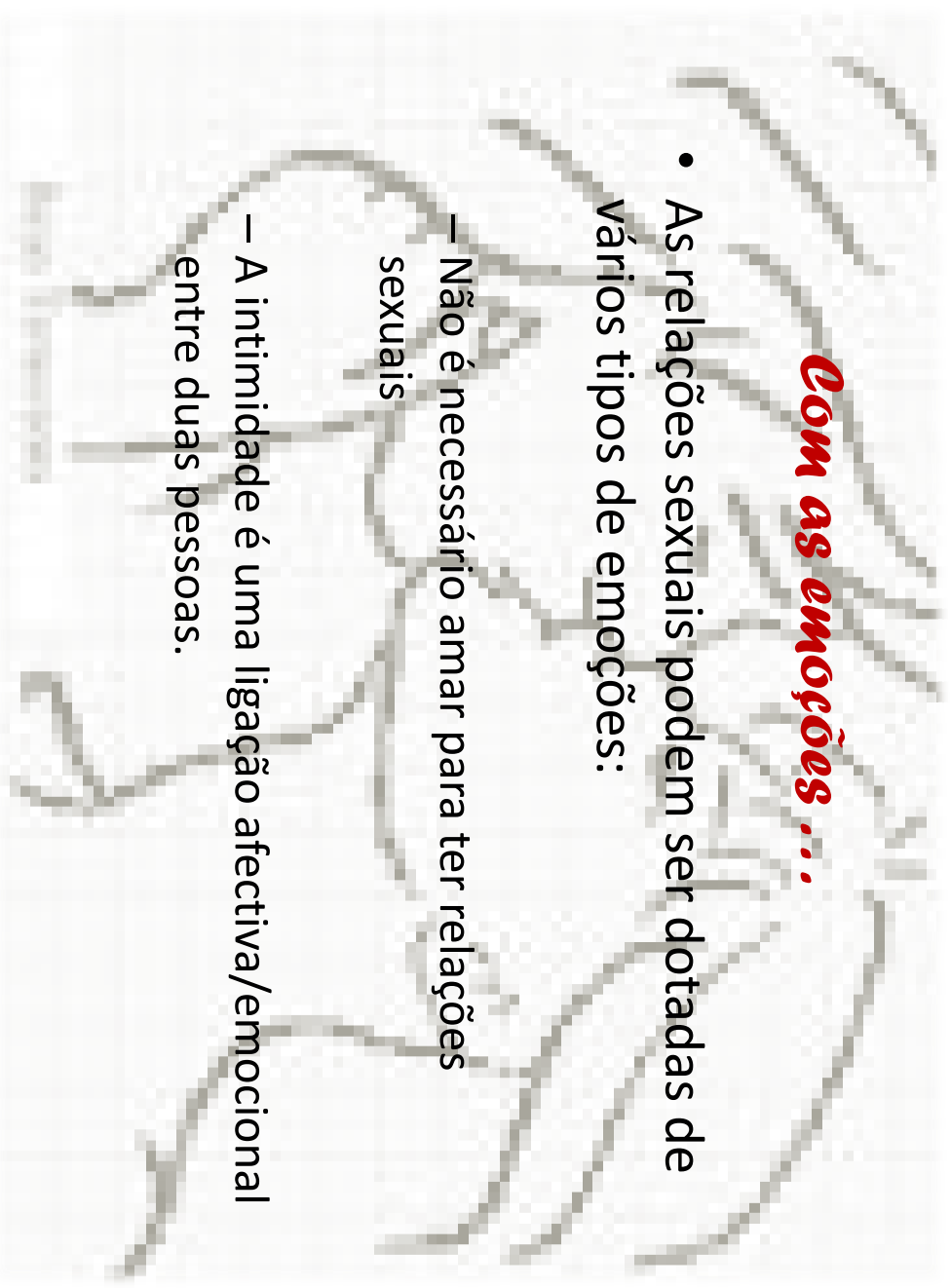
## *Para eles...*

- ✓ 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!

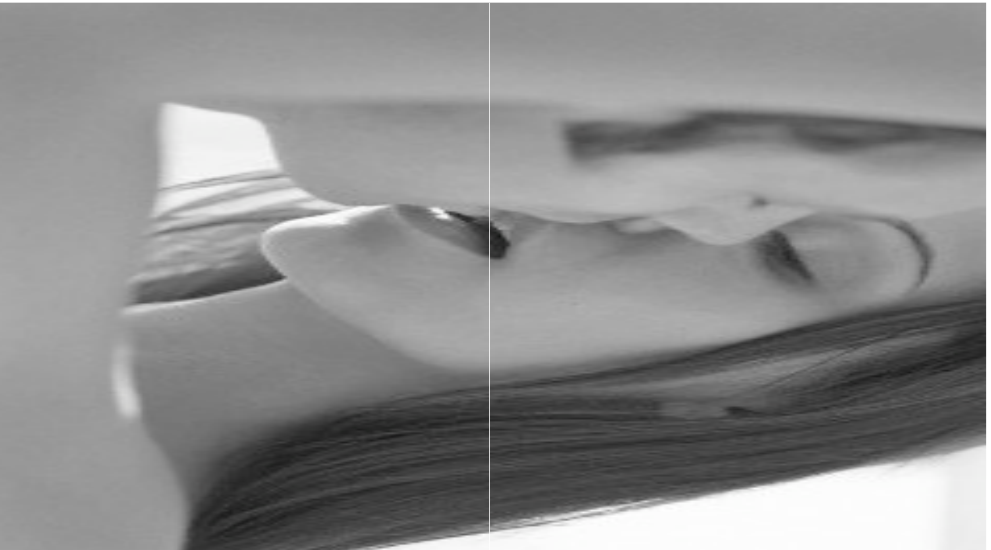
Existem muitas “ primeiras vezes ” na experiência sexual: o primeiro beijo, a primeira curte, a primeira carícia, a primeira vez que estamos nus à frente de alguém...

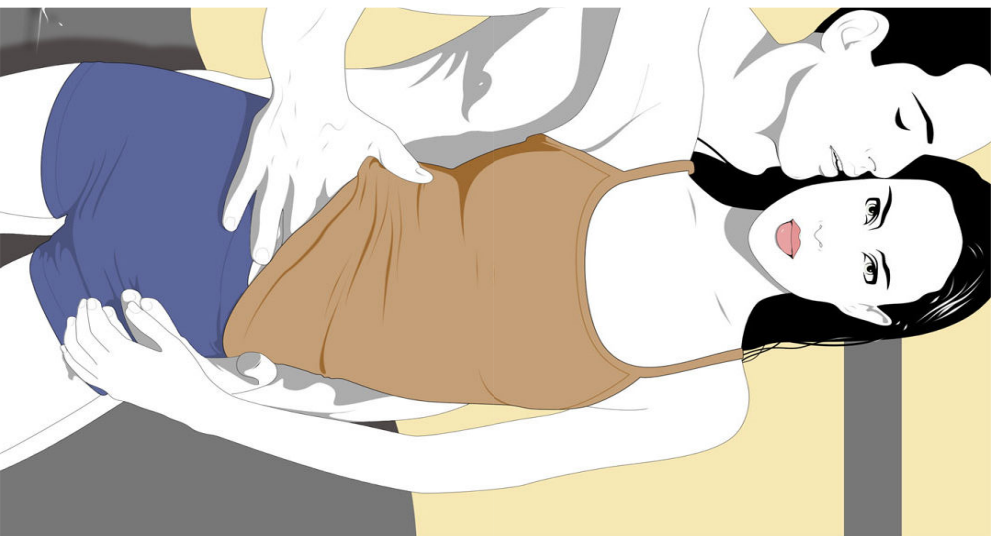
À medida que a relação sexual se vai desenvolvendo, tanto o rapaz como a rapariga, vão descobrindo novas sensações e emoções fortes.



## ***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 pénis provocando uma erecção.</li><li>• O pénis 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 afliui até à vulva e à vagina que fica mais húmida. Esta lubrificação prepara a penetração.</li></ul>

## Prazer

**Rapaz**

- Chegado a um certo grau de excitação, obtêm o prazer ao mesmo tempo que sai o esperma, sendo impossível reter a ejaculação.

- 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.

**Rapariga**

- O prazer sexual é provocado pela estimulação do clítoris (directa ou indirecta) e pela penetração.

- O orgasmo é associado às contracções involuntárias dos músculos da vagina.
- 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.



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



## **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.

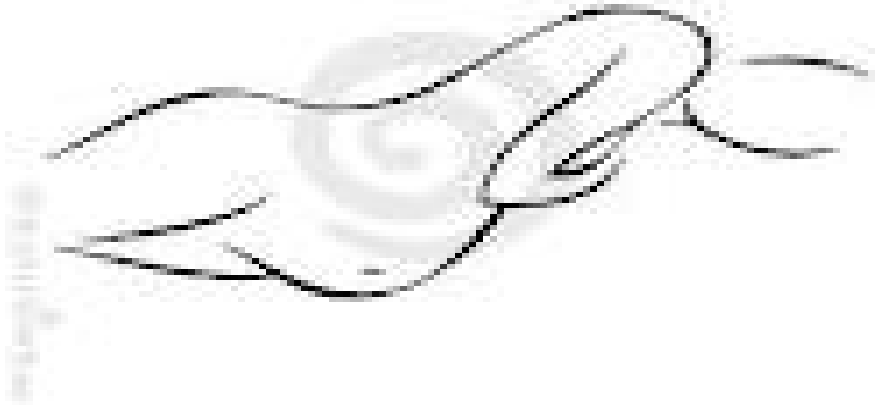


## *Implicações de ser adolescente a estar grávida:*

- 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:***

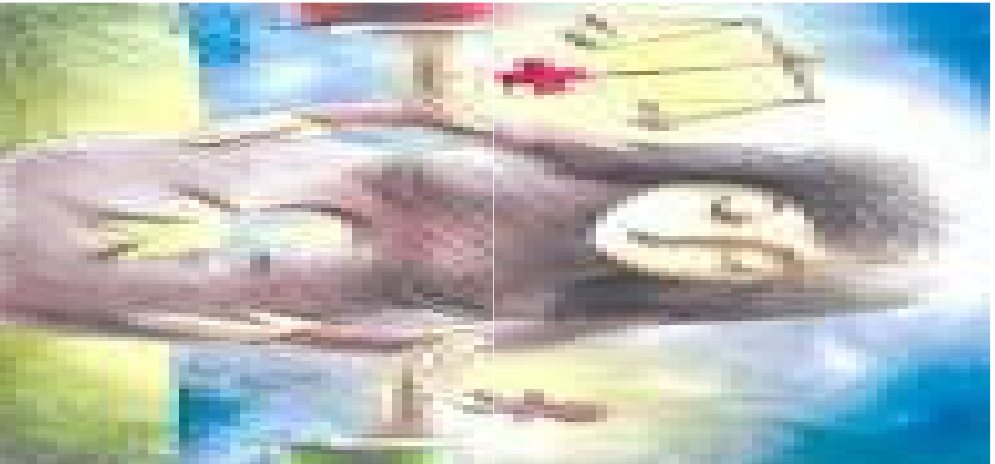
A gravidez pode interromper o processo de desenvolvimento próprio da idade, fazendo-a assumir responsabilidades e papéis de adulto antes da hora, já que dentro em pouco se virá obrigada a dedicar-se aos cuidados maternos .



## ***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.

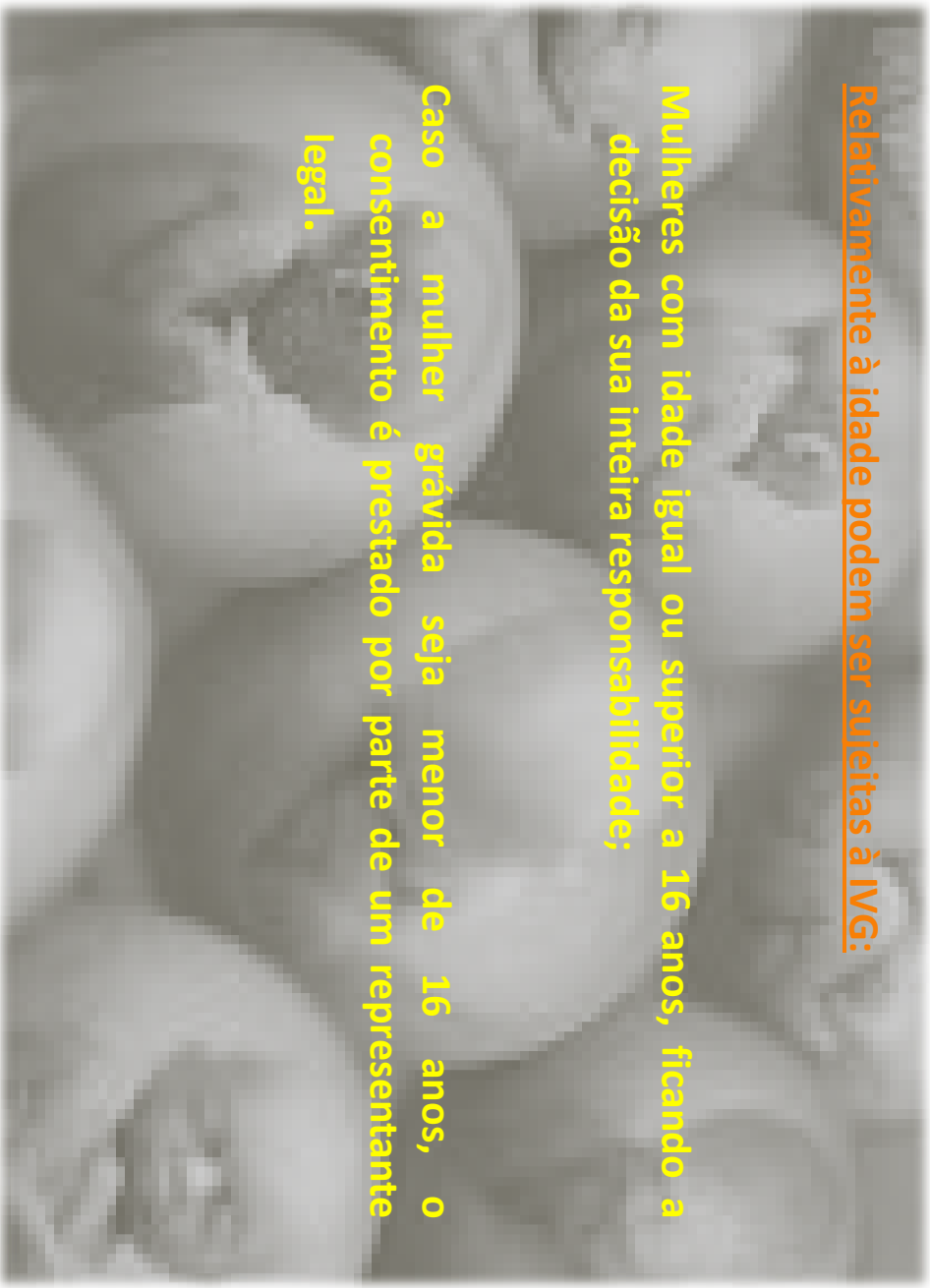




**Relativamente à idade podem ser sujeitas à IVG:**

**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:**

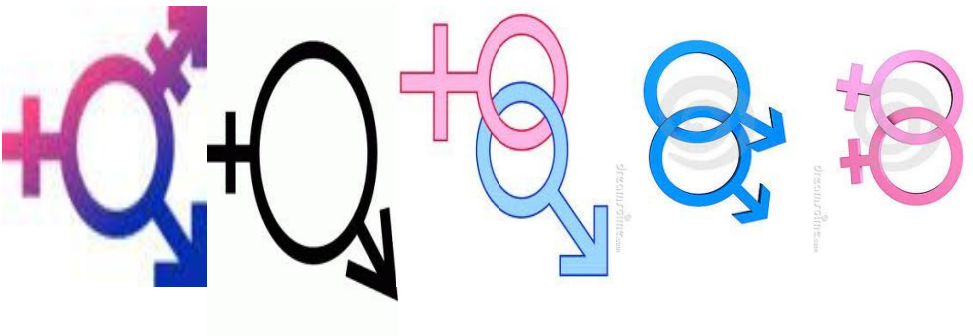
Deve ser facultado à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável;

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



# ANEXO IV





## AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

### “OS JOVENS E A SEXUALIDADE”

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.

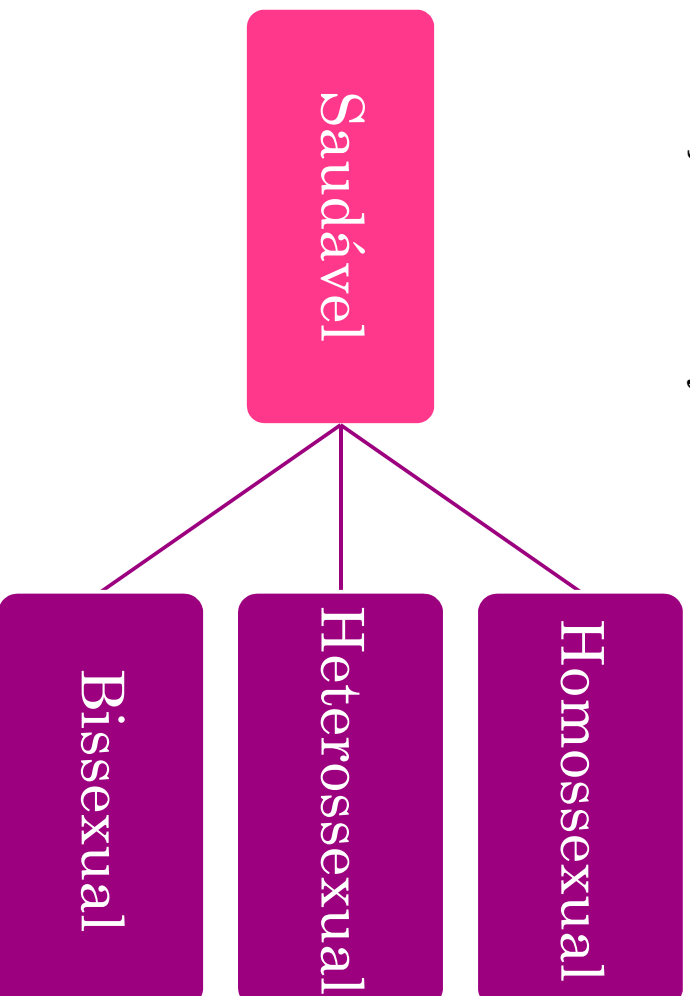


◦ Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental.

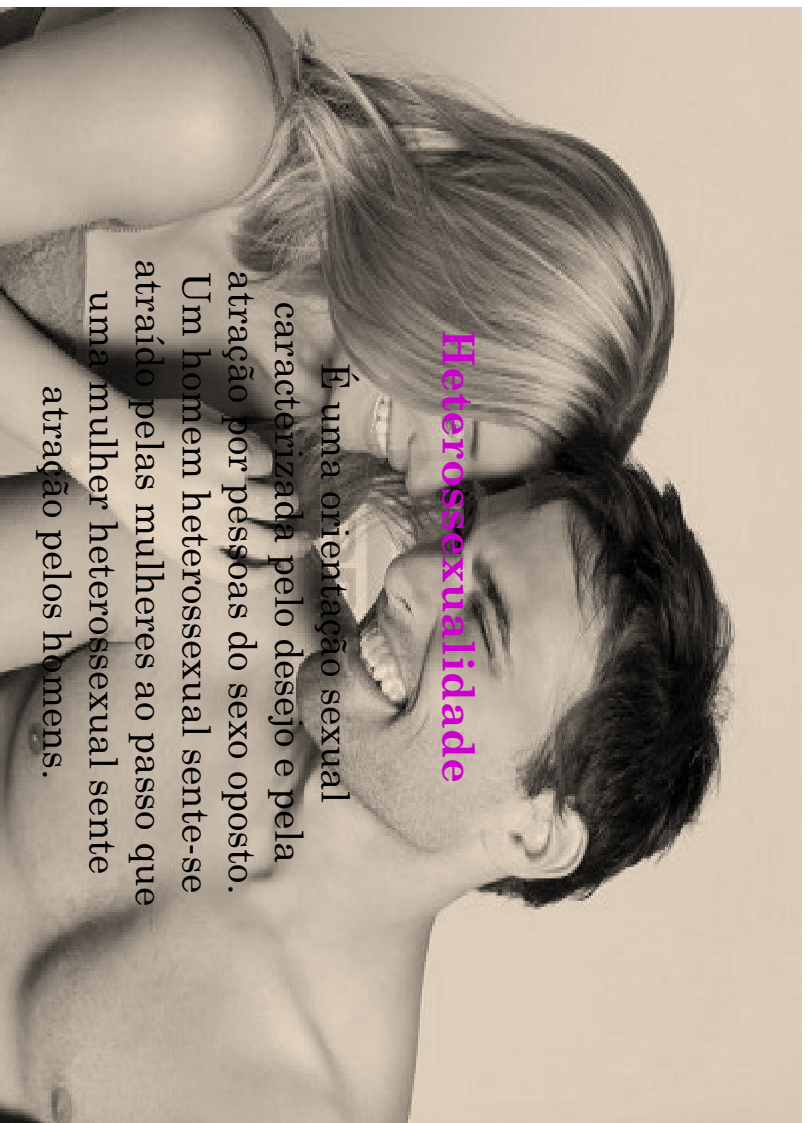
## Dinâmica de Grupo



## Orientação do Desejo



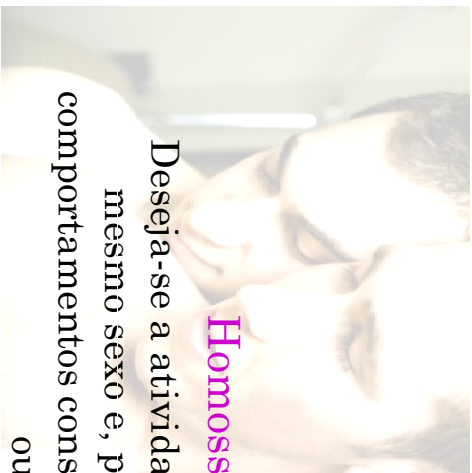
## SAUDÁVEL



### Heterossexualidade

É uma orientação sexual caracterizada pelo desejo e pela atração por pessoas do sexo oposto. Um homem heterossexual sente-se atraído pelas mulheres ao passo que uma mulher heterossexual sente atração pelos homens.

## 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.



Video.avi

# SAUDÁVEL

## Transexualidade



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



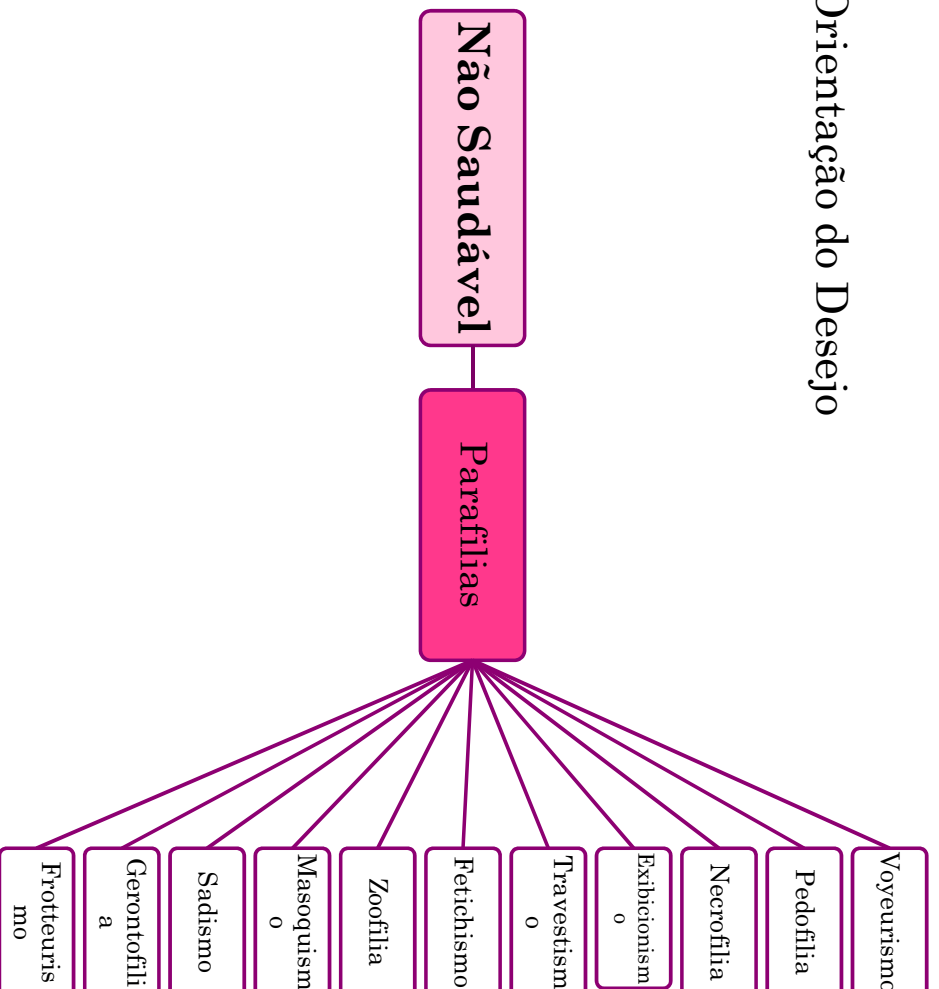
Vontade persistente de viver com o outro sexo, adotando as suas roupas; comportamentos e maneira de viver;  
Sentimento persistente de mal-estar em relação ao próprio sexo somático (órgãos genitais e figura corporal).

# NÃO SAUDÁVEL

## ◦ Parafilias

- O objeto de desejo é:
  - 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:
  - Persistente e repetitivo.

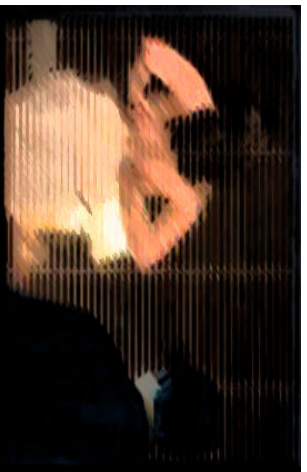
## Orientação do Desejo



## 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 obtêm 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

### 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

### Fetichismo

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

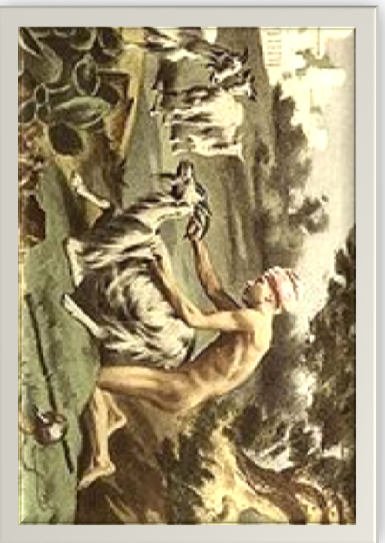
Entre os objetos fetiche mais e comuns encontram-se as cuecas das mulheres, soutiens, meias, sapatos, botas ou outra peças de vestuário.



## PARAFILIAS

### Zoofilia

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



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



## 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

### 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?**



---

**Orientaçã 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



# SESSÃO 4

## **Tabela**



# ANEXO V

## 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 4 “Comer devagar” simulando o aparelho digestivo tem como objetivo dar a conhecer à criança o processo digestivo (colher-boca-esófago- estomago-intestino delgado- intestino grosso); o jogo 5 “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 a cada aluno. 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