



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**O Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários:
Da função assistencial à prevenção e promoção
da saúde**

Nadir Louro Graça Carita

Orientação: Professora Doutora Sofia Tavares

Mestrado em Psicologia

Relatório de Atividade Profissional - Volume 1

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**O Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários:
Da função assistencial à prevenção e promoção
da saúde**

Nadir Louro Graça Carita

Orientação: Professora Doutora Sofia Tavares

Mestrado em Psicologia

Relatório de Atividade Profissional - Volume 1

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Évora, 2014

Agradecimentos

À Professora Doutora Sofia Tavares pelo trabalho de orientação, pela compreensão e interesse demonstrados no processo de execução deste relatório.

À Professora Doutora Madalena Melo, uma verdadeira *facilitadora* na conceção rogeriana, que lançou o desafio de aprendizagem e evolução académica pela elaboração do relatório de atividade profissional.

À Professora Doutora Adelinda Candeias que muito me auxiliou nos primeiros passos do percurso profissional patente neste relatório.

A todos os utentes que *entrelaçaram* os seus problemas pessoais no meu caminho profissional.

Aos meus pais que sempre incitaram a procura do conhecimento, em contexto formal e informal, com vista à aquisição de competências técnicas, sociais e humanas.

Ao *meu* Nuno, pelo amor que me dedica, pelo apelo sereno mas constante à finalização deste relatório que entende como um momento de *catarse* académica. Por acreditar quando eu duvido.

Ao Carlos Nuno que todos os dias me ensina a desempenhar o mais significativo e profundo dos papéis: Ser Mãe!

Resumo

O presente relatório visa uma análise retrospectiva e prospectiva do *universo laboral* de uma psicóloga clínica, baseada na relevância de experiências e competências adquiridas que se julgam adequadas à atribuição do grau de mestre.

A função assistencial nos cuidados de saúde primários assume a dominância de todo um conjunto de atividades possíveis ao psicólogo, contrariando normativas nacionais e internacionais que sugerem a implementação de programas de prevenção da doença, de promoção da saúde, de formação (técnica, científica e pessoal) e de investigação-ação.

A elaboração deste relatório promoveu uma visão técnico-científica atualizada que facilitou outro olhar sobre o modo de atuação e perspetivou outras linhas de intervenção. Para além da perspetiva mais tecnicista, possibilitou ainda o reconhecimento do processo de construção e evolução enquanto psicóloga.

Palavras-chave: experiências, competências, psicólogo clínico, cuidados de saúde primários.

The Psychologist in Primary Health Care: The role of health care promotion and prevention

Abstract

This report aims to a retrospective and prospective analysis of the work universe of a clinical psychologist, based on the importance of experiences and acquired skills which are supposed to the award of the master's degree.

The welfare function in primary health care assumes the knowledge of a wide range of possible activities to a psychologist, going against national and international norms that suggest the implementation of disease prevention programs, health promotion, training (technical, scientific and personal) and applied research.

Preparing this report gave an updated technical and scientific view and promoted another look in the way to implement intervention and opened other perspectives of the work. In addition to the more technical perspective, it was of great importance to recognize the construction process and the evolution as a psychologist.

Keywords: experiences, skills, clinical psychologist, primary health care.

Índice

Introdução.....	1
1. O que são os Cuidados de Saúde Primários?.....	3
2. Estrutura e Organização dos Cuidados de Saúde Primários	5
3. As Funções de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.....	7
4. A Função do Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários	9
4.1. Noção de Experiência, Noção de Competência	11
4.2. Experiência Clínica – Competências Adquiridas	12
4.2.1. Primeiras Consultas	12
4.2.2. Processo de Avaliação Psicológica	13
4.2.3. Acompanhamento Psicológico Individual: Modelo de Intervenção Cognitivo-comportamental	14
4.2.3.1. Análise de Casos Clínicos.....	17
a) Estudo de Caso: Acompanhamento Psicológico a Adulto.....	17
b) Estudo de Caso: Acompanhamento Psicológico a Criança.....	33
4.2.4. A Função Assistencial no âmbito dos Cuidados Paliativos	42
4.2.4.1. Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos: O Início da Abordagem Multidisciplinar	44
4.2.4.2. Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos: O Papel do Psicólogo.....	47
4.3. Experiência de Formação	54
4.3.1. Reuniões de Intervisão	54
4.3.2. Reuniões Clínicas	55
4.3.3. Supervisão Clínica	56
4.3.4. Enquanto Formadora	58
4.4. Experiência de Coordenação e de Governação Clínica e da Saúde	59
4.4.1. Vogal do Conselho Clínico do ACES	60
4.4.2. Coordenadora da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES	61
4.5. Experiência de Investigação-Ação	63
5. Avaliação Crítica	69
6. Conclusão	71
Bibliografia	75

Índice de figuras, quadros e gráficos

Figura 1 : Organograma dos serviços de saúde da Unidade Local de Saúde (U.L.S.) ..	6
Figura 2 : Modelo cognitivo da depressão de <i>H.</i> (adaptado de Fennell,1997)	30
Quadro 1: Síntese de competências técnicas do psicólogo em CSP (adaptado de Trindade, 2007)	9
Quadro 2: Registo de pensamentos disfuncionais (adaptado de Fennell, 1997)	28
Quadro 3: Hierarquização das experiências ansiógenas da utente, de acordo com o nível de USD's	31
Quadro 4 : Competências intrapessoais que facilitam a relação doente-profissional de cuidados paliativos, segundo Bayés (1996).	48
Quadro 5: Experiência de apoio psicológico a utentes e familiares, em contexto domiciliário e competências adquiridas.....	50
Quadro 6: Experiência de apoio psicológico a outros profissionais de saúde e competências adquiridas	51
Quadro 7: Experiência de desenvolvimento pessoal e competências adquiridas.....	53
Gráfico 1: Distribuição dos indivíduos sem diagnóstico clínico de HTA, em função dos valores de pressão arterial	65

Lista de siglas

- ACES – Agrupamento de centros de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- HTA – Hipertensão Arterial
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental
- TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
- UAG – Unidade de apoio à Gestão
- ULS – Unidade Local de Saúde
- URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- USD – Unidade Subjetiva de Desconforto
- USP – Unidade de Saúde Pública
- USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente Relatório de Atividade Profissional constitui-se como uma tentativa de perscrutar um sentido, um significado e creditação à trajetória de formação, a partir das experiências e competências mais relevantes e significativas.

Inscribe-se no campo do modelo de competências e dos estudos curriculares surgindo como uma das respostas possíveis à obtenção do grau de mestre, uma alternativa à dissertação, permitindo à mestranda encontrar um espaço promotor da autonomia, valorizando a sua individualidade e dando visibilidade a um universo de relações múltiplas e de aprendizagens diversas que ocorreram ao longo da formação profissional e pessoal, tendo como alicerce a motivação pessoal.

Seguindo as determinações do regulamento do relatório de atividade profissional da Universidade de Évora (despacho n.º 40/2011), o relatório comporta dois volumes, cujos conteúdos se salientam: no **primeiro volume**, partindo de um referencial teórico, aprofunda-se o tema “*O psicólogo nos cuidados de saúde primários: da função assistencial à prevenção e promoção da saúde*”, tendo por base: a) a caracterização e apresentação das mais relevantes experiências e competências adquiridas ao longo da atividade profissional desempenhada no serviço nacional de saúde (i.e. experiência clínica, experiência de formação, experiência de coordenação e experiência de investigação); b) a explicitação técnica e científica de uma das atividades desenvolvidas com maior relevância laboral resultando da apresentação de dois estudos de caso; c) a avaliação crítica sobre a evolução e desempenho profissional fundado nas experiências e competências adquiridas; d) o último ponto desta parte, evidencia a (re) avaliação do trabalho clínico e perspectiva intervenções futuras, mediante a análise reflexiva das atividades realizadas, da forma como contribuíram para o percurso profissional e pessoal até hoje, o que associada à revisão literária, promove uma visão técnico-científica mais atualizada e, potencialmente, outros desafios à prática clínica.

No **segundo volume**, apresenta-se uma descrição detalhada do currículo focalizada no percurso académico e na atividade profissional e menção a um trabalho de carácter científico realizado no âmbito da prevenção da doença.

Este relatório incide na relevância da formação ao longo da vida, do currículo como determinante do conhecimento, do significado atribuído a ambos e da formação da consciência crítica. Com base nesse pressupostos constitui-se como um desafio e uma oportunidade para a realização académica, que obriga a uma “viagem” ao

passado e presente, ao empenhamento que foi desenvolvendo, às escolhas, à ação (experiência) e à reação (competência) que apreendeu dos contextos e que traduzem a trajetória de desenvolvimento profissional.

O Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários: Da função assistencial às funções de prevenção e promoção da saúde

1. O que são os Cuidados de Saúde Primários?

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, pelo que deverão desempenhar funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e cooperação com serviços hospitalares. São os cuidados prestados nos Centros de Saúde que acompanham o indivíduo ao longo de todas as etapas do ciclo de vida: nascer com saúde, crescer com segurança, juventude à procura de um futuro saudável, vida adulta produtiva, envelhecimento ativo e morrer com dignidade (PNS, 2012-2016).

A declaração de Alma-Ata resultou da I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978), introduzindo um novo paradigma na saúde, mediante o compromisso político de promoção de saúde, de justiça social e do direito de todos a melhores cuidados de saúde. Hoje, a atenção volta a centrar-se nos cuidados de saúde primários e nos valores da declaração de Alma-Ata, no sentido de tornar os sistemas de saúde mais equitativos, inclusivos e justos e de não encarar a saúde apenas como ausência de doença física.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem feito esforços no sentido de reafirmar o conceito de saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, apontando limitações à intervenção nos cuidados de saúde primários, nomeadamente: prestação de serviços fragmentada por abordagens de controlo de doenças, com objetivos imediatistas e políticos; excessiva especialização dos prestadores de cuidados de saúde e a focalização em programas de controlo da doença, centrados numa abordagem sectorial dos problemas de indivíduos e famílias e, falha na antecipação de respostas (prevenção) mas também na resposta apropriada. Afirma ainda que “*os recursos são concentrados nos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde que poderiam prevenir até 70% do fardo da doença*” (OMS, 2012, p. xiv).

Não obstante esta conjuntura, continuamos a beneficiar de uma política de saúde sectorial centrada nos cuidados remediativos.

A missão do CSP é responder melhor e mais rapidamente aos desafios do mundo em mudança. Para isso acontecer é importante recolocar a tónica na promoção da saúde e ir de encontro às expectativas dos cidadãos, o que querem para si, para a sua família, para a sociedade. Sabendo porém, que esta mudança não depende em exclusivo de mudanças políticas é crucial criar movimentos de mudança, aproveitando as relações privilegiadas dos profissionais de saúde em CSP com os seus utentes e famílias que, por vezes, atravessam gerações e promover a prevenção da doença e promoção da saúde, bem como para a deteção precoce da doença.

A saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis. As perdas de saúde, essas sim, podem ter um efeito acumulativo ao longo da vida (OMS, 2009).

2. Estrutura e Organização dos Cuidados de Saúde Primários

Em 2006, quando iniciei funções no Centro de Saúde, este era parte integrante de uma Sub-região de Saúde. No ano seguinte, dando cumprimento a linhas de ação ministeriais prioritárias, criou-se a Unidade Local de Saúde (ULS), que agrega numa única entidade pública os centros de saúde e hospitais que compreendem a zona geodemográfica do distrito.

O passo seguinte foi a introdução de um novo modelo estrutural e funcional para os CSP, que consistiu nas seguintes alterações: Agregou os 16 centros de saúde em dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES); Criou unidades funcionais constituídas por equipas multiprofissionais com missões específicas, tendo em conta os problemas e necessidades, sob a coordenação de um Diretor Executivo do ACES, adjuvado pelo Conselho Clínico e da Saúde, seguindo um programa de Governação Clínica e da Saúde.

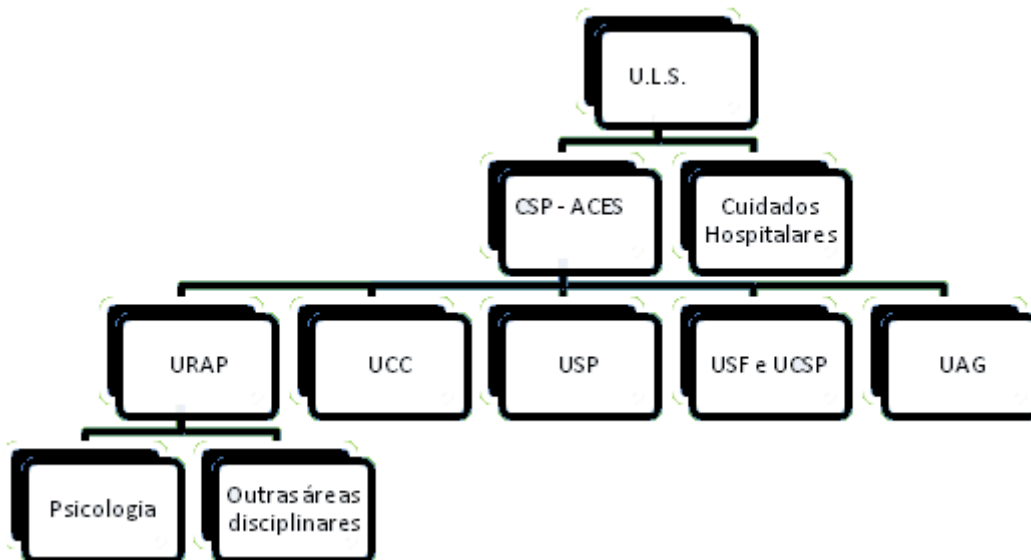
Cada unidade funcional tem autonomia técnica e organizativa e a figura de um coordenador que é responsável pelo cumprimento de metas contratualizadas. Teoricamente, passa-se de uma organização do tipo vertical para relações de contratualidade. Esta organização de saúde é, na prática, uma empresa de saúde. Conforme preconizado por Kaluzny e Veney (1980; cit. Nunes, 1994, p.12) *“as organizações de saúde, na sua essência, não se distinguem dos restantes tipos de organizações, na medida em que devem desenvolver mecanismos para lidar com cinco problemas básicos: a produção, a aquisição de recursos, a manutenção de um conjunto de valores e objetivos próprios, a adaptação à mudança e gerir a sua globalidade”*.

De forma muito sumária, descrevo a missão das unidades funcionais que “arquitetam” o ACES, conforme a figura seguinte:

- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) - é a equipa que concentra recursos e partilha serviços assistenciais e de consultadoria às outras unidades funcionais do ACES. É constituída por psicólogos, higienistas orais, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, dietistas e nutricionistas;
- Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - prestam cuidados médicos e de enfermagem à pessoa e à família;

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - presta cuidados de enfermagem a grupos com necessidades especiais e realiza intervenções na comunidade (saúde escolar);
- Unidade de Saúde Pública (USP) – é constituída pelos médicos da especialidade de saúde pública, atua nos âmbitos epidemiológico e populacional e coordena as atividades de saúde escolar realizadas pela UCC;
- Unidade de Apoio à Gestão (UAG) – concentração de apoios técnicos que assessoram a atividade de governação clínica e da saúde do ACES.

Figura 1 : Organograma dos serviços de saúde da Unidade Local de Saúde (U.L.S.)



3. As Funções de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

Pelo conteúdo do relatório até ao momento, percebe-se a importância atribuída às funções de promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito dos CSP. Mas promover a saúde não significa o mesmo que prevenir a doença? Não serão construtos com conteúdo idêntico?

O conceito de promoção da saúde tem implícita a ideia de que a saúde pode desenvolver-se ao longo do ciclo de vida e que esta evolução é qualitativa. É pois um processo, em vez de um estado, processo dependente do jogo estimulação-reação adaptativa constante do organismo (Ribeiro, 1998, p.19).

Em contraponto, a prevenção da doença respeita a doenças específicas e a atividades que visam evitá-las. De acordo com Jamouille (2000, cit. Almeida, 2005) entende-se por prevenção primária o conjunto de atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva uma situação patológica.

Não obstante, Elmore, Katz e Jekel (1999, cit. Almeida, 2005) entendem a inclusão da promoção da saúde na prevenção primária, correspondendo a um subtipo inespecífico.

Esta promoção tem impactos notáveis na qualidade da saúde das populações o que, mesmo em termos puramente economicistas, contribuiria significativamente para a redução de custos a médio e longo prazo. Todavia, para além das alterações estruturais associadas às organizações de saúde, talvez a dificuldade maior aponte para os significados de saúde e doença, de pessoa para pessoa, para a alteração de estilos de vida (hábitos) que vão no sentido de encarar a saúde como um investimento, como algo que tem que ser cuidado pela via da prevenção da doença e pela via da promoção da saúde.

Colocar em prática um conjunto de ações no dia a dia, tais como: prevenir níveis elevados de ansiedade, participar em rastreios, alimentar o suporte afetivo e emocional, ir ao ginásio ou fazer uma caminhada, reduzir/eliminar hábitos tabágicos, aumentar o consumo de frutas e vegetais, seria muito vantajoso na prevenção em larga escala de problemas psicopatológicos frequentes, e tendencialmente mais severos.

Neste contexto, a mudança comportamental do indivíduo integra-se no método de educação para a saúde (com programas mais globais e comunitários). De forma complementar, considera-se importante trabalhar as crenças e atitudes do indivíduo

(fatores cognitivos) pois funcionam como mediadores causais do comportamento (Bennett & Murphy, 1997).

A jusante da prevenção primária, encontram-se as prevenções secundária e terciária, com uma perspetiva de eficácia longitudinal.

Enquanto a prevenção secundária tem como finalidade a deteção precoce de um problema de saúde num indivíduo ou população com o objetivo de condicionar favoravelmente a sua evolução, pela capacidade de dirigir os recursos estruturais, humanos e financeiros para um menor número de casos (e.g., a investigação-ação centrada na deteção precoce de pressão arterial, descrita no ponto 4.5 deste relatório); a terciária, pretende reduzir o impacto social e económico da doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e no aproveitamento das capacidades remanescentes dos indivíduos (e.g., pretensão do trabalho de reabilitação realizado em equipas de cuidados continuados integrados).

4. A Função do Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários

“A psicologia dos cuidados de saúde primários é a aplicação dos conhecimentos e técnicas da psicologia da saúde visando a prestação de serviços psicológicos aos indivíduos, famílias e comunidades, incluindo a promoção da saúde e a prevenção das doenças”.

(Trindade, 1997,2007; Frank, McDaniel, Bray & Heldring, 2004 & Gatchel & Oordt, 2003)

A definição de psicologia nos cuidados de saúde primários, acima transcrita, resulta da análise e conhecimento dos autores/ investigadores sobre os contextos de intervenção em cuidados de saúde primários e do potencial da atividade do psicólogo no âmbito clínico e da saúde.

Na verdade, a maioria dos psicólogos dos CSP gostaria que a sua intervenção se descentrasse de patologias abordadas de forma individualizada, para obter outros ganhos, para si mesmo (prevenção de *burnout*), para a comunidade, e até para a própria organização, realizando atividades de promoção da saúde e prevenção da doença.

As políticas de saúde internacionais e nacionais (OMS, 2008; PNSM, 2007-2016; PNS, 2012-2016), encontram-se alinhadas com este modelo de intervenção psicológica nos centros de saúde defendido, desde finais da década de 90, por Isabel Trindade, José Carvalho Teixeira, José Luís Pais Ribeiro ou Graça Pereira.

Entre a classe de psicólogos, entenda-se (alguns!) psicólogos dos cuidados hospitalares, gera-se alguma incompreensão sobre as motivações e as atribuições do psicólogo dos CSP questionando a realização de atividades que transponham o tratamento da doença mental, que aliás, é do seu âmbito/competência de intervenção. Logo, há todo um trabalho de clarificação a realizar sobre as funções do psicólogo em CSP junto dos seus próprios colegas, da organização onde trabalha, da comunidade e de profissionais de saúde de outras áreas.

Quadro 1: Síntese de competências técnicas do psicólogo em CSP (adaptado de Trindade, 2007)

Avaliação psicológica e estudo de casos	Avaliação e diagnóstico de problemas com indivíduos, grupos e comunidades.
Intervenção psicológica	• Intervenções na promoção da saúde e prevenção da doença com indivíduos, grupos e comunidades;

	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções com a finalidade de aliviar sofrimento e promover a saúde, bem estar e adaptação de indivíduos e grupos; • Colaboração com grupos e organizações comunitárias na identificação das suas necessidades de saúde; • Trabalho em parceria com organizações comunitárias promotoras de saúde; • Promover a ajuda mútua.
Consulta psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de prestar cuidados profissionais adaptados às necessidades dos utentes; • Gestão da consulta adaptada às necessidades dos utentes e da organização.
Investigação e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Produção de investigação-ação que contribua para o desenvolvimento profissional e para a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos utentes; • Avaliação da qualidade das atividades profissionais e envolvimento na melhoria contínua da qualidade dos serviços em psicologia.
Supervisão e formação	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão, formação e treino de profissionais e estagiários; • Participação na formação dos outros profissionais.

Para além das competências técnicas, torna-se necessário infundir (na organização) e difundir as funções de promoção da saúde e prevenção da doença como atividade psicológica no desenvolvimento de práticas de saúde regulares (em contraposição, às ações pontuais atuais).

Assim, as ações de educação para a saúde, dirigidas à comunidade, têm o objetivo de incrementar mudanças comportamentais pelo que deverão ser alvo de estudo a nível teórico e metodológico por parte do psicólogo (profissional de saúde ou equipa envolvida).

De facto, qualquer estratégia de promoção de saúde obriga a um planeamento, ao levantamento de necessidades da população com vista à elaboração de diagnóstico da situação, para posterior definição de programas de saúde atinentes às necessidades identificadas, tendo em conta as diferenças sociais, culturais e económicas de cada população (Teixeira, 2006).

Previamente à caracterização das experiências e competências mais relevantes da minha atividade profissional, onde o lugar de destaque é dado à experiência clínica (função assistencial) afigura-se importante um enquadramento, ainda que breve, do significado atribuído aos conceitos de experiência e competência e da interligação entre eles.

4.1. Noção de Experiência, Noção de Competência

O termo experiência, de acordo com o dicionário de psicologia (Doron & Parot, 2001) e à luz da corrente fenomenológica e humanista, *designa o que o sujeito percebe, sente, pensa, nas suas relações com o mundo que o envolve e consigo mesmo, e de uma maneira irredutivelmente subjetiva*. De acordo com a aceção empirista, experiência designa o conjunto de informações que o indivíduo recebe, através dos seus sentidos e do mundo que o rodeia. Qualquer conhecimento deriva da experiência.

Do ponto de vista semântico, a palavra Experiência deriva do latim *Experientia* que designa *“a ação e o efeito de experimentar, de realizar ações destinadas a descobrir ou a comprovar determinados fenómenos”*; enquanto o termo competência deriva do latim *Competentia*, e designa *“a capacidade para apreciar ou resolver qualquer assunto”*.

Não é difícil encontrar definição de competência. Atualmente é um tema amplamente estudado e transversal a todas as áreas profissionais por se relacionar de forma estreita com desenvolvimento profissional, satisfação profissional, produtividade, reconhecimento e validação de competências, planos de formação ou estudos curriculares, princípios éticos e deontológicos.

O código deontológico dos psicólogos estabelece como princípio ético a competência e prevê que *“o psicólogo tem como obrigação exercer a sua atividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão, a partir de uma formação pessoal adequada e de uma constante atualização profissional, de forma a atingir os objetivos da intervenção psicológica”* (OPP, 2011). Este princípio enfatiza, assim, a procura do conhecimento e da experiência como forma de alcançar a competência.

Os conceitos de *contexto primordial de desenvolvimento* e de *contexto de desenvolvimento secundário* estão em consonância com esta premissa. O contexto primordial sintetiza a experiência, a pessoa pode observar e comprometer-se em atividades conjuntas complexas, com orientação de pessoas que já possuem

conhecimentos ou competências que ela ainda não possui. O contexto secundário imprime condições e oportunidade para fazer sem orientação direta aquilo que desenvolveu no contexto primordial (Bronfenbrenner & Morris, 1998). De facto, experiência e competência são conceitos sujeitos a interligação. A experiência precede e facilita o desenvolvimento de um conjunto de competências. Ser competente determina apropriação de conhecimentos, implica a trilogia saber-saber, saber-fazer, saber-ser (formação pessoal adequada) associada ao envolvimento pessoal do indivíduo (querer agir) e a um contexto facilitador (poder agir). Competência é inovar, colocando algo de si próprio na ação, constitui-se, assim, como uma forma pessoal e única de dar resposta às situações que emergem (Almeida, 2007).

4.2. Experiência Clínica – Competências Adquiridas

*“ (...) Só através da prática
se pode aprender e aperfeiçoar o saber clínico”.*

(Álvarez et al., 2003, p.19)

A função assistencial desenvolve-se no quadro de uma consulta de psicologia que visa o tratamento da problemática. Numa primeira consulta é importante perscrutar o tipo de ajuda que o utente pretende, quais as expectativas em relação ao apoio e a representação que o sujeito tem do seu problema. De seguida, apresentam-se os conteúdos/ procedimentos que, por norma, são implementados.

4.2.1. Primeiras Consultas

A marcação de primeira consulta ocorre mediante modelo de referenciação preenchido pelo médico da especialidade geral e familiar (cf. anexo, vol. 2). O tempo médio de espera entre a sinalização e a primeira consulta é não inferior a 6 meses, exceção feita a sinalizações consideradas de natureza prioritária (e.g. tentativa de suicídio, *bullying*, suspeita de situações de maus tratos).

A primeira consulta é marcada por preceitos éticos e deontológicos centrados na obtenção do consentimento informado (a pessoa escolheu participar voluntariamente

num ato psicológico, após ser informada sobre a natureza e previsível duração do mesmo e do direito de interromper o acompanhamento); na garantia de confidencialidade da informação caso não colida com limites éticos e legais (quebra de confidencialidade se forem identificados danos severos para si mesmo ou para os outros); e, na apresentação das normas de funcionamento da consulta.

Após esta formalidade protocolar que se reveste de grande importância terapêutica, a atenção centra-se no estabelecimento de uma relação de confiança tendo por base as condições facilitadoras preconizadas por Carl Rogers: compreensão empática, autenticidade e aceitação positiva incondicional. O autor entende a compreensão empática como a capacidade de se imergir no mundo subjetivo do outro e de participar na sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal e não-verbal o permite. É a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê; a autenticidade, congruência ou genuinidade respeita à transparência, ao apresentar abertamente os sentimentos e atitudes que surgem no terapeuta naquele momento, sendo desta transparência que surge a relação de confiança; a aceitação positiva incondicional designa a aceitação do outro da maneira que é, sem preconceitos ou julgamentos, com respeito e apreço. Acreditar que o cliente é um ser em transformação (Rogers, 1961).

Para além da relação de confiança, é fundamental trabalhar numa relação cooperativa (terapeuta-cliente) de maneira a identificar os problemas e planificar as estratégias atinentes aos problemas conjuntamente identificados.

Na consulta de Psicologia que se desenvolve no Centro de Saúde, o médico é o cliente. Através do modelo de referenciação para a consulta, e cumprindo critérios de seleção para a consulta, solicita apoio psicológico para o utente. Afigura-se, pois, importante devolver informação adequada e útil ao médico (vulgarmente designada de informação de retorno) sobre o utente, ainda que com o consentimento deste.

4.2.2. Processo de Avaliação Psicológica

O processo de avaliação psicológica refere-se à análise científica do comportamento de um sujeito ou de um grupo, realizado através de procedimentos científicos sujeitos a regras, a contrastações científicas e a princípios éticos e deontológicos (Fernández-Ballesteros, 2002). Este autor defende que o processo resulta do cruzamento de informação que compreende as seguintes fases: 1) recolha de informação; 2) formulação de hipóteses; 3) aplicação das técnicas selecionadas através dos procedimentos estabelecidos com vista à comprovação de hipóteses; 4)

resultados (cotação, interpretação, predição e tomada de decisão); 5) formulação de hipóteses funcionais e explicativas; e, 6) tratamento de dados que permitirá o desenho da intervenção e a avaliação ao longo e após a intervenção terapêutica.

Como consequência (para que estas fases sejam implementadas), o processo de avaliação psicológica pressupõe a aplicação de métodos de avaliação: entrevistas, escalas de avaliação, testes psicológicos, inventários, observação direta do comportamento, procedimentos de auto monitorização ou tarefas experimentais. Todavia, é crucial ser detentor de conhecimentos acerca das funções ou dimensões psicológicas, dos instrumentos utilizados (preferencialmente adaptados e aferidos à população portuguesa) e dos aspetos associados ao diagnóstico diferencial (Simões, 1998).

O presente ponto do relatório não tem a pretensão de aprofundar os métodos de avaliação ao dispor na sua prática clínica (descrição do instrumento, dimensões avaliadas, normas de aplicação e cotação). Todavia, apresenta a listagem de instrumentos de avaliação selecionados e aplicados a utentes submetidos a processos de avaliação (cf. Vol.2), em função da problemática, faixa etária ou contextos de avaliação (e.g., para efeitos de diagnóstico e intervenção psicoterapêutica, de junta médica de incapacidade, para efeitos forense ou para obtenção da habilitação legal de condução de ligeiros).

4.2.3. Acompanhamento Psicológico Individual: Modelo de Intervenção Cognitivo-comportamental

O modelo de intervenção adotado na prática clínica é o modelo que resulta da integração das abordagens cognitiva e comportamental. Consiste numa técnica estruturada, ativa, diretiva, com limitação temporal e objetivos claramente estabelecidos. A terapia cognitivo-comportamental baseia-se *“no aqui e agora e o principal objetivo da terapia consiste em ajudar os pacientes a promover mudanças desejadas na sua vida (Hawton et al., 1997).* Tem como foco o presente, muito embora, recolha dados referentes ao passado para clarificar e contextualizar as dificuldades reveladas, a que subjaz uma relação cooperativa. Segundo Beck (1976), os sentimentos e comportamentos do indivíduo são influenciados de forma muito significativa pela forma como estruturam o mundo, alicerçados em esquemas do indivíduo, sistema de crenças em relação ao *self* e ao mundo, desenvolvidos a partir de experiências anteriores.

Ao seguir esta linha de orientação pretende-se levar o utente a reconhecer padrões de pensamento disfuncionais e comportamentos desadequados. A estratégia central relaciona-se com a correção dos pensamentos automáticos e involuntários, inferências, suposições e premissas enraizadas no cliente, a que se associam tarefas comportamentais estruturadas criteriosamente selecionadas, com vista a produzir a mudança comportamental desejada (identificada pelo cliente juntamente com o terapeuta na fase inicial da terapia), para obter uma melhor capacidade de enfrentamento através da aprendizagem de novas respostas e da aplicação dos recursos disponíveis (Hawton *et al.*, 1997).

Norcross (2002) baseando-se na investigação empírica, considera que a relação terapêutica e o método de tratamento (intervenção) são os dois vetores que contribuem consistentemente na obtenção de resultados psicoterapêuticos. O método de intervenção utilizado em contexto individual de consulta é selecionado em função da problemática apresentada e das características do paciente. Pode incluir técnicas cognitivas (reestruturação cognitiva, questionamento socrático, desfocalização), técnicas comportamentais (técnicas de reforço, técnicas de relaxamento, técnicas de reforço, técnicas de dessensibilização sistemática, técnicas de automonitorização, *biofeedback*), treino de competências pessoais e sociais, psicoterapia de apoio e intervenção em crise.

A conceptualização de casos é um procedimento habitual e necessário na prática clínica pois permite formar e organizar dados acerca do funcionamento do indivíduo, com vista à definição e implementação de estratégias de intervenção psicológica. É uma técnica de compreensão do caso e de adesão ao tratamento por parte do cliente. Na terapia cognitivo-comportamental significa traçar um plano de como o cliente funciona e, a partir daí, propor a estratégia mais eficaz de intervenção. Este plano é dinâmico, sofre alterações em função dos dados e dos resultados psicoterapêuticos que se vão obtendo ao longo do processo (Caminha, 2003). A conceptualização é uma técnica baseada em pressupostos teóricos. Requer do terapeuta uma análise crítica e habilidade de testar hipóteses teóricas que façam sentido na vida do utente, com queixas, experiências e contextos específicos. “ *A conceptualização cognitiva requer habilidades sofisticadas, como lidar com as especificidades de cada cliente, com as circunstâncias atípicas e ter o domínio teórico que lhe ofereça habilidade de análise e entendimento aprofundado do funcionamento de um sistema de crenças*” (Friedberg *et al.*, 2008).

Segundo Neufeld (2009/2010), a conceptualização é uma ferramenta clínica importante no auxílio da identificação das dificuldades (e potencialidades) dos clientes

e da organização das mesmas dentro do modelo cognitivo. Favorece a visualização, por parte do terapeuta e do cliente, dos conteúdos que estão a ser expressos, além da compreensão do delineamento das técnicas a serem utilizadas ao longo da terapia dentro da abordagem cognitivo-comportamental. É uma habilidade terapêutica fundamental que promove uma compreensão idiossincrática do cliente e dos seus problemas clínicos (Tarrier, 2006). Esta perspetiva integradora de informação poderá compreender a seguinte estrutura:

- 1) História clínica, recolha da seguinte informação:
 - *Dados biográficos;*
 - *Pedido e motivo da consulta;*
 - *Dificuldades atuais*, descrever as alterações espontâneas, o contexto, o grau de perturbação na vida individual e familiar; as reações do próprio e dos elementos próximos a essas alterações;
 - *Resultados do processo de avaliação instrumental;*
 - *Início e desenvolvimento das dificuldades*, indicando quando surgiram, ordem do aparecimento, a sua evolução, agudização ou diminuição, tentativas anteriores de resolução do problema e os seus resultados, problemas anteriores;
 - *História de desenvolvimento e aprendizagem prévia* (gestação, pós-parto, amamentação, primeiro ano de vida, desenvolvimento psicomotor e da linguagem, controlo esfinteriano, percurso escolar, sociabilização, sintomas na 2.^a infância), história médica, antecedentes familiares (composição do agregado familiar, história pessoal dos progenitores, relações de parentesco, características pessoais, doenças e tratamentos anteriores significativos, dinâmicas familiares); problemas psicossociais (situação económica, suporte social e profissional);
- 2) Formulação cognitivo-comportamental – identificação dos fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção;
- 3) Protocolo terapêutico;
- 4) Resumo da intervenção e *feedback* terapêutico.

No ponto seguinte terei oportunidade de apresentar a concetualização de dois casos clínicos que seguem esta estrutura, muito embora, no segundo caso clínico, tenha flexibilizado alguns pontos estabelecidos, pelas características da problemática e da faixa etária.

4.2.3.1. Análise de Casos Clínicos

Os casos clínicos que a seguir se apresentam foram experiências reais de trabalho, enquanto psicóloga clínica integrada nos cuidados de saúde primários (centro de saúde). Com estes casos, selecionados de entre mais de 600 processos clínicos, pretende-se a explicitação técnica e científica da atividade desenvolvida com maior relevância laboral: a função assistencial.

Assim, darei visibilidade a duas experiências clínicas, desenvolvidas em contexto de gabinete, no quadro de apoio psicológico individual de orientação cognitivo-comportamental, divergentes ao nível da faixa etária, problemática, foco de intervenção e resultado psicoterapêutico.

Enquanto o primeiro caso clínico destaca a especificidade e complexidade psicológica de uma mulher (deveras colaborante!) que apresenta uma multiplicidade de dificuldades que afetam o seu funcionamento psicológico; o segundo, retrata o processo de avaliação psicológica e a tentativa de intervenção psicológica a uma criança vítima de maus tratos e a seus pais.

Em comum, terão o sofrimento psicológico e uma trajetória de desenvolvimento marcada por *sementes lançadas à mente que germinaram* significados patogénicos.

a) Estudo de Caso: Acompanhamento Psicológico a Adulto

Dados biográficos

Nome: H.

Idade: 51 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Casada há 23 anos

Habilitações literárias: Licenciatura em Português-Francês (pré-bolonha)

Profissão: Revendedora de produtos de cosmética. Recentemente iniciou projeto pecuário.

Agregado familiar: Marido, Professor (53 anos); Filha adolescente.

Motivo da consulta

A utente foi referenciada pelo Médico da Especialidade Geral e Familiar, por agudização da perturbação depressiva e perturbação de ansiedade generalizada.

Realizava terapia farmacológica de suporte com *Stablon* 12,5mg, *Ciprallex* 10mg (ambos antidepressores) e *Diazepam* 10mg (ansiolítico e hipnótico). Referiu ter sido da sua iniciativa o pedido de apoio psicológico por “*não conseguir enfrentar o exame de código*” (sic).

Dificuldades atuais

H. identifica como dificuldades ou problemas as duas desistências do processo de obtenção da habilitação legal de condução de veículos ligeiros (iniciou as aulas há 3 anos). Precisa dessa habilitação pois vive distante dos pais e da localidade onde a filha estuda. Encontra-se dependente das “*boleias*” do marido. Todavia, refere que o facto de pensar em frequentar as aulas de código desencadeia episódios psicossomáticos com a seguinte ativação fisiológica: vómitos, insónias, taquicardia, dificuldades respiratórias, problemas intestinais, tremores e sudorese. De salientar que é reforçada por todos os elementos da família nuclear e alargada (pais, marido, irmãos e cunhados) no sentido do evitamento, de forma a ultrapassar o mal-estar clínico.

De seguida refere problemas depressivos e identifica vários fatores que na sua opinião despoletaram esse estado: *época do ano* (outono); o facto de “*(...) ter entrado na menopausa, não esperava! Então comecei a pensar no percurso da minha vida sem sequer ter realizado nada, é como terminar algo que nem sequer construí, nomeadamente a nível profissional*” (sic); Dificuldades de socialização, nomeadamente, “*na última reunião de pais no colégio da minha filha. Senti-me muito perturbada, senti-me inferiorizada em relação às outras mães, com menos capacidades, elas têm uma profissão e convivem socialmente. Sinto-me rejeitada e isso aumenta ainda mais a minha inibição*” (sic).

Por último, refere como dificuldade o seu relacionamento conjugal. Solicita algumas orientações para lidar com *amuos* do marido. Entre 2005 e 2008, beneficiou de apoio psicológico (orientação psicanalítica) em registo semanal, centrado nas dificuldades de relacionamento conjugal. Mantém problemas conjugais graves mas considera que o objetivo psicoterapêutico foi alcançado: evitou o divórcio.

Naquele momento, foi-lhe difícil encontrar áreas de bom funcionamento ou características positivas em si mesma. Referiu que antes, apreciava documentários biográficos, leitura e música. Considerava-se uma pessoa simpática e boa ouvinte, mas “*gostaria que me reconhecessem como inteligente e interessante*” (sic).

Resultados das escalas, inventários e questionários

Face às queixas apresentadas e de forma a perceber o funcionamento psicológico de *H.*, o processo de avaliação instrumental incidiu no domínio cognitivo, emocional e de personalidade. Aplicaram-se os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos, 3.^a edição (WAIS-III);
- Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, 3.^a edição (MMPI-2);
- Inventário de Depressão de Beck (BDI);
- Questionário de Auto-avaliação – STAY forma Y1 e Y2.

Os resultados obtidos nas provas de avaliação são os seguintes:

- WAIS-III. O nível de eficiência intelectual obtido foi *Médio Superior* (índice global 120), comparativamente com sujeitos situados na mesma faixa etária. Os índices de Compreensão Verbal e Organização Perceptiva situam-se no nível *Superior*, enquanto os resultados dos subtestes que avaliam a Memória de Trabalho se situam no nível *Médio*.
- MMPI-2. As **escalas de validade** (F, K e L) sugerem um protocolo válido, sem tendências defensivas ou de negação. As **escalas clínicas** apontam para o perfil **6 7 2 0 1 3 8 4 9 5**, que traduz índices elevados nas escalas Paranóide (6), Psicastenia (7) e Depressão (2). Nas **escalas de conteúdo**, os índices mais elevados pertencem à Escala LSE (Baixa Auto-estima) e OBS (Obsessividade), respetivamente com valores T80 e T71.
- BDI. Perfil **Gravemente Deprimida**, com uma pontuação de 30 (limite inferior);
- STAY forma Y-1 e Y-2. Obteve 60 pontos relativos à ansiedade-estado e 70 pontos relativos à ansiedade-traço. Estes valores incluem-se numa escala que oscila entre os 20-80 pontos, cujo valor médio se situa nos 50 pontos.

De salientar a possível existência de enviesamentos nos resultados das provas de avaliação, atribuídos a fatores ansiógenos no decorrer da aplicação dos instrumentos de avaliação (medo de errar), a sintomatologia depressiva, a padrões de sono não reparadores (insónia do tipo inicial e do tipo intermédia) e, de se encontrar-se sob o efeito de medicação.

Início e desenvolvimento

Em novembro de 2004 foi encaminhada, pela primeira vez, para a Consulta de Psicologia do Centro de Saúde por apresentar sintomatologia ansiogénica associada

ao medo de errar, ao insucesso, a uma forte exigência para consigo mesma. Beneficiou de 8 sessões com a psicóloga que, na época, assumia funções no Centro de Saúde. Decidiu-se pelo abandono terapêutico.

Revela que sempre manifestou níveis elevados de ansiedade em situações de avaliação (medo dos resultados), hipersensibilidade à avaliação crítica dos outros, particularmente em questões académicas e cognitivas e sentimentos de inferioridade.

Reprovou no 4.º ano de escolaridade por decisão dos pais (foi submetida a adenoidectomia, vendo-se impossibilitada de assistir às aulas durante o período pós-operatório). A Professora propôs que *H.* realizasse exame mas a mãe discordou. O pai disse-lhe que apesar de não realizar o exame deveria continuar a estudar. Sentiu-se humilhada. Situa, desde aí, o seu baixo auto-conceito académico.

No 2.º e 3.º ciclos teve um excelente aproveitamento, dispensando os exames sem qualquer apoio ao estudo mas relativiza este sucesso escolar, *“até ao 9.º ano fui uma aluna mediana, tinha a responsabilidade de me levantar cedo para estudar”* (sic). Revela que ao ingressar no ensino secundário, reprovou várias vezes nas disciplinas de matemática e físico-química. Por falta de orientação dos pais, *“perdi-me nos estudos. Os meus amigos entraram na faculdade e eu fiquei”* (sic).

Casou sem ter a licenciatura concluída (frequentava o 2.º ano), já o marido desempenhava o papel de professor, *“(…) o meu marido é que era o inteligente, sabia tudo, eu não sabia nada. Eu não sou inteligente mas sempre desejei ser mais inteligente do que aqueles que me fizeram sentir pequena”* (sic).

Em 1996, já licenciada, *“fui desistindo de dar aulas, nunca mais tive coragem de retomar”* (sic). Frequentemente, sentia-se sujeita à avaliação crítica por parte de alunos e colegas. *“Não conseguia entrar na sala dos professores, isolava-me numa sala. Quando concorria, desejava não ficar colocada”* (sic).

A marcação de exame de código reativou esquemas desadaptativos, crenças disfuncionais sustentadas por distorções cognitivas: *“Se vou fazer o exame, tenho que passar, seria uma vergonha se uma pessoa com a minha habilitação não o conseguisse”*.

Relativamente ao problema depressivo, situa o primeiro diagnóstico aos 31 anos, 4 anos após o casamento centrado em problemas conjugais que considerava intransponíveis. Decide-se pelo divórcio mas reconsidera a pedido do marido e desenvolve uma perturbação depressiva.

O segundo episódio depressivo (sem diagnóstico clínico nem intervenção medicamentosa) terá surgido durante o 5.º mês de gestação. Teve medo de não

conseguir ser mãe e dúvidas se amaria a filha. *“Fiz tudo para me vincular ao meu bebé. Tinha receio de não amar a minha filha por não amar o meu marido”* (sic).

Atualmente, apresenta sintomatologia depressiva que atribui ao surgimento da menopausa, que considera precoce (apesar dos seus 51 anos) e que promoveu pensamentos automáticos negativos e de desesperança, em relação a si mesma, ao mundo e ao futuro.

História de desenvolvimento e aprendizagem prévia

H. nasceu dez meses após o casamento dos pais, em 1962. Durante o período de gestação a mãe sofreu complicações, foi uma *“gravidez perturbada a nível físico”* (sic). Registaram-se problemas no parto e pós-parto que colocaram ambas em risco de vida. Nasceu prematuramente (2000g) e com problemas graves do foro respiratório. Não foi amamentada pela mãe devido à sua situação clínica *“fui por uma senhora que tinha uma filha de 6 meses e como ia visitar um familiar ao hospital amamentava-me”* (sic). O primeiro contacto mãe-filha ocorreu quando a mãe recuperou, passados dias (não sabe pormenorizar).

Teve um desenvolvimento estato-ponderal normativo. O desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento da linguagem e controlo esfíncteriano decorreram dentro dos parâmetros considerados adequados.

Da sua história clínica, para além das doenças habituais da infância, consta uma intervenção cirúrgica (adenoidectomia), sem registo de outros problemas médicos graves.

Recorda o nascimento da irmã mais nova (tinha 5 anos), de a conhecer em contexto hospitalar e do comentário do pai acerca de si, *“a partir de agora tens que te portar sempre bem e ajudares a tua mãe com a bebé”* (sic), diz ter sentido injustiça e tristeza, pois considerava que se portava bem e tentava corresponder ao que esperavam dela. Desde criança que tem uma relação boa e próxima com ambos os irmãos, recorrem entre si na resolução de problemas e na partilha de alegrias.

Às atividades lúdicas próprias da idade (jogos às escondidas, à apanhada, à macaca, às casinhas e restaurantes) associava o gosto pela costura (costurava fatos para as bonecas), pela natureza (tratava das plantas e das árvores) e pela leitura (obrigava os irmãos a ouvir as histórias).

Os pais trabalhavam. A mãe era empregada doméstica numa residência e o pai auxiliar de ação educativa. Até aos 6 anos de idade, ficou aos cuidados de uma prima que lhe potenciava muitos medos, *“era muito ríspida e autoritária”* (sic). Também os pais terão assumido um estilo parental autoritário e de encorajamento à subserviência.

“O meu pai era muito impulsivo e ralhava muito. Eu tinha muito medo dele e que me ralhasse ou batesse sem motivo aparente. Hoje acho que é um homem sensível, até acho graça às suas reações intempestivas, quando protesta com tudo, por tudo e por nada” (sic). Desde criança que sente dificuldades em expressar o que sente e o que pensa, dificuldades em verbalizar desejos, vontades e sentimentos, *“o medo de falar, o medo da reação da outra pessoa”* (sic).

Durante a adolescência sentiu uma forte repressão. Pensou em ser religiosa (freira). Hoje associa essa vontade ao facto de a mãe ser muito católica, frequentar instituições religiosas e de ir no sentido da agradabilidade. Continua a sentir essa necessidade e a ter medo de enfrentar/ contrariar a opinião dos pais, do marido ou da sociedade.

Situa o início da menarca aos 12 anos. Apesar da relação distante e de crítica, a mãe ofereceu-lhe um livro e desmistificou crenças erróneas como o *“não poder tomar banho”*. Nessa altura tinha uma amiga próxima que acompanhou as suas vivências amorosas. Os sentimentos de desconfiança relativamente à amiga e àquilo que esta poderia contar sobre as relações afetivas passadas, ditaram o seu afastamento e desde então, não tem qualquer suporte social. Quando questionada, afirma que a sua amiga é a irmã.

Aos 19 anos teve a primeira experiência amorosa que parece sobrevalorizada. Conheceram-se no local de trabalho. Referiu ter ficado perturbada com a rejeição, *“o S. disse-me que não estava interessado em mim”* (sic). Decidiu então procurar alguém para iniciar a sua vida sexual, *“uma pessoa com quem não tivesse laços afetivos, de forma a não sofrer”* (sic). Concretizou esse desejo e rapidamente insurgiu o sentimento de culpa e medo de ter sido infetada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Anos mais tarde, voltou a apaixonar-se mas não foi correspondida. Era sacerdote, viveu paixão reprimida durante alguns meses, com forte sentimento de culpa. Quando manifestou os seus sentimentos, sentiu-se rejeitada

Aos 27 anos, *“entrei em desespero, pensei que ninguém me queria, tinha mal resolvido 3 lutos amorosos em que não fora correspondida”* (sic).

Conheceu J., um ano depois casou-se, *“para a minha geração já foi muito tarde”*, (sic), por medo da reação dos pais, sobretudo da mãe, que queria que as filhas casassem virgens. *“Não consegui enfrentar a minha mãe e dizer que não queria casar com esse rapaz. Uma vez que ela já sabia que mantinha relações sexuais com ele, tinha que me casar com ele quer quisesse, quer não quisesse. A partir do momento em que a minha mãe descobriu que eu tomava a pílula, foi um choque para ela e um*

tormento para mim porque eu soube que J. tinha de ser o meu marido mesmo sem eu querer” (sic).

Sobre o seu percurso profissional revelou que iniciou a sua atividade profissional como empregada de mesa de restaurante, durante 2 anos. Depois, colaborou com uma Rádio local durante 3 anos. Os ciúmes e os conflitos conjugais daí decorrentes foram determinantes para apresentar a sua demissão. Mais tarde, quando tinha apenas frequência universitária começou a lecionar francês (habilitação do Curso de Línguas da *Alliance Française*). Aí sentia-se diminuída face aos colegas que possuíam licenciatura na área. Contudo, este mal-estar permaneceu após obtenção do seu grau académico. Atualmente, colabora em regime de prestação de serviços numa empresa de cosmética e pretende iniciar projeto empresarial na área pecuária.

Formulação cognitiva-comportamental

Perante a informação recolhida e os resultados obtidos na avaliação instrumental, e de acordo com o DSM-IV, a utente preenche critérios de diagnóstico para:

- a) Perturbação de Ansiedade, mais especificamente **Fobia Social**, com o **código 300.23** pois existe em *H.* um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações de desempenho (exame de código, lecionar...) nas quais está exposta a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outras; a exposição à situação provoca sempre ansiedade que pode ter forma de ataque de pânico situacional, reconhece que este medo é excessivo e irracional, as situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade e mal estar e este padrão interfere significativamente com as suas rotinas normais, funcionamento ocupacional, relacionamentos e atividades sociais. A situação fóbica é evitada há, pelo menos, 3 anos;
- b) **Perturbação Depressiva Major**, com o **código 296.22**, encontrando-se presentes os seguintes critérios de diagnóstico: humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição do interesse ou prazer em todas as atividades; insónia diária, fadiga ou perda de energia diária; sentimentos de desvalorização, diminuição da capacidade de pensamento ou concentração e indecisão quase diariamente e sentimentos de desesperança.

Fatores predisponentes. A reprovação no 4.º ano de escolaridade. A decisão dos pais de não realizar exame e o sentimento de humilhação associado à retenção

escolar. Também as retenções escolares ocorridas no ensino secundário sustentaram crenças de inferioridade relativamente ao grupo de pares que, na sua maioria, transitou para o ensino universitário. O estilo educativo dos pais caracterizado pela autoridade, criticismo e censura na relação com H.:

“(...) sempre tiveram uma atitude depreciativa. Essa faceta marcou profundamente a minha personalidade insegura, por um lado; por outro, a vontade de ser melhor para provar ao meu pai que não sou a lástima que ele me dizia ser: Não sabes nada, não fazes nada bem feito!” (sic).

Estes fatores contribuíram para o desenvolvimento de esquemas cognitivos básicos centrados na disfuncionalidade e na incapacidade de resolução de problemas e de crenças enraizadas de *sou inferior, tenho que agradar para não me sentir rejeitada e para agradar tenho que ser perfeita* que se traduzem numa atitude perfeccionista, cujo confronto com resultados indesejáveis reforça os seus sentimentos de incompetência e de inferioridade, desenvolvendo ansiedade de desempenho que bloqueia a execução de tarefas (e.g., lecionar, desistiu em 1996, porque *“tinha medo que os colegas e alunos me considerassem incompetente”*, sic).

Fatores precipitantes. Marcação de exame de código (primeira vez). Não frequentou as aulas até ao fim nem justificou o abandono. Posteriormente, pela necessidade sentida da habilitação de condução, inscreveu-se novamente, mas o receio da avaliação dos outros (*“Havia miúdos na sala que poderiam ser meus filhos, e se eles passam e se eu reprovoo?”*, sic) determinou novo abandono em consequência da reação psicossomática. O surgimento da menopausa vem completar processamento de informação desadaptativa já existente em relação a si mesma e ao mundo, agora, surgem os sentimentos de desesperança em relação ao futuro (profissional e conjugal).

Fatores de manutenção. O sentimento de falha associado à desistência de algo que sentia como muito importante para a sua autonomia e para a sua afirmação, reforçado ao passar na rua da escola de condução (20 U.S.D) ou em ruas contingentes. Todavia, pensar na situação de avaliação do exame de código, desencadeava sensações corporais (100 U.S.D.), tal como não conseguir entrar na escola de condução (30 U.S.D.). De facto, a postura dos familiares (marido, pais e irmã) face à carta de condução (*“Não vale a pena, ficas doente e gastas dinheiro”*) que, por bem, a aconselhavam-na a não pensar mais nisso e a aceitar de que não

seria capaz, reforçava sentimentos de incompetência, de falha e de evitamento. Quando iniciou a intervenção psicológica e revelou toda uma sintomatologia ansiogénica foi advertida pelos familiares de que deveria cessar as aulas de código e o acompanhamento psicológico.

A *boleia* do marido suscitava diariamente comparações desfavoráveis, “(...) *ele é mesmo melhor que eu: trabalha, é professor, conduz*” que acentuavam crenças nucleares sobre si “*eu sou inferior*” e esquemas desadaptativos traduzidos, por exemplo, no reforço da sua postura passiva pelo receio do confronto pois sobrevaloriza as capacidades deste em detrimento das suas (“*ele saberá argumentar, eu não*”, sic). Assim, para além do exposto, consideram-se fatores de manutenção do problema o comportamento de evitamento face a situações de avaliação de desempenho (sobrevalorização do *feedback* negativo), a vinculação insegura com as figuras paternas (particularmente com a mãe, parece existir um registo patológico) e uma interação social comprometida que devolve à esfera familiar a sua focalização.

Protocolo terapêutico

Objetivo geral 1: Estabelecimento de relação terapêutica

Objetivos específicos:

- Entender a relação terapêutica como uma colaboração ativa entre psicóloga e utente (empirismo colaborativo);
- Processo de escuta ativa
- Validação da experiência da utente
- Transmitir um ambiente de segurança e apoio em que a utente possa experienciar emoções

Estratégias de intervenção:

- Obter o consentimento informado
- Garantir confidencialidade
- Trabalhar as condições facilitadoras da relação terapêutica: aceitação incondicional, genuinidade e empatia
- Racional da terapia cognitivo-comportamental (educar o paciente sobre a abordagem cognitivo-comportamental).

Objetivo geral 2: Intervenção ao nível da depressão

Objetivos específicos:

- Apresentação dos fundamentos lógicos do tratamento depressivo;

- Proporcionar à paciente uma compreensão preliminar do modelo;
- Conversão de pensamentos automáticos negativos para pensamentos funcionais;
- Identificação e confronto de suposições disfuncionais;
- Devolver a sua auto estima e auto confiança

Estratégias de intervenção:

- Racional cognitivo-comportamental da depressão;
- *Psicoeducação*: Apresentação das técnicas cognitivo comportamentais como habilidades a adquirir e a treinar, transferida para o contexto do utente através de exercícios de casa;
- Registo de auto monitorização de atividades, prazer e domínio; programação de atividades e tarefas de casa gradativas;
- Diálogo Socrático
- Flecha descendente (ou prospeção descendente)

Objetivo geral 3: Resolução de problemas interpessoais (intervenção ao nível da depressão)

Objetivos específicos

- Alterar a perceção sobre o seu desempenho cognitivo, de forma a converter crenças de baixa auto-eficácia;
- Autonomização da figura materna (desconstrução da relação patológica, promoção de vinculação segura);
- Trabalhar a assertividade (comportamento afirmativo) na relação com o outro (especificamente na relação com a mãe e com o marido);
- Modificar crenças disfuncionais *“tenho medo de confrontar o meu marido porque ele é inteligente”*;
- Aumentar o suporte social, promover interação social.

Estratégias de intervenção

- Desenvolver competências interpessoais;
- Trabalhar/ treinar comportamentos afirmativos na relação com o outro;
- Estratégias de resolução de problemas (como forma de antecipar possíveis reações ao comportamento afirmativo): na relação com os pais e com o marido.

Objetivo geral 4: Intervenção ao nível de ansiedade fóbica

Objetivos específicos:

- Explicação do modelo de círculo vicioso de ansiedade fóbica
- Conversão de pensamentos disfuncionais/ negativos para pensamentos funcionais;
- Lidar com a ansiedade de desempenho e avaliação de forma normativa
- Aplicar estratégias de auto-controlo comportamental;
- Listagem e descrição detalhada de todas as situações desencadeadoras de ansiedade;
- Definir *timings* para aplicar terapia de exposição direta.

Estratégias de intervenção:

- Racional cognitivo-comportamental da ansiedade;
- Construção de hierarquias (hierarquizar experiências ansiogénicas em unidades subjetivas de desconforto);
- Preenchimentos de tabelas de registo, automonitorização;
- Exposição gradativa direta;
- Questionamento socrático, utilizando a descoberta guiada para favorecer o processo;
- Técnica de relaxamento por respiração abdominal;
- Técnica de relaxamento por respiração diafragmática;
- Treino de relaxamento progressivo, ou de contração muscular.

Objetivo geral 5: Monitorizar o progresso e avaliar os resultados

Objetivos específicos:

- Reavaliação da sintomatologia depressiva (reaplicação do BDI);
- Desenvolvimento de técnicas cognitivo comportamentais para ajudar a evitar a recaída;
- Identificação dos ganhos terapêuticos.

Estratégias de intervenção:

- Registo de prevenção de recaída;
- Ajudar a antecipar e a monitorizar as potenciais dificuldades;
- Reconhecer erros/distorções cognitivos capazes de evitar o pensamento catastrófico;
- Sessão de *follow up* (volvidos 3 meses);
- Avaliação da utente sobre o processo de acompanhamento psicológico.

Resumo da intervenção e *feedback* terapêutico

A utente *H.* beneficiou de 30 sessões de acompanhamento psicológico individual, inicialmente em registo semanal, com uma duração aproximada de 60 minutos.

Num primeiro momento do processo terapêutico foi importante estabelecer uma relação empática e de confiança, seguida de uma aliança de trabalho com responsabilidade compartilhada entre psicóloga e utente. Formalizado o consentimento informado, iniciou-se o processo de avaliação psicológica centrado na recolha de informação (entrevista semi diretiva), observação direta e avaliação instrumental, com o objetivo de obter uma melhor compreensão do funcionamento psicológico da utente.

Tendo por base pressupostos éticos e deontológicos, os resultados das provas de avaliação e o modelo cognitivo comportamental foi apresentado e aceite pela utente, o plano de intervenção psicológica. Possivelmente as experiências psicoterapêuticas anteriores permitiram um conjunto de conhecimentos que facilitaram o envolvimento terapêutico e a adesão ao modelo cognitivo-comportamental.

A aplicação da escala de inteligência de *Wechsler* teve um duplo objetivo, de avaliar o seu perfil cognitivo (áreas fortes) e de confrontar *H.* com resultados objetivos, que se esperavam acima da média, dada a sua capacidade de raciocínio verbal, de forma a eliminar crenças irracionais centradas na sua inaptidão cognitiva.

Apresentaram-se os fundamentos lógicos do tratamento da depressão, o modelo cognitivo adaptado às suas dificuldades (fig. 2) e o conjunto de técnicas cognitivas e comportamentais que poderiam interromper o círculo vicioso da depressão: quanto mais deprimida ficasse, mais pensamentos lhe ocorreriam, mais acreditaria neles e mais deprimida ficaria.

Assim, como estratégia cognitiva, trabalhou-se a identificação de pensamentos automáticos negativos e a substituição para respostas possíveis (que não sendo únicas ou certas, retirassem força aos seus pensamentos negativos). Solicitou-se o registo como tarefa de casa, inicialmente em 3 colunas e, posteriormente, incluiu-se a resposta racional e resultado, conforme quadro abaixo.

Quadro 2: Registo de pensamentos disfuncionais (adaptado de Fennell, 1997)

Situação	Emoções	Pensamentos automáticos	Resposta Racional	Resultado
O que estava a fazer ou pensar?	O que sente? Qual a intensidade do que sente (0-100)?	Quais são os seus pensamentos? Qual a sua crença em cada um deles (0-100)?	Quais são as suas respostas racionais aos pensamentos negativos? Até que ponto acredita em cada uma delas (0-100)?	Até que ponto acredita agora nos pensamentos (0-100%)? Como se sente? O que pode fazer agora?

A nível comportamental, por forma a combater sentimentos de inutilidade associados à inocupação laboral e à incapacidade de realizar tarefas a que se havia proposto, sugeriu-se uma calendarização realista de tarefas exequíveis durante o dia e o grau de satisfação que destas depreendia.

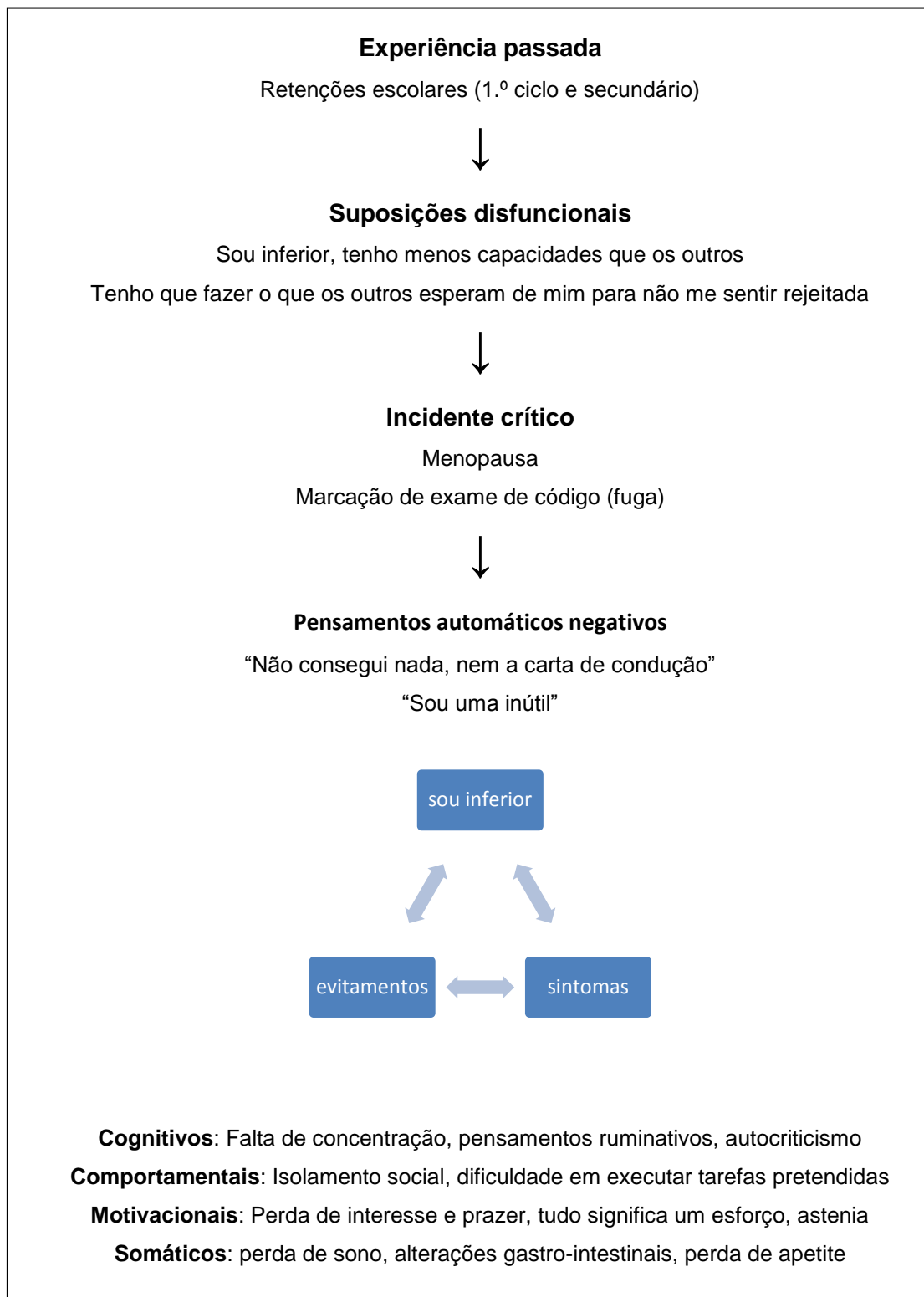
Ainda no tratamento depressivo considerou-se importante uma abordagem centrada na resolução de problemas interpessoais, nomeadamente, na relação com a mãe (com estilo parental rígido e controlador), com o marido (relação marcada por conflitos conjugais) e na falta de suporte social, constituindo como objetivos específicos o desenvolvimento de comportamentos assertivos e de autonomização para modificar a sua incapacidade de se expressar, a dificuldade em dizer "não" e discordar, ou ainda, a dificuldade em dizer aquilo que quer quando os outros querem algo diferente.

Assim, trabalhar a relação com a mãe passou pelas seguintes estratégias: pôr em causa a relação com a figura materna; fazer valer a sua vontade, antecipar reações histriónicas quando confrontasse a mãe com respostas assertivas, ter presente que a forma como a mãe reage não é da sua responsabilidade; distanciar-se física e emocionalmente. De forma a promover a desresponsabilização de *H.* e a aliviar a sua culpa, o sentimento de obrigatoriedade e dever, colocando sempre o bem-estar da mãe acima do seu, propôs-se ainda que se focasse na relação dos irmãos com a mãe (autónomos na relação com a mãe) e que se colocasse no lugar deles para encontrar resposta a questões como: *Se a mãe fica doente a culpa é do meu irmão? Se a mãe disser que fica doente por causa da irmã, a culpa é da irmã?*

Seguiu-se a mesma estratégia na resolução de conflitos conjugais (silêncios percecionados pela utente como comportamentos de *amuo*), sem que *H.* compreendesse o porquê da sua manifestação. Mais uma vez, o resultado da WAIS-III permitiu o reforço das suas capacidades cognitivas, logo seria capaz de confrontar assertivamente quem sempre considerou tão inteligente.

Ainda a nível interpessoal, trabalhou-se a importância da interação social. Avançaram-se várias questões práticas e reflexivas que permitissem a passagem à ação e a eliminação de barreiras: *Com quem pode aumentar a relação de intimidade? A quem telefonaria para ir ao café? E se o outro diz não? Há medo de rejeição? Antecipar a resposta.*

Figura 2 : Modelo cognitivo da depressão de H. (adaptado de Fennell,1997)



Cumpridos os objetivos terapêuticos de incrementar níveis de confiança na utente e na sua capacidade de se afirmar face aos outros (que consideravam a

obtenção da carta de condução um objetivo intransponível e fonte de mal-estar físico e psicológico evitável), aplicaram-se as estratégias de intervenção com vista ao enfrentamento do comportamento fóbico.

A hierarquia de situações ansiogénicas percecionadas pela utente foi construída depois de treinados recursos comportamentais e cognitivos para esbater as sensações corporais associados à exposição do estímulo temido. O diálogo socrático incidiu na seguinte descoberta: *E se falhar no exame de código? Sabe quantas pessoas reprovam em Portugal? Sabe as estatísticas?*

Quadro 3: Hierarquização das experiências ansiógenas da utente, de acordo com o nível de USD's

Experiências ansiógenas	Unidades Subjetivas de Desconforto (USD)
Estar na quinta dos pais	0
Falar em contexto de consulta sobre o estímulo fóbico, para mais tarde voltar ao assunto	10
Passar na rua da escola de condução	20
Entrar novamente no edifício da escola de condução	30
Solicitar informações na escola de condução	40
Reiniciar todo o processo	50
Assistir às aulas e estudar o código da estrada	60
Colocar dúvidas nas aulas	70
Falhar respostas nos testes formativos (realizados em contexto de aprendizagem)	80
Marcar o exame de código	90
Realização do exame de código	100

Descritas as situações ansiogénica definimos *timings* para implementar o método de exposição e, assim, operacionalizar o objetivo n.º 4 do protocolo terapêutico (intervenção ao nível da ansiedade fóbica). O conhecimento e a aplicação das estratégias treinadas facilitaram o controlo de sintomatologia ansiogénica até ao momento em que se comprometeu com o responsável da escola de condução a reiniciar o seu processo de inscrição (50 USD) e a efetuar o respetivo pagamento. A utente foi convidada a examinar as evidências, identificar os pensamentos automáticos negativos associados ao reinício do processo e a encontrar alternativas racionais.

Revelou então, a reação do marido e compreendeu que a mesma constituiu um reforço negativo, *“lá vamos gastar mais dinheiro para nada”* que condicionou a exibição de comportamentos somáticos que, por sua vez, determinaram outros reforços, desta vez, também da parte da família alargada *“para que precisas da carta, deixa-te disso!”*. Assegurei-lhe que os recuos/bloqueios podem fazer parte de um processo terapêutico e que seria crucial centrar-se em pequenas etapas antes sentidas como inatingíveis que já havia conseguido alterar. Houve lugar ainda a um reforço de estratégias comportamentais e de reestruturação cognitiva, centradas na sobrevalorização do risco e da subvalorização da capacidade de enfrentar a situação temida. *Há alguma forma alternativa de olhar para esta situação? O que outra pessoa pensaria a respeito da situação? Estará a pensar em termos de tudo ou nada, reprovou ou não reprovou? E se reprovou? O que haverá de tão ruim?* Tem capacidades cognitivas para conseguir aprovação no exame de código, mas há fatores emocionais que poderão afetar o resultado final, é importante a focalização no processo, não no resultado e reforçar pequenas mudanças.

O confronto nas restantes situações ansiógenas decorreu de forma tranquila, inclusivamente na noite antes do exame de código pois, por si mesma, conseguiu compreender que independentemente da aprovação ou reprovação, todo o processo até chegar ao exame constituía, em si mesmo, um resultado positivo. Realizou o exame de código e ficou aprovada à primeira, tal como no exame de condução.

Concluído este objetivo sugeri trabalhar o evitamento fóbico de lecionar, ao exercer a sua profissão. Todavia *H.* havia encetado outro projeto profissional em que acreditava (contrariamente a outros elementos da família, mas no momento isso já não a impedia de avançar). O contacto com a natureza e os animais afigurava-se motivador, inspirador e enriquecedor, produzindo uma forte satisfação profissional.

Por fim, desenvolvemos um conjunto de habilidades TCC para ajudar a evitar recaídas, as dificuldades que poderiam surgir e os auto-reforços que poderia aplicar para manter os ganhos terapêuticos.

Entre outros fatores, aponto o sucesso terapêutico à compatibilidade da utente com a linha cognitiva-comportamental, ao otimismo relativamente ao sucesso da terapia, à sua capacidade de trabalhar por objetivos e resolver problemas a estes associados, à sua dedicação e motivação em tarefas colaborativas e à boa relação terapêutica estabelecida.

b) Estudo de Caso: Acompanhamento Psicológico a Criança

Dados biográficos

Nome: M.

Idade: 6 anos

Sexo: masculino

Escolaridade: frequenta 1.º ano

Agregado familiar: Pai, sapateiro (34 anos); Mãe, porteira (28 anos); irmã consanguínea (2 anos).

Motivo da Consulta

A criança foi encaminhada para a consulta de psicologia pela médica da especialidade geral e familiar, por apresentar comportamento agressivo dirigido aos pares e aos pais e agitação psicomotora. Mais tarde, a professora também sinaliza a situação por apresentar problemas comportamentais dirigidos a crianças e adultos.

À entrevista de anamnese compareceu apenas a mãe. Questionada sobre as expectativas em relação ao apoio psicológico, disse que gostaria de saber lidar com o filho, pois é uma criança muito revoltada e agressiva.

Problemas apresentados e funcionamento habitual

As dificuldades avançadas pela mãe centram-se em problemas do foro comportamental. Salienta a agressão física e a desobediência às regras parentais impostas como as principais preocupações. *“Lá em casa ele vira-se contra nós, chora, grita e dá pontapés. Responde mal (sobretudo a mim), não arruma os brinquedos. Desde que a irmã nasceu, bate nos outros mas é muito carinhoso com a irmã”* (sic). Ainda segundo a mãe, reage negativamente sempre que contrariado.

Para M., o motivo pelo qual beneficiará de apoio psicológico associa-se ao facto de se encontrar doente, porque se esquece das coisas, porque não consegue ficar quieto na cadeira (“estás a ver?”), “porque ainda quero mimos e o biberão (tenho que o esconder), porque dou pontapés, gritos e choro quando quero a consola. A

minha mãe disse que ia levar a consola para o trabalho mas é mentira. Também respondo mal” (sic).

Questionado sobre a reação dos pais a tais comportamentos, evidencia expressividade e o discurso verborreico, referindo que a sua atitude ofensiva surge quando ela (mãe) me quer bater mas ele (pai) não deixa. “*A minha mãe avisa o meu pai para não me bater (ele tem uma vara para isso) mas depois ela bate-me na cara*” (sic). Referiu ainda que em contexto escolar foi agredido pela professora, ficou com marcas na face durante dias, mas não contou aos pais “*ela (professora) disse que era um segredo só nosso*” (sic).

Perfil de desenvolvimento

M. é o mais velho de uma fratria de 2 elementos. Reside com os pais e a irmã consanguínea de 24 meses. É fruto de uma relação conjugal precoce cujas características e qualidade parecem encontrar-se comprometidas (a mãe tinha 17 anos, casou poucos meses após encetada a relação de namoro).

O discurso verborreico do pai de *M.* evidencia um ambiente familiar violento (família nuclear e alargada), sem juízos de crítica ou punição relativamente a situações de violência familiar, enquanto a mãe que detém esse juízo de crítica, emite verbalizações defensivas na tentativa de omitir situações de violência conjugal ocorridas.

O período de gestação de *M.* foi considerado normal, não planeado mas sem complicações médicas.

Quanto ao *desenvolvimento psicomotor e da linguagem*, iniciou a marcha autónoma aos 12 meses e os primeiros vocábulos foram emitidos com 8/9 meses de idade. O controlo esfinteriano ocorreu aos 18 meses e foi coincidente a nível diurno e noturno.

Da sua *história de saúde* constam as doenças habituais de infância.

Relativamente ao *percurso pré-escolar* integrou o infantário em tenra idade (4 meses) até ao momento em que ingressa no 1.º ano de escolaridade. Teve uma adaptação fácil, sem registo de queixas do foro comportamental.

Desde o início do ano letivo, em setembro, *M.* conheceu 4 professoras. A primeira lecionou 15 dias. A segunda professora replicou o modelo de violência em casa para violência em contexto escolar. A frequência e intensidade dos abusos físicos ditaram o seu afastamento.

M. conseguiu estabelecer uma relação positiva com a terceira professora que, por motivos desconhecidos, também o “abandonou”. Neste momento, recusa qualquer proximidade com a quarta professora.

Relativamente à sociabilização, prefere o contacto com crianças da mesma idade e protege os mais novos. Ultimamente, revela muita tendência a criar conflitos e a dominar o outro na relação. Se não consegue, passa ao registo agressivo.

Como características positivas do seu filho, a mãe mencionou a meiguice, a inteligência, o “*ter conversas sérias*”, gostar de animais e de música e ser viciado nos jogos de consola.

Da *história pessoal da mãe* salienta-se a disfuncionalidade familiar. O pai era alcoólico e abandonou o agregado familiar (esposa e filhos menores). Nessa altura, a mãe com historial psiquiátrico grave, foi sujeita a internamento em casa de saúde, onde ainda vive. Esta situação familiar associada a outros acontecimentos não pormenorizados, ditaram a sua institucionalização num lar juvenil durante 5 anos, “*vim-me embora, não gostava de lá estar*” (sic). Referiu apenas que teve comportamentos muito rebeldes na infância e adolescência e que os comportamentos explosivos do filho são determinados pelas suas características genéticas e de personalidade “*eu também era assim, (...) o pai tem mais paciência, acho que chega a compreendê-lo melhor do que eu*”. Relativamente ao ambiente familiar diz que é bom, com ocorrência pontual de “*brigas normais de casais*”, que considera sem gravidade e que se traduzem, por exemplo, em *bofetadas*.

Da *história pessoal do pai* há registo de abandono por parte dos progenitores, tendo sido criado pelos avós paternos. Refere uma boa relação com o filho (considera existir alguma exacerbação dos comportamentos agressivos e de oposição referidos pela esposa). Considera que M. revela mais respeito por si do que pela mãe e o método educativo utilizado é a ameaça, “*é o suficiente para que cumpra as minhas regras*” (sic). Refere uma boa relação conjugal, “*Em 11 anos de casamento tivemos 2 crises. A primeira ofendeu a minha família, na segunda apanhei-a no carro de outro, a fazer está a ver o quê!*” (sic). Questionado sobre a forma de lidar com estes problemas disse: “*Bati-lhe. Isso foi sempre assim, já no tempo dos nossos avós. Quando as mulheres se portavam mal, levavam. O meu avô não queria que a minha avó saísse de casa, quando ele chegava a casa e ela não estava, sacudia-lhe as moscas. Isso é normal, sempre foi assim. Um homem às vezes descontrola-se*” (sic).

Resultados da Avaliação Instrumental

Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

1. Guião de Entrevista com os Pais;
2. Teste do Desenho da Família, de Corman;
3. Teste de Matrizes Progressivas de Raven, Escala Geral (SPM);
4. Teste projetivo *Era uma Vez*;
5. Escala de Crenças e Sinalização de Situações de Violência;
6. Sinalização do Ambiente Natural Infantil (SANI);
7. Escala de Percepção da Criança dos Conflitos Interparentais, CPIC [*Children's Perception of Interparental Conflict Scale*], de Grych, Seid & Fincham (1992);
8. Escala de comportamento de Achenbach, versão pais e professores, *Child Behaviour Checklist* (CBCL) e *Test Report Form* (TRF), versão portuguesa de Mário Simões (1991).

Dos dados da avaliação instrumental, importa salientar os seguintes resultados:

Raven (SPM)	Resultado bruto de 30, que se traduz num percentil 75, ao qual corresponde a uma classificação qualitativa de nível <i>Médio Superior</i> .
Crenças e SS Violência Identifica crenças de situações de violência que ocorrem na dinâmica familiar, quer na relação pais-filho, quer na relação conjugal	<ul style="list-style-type: none">• Não se deve bater quando alguém faz alguma coisa de errado;• <i>O meu pai já me bateu num supermercado, estava toda a gente a comentar porque ele me tinha batido;</i>• Considera que as pessoas, se quiserem, podem deixar de ser violentas, <i>“Não é o álcool, são elas que querem”;</i>• É grave uma criança bater num adulto porque depois fica de castigo;• <i>“Fico de castigo na casa de banho (algumas vezes), se não cumprir levo com a vara. A mãe bate na cabeça e o pai, às vezes, bate com o cinto. Já fiquei com marcas nas costas da vara, vi no espelho. Não posso mostrar porque senão dizem que eu andei nas árvores e me caíram 2 paus nas costas”;</i>• “Os homens não devem bater nas outras pessoas porque senão elas queixam-se à polícia. Mas na mulher, sim, porque estão casados”.

<p>S.A.N.I.</p> <p>Identificação de comportamentos parentais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O pai e a mãe chamam asneiras um ao outro;</i> • <i>O pai, por vezes, bate à mãe e diz muitas asneiras, o que acontece na minha frente;</i> • <i>O pai no outro dia atirou uma garrafa à mãe e atingiu-me a mim, até fiquei com um galo na cabeça;</i> • <i>Às vezes a mãe bate no pai com um cinto, o pai em resposta, dá-lhe com a vara;</i> • <i>Por vezes, a mãe quando está zangada manda o pai para fora de casa, M. quer ir com ele;</i> • <i>O pai proíbe a mãe de falar com as amigas, mas a minha mãe sai às escondidas;</i> • <i>Eles (pais) perseguem um ao outro para saberem onde vão.</i>
<p>CPIC</p> <p>Avalia propriedades do conflito, ameaça e auto culpabilização</p>	<p>Os resultados obtidos apontam a ocorrência muito frequente de conflitos, com manifesta intensidade e sem resolução. Relativamente à segunda dimensão avaliada, M. não se sente ameaçado com a ocorrência dos conflitos interparentais, assumindo uma atitude de autonomização e distanciamento dos conflitos dos pais, conseguindo imputar-lhes a responsabilidade (sem registo de auto culpabilização).</p>

Diagnóstico

Os dados obtidos através dos diferentes métodos de avaliação (observação direta, entrevistas, avaliação instrumental) revelam consistência. As provas psicológicas aplicadas revelam resultados convergentes, indicadores de sujeição a múltiplas formas de violência: maus tratos físicos e emocionais perpetrados pelos pais, exposição a situações de violência interparental e episódio de violência física infligida por professora, em contexto de sala de aula.

Apresenta défices ao nível de competências sociais e menor capacidade de resolução de problemas, com recurso à violência, sendo esta uma forma efetiva de obter poder e controlo sobre os outros.

Integração e concetualização: Acontecimentos de vida e vulnerabilidades de M.

M. experiencia a violência como um padrão de comportamento e relacionamento normativo, pelo que tolera o comportamento agressivo e age da mesma forma perante os pares.

Na história de desenvolvimento dos pais também há fatores de risco intra individual para a violência (comportamento imaturo e explosivo, antecedentes de maus tratos na própria infância: negligência, abandono, abuso físico, institucionalização, exposição a situações de violência) que encontram a legitimação para um comportamento agressivo perpetuado quer na relação conjugal quer na relação com o filho.

De facto, a exposição recorrente a situações de violência interparental encoraja uma modelagem negativa e limitada centrada na destruição e em comportamentos violentos e anti sociais. Todavia, percebe a violência interparental como um direito que o pai pode exercer sobre a mãe alicerçado em crenças desajustadas e de discriminação dos papéis familiares, em que a figura masculina surge como a figura autoritária e violenta para com a mulher subserviente, *“deve aguentar porque está casada, então deve aguentar, (...), os homens não devem bater nas outras pessoas porque senão elas queixam-se à polícia, mas na mulher sim porque está casada. Se o pai sair de casa, M. quer ir com ele”* (sic).

De contextualizar outros fatores que terão contribuído para a agudização do comportamento agressivo: O nascimento da irmã (até aí, M. dormia com a mãe no quarto dos pais) e a crescente rivalidade fraterna (*“tira-me esta coisa daqui”*, sic) logo que esta começou a exibir as suas gracinhas e a retirar-lhe alguma atenção; a difícil integração na escola primária, a que não terão sido alheios os seguintes factos, a agressão da primeira professora, *“andou 3 dias com a face marcada, não queria ir à escola, a professora disse-lhe que seria um segredo só deles”* e as constantes mudanças de docente.

Já a manutenção do comportamento agressivo pode encontrar fundamentação no ambiente hostil em que M. vive, no facto de não corresponder às expectativas dos pais, na severidade das medidas punitivas (maus tratos físicos e psicológicos infligidos por ambos os progenitores) e, conseqüentemente, perceber a agressão como padrão estável de relacionamento.

Protocolo Terapêutico

Objetivo geral 1: Estabelecimento de relação terapêutica

Objetivos específicos:

- Processo empático e de confiança;
- Transmitir um ambiente de segurança e apoio;
- Identificar a compreensão da criança acerca do motivo da consulta e do papel do psicólogo.

Estratégias de intervenção:

- Trabalhar as condições facilitadoras da relação terapêutica: aceitação incondicional, genuinidade e empatia;
- Trabalhar a colaboração/ envolvimento da criança através de atividades lúdicas do seu interesse.

Objetivo geral 2: Envolver a criança no processo de avaliação

Objetivos específicos:

- Observação na interação lúdica;
- Observação da relação pais-filho;
- Aplicação de instrumentos de avaliação.

Objetivo geral 3: Intervenção com a criança

Objetivo específico:

- Validação da narrativa de maus tratos de *M.*;
- Estudar um plano de segurança: encontrar um lugar seguro, a quem pedir ajuda de emergência e o contacto, o que dizer ao telefone;
- Aliviar a culpabilidade e trabalhar a auto-estima;
- Expressar os seus sentimentos, opiniões e comportamentos sustentados em valores de igualdade, respeito e partilha de poder;
- Aprender e praticar competências afirmativas (de comunicação), para que possa resolver os problemas de forma não violenta;
- Identificar aspetos experienciados e modelar formas mais adaptativas de expressão emocional (reatividade emocional intensa) através do jogo.

Estratégia de intervenção:

- Estabelecer um plano de segurança com a criança (adaptado de Loosley, Bentley, Rabenstein & Sudermann, 1997);

- Estimulação das potencialidades do seu desenvolvimento: aquisição de competências sociais (auto controlo/ redução da agressividade, resolução de conflitos);
- Processar as memórias traumáticas/de violência num ambiente de segurança e construção
- Psicoeducação: Aprender que pode fazer escolhas diferentes das que testemunhou para si próprio no futuro; oferecer à criança atitudes e comportamentos alternativos à violência;
- Integração da terapia cognitivo-comportamental com o recurso *play therapy* (adaptado de Pearce & Pezzot-Pearce, 1997).

Objetivo geral 4: Intervenção parental - enquadramento da situação de maus tratos

Objetivo específico:

- Abordar de forma não diretiva as situações de violência perpetradas a M.;
- Identificar estilos comunicacionais e práticas educativas.

Estratégia de intervenção:

- Exploração das dificuldades sentidas no relacionamento com a criança, dos comportamentos problemáticos e dos métodos educativos preferenciais;
- Perceção de si enquanto progenitor, dificuldades sentidas na relação com a criança, perceção do parceiro enquanto progenitor, conflitos e discordâncias do casal em termos educativos
- Exploração dos comportamentos problemáticos e dos métodos educativos preferenciais

Objetivo geral 5: Intervenção parental - promoção de competências parentais

Objetivo específico:

- Estimular comportamentos positivos
- Diminuir comportamentos disruptivos da criança

Estratégias de intervenção (para lidar com a criança):

- Controlo do comportamento infantil através de técnicas comportamentais, tais como: sistema de economia de pontos, recurso à extinção, time-out, custo-resposta;
- Aumentar a frequência de comportamentos desejáveis através de reforço, incentivos (sinais de aprovação, brincar com a criança);
- Treino de auto controlo para os pais e aplicação em situações de tensão/conflito;

- Sugestão de intervenção centrada nos conflitos conjugais e na violência conjugal com terapeuta familiar.

Objetivo geral 6: Intervenção pais-criança

Objetivo específico:

- Aumento da proximidade física e emocional entre pais e filho.

Estratégia de intervenção:

- Treino de competências educativas parentais (adaptado de Barkley, 1997).

Resumo da Intervenção e Feedback Terapêutico

M. é uma criança com ar simpático, olhos e cabelos claros e um desenvolvimento estado-ponderal concordante com a idade real. Desde o primeiro contacto, apresentou uma mímica facial rica, um vocabulário adequado associado a um discurso verborreico, que traduz as suas preocupações: “*Sabes eu estou muito doente, esqueço-me das coisas, ainda não sei ler, o L. já sabe mas há uma letra que ele não sabe*” (sic). Começou, então, a relatar o seu quotidiano de forma pormenorizada destacando as situações de violência que ocorrem na dinâmica familiar entre os seus elementos.

Após as verbalizações de *M.* e da interpretação de resultados da avaliação instrumental, convoquei os pais para comparecerem individualmente à consulta, para de forma não diretiva compreender e contextualizar a dimensão do problema de violência a que a criança se encontrava sujeita.

A intervenção com a criança limitou-se à validação da narrativa de maus tratos pois *M.* sentia que os adultos não acreditariam na sua história, “*Já fiquei com marcas nas costas da vara, vi no espelho. Não posso mostrar porque senão dizem que eu andei nas árvores e me caíram 2 paus nas costas*” (sic) e a estabelecer um plano de segurança.

As faltas de comparência à consulta sem justificação, apesar de tentativas de remarcação, tornaram claro que a problemática de maus tratos não se aborda de forma protocolar ou instrucional (onde é ainda mais difícil prever a evolução do processo e as consequências dos procedimentos adotados).

Consciente de que:

- As intervenções serão ineficazes (ou terão pior prognóstico) se a criança continua a viver com violência ou com o medo de violência (Machado & Gonçalves, 2003);
 - A agressão é um padrão estável de relacionamento naquela família mas poderia escalar em intensidade e frequência, pois o comportamento disfuncional da criança e o recurso preferencial dos pais à punição geram um ciclo vicioso de carácter mutuamente aversivo;
 - A problemática apresentada por *M.* ultrapassava questões do domínio educacional e da saúde física e psicológica, impondo-se o domínio legal;
- considereei que a forma de proteger *M.* obrigava a uma sinalização para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

4.2.4. A Função Assistencial no âmbito dos Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são prestados por equipas multidisciplinares com o objetivo de proporcionar a qualidade de vida possível a doentes que padecem de doenças graves, e/ou crónicas e incuráveis, a saber: doença oncológica em estadio avançado, síndrome de imunodeficiência adquirida em estadio avançado, insuficiências de órgãos avançadas, doença neurológica degenerativa, demência em estadio muito avançado (OMS, 2004). Estes cuidados pretendem ser uma resposta técnica e humanizada aos problemas e sofrimento decorrente de uma multiplicidade de perdas, de adaptações e sintomas que vão surgindo, e que tem impacto reconhecido sobre cuidadores e familiares, que poderão beneficiar de apoio quer durante a fase de doença, quer na fase de luto (Neto, 2008).

Em Portugal, os princípios e objetivos dos cuidados paliativos definidos pela primeira vez no Plano Nacional de Cuidados Paliativos de 2004, foram/são interrogados por médicos, doentes e seus familiares.

O desígnio de cuidar foi assumido com ambivalência e resistência pelo pessoal médico. Conforme salienta Ruiz (2005), historicamente e socialmente, este desígnio tem recaído sobre o pessoal religioso. A formação clínica destes profissionais é centrada no ato de curar, em reestabelecer o equilíbrio fisiológico do doente, em dotar o doente de maior funcionalidade e satisfação possível mesmo quando se observa uma progressão da doença. Autores como Hennezel e Leloup (2001) estudaram os níveis de culpabilidade que surgem perante a morte no corpo médico. Consideram que estes profissionais sentem culpa dos limites da sua técnica, de não fazer tudo o que lhes compete para salvar o doente. Consideram ainda que muitos adotam

comportamentos de fuga, tratando-se de uma ferida narcísica face à percepção errada de onipotência suscitada pelos progressos da medicina.

Frequentes vezes, os princípios dos cuidados paliativos foram confundidos com os princípios da eutanásia. Os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal, não se tenta acelerar a morte nem prolongar a vida, mas sim oferecer conhecimentos médicos e psicológicos fundamentais ao próprio doente e sua família (Centeno, 1999). A expressão morte digna pode ser comum mas apresenta significados diferentes. Em cuidados paliativos, uma *morte digna* não é sinónimo de antecipação do fim da vida; traduz o sentir-se próximo, comunicar e estreitar laços com pessoas queridas ou afetivamente significativas, para além de existir um controlo da dor e mal-estar (Limonero, 1998).

Outra questão objeto de confusão na comunidade respeita à diferenciação entre doentes crónicos e terminais. Um doente em situação terminal não é um paciente crónico mas sim um doente que experimenta grandes mudanças num curto período de tempo que se deve enfrentar com intervenções rápidas, dinâmicas e flexíveis face a sintomas múltiplos, multifatoriais e alterações que condicionam a instabilidade evolutiva do doente (Bayés, 1998; cit. Ruiz *et al*, 2005).

Da experiência obtida enquanto elemento integrante da Equipa de Cuidados Paliativos, não raras vezes, observei sentimentos de desconfiança e resistência em utentes e familiares a quem o suporte em cuidados paliativos era oferecido. Compreensivelmente, os familiares manifestavam tendência de negar o prognóstico de vida breve, exigindo mais do que “*qualidade de vida*” para o seu ente. A recusa da ação paliativa de alguns doentes e suas famílias verificou-se, com maior incidência, quando o doente terminal vivenciava a fase de estabilidade ou a fase sintomática. Para Benitez e Asensio (2002), a doença terminal é um processo que se divide em 4 fases e que resulta da impossibilidade de resposta a tratamentos específicos: (1) *fase de estabilidade* – o paciente não apresenta sintomas intensos nem alterações do seu estado emocional; (2) *fase sintomática* – presença de complicações geradoras de sofrimento com um maior ou menor grau de alteração funcional que não afeta as atividades de vida diária (AVD); (3) *fase declive* – complicações que alteram o funcionamento das AVD; (4) *fase final ou agónica* – deterioração da situação funcional, indicadores mais ou menos intensos do processo de morrer e complicações de dor e sofrimento que requerem controlo e avaliação contínua.

Assim, à rejeição da prática de cuidados paliativos não seriam alheios factos como insuficiente informação sobre a matéria, informações contraditórias (médicos que valorizam a prestação de cuidados paliativos, outros que desvalorizam) e a

dificuldade em lidar com as perdas sucessivas associadas à progressão da doença e com a morte. Ainda que o significado atribuído às perdas seja específico para cada pessoa, em cada fase da vida ou da doença, a natureza da perda pode ser **intelectual** (com alterações ao nível da memória de curto-prazo, atenção, concentração, sentimento de controlo sobre dimensões corporais e pessoais de funcionamento); **física** (partes do corpo, de funções corporais e sensação de bem-estar físico); **social** (vida familiar, convívio, comunidade); **espiritual** (sentimento de completude, integridade; sentimento de ambição, de valor pessoal; sentimento de esperança e de significado, confiança numa entidade divina ou transcendente) (*ibidem*).

De facto, o confronto com estas perdas progressivas e com a morte, cria no doente um medo paralisante. A *terror management theory* postula que o homem tem o sentido básico de auto preservação que entra em conflito com o sentimento de que a morte se aproxima (Greenberg *et al.*, 1986). Ou seja, esta teoria concebe que o conflito psicológico existente é entre o querer manter-se vivo e ter auto-conhecimento da morte como inevitável. O entendimento de autores como A. Singh, D. Singh e Nizamie (2003) que desocultam modelos explicativos da ansiedade relacionada com a morte, é de que para nos protegermos dessa ansiedade, criamos e participamos na cultura utilizando essencialmente dois tipos de estratégias: proximais (negação) e distais (alteração da nossa visão cultural do mundo) para lidar com o medo que surge no confronto com a morte e que se repercute a nível interpessoal e intrapessoal. Na relação com o outro predominam os medos de ficar separado daqueles que ama (o que lhes acontecerá?) e o medo que a rutura de laços provoque o esquecimento. A nível intrapessoal sobressaem os medos de assistir à própria degradação física e talvez mental, de perder uma certa imagem de si, com a qual se estava identificado e medo de perder o controlo das coisas, de perder autonomia e independência (Hennezel e Leloup, 2001).

4.2.4.1. Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos: O Início da Abordagem Multidisciplinar

A Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro de Saúde foi constituída em 2006, por 1 médica da especialidade geral e familiar, 1 enfermeira, 1 psicóloga e 1 técnica de serviço social.

A fase inicial recaiu sobre a organização interna da equipa tendo sido elaborado um conjunto de documentos de suporte que facilitasse o funcionamento

estruturado e coordenado das diferentes áreas multidisciplinares e a prossecução dos objetivos da ação paliativa, orientada para a doença de forma global e para as especificidades de intervenção de cada técnico. Nomeadamente:

- Ficha de sinalização do utente que carece de cuidados paliativos dirigida aos médicos assistentes, da especialidade geral e familiar. Para além dos dados de identificação do utente, o médico deve preencher dados relativos à situação clínica, nomeadamente: diagnóstico clínico e data, problemas médicos associados, tratamentos médicos realizados, situação clínica atual. Em nota de rodapé incluíram-se os critérios de referenciação;
- Regulamento interno da equipa de suporte em cuidados paliativos do Centro de Saúde;
- Folheto de divulgação sobre Cuidados Paliativos, por forma a sensibilizar e informar os utentes e profissionais de saúde.

No seguimento deste trabalho, a implementação da ação paliativa teve início em maio de 2006. Após a referenciação formulada pelo médico assistente (através da ficha de sinalização de utentes que carecem de cuidados paliativos), o utente e/ou família eram contactados para se proceder à avaliação inicial da situação clínica e das necessidades do doente a nível físico, psicológico e social, em contexto domiciliário. Ou seja, procedia-se à realização do perfil de necessidades e plano terapêutico.

As avaliações ao utente eram executadas periodicamente e registadas na base de dados, criada para o efeito, de forma a permitir um melhor acompanhamento e monitorização de cada caso clínico, bem como o ajustamento dos objetivos terapêuticos. As reuniões clínicas de revisão e planificação desenvolvidas pela equipa foram de grande ajuda na abordagem multidisciplinar dos problemas e realizavam-se com uma periodicidade semanal.

Não raras vezes, os objetivos terapêuticos eram construídos conjuntamente com o paciente e/ou família. Da necessidade percecionada pelos profissionais de saúde e/ou sentida pelos familiares realizaram-se conferências familiares por forma a dar resposta a dificuldades associadas a cuidados clínicos e de enfermagem, ou a problemas de exaustão física e emocional dos cuidadores principais.

Em suma, as reuniões clínicas da equipa tinham por objetivos:

- i) avaliar a implementação da ação paliativa nos doentes sinalizados,
- ii) discussão de casos clínicos com vista a uma intervenção global atinente às necessidades do doente;
- iii) planificação da visita domiciliária,

- iv) análise de artigos científicos e
- v) elaboração de relatórios referentes às atividades desenvolvidas pela equipa.

As reuniões de intervisão com a Equipe de Suporte Hospitalar em Cuidados Paliativos e a Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro de Saúde decorriam em regime bimestral com o objetivo de apresentar /discutir casos clínicos reais e de aprofundar temas científicos que permitissem uma ação paliativa mais consolidada e atualizada.

No final do primeiro ano, o número de sinalizações efetuadas à Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos ficou aquém das situações que requereriam uma intervenção paliativa, situando-se nos 15 doentes. Os médicos assistentes revelaram alguma dificuldade de assimilação dos princípios preconizados pelos cuidados paliativos e em diferenciar a sua atividade clínica da atividade clínica praticada pela médica da equipa. Revelaram ainda predisposição para sinalizar utentes em *fase final ou agónica*, em deterioração avançada da situação funcional, apresentando indicadores intensos do processo de morrer e complicações de dor e sofrimento. 10 dos 15 utentes referenciados, faleceram pouco tempo após a sinalização. Os diagnósticos apresentados foram, em 90% das doenças, de natureza oncológica.

Nos anos subsequentes, verificou-se um aumento gradual do número de referenciações com o objetivo de controlo sintomático da dor. As neoplasias ou carcinomas (pâncreas, esófago, reto ou colo uterino) continuaram a assumir um papel de destaque e, juntamente, com os acidentes vasculares cerebrais, a responsabilidade por mortes prematuras (faixa etária entre os 60-70 anos).

A equipa de suporte em cuidados paliativos exerceu funções coordenadas até 2010, momento em que foi criada a Unidade de Cuidados Continuados (que engloba os serviços de saúde escolar e equipa de cuidados continuados integrados - ECCI), conforme previsto nos Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Na minha opinião, se até então os cuidados paliativos iam assumindo um papel gradual no serviço nacional de saúde, a partir da data de criação da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) neste Centro encontram-se em "*fase agónica ou terminal*", ainda que teoricamente agregados aos cuidados continuados integrados. Esta agregação contribuiu para que doentes que carecem de cuidados paliativos sejam absorvidos por outras tipologias de cuidados (equipa de cuidados continuados integrados, unidades de internamento de cuidados continuados de convalescença de média duração e de longa duração) onde não existem respostas efetivas para as suas

necessidades, sendo acolhidos por profissionais de saúde que sem formação específica ou experiência clínica para ajudar os doentes a percorrerem este último caminho, morrer em paz.

A UCC é coordenada e constituída por profissionais de enfermagem. Atualmente, beneficia da colaboração dos elementos da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (psicologia, serviço social, dietética e higiene oral). No que respeita à Psicologia, até ao momento, não se realizaram atividades de saúde escolar dinamizadas por solicitação da UCC (no ano transato as ações desenvolvidas no âmbito da Sexualidade, na Escola Secundária da cidade, foram solicitadas pelo Delegado de Saúde – Unidade de Saúde Pública). A psicóloga integra a ECCI mas o apoio psicológico realizado é esporádico (anexa relatório da atividade desenvolvida em 2012).

4.2.4.2. Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos: O Papel do Psicólogo

A representação que doentes e profissionais de saúde têm do psicólogo em cuidados paliativos recai sobre o papel de ouvinte, de promotor de bem-estar emocional do paciente através da capacidade de escuta, “(...) *faz-me bem desabafar*”.

Desde o início dos anos 90 que se desenvolvem trabalhos no sentido de definir o papel do psicólogo em unidades de cuidados paliativos. Pilar Arranz, Javier Barbero, Pilar Barreto ou Ramón Bayés (2003) foram pioneiros nesta matéria e sugerem que a intervenção psicológica seja definida e direcionada ao doente, membros da sua família e aos profissionais de saúde que integram a equipa de cuidados paliativos. De seguida, aprofundamos as competências do psicólogo com cada um destes grupos.

A função do psicólogo em cuidados paliativos inclui o apoio psicológico em contexto domiciliário a doentes e suas famílias. O processo de avaliação deve ser contínuo e centrar-se na avaliação do bem-estar, do sofrimento e dor e dos sintomas psicopatológicos como ansiedade, medo da morte, depressão e/ou perda de controlo da situação pois deve atender às mudanças rápidas e evolutivas da doença, adaptando-se às características e necessidades do paciente (Ruiz & Rios, 2005).

Assim, a intervenção psicológica com doentes pode ocorrer em momentos diferentes: antes do impacto causado pelo aparecimento da doença; face ao diagnóstico da doença e início da intervenção paliativa; durante a progressão da doença e processo de morte e, por último, depois da morte do paciente com os familiares.

As funções do psicólogo com familiares durante a fase de doença centram-se na avaliação e intervenção do estado exaustão e impacto emocional que se produz como consequência do agravamento da doença e possíveis consequências. A evolução prolongada destas doenças, pela adaptação contínua que pressupõe a vários problemas e pela exposição a novos *stressores*, tem reconhecidas implicações no funcionamento e bem-estar das famílias, particularmente nos cuidadores mais envolvidos no processo de cuidar (Neto, 2008).

De forma semelhante, a intervenção psicológica com os profissionais de saúde deverá dar resposta ao desgaste e exaustão emocional que situações terminais podem suscitar. Pelo que deverá facilitar o controlo das emoções da equipa terapêutica de modo a promover uma maior eficácia profissional, evitar a desmotivação e diminuição da qualidade e quantidade de eficiência (Arranz *et al*, 2003). Em suma, define dois objetivos centrais: a motivação para o trabalho em equipa e a prevenção do estado de *burnout*. Na minha opinião fica por clarificar quem é o psicólogo do psicólogo da equipa de suporte? Porque é sujeito a exclusão dos fenómenos de desgaste/ exaustão provocado pelo contacto direto e constante com a morte?

Mas Arranz (2003) vai mais longe ao atribuir ao psicólogo as funções de dotar os outros profissionais de saúde de competências de comunicação desde o primeiro contacto como doente (da fase inicial que implica dar o diagnóstico, à fase final - o apoio na morte), promovendo o treino da comunicação assertiva que permita às pessoas mostrar aquilo que sentem, pensam e necessitam; e de técnicas de *counselling* cujos objetivos se centram na aceitação dos pensamentos, sentimentos de mal-estar que se produzem como consequência do contacto direto e sistémico com o sofrimento dos outros e com a morte, e, na elaboração de stress (e consequentemente, prevenção de *burnout*) para poder levar a cabo a atividade assistencial (Ruiz & Rios, 2005).

Ainda nesta linha conceptual, Bayés (1996) sugere que cada profissional de saúde que trabalhe com doentes em fim de vida deverá promover ou aprofundar um conjunto de competências intrapessoais que contribua para o bem-estar do doente e facilite a relação doente-profissional de saúde. O quadro 4 apresenta as características necessárias aos profissionais de saúde em cuidados paliativos.

Quadro 4 : Competências intrapessoais que facilitam a relação doente-profissional de cuidados paliativos, segundo Bayés (1996).

-
- Demonstrar empatia.
 - Saber lidar com os silêncios.
-

-
- Proporcionar mensagens curtas e com esperança articuladas com uma linguagem clara e compreensiva, sem inverdades
 - Acessibilidade e disponibilidade.
 - Comportamento não-verbal adequado cuidada expressão facial, postura, gestos, proximidade física, contacto físico, chaves vocais e aparência física.
 - Informação cedida a paciente e aos outros membros da família deve ser coincidente entre os profissionais de saúde da mesma equipa.
 - Espaço para utente e família expressarem a suas emoções: choro, raiva. Compreender essas emoções e não as sentir como um ataque pessoal ao profissional.
 - Capacidade para explorar os medos, preocupações e recursos do paciente e família.
 - Capacidade de escuta, com atenção e sem interrupção.
 - Evitar a sobreproteção do doente e fomentem a perceção de controlo do doente sobre a doença.
 - Face ao pessimismo do paciente não usar expressões verbais fechadas como “*não se preocupe, vai ficar bem*”.
 - Ajudar o paciente a priorizar objetivos, oferecer alternativas e caminhos possíveis para solucionar alguns problemas.
-

As características apresentadas vão de encontro às condições facilitadoras de uma relação terapêutica desenvolvidas por Carl Rogers e às características pessoais de terapeutas eficazes apontadas por Corey (2001).

É suposto que profissionais que não tiveram formação em Psicologia sejam capazes de desenvolver estas competências na sua prática clínica? Ajudar o paciente a priorizar objetivos, facilitar um espaço para utente e família expressarem as suas emoções, capacidade de escuta ativa, serão as funções de um enfermeiro? Alimentar a ideia difundida de que todos os profissionais de cuidados paliativos podem e sabem dar suporte emocional? A ser verdade, é legítimo afirmar que o apoio psicológico não é exclusivo dos psicólogos e que há uma sobreposição de papéis entre psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social ou voluntários, nas funções de suporte emocional e psicológico.

Contrariamente ao que se verifica na atribuição de funções específicas a médicos e enfermeiros, cujas competências específicas assentam no controlo sintomático e no alívio da dor, constituindo um componente essencial dos cuidados paliativos e da qualidade de vida no processo de morrer, o apoio psicológico não é exclusivo dos psicólogos. É aceite que as contribuições dos psicólogos nos cuidados paliativos não

estão definidas nem são reconhecidas. Jünger e Payne (2011) são categóricos nesta matéria e avançam com a inexistência de base científica que demonstre a necessidade de psicólogos em unidades de cuidados paliativos.

A Sociedade de Psicologia Britânica (2008) aponta as competências nucleares do psicólogo que trabalha com doentes em fim de vida: Avaliação, Formulação, Intervenção ou implementação, Pesquisa, Comunicação. Também o protocolo de intervenção centrado no paciente, construído por Arranz *et al.* (2004) para transtornos adaptativos (abordagem dos sintomas de ansiedade e tristeza) apresenta técnicas e procedimentos psicoterapêuticos específicos como *Counselling*, Avaliação Psicológica Contínua e Intervenções de natureza psicoeducativa (informação sobre a natureza do transtorno e fases de desenvolvimento).

Na minha opinião, estes procedimentos conforme estão preconizados são transversais à prática clínica. As funções dos psicólogos em cuidados paliativos requerem uma estruturação e validação de competências específicas e psicoterapêuticas. Afigura-se crucial a criação de um protocolo de avaliação e intervenção psicológica no âmbito de cuidados paliativos, que contemple a definição de competências nucleares e o ajustamento de competências que não deveriam ser transversais mas sim complementares a outros profissionais.

Concluído o enquadramento teórico do papel do psicólogo em unidades de cuidados paliativos, importa sistematizar as experiências e competências adquiridas nos quadros que a seguir se apresentam.

Quadro 5: Experiência de apoio psicológico a utentes e familiares, em contexto domiciliário e competências adquiridas.

Competências de avaliação psicológica contínua	<ul style="list-style-type: none">• Articulação com equipa de suporte hospitalar por forma a conhecer o historial médico do paciente;• Entrevista inicial com o utente de forma a obter informação detalhada acerca da sua história pessoal e psiquiátrica, a vivência da doença e o estado mental atual;• Entrevista com familiares do paciente;• Avaliação da dor
Competências de intervenção psicoeducativa	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre a natureza do transtorno e as fases de desenvolvimento;• Incentivar os cuidados ao familiar doente;• Escuta ativa e validação das preocupações/ queixas

	<p>apresentadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reformular para ajudar os membros da família a reconhecer as diferentes perspetivas do mesmo problema; • Identificar crenças e as respostas adequadas no sentido da desmistificação • Conferência familiar: Competências de comunicação, competências de gestão de conflitos intra-familiares e família-equipa.
Competências de intervenção psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Counselling</i>; • Técnicas de controlo de ativação fisiológica (alívio da dor), com recurso a relaxamento muscular e reestruturação cognitiva (explicar e demonstrar ao indivíduo a influência que os pensamentos exercem sobre o controlo e o estado emocional); • Estratégias de <i>coping</i> (facilitar a adaptação ao processo, reestruturar crenças, potencia dos recursos, procurar o significado); • Escuta ativa e validação das preocupações/ queixas apresentadas.
Competências de intervenção no luto	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação de más notícias - doença incurável e terminal; • Conhecimento dos princípios da intervenção psicológica com indivíduos em fase terminal.

Quadro 6: Experiência de apoio psicológico a outros profissionais de saúde e competências adquiridas

Competências de prevenção/ intervenção em <i>Burnout</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de ações de formação dirigidas a equipas de suporte hospitalar em cuidados paliativos e equipas de suporte em cuidados paliativos dos centros de saúde (cf. Anexos); • Aplicação do questionário de Maslach a profissionais de saúde integrantes das equipas de cuidados paliativos hospitalares (hospital de dia) e de centros de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e
--	--

	técnicos de serviço social) e devolução de resultados.
	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de estratégias de confronto a nível individual, interpessoal e organizacional para lidar com situações de desgaste emocional.
Competências de pesquisa e discussão de artigos científicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão crítica de artigos científicos sobre <i>burnout</i> em profissionais de saúde.
Competências de trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de comunicação e comunicação funcional no relacionamento interpessoal; • Discussão interdisciplinar de casos clínicos; • Motivação para o trabalho em equipa
Competências de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Formação a profissionais de saúde sobre relacionamento interpessoal centrado em competências de comunicação; • Competências de escuta ativa.

A prevenção de *Burnout* incidiu em profissionais de saúde que integravam a equipa de suporte em cuidados paliativos do Centro de Saúde e a equipa de suporte hospitalar de cuidados paliativos. A síndrome de *burnout* caracteriza-se por um estado de exaustão emocional e física que resulta da interação com indivíduos (maioritariamente em situações de ajuda) e desencadeia sentimentos de frustração e fracasso.

Mais do que caracterizar a síndrome de *burnout*, os objetivos das 3 reuniões dinamizadas centraram-se na importância de desenvolver competências que facilitassem a prevenção deste quadro e de dotar aqueles profissionais de estratégias de confronto a nível individual, interpessoal e organizacional (cf. Anexos).

Barbosa e Neto (2006), autores percussores e formadores em cuidados paliativos, consideram que “*falar de burnout é uma oportunidade para nos conhecermos melhor, para aproveitar o melhor que a vida dá e para reflectirmos sobre a necessidade de mudança de atitudes*”. A prevenção de situações de desgaste emocional também é reconhecida por Maddix & Pereira (2001), considera que “*some of us as professional caregivers find it difficult to take time to stop and reflect on the work we do and how it impacts us personally and collectively as a team. We fail to ask ourselves if, and how, we are affected by our daily encounters with patients for whom care*”.

Quadro 7: Experiência de desenvolvimento pessoal e competências adquiridas

Competências teóricas, técnicas e metodológicas em Cuidados Paliativos	Formação específica para implementação de grupos de psicoterapia de apoio centrados no bem-estar espiritual e psicológico e no significado atribuído à vida. Breitbart <i>et al.</i> (2010) desenvolveram uma terapia de intervenção breve, para doentes em estadió terminal, centrada em manter ou ganhar o significado da vida, o significado de paz e o significado atribuído aos objetivos das suas vidas, ainda que se aproximem do final. Os resultados apontam para melhorias significativas em várias dimensões espirituais e psicológicas avaliadas, quer no fim das 8 sessões de intervenção, quer na sessão de <i>follow-up</i> realizada 2 meses depois.
Competências na relação terapêutica em CP	Reconhecer os limites e potencialidades do papel do terapeuta e trabalhar em simultâneo o processo empático e de <i>contra-transferência</i> ; De uma forma espontânea instituiu-se a apresentação presencial de condolências. Para além de ter significado de apoio real/ genuíno para os familiares, permitiu concluir o processo de luto e criar disponibilidade emocional para acompanhar novas situações, com a qualidade e a eficiência que as competências técnicas e pessoais nos permitissem.
Competências intrapessoais, de reflexividade das dimensões <i>Eu Pessoa/ Eu profissional</i>	O confronto com as questões de vida e morte do próprio terapeuta é incontornável. Face à doença incurável ou progressiva que resposta psicológica teria? Como lidar com o desespero e a espera da morte incompreensível? Como lidar com o sofrimento físico e sofrimento moral? Como lidar com o sentimento de pena dos outros e com a, não rara, conseqüente inverdade assumida por muitos familiares de que se está doente e não moribundo? Como lidar com o facto dos outros decidirem por nós, mesmo quando se está consciente? Eles (familiares) vão continuar a vida deles quando já não for um “peso” e a mim, o que acontecerá? Estas e tantas outras questões foram por mim sendo colocadas ao longo da caminhada em cuidados paliativos. Tantas interrogações e sentimentos de mal-estar para com a

doença e para com os próprios familiares, não raras vezes porque sentem que o processo de morrer não é vivido com verdade por todos.

Mais do que a identificação de competências derivadas da experiência de desenvolvimento pessoal, aponto a reflexividade que a mesma suscitou, a que não será alheio o contributo de obras literárias marcantes no domínio dos cuidados paliativos, em torno da morte e do lidar com ela (“Óscar e a senhora cor-de-rosa”, “Às terças com Morie”, “A morte de Ivan Iliitch”, entre outras). O encontro com os autores, personagens e conteúdos destas histórias, em que o tempo de leitura coincide com o tempo da experiência real, obriga a um sentir (identificar e regular emoções). Foi necessário um outro *tempo* para integrar essa informação e configurar um significado profissional, um modelo de ação prospetivo, caso retome o caminho da intervenção terapêutica interrompido na área paliativa.

4.3. Experiência de Formação

Frequentemente, quando pensamos em receber formação, pensamos em conhecimentos técnicos que se adquirem em ações isoladas, limitadas no tempo e no espaço. Este ponto do relatório pretende demonstrar outros contextos de formação e de aprendizagem permanente, evolutiva e centrada na auto-motivação.

4.3.1. Reuniões de Intervisão

As reuniões de intervisão ocorrem em contexto extra-laboral e integram profissionais da área de Psicologia Clínica e Psiquiatria provenientes de contextos laborais diversificados (Centro de Saúde, Centro Distrital de Segurança Social, Hospital, Clínica Privada e Escola de 2.º e 3.º ciclo), desde junho de 2013. Realizam-se em horário pós-laboral, com periodicidade mensal (primeira terça-feira do mês) e adotam como eixo central a formação contínua, a troca de conhecimentos e a partilha da experiência clínica, operacionalizadas mediante a apresentação e discussão de: i) casos clínicos (avaliação e/ou intervenção); ii) documentos científicos, legislação, investigação, instrumentos de avaliação.

Este grupo de trabalho assenta numa constituição heterogénea (idade, sexo, especialidade, maturidade profissional) que estabelece entre si relações simétricas de poder. Procura hipóteses de resolução de problemas/dificuldades concretos que

emergem da prática clínica e investe na atualização de conhecimentos técnicos, facilitando uma construção positiva sobre o trabalho. Estas reuniões conciliam/cruzam a teoria, prática, pesquisa e (consolidam) referenciais teóricos.

Por último, considero que funciona como *setting terapêutico* para psicólogos e psiquiatras facilitando a prevenção de situações de *burnout*.

4.3.2. Reuniões Clínicas

A participação em reuniões clínicas tem sido uma prática recorrente desde que exerço funções no Centro de Saúde. Estas reuniões de natureza interdisciplinar e interinstitucional permitem uma contextualização clínica que, não raras vezes, determina uma redefinição da abordagem psicológica.

Contudo, o objetivo e significado atribuído às reuniões sofreu transformações mediante a reestruturação dos cuidados de saúde primários, os interlocutores e dos diferentes níveis de experiência profissional.

Numa fase inicial, as reuniões ocorriam com periodicidade regular, não planeada. Sempre que sentia necessidade de discutir um caso clínico, o então diretor/responsável desta instituição de saúde, com formação na área de medicina geral e familiar suscitava uma reflexão pertinente e uma apropriação e proximidade da realidade clínica e médica.

Numa fase posterior, as reuniões clínicas interdisciplinares abarcavam técnicos de várias especialidades existentes no Centro de Saúde, nomeadamente, psicologia, nutrição, pediatria e medicina geral e familiar, e tinham por objetivo a avaliação global da saúde do utente, o planeamento da intervenção multidisciplinar e a tomada e partilha de decisão. Um objetivo secundário, mas igualmente importante, permitia o trabalho real de equipa e motivava os técnicos a desempenhar melhor as suas funções. Estando em rede, o meu trabalho influencia o dos outros e a premissa inversa é igualmente verdadeira.

Atualmente, as reuniões clínicas realizam-se no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), em regime quinzenal e envolvem elementos de enfermagem, psicologia, medicina geral e familiar, nutrição e serviço social.

O conceito de *cuidados continuados integrados* traduz o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrada na recuperação global da pessoa, que independentemente da idade, se encontra em situação de dependência, visando a promoção da sua autonomia e funcionalidade. Assim, o objetivo da reunião é dar conhecimento aos técnicos dos utentes admitidos

na Unidade de Cuidados Continuados e proceder à eventual sinalização do utente ou familiar para avaliação/apoio psicológico em contexto domiciliário. Estas intervenções assentam no princípio da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. O entendimento de outras áreas do saber acerca da situação clínica do utente pode ser facilitador. As partes contribuem para o entendimento global, com a noção que o todo é mais que a soma das partes (princípio da *Gestalt*). Mais do que uma análise nutricional, médica, fisioterapêutica, ou de enfermagem, o indivíduo doente é um ser afetivo, social, que tenta adaptar-se às circunstâncias clínicas que o rodeiam. A abordagem interdisciplinar deve ser centrada na pessoa, naquilo que é, sem reduzir o indivíduo ao estado clínico e de dependência que apresenta.

No entanto, por vezes, equaciono o sentido da multidisciplinariedade. Alguém doente e dependente, numa fase inicial de internamento em ECCI é sujeito à avaliação de vários técnicos, nem sempre no sentido de dar resposta efetiva às necessidades do utente mas para cumprimento dos requisitos impostos pela rede nacional de cuidados continuados. No lugar de muitos utentes, eu prescindiria do apoio!

No contexto de consulta psicológica individual, sempre que se justifica, realizo reuniões clínicas com o profissional de saúde da área de nutrição ou com o médico assistente para clarificação de dúvidas, decidir entre formas de procedimentos alternativos e/ou mais ajustados à situação clínica, para facilitar decisões e/ou reajustar a intervenção psicológica.

4.3.3. Supervisão Clínica

A experiência de supervisão clínica surgiu pelo hiato percecionado entre a teoria e a prática clínica. Constituiu-se como um instrumento de sustentação da prática clínica, psicoterapêutica e da aprendizagem centrado na concetualização de casos, análise do planeamento e intervenção e resolução de impasses terapêuticos, dando cumprimento ao disposto no Código Ético e Deontológico (princípios gerais de Competência e Responsabilidade, Princípios Específicos – Ensino, formação e supervisão psicológica).

O sentido de responsabilidade associou-se à necessidade de formação contínua, à aprendizagem experimental (pois parte da experiência clínica ou dos casos clínicos para constituir-se), à apropriação do saber e ao alívio de sentimentos de angústia e de confusão, tão característicos no psicólogo inexperiente ou iniciante, para alcançar a competência.

Devo salientar que na primeira experiência de supervisão, em formato grupal, realizada simultaneamente por duas supervisoras que intentavam integrar os modelos de orientação psicanalítica e cognitivo-comportamental, foram vivenciados momentos de confusão e angústia. Atribuí estes sentimentos a fatores como: discordância técnico-científica que, não raras vezes, ocorria entre as supervisoras; à personalidade da psicoterapeuta de orientação psicanalítica e ao tipo de interação que estabelecia com as supervisionandas. Esta postura criava uma “atmosfera” conducente a sentimentos de frustração e de inibição e a crenças de baixa auto-eficácia, contrariando os pressupostos da supervisão: dotar os psicólogos menos experientes de uma prática mais segura e sustentada a nível técnico-científico.

Subscrevo Bowen (2002) proponente da posição de que o papel do supervisor não se restringe ao modelo, deve oferecer uma atmosfera na qual o supervisionando possa explorar livremente os seus sentimentos, bloqueios, dificuldades que emergem da aprendizagem de se tornar terapeuta, experimentando a sua própria sabedoria e poder.

De facto, esta experiência, partilhada por todos os elementos constituintes do grupo como negativa, foi o mote para solicitar à direção da Associação Portuguesa de Psicólogos de Intervenção Clínica (APPIC), o formato de supervisão individual com a psicoterapeuta de orientação cognitiva-comportamental. Entendi e senti que a supervisão deveria ser um espaço de superação de obstáculos relativos à insegurança e inexperiência e que estes sentimentos poderiam aí ser trabalhados.

Desde 2008 e até ao momento presente, em que vivo 10 anos de experiência clínica, persiste a importância deste processo de formação na minha trajetória de desenvolvimento profissional e pessoal. Com uma periodicidade maioritariamente bimestral, em horário pós-laboral, apresento individualmente material clínico por forma a explorar novas hipóteses diagnósticas ou de intervenção, obtendo-se *feedback* sobre o desempenho do terapeuta no caso em discussão. A neutralidade e a objetividade da supervisora que contacta com o caso clínico (não com a pessoa) é livre da influência de fatores emocionais, de fatores relacionais (que podem surgir da relação terapêutica e de aliança entre psicólogo e cliente), da “formatação” cognitiva ou interpretativa que pode conduzir a enviesamentos confirmatórios ou bloqueios.

Hoje ao avaliar a experiência de supervisão reconheço movimentos de mudança, ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional; na postura mais segura, na capacidade de análise crítica, na prática reflexiva e, tecnicismo à parte, na relação com a supervisora que tem evoluído para um registo simétrico.

Contudo, o rigor (ou o esforço pelo rigor) e a consciência da responsabilidade profissional permanecem resistentes à mudança. A supervisão é essencial ao desenvolvimento e manutenção de competências dentro da terapia cognitivo-comportamental.

4.3.4. Enquanto Formadora

A experiência enquanto formadora facilitou uma revisão/atualização dos conteúdos programáticos e obrigou a uma criatividade comunicacional, para que os formandos e alunos mantivessem capacidade atencional e se apropriassem do conhecimento, ainda que de forma pessoal e crítica. Esta experiência concretizou-se em diferentes organizações e contextos, nomeadamente em organização de saúde, organização empresarial e organização escolar:

Organização de saúde:

- 2011 - *Gestão de Conflitos e Resolução de Problemas*, formação de 14 horas, destinada a pessoal dirigente (de departamentos ou centros de saúde), promovida pelo Departamento de Formação da ULS;
- 2005 – *Trabalho em Equipa, Dinâmica de Grupos e Gestão de Conflitos*, destinada a voluntários de um Hospital, promovida pelo Núcleo de Formação do Hospital;
- 2006 – *Burnout*, profissionais das equipas de Cuidados Paliativos (Centro de Saúde e Hospital).

Organização empresarial:

O Núcleo de Formação da Empresa Delta-Nabeiro facultou a experiência de formadora em *organização empresarial*, ao requerer ações de formação destinadas a dois grupos de funcionárias da empresa que, em regime de voluntariado, colaboram com o projeto *Coração Delta*.

Organização escolar:

- *Educação Sexual*, 4 sessões dirigidas a 2 turmas do ensino secundário (80 alunos), no âmbito da atividade de promoção da saúde e prevenção da doença em colaboração com a unidade de saúde pública.

- Colaboração com o Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, após convite da Prof.^a Dr.^a Adelinda Candeias para lecionar as aulas práticas da disciplina de Avaliação e Diagnóstico em Psicologia I, cujos conteúdos gerais se salientam: Princípios Éticos e Deontológicos [problemas éticos no processo de avaliação e diagnóstico; modelos de decisão para problemas éticos]; Testes psicológicos; Guião de Avaliação de Qualidade de uma Prova Psicológica; Escalas de Avaliação [definição, objetivos, vantagens, limitações, tipos e questões psicométricas]; Observação Direta [unidades de análise e de medida, lugares de observação, técnicas de registo, fontes de erro da observação]; Entrevista de avaliação – importância da empatia no processo de entrevista [espaço de observação verbal e não-verbal]; Entrevista com crianças e Entrevista com adultos.

4.4. Experiência de Coordenação e de Governação Clínica e da Saúde

A governação clínica e da saúde surge no contexto da reestruturação/reorganização dos cuidados de saúde primários, mediante a criação, estruturação e funcionamento de agrupamentos de centros de saúde, unidades funcionais, conselhos clínicos, entre outros, conforme estabelecido pelo decreto-lei n.º 28/2008 (alterado e atualizado pelo decreto-lei n.º 253/2012), na tentativa de privilegiar o acesso dos cidadãos a estes cuidados, garantir o envolvimento dos profissionais, melhorar a qualidade dos cuidados e obter maiores ganhos em saúde.

Este conceito pode ser definido como *“um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem clínica individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efetividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o envolvimento de todos, através da melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde”* (CSP, 2011).

Para compreender este processo complexo de guiar as unidades funcionais para alcançar os resultados clínicos e de saúde desejados, foi ministrada formação a todos os elementos do conselho clínico, intitulada PACES Team – Programa Avançado para Conselhos Clínicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde, num total de 200 horas, distribuídas pelo período compreendido entre 21 de maio de 2009 e 27 de maio de 2010.

4.4.1. Vogal do Conselho Clínico do ACES

O conselho clínico e da saúde é o *maestro* da orquestra que dirige todos os colaboradores e coordenadores das diferentes unidades funcionais (URAP, UCC, USP, USF, UCSP). É constituído por quatro elementos de diferentes áreas: 1 médico da especialidade de medicina geral e familiar, 1 médico de saúde pública, 1 enfermeiro especialista e 1 técnico superior.

Em 2009, quando fui nomeada vogal do Conselho Clínico, tive a primeira experiência de governação clínica. As reuniões decorriam periodicamente com a presença de todos os elementos por forma a assessorar o diretor executivo em todas as matérias de natureza clínica e organizacional. Por ser uma “*experiência nova*” para todos, eram frequentes as reuniões com elementos da Administração Regional, do Conselho de Administração da nossa ULS e de uma outra ULS, com o objetivo de concertar estratégias de governação clínica e da saúde, orientadas para a responsabilidade individual de cada um, numa lógica de trabalho em equipa.

Esta experiência decorreu durante 2 anos. Como as funções de vogal de Conselho Clínico e da Saúde são incompatíveis com as de Coordenador de Unidade Funcional, o Conselho de Administração determinou a minha substituição para assumir a Coordenação da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, a 15 de setembro de 2011.

Quadro 5 : Experiência de Governação Clínica e da Saúde – Conselho Clínico e da Saúde

Competências de gestão de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none">• Contacto com os colaboradores no sentido de compreender as suas potencialidades e dificuldades;• Verificar o grau de satisfação dos colaboradores;• Desenvolver estratégias motivacionais, de liderança e de gestão por objetivos;• Organização e controlo de atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação.
Competências de aconselhamento técnico	<ul style="list-style-type: none">• Processos de tomada de decisão (aplicação do modelo de decisão clínica);• Apoio ao diretor em assuntos de natureza técnico-profissional;• Dar instruções para cumprimento de técnicas

emitidas pelas entidades competentes (e.g. observação de programas nacionais como o programa de saúde escolar ou programa de prevenção da obesidade);

- Fixação de procedimentos que garantissem a melhoria contínua dos cuidados de saúde.
-

4.4.2. Coordenadora da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) agrega todos os profissionais (técnicos superiores, técnicos de diagnóstico e terapêutica) que exercem funções nos centros de saúde do agrupamento. É uma equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos (psicologia, nutrição, fisioterapia, higiene oral, serviço social), assistenciais e de consultadoria às unidades funcionais e aos projetos de saúde comuns a várias unidades e ao Agrupamento de Centros de Saúde.

A experiência de coordenação teve como vetor a motivação profissional dos recursos humanos que integraram a unidade funcional. A estratégia passou pelo envolvimento das pessoas, pela responsabilização e pela promoção pelo trabalho em equipa. Clarificadas questões centrais como os objetivos e tarefas da unidade funcional, definiu um plano calendarizado com as tarefas/documentos a elaborar por grupo profissional, com o propósito de nortear o funcionamento e atividades a desenvolver pela URAP, mobilizando-os para uma cultura de gestão por objetivos: carteira de serviços; uniformização de procedimentos, regulamento da URAP, compromisso com a URAP e plano de ação. Paralelamente, ouviu e escutou todos os profissionais que identificaram pontos fortes e pontos fracos no exercício das suas funções. Em conjunto, realizámos uma proposta de otimização dos recursos para solucionar problemas transversais a todos os grupos profissionais. Com base nos princípios do novo paradigma dos cuidados de saúde primários: equidade, eficiência, adequação de cuidados e inovação, remeteram superiormente as seguintes propostas:

- 1) *Aplicação informática para gestão de processos clínicos, à semelhança da aplicação médica e de enfermagem*, no que se refere a:
 - a) Modelo de referenciação para a consulta/sessão;
 - b) Devolução de retorno aos médicos assistentes sobre evolução da situação clínica e/ou resultados terapêuticos dos utentes referenciados;

- c) Marcação de consulta;
 - d) Tratamento de dados estatísticos.
- 2) *Produção e consulta de artigos científicos.* De acordo com o veiculado no plano nacional de saúde que considera a investigação uma garantia fundamental da qualidade do trabalho clínico, propõe-se a criação de um protocolo de cooperação com uma Instituição de Ensino Superior, a fim de assegurar um trabalho de revisão teórica, conceptual e estatística e facilitar o acesso a uma base de pesquisa de artigos científicos (PNS, 2012-2016).
- 3) *Divulgação dos técnicos da URAP e respetivas funções à comunidade e aos colaboradores das diferentes unidades funcionais do ACES.* Por exemplo, através de:
- a) Atividades de promoção da saúde e prevenção da doença divulgadas por diferentes meios de comunicação social local;
 - b) Criação de um *blog* da URAP de forma a fomentar uma aproximação da comunidade aos serviços de saúde, clarificando as áreas de atuação das diferentes profissões e, clarificando questões/dúvidas levantadas pelos utentes sobre matérias relativas a estas especialidades;
 - c) Afixação de *posters* de apresentação profissional.

A unidade funcional URAP, por mim coordenada, foi constituída por um número restrito de elementos: 1 dietista, 5 fisioterapeutas, 1 técnica de serviço social, 1 higienista oral e 1 psicóloga/coordenadora. A faixa etária situava-se entre os 23-45 anos de idade. A adesão dos colegas, a vontade de aprender, inovar e evoluir, a par da responsabilização e de valores partilhados, que contribuíram, em minha opinião, para uma experiência muito positiva durante 9 meses.

Apesar de temporária esta experiência permitiu **desenvolver competências de gestão, de planificação de reuniões da URAP, de comunicação funcional e de liderança.** De salientar ainda o **acompanhamento tutorial** (apoio na realização dos documentos solicitados e posterior discussão dos mesmos, numa lógica de colaboração) e **resolução de problemas práticos/ burocráticos dos profissionais do quotidiano laboral.**

Face à contenção orçamental, o Conselho de Administração da ULS optou pela fusão dos dois Agrupamentos. Como cada agrupamento tem apenas uma URAP, foi decidido fundir/ extinguir a que se encontrava sob a minha coordenação.

4.5. Experiência de Investigação-Ação

A ímpar investigação realizada enquanto psicóloga dos cuidados de saúde primários surgiu no âmbito da formação em Governação Clínica, ministrada pelo Instituto Nacional de Administração (a pedido da Associação Central dos Serviços de Saúde) e dirigida aos elementos do Conselho Clínico e da Saúde dos ACES criados a nível nacional.

A formação decorreu durante um ano, com frequência quinzenal. Iniciada a 21 de maio de 2009, terminou a 27 de maio de 2010. Dela resultou a execução de um projeto de governação clínica, escolhido de entre áreas prioritárias em cuidados de saúde primários – Detecção e controlo adequado da hipertensão arterial. A deteção precoce pode reduzir a incidência do risco de doença cardio e cerebrovascular. Numa perspetiva de educação para a saúde, este projeto vai de encontro a uma política de prevenção secundária e de tratamento de hipertensão concertada à realidade concelhia, pelo que traduz de forma objetiva indicadores clínicos, indicadores de estilos e condições de vida e indicadores de conhecimento/ informação dos participantes sobre esta temática.

O objetivo visava sensibilizar e informar a população, com e sem diagnóstico de hipertensão, sobre a prevalência, causas, fatores de risco associados e formas de prevenção, atribuindo um papel ativo aos indivíduos na gestão da sua própria saúde e, conseqüentemente, contribuir para a redução da taxa de mortalidade (cerca de 40%) por doenças do aparelho circulatório, nomeadamente, de doenças isquémicas cardíacas e de doenças cerebrovasculares.

A hipertensão arterial foi definida para valores de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Era necessário obter o diagnóstico da situação no concelho de F. relativamente ao objeto de estudo e, concomitantemente, fomentar a auto-consciência dos indivíduos e a participação dos mesmos no processo de mudança comportamental.

Assim, o modelo de investigação seguido foi a investigação-ação pois a sua aplicação tem aspetos de natureza prática a atingir, integra-se num processo de

mudança onde o saber (diagnóstico da problemática) e a própria mudança social são processos de construção em paralelo (Almeida & Freire, 2003).

Dando cumprimento a outra premissa da investigação-ação descrita por Simões (1990; cit. Almeida & Freire, 2003, p. 31), que refere que “ (...) a *investigação-ação* requer o *envolvimento de outros que não apenas o investigador no projeto e, por norma, os próprios elementos da comunidade que não estão integrados na equipa de investigação*”, na abordagem populacional contámos com a colaboração do Corpo de Bombeiros que dinamizou o Rastreio de Detecção Precoce da Hipertensão Arterial realizado em vários locais do concelho: Mercado Municipal e Centro Cultural, Largo Municipal e Junta de Freguesia. Os bombeiros beneficiaram de ação formativa sobre o objetivo do rastreio, normalização de procedimentos de medição de pressão arterial e instruções de aplicação do questionário construído para o efeito. Foram ainda alertados para princípios éticos da investigação, nomeadamente: que a participação dos indivíduos seria voluntária e informada, teriam que obter o consentimento informado.

A consulta de material bibliográfico precedeu a construção do questionário (cf. anexo), sujeito à apreciação de um painel de juizes das especialidades de Medicina, Enfermagem e Psicologia (que concordaram com a sua estrutura e conteúdo), para que obedecesse a critérios de validade e fidelidade. Assim, a aplicação do questionário permitiu a recolha dos seguintes dados:

- sócio-demográficos (idade, sexo, local de trabalho, habilitações);
- clínicos (se tem diagnóstico clínico de HTA; em caso afirmativo, se cumpre medicação; controlo dos níveis de pressão, antecedentes familiares, valores de pressão arterial sistólica e diastólica, no momento do rastreio; IMC);
- *estilo de vida* (atividade física regular; hábitos de consumo relativos a tabaco, álcool e sal);
- representações sobre HTA (foram colocadas questões com resposta dicotómica verdadeiro-falso relativas: ao número de hipertensos em Portugal, à associação de hipertensão ao risco cardio e cerebrovascular, à redução da e medidas preventivas para a normalização dos valores de referência).

A amostra é constituída por 206 indivíduos de ambos os sexos, sendo a média de idades de 63 anos (mínimo: 20; máximo: 88), que participaram de forma voluntária no Rastreio de Detecção Precoce de Hipertensão Arterial, após sensibilização para a importância do mesmo.

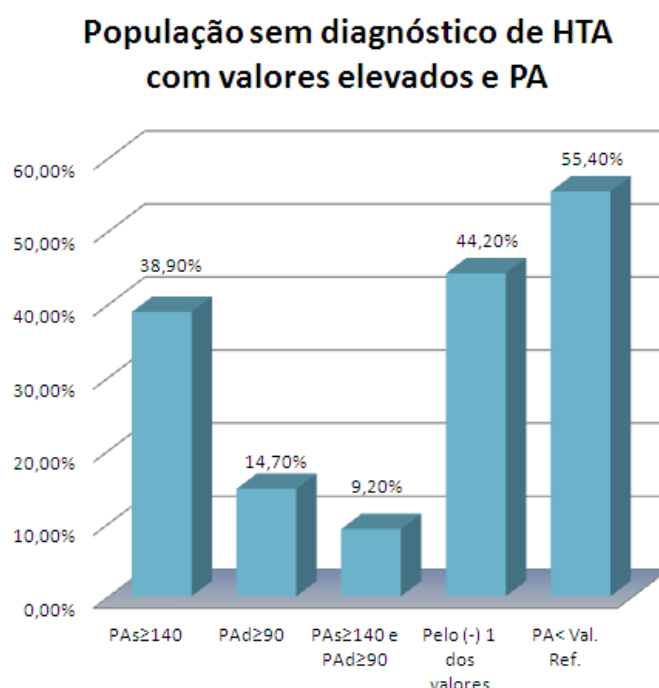
Da aplicação do questionário resultaram dados que foram sujeitos a tratamento estatístico através do Programa SPSS (*Statistical Program for Social Science*).

Procedeu-se à codificação das variáveis em estudo, à introdução dos dados e à seleção de testes estatísticos adequados. Posteriormente, analisaram-se os resultados obtidos.

Dos 206 participantes, 93 (45,1%) têm diagnóstico de hipertensão e 113 (54,9%) não apresentam diagnóstico clínico de hipertensão arterial. Tendo em conta o objetivo do nosso projeto – deteção precoce de HTA - importa analisar esta franja da amostra.

O gráfico 1 apresenta a distribuição dos indivíduos sem diagnóstico clínico de HTA, em função dos valores de pressão arterial:

Gráfico 1.



- 44,2% apresenta pelo menos um valor elevado de pressão arterial (ou PA sistólica ≥ 140 , ou PAdiastólica ≥ 90);
- 55,3% são normotensos, ou seja, apresentam valores de pressão arterial inferiores aos valores de referência.

De entre as pessoas que apresentam pelo menos um valor elevado de pressão arterial, a **idade** não é fator que discrimine a apresentação de pressão arterial elevada em indivíduos sem diagnóstico de hipertensão. Na variável **sexo**, apesar do valor apresentado não ser estatisticamente significativo, verifica-se um ligeiro predomínio de indivíduos do sexo masculino com valores elevados de pressão arterial.

No respeitante ao controlo da medição de pressão arterial, à prática de atividade física regular e ao consumo de sal, os resultados obtidos, apontam para a existência de um estilo de vida que não facilita a incidência de HTA:

- 70,2% controlam por vezes ou frequentemente a pressão arterial;
- 41,5% admitem a prática de atividade física regular, apesar de 65,1% apresentar excesso de peso;
- 3,7% revelam consciência do consumo excessivo de sal.

Face aos padrões definidos pela OMS que recomenda o consumo de 6 gramas de sal por dia (em vez dos 12 gramas diários consumidos por cada português) e corroborando os resultados obtidos no “*Estudo de Prevalência, Tratamento e Controle de Hipertensão Arterial*” (Macedo, 2007), os dados sugerem crenças distorcidas acerca do consumo excessivo de sal. Relativamente às representações/informações sobre hipertensão arterial não se verificam diferenças significativas entre as populações com diagnóstico e sem diagnóstico clínico de HTA. Exceção feita à perceção, por parte dos indivíduos com diagnóstico clínico de HTA, de que o exercício físico e a redução de sal são fatores preventivos desta doença.

Em resumo, o plano da investigação contemplou as seguintes fases: conceção e planeamento, diagnóstico da situação, identificação de *stakeholders* (parceiros externos), seleção de colaboradores, formação dos intervenientes, estratégias de sensibilização através do rastreio (aplicação do questionário e medição dos valores de pressão arterial), tratamento estatístico pelo Programa SPSS - introdução dos dados após codificação das variáveis), interpretação dos resultados, sinalização de utentes com valores elevados de pressão arterial para a consulta médica, redação do artigo, apresentação do projeto de Detecção precoce de hipertensão arterial e dos respetivos resultados e conclusões à comunidade de Conselhos Clínicos e respetivos diretores dos ACES.

As limitações apontadas à investigação centram-se na falta de divulgação dos resultados aos *stakeholders* e à comunidade, constituindo uma falha grave na metodologia aplicada e na inexistente avaliação de resultados ao nível da mudança comportamental. Os indivíduos sem diagnóstico de hipertensão, com pelo menos um dos valores de pressão arterial elevado, começaram a efetuar controlo regular, compareceram à consulta agendada? Alteraram estilo de vida no que concerne à prática de exercício físico, consumo de álcool, tabaco ou sal? Conhecem os fatores de risco associados à hipertensão? Este trabalho seria bastante interessante, mas face à

reorganização do ACES (referido no ponto 2, vol. 1), ficaram estas interrogações, para as quais, lamentavelmente, ficámos sem resposta. Não foi possível avaliar o impacto da intervenção comunitária realizada.

O trabalho nos cuidados de saúde primários continua a incidir na remediação, não na prevenção e muito menos na investigação, colocando em causa diretrizes nacionais e ministeriais...

5. Avaliação Crítica

A formação ao longo da vida, que dá sustentabilidade ao desempenho e evolução profissional, não é um percurso linear. Encerra avanços e recuos, bloqueios e decisões, confiança e inquietação. A prática clínica constitui uma aprendizagem empírica que pela exigência e complexidade técnica e emocional, não raras vezes, intensifica sentimentos ambivalentes quando confrontados com psicopatologias severas, quando a empatia e a implementação da intervenção psicológica se revela mais difícil, ou por exemplo, quando o terapeuta acusa exaustão emocional.

Das experiências de intervisão e supervisão, emerge uma ação norteadora, reflexiva e até pacificadora sobre o curso terapêutico e sobre a postura enquanto terapeuta. Estas experiências são as responsáveis pelo crescimento profissional, pela eficácia terapêutica e pela motivação e satisfação laboral.

A experiência vivenciada na investigação que desenvolvi assumiu uma dimensão muito significativa. A nível pessoal, pelo interesse e curiosidade científica que a investigação desperta, pela aquisição e atualização de conhecimentos (pesquisa e tratamento de dados). A nível organizacional pelos ganhos em saúde, numa lógica de educação para a saúde e intervenção comunitária, investindo assim em estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde.

Naquela que é a intervenção que ocupa a maior parte do meu tempo, a natureza da não especialização inerente ao trabalho num centro de saúde de pequena dimensão obriga-me a um constante trabalho de pesquisa e atualização por ser confrontada com um espectro lato de problemáticas.

Esta realidade favorece a pesquisa e o estudo constantes, traduzidos em terapêuticas próprias da *psicologia clínica* aplicadas a toda a população, implicando uma capacidade de adaptação muito acentuada, necessária ao longo de um dia de trabalho. Complementarmente, acontece com frequência os utentes serem acompanhados por profissionais de áreas diversas (medicina, psicologia e nutrição, por exemplo), o que incentiva uma visão global do indivíduo e o estudo e discussão dos casos e das estratégias, que de forma combinada, possam ser as mais eficazes.

No entanto, todo o percurso é afetado por diretrizes e orientações superiores, por vezes legislativas, que dificultam uma maior autonomia no trabalho realizado. A necessidade de apresentar resultados (e.g., número de consultas), e cumprir muitas determinações, levam a que o trabalho no âmbito da *psicologia da saúde* seja diminuto e o investimento no âmbito da *psicologia clínica* implique um esforço a nível pessoal (nomeadamente em sessões de supervisão e intervisão, em horário pós-laboral, que

se realizam em Évora e Portalegre, respetivamente), sem o devido reconhecimento de que este é essencial para a consolidação/discussão de conhecimentos técnicos e científicos.

É minha convicção de que as aprendizagens e a qualidade que delas retiramos, as formações que frequentamos e dinamizamos, a troca de experiências que ocorrem em fóruns entre pares, são de capital importância e constituem pequenos projetos que contribuem para o crescimento pessoal e laboral.

Por tudo isto, tenho a consciência de que o meu percurso profissional, até aqui, tem sido construído no sentido de trabalhar por aquilo em que acredito e está direcionado para o desenvolvimento de competências que devolvam à sociedade os benefícios de toda a minha formação.

6. Conclusão

Creio que este é o ponto do relatório de atividade profissional que encerra maior dificuldade de execução. *Como demonstrar que possuo competências equivalentes ou superiores às do estudante que obtém o grau de mestre com o plano curricular?* As competências exigidas no despacho n.º87/2011 (regulamento do relatório de atividade profissional) resultarão de uma identidade profissional construída com base no significado atribuído à pluralidade de experiências profissionais e de formação ao longo de uma década.

A aplicação e treino de atividades do domínio da psicologia clínica e da saúde (atividades de avaliação, análise e intervenção psicológica) em diferentes contextos de saúde (hospitalar e cuidados de saúde primários) contribuíram para a emergência do *Eu Psicóloga* e de uma prática mais conscienciosa, reflexiva e segura, sustentada em pressupostos técnicos e científicos, norteada por princípios éticos e deontológicos.

Predominantemente desde 2006, esta prática tem sido desenvolvida no quadro de um acompanhamento psicológico individual (de orientação cognitivo-comportamental). Desta ressaltam um conjunto de metodologias e técnicas potenciadoras da análise do comportamento e dos determinantes do problema, para orientar a intervenção face a objetivos relevantes para a pessoa (Álvarez *et al.*, 2003).

A prática psicológica traduz-se num exercício complexo que ultrapassa a amplitude de experiências (casos clínicos) e obriga à identificação de dificuldades que possam contaminar a análise, o diagnóstico, a relação terapêutica ou a intervenção. Há, ainda, um conjunto de recursos utilizados que ajudam à superação de obstáculos e que contribuem para a atualização e consolidação da minha prática clínica: a formação contínua, a supervisão e as reuniões de intervisão.

Todo este percurso favorece outro *olhar* sobre as narrativas dos utentes, por norma privadas de saúde psicológica, sendo melhor descodificadas e dirigidas no sentido do auto conhecimento, permitindo uma aprendizagem adaptativa de situações percecionadas como ameaçadoras, como a seguir ilustro:

“ (...) ajude-me, preciso desenterrar o meu filho, tenho muitas saudades dele. Tenho que abraçá-lo!” (sic). Utente do sexo feminino, 51 anos, casada, luto patológico pela morte de filho de 20 anos (ocorrida há 8 anos), culpabilização do marido pela morte, afastamento físico e emocional dos outros 2 filhos e netos.

“ Dizem-me que ele não merecia isto. O que vai pensar quando sair? Eu carrego a culpa daquilo que fiz” (sic). Jovem de 22

anos, tentativa de suicídio com intencionalidade (ingestão medicamentosa excessiva), precipitada por exposição social mediatizada da sua vida pessoal, associada à participação indireta e involuntária num programa de *reality show*.

“ Bateram-me e trancaram-me na casa de banho. Depois disseram: ‘então se o teu pai está sempre contigo, diz-lhe que te tire daqui’. Pai, não me salvas? Porque não me ajudas?” (sic).

Criança de 5 anos, assiste à morte repentina do pai, após 2 meses é vítima de violência interpares aquando da integração no ensino escolar, necessitando de assistência hospitalar.

Mas quem sou na relação de ajuda? As fronteiras misturam-se e envolvem o profissional e a pessoa, numa interação dinâmica e recíproca, difícil de destrinçar. À semelhança de competências de avaliação, de intervenção, de formação ou de investigação, também as competências pessoais necessitam de investimento. Se o contributo da psicologia clínica e da saúde passa por incrementar o auto conhecimento do indivíduo sobre si mesmo para conseqüente introdução de processos de mudança e inovação, como pode o psicólogo não trabalhar o seu próprio auto conhecimento? A prática clínica não influencia e não é influenciada pela expressão do seu próprio sentir?

Desta questão derivam outras associadas à eficácia e eficiência da intervenção, ao desempenho e satisfação profissional, a atributos pessoais: Que tipo de relação tenho com o meu trabalho, que méritos e deméritos? Quero continuar a construção deste projeto profissional ou sinto-me prisioneira dele? Como lido com as próprias experiências pessoais?

Muito embora a elaboração do relatório anual de atividades (em contexto laboral), permita uma reavaliação e reflexão do trabalho desenvolvido, a elaboração deste relatório, em particular, representa uma viagem lenta (com avanços e recuos!) ao universo laboral, dinamizadora de uma análise retrospectiva e prospetiva. O presente relatório expõe a pretensão de validação da identidade profissional, a partir de categorias de análise (experiências e competências) resultantes de processos dinâmicos, flutuantes e intersubjetivos que se inscrevem numa simbiose entre o *saber-saber*, o *saber-fazer* e o *saber-ser* (i.e., numa interligação entre pressupostos técnico-científicos vigentes, experiência real de trabalho e características (inter)pessoais do psicólogo), tendo como eixo central a promoção do bem-estar psicológico dos indivíduos.

Em capítulos anteriores, fui apresentando a análise retrospectiva das atividades desenvolvidas. Esta motivou uma análise prospetiva que aponta desafios profissionais

futuros, traçados para estimular novas experiências e o aprofundamento de competências laborais:

i) redirecionar a atividade enquanto psicóloga dos cuidados de saúde primários para atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e limitar o número de consultas por dia (conforme proposta constante do plano de atividades, que aguarda decisão). Em meu entender, a dedicação exclusiva (ou quase) à atividade assistencial constitui uma falha a montante na minha atividade profissional;

ii) criar e promover o uso de aplicações em *gadgets* de forma a reforçar a colaboração de utentes em estratégias de automonitorização e a estreitar a relação de confiança, pois permitiria um imediatismo de resposta a questões sentidas como importantes. Estas aplicações começam a ser importadas e requerem, por isso, algum aprofundamento teórico;

iii) fortalecer o vínculo entre a função clínica e a função de investigação, entre a minha profissão e o estado da arte da ciência;

iv) procurar integrar o sentido das experiências vividas através de formação de desenvolvimento de competências pessoais;

v) envolver e comprometer-me em causas humanitárias e de voluntariado;

vi) aplicar na prática clínica, questionários traduzidos após trabalho de revisão teórica [*Areas to consider in a biopsychosocial assessment, Mark`s completed aid to history taking form*, adaptado de Kuyken *et al.*, 2009];

vii) por último, o *sonho* de uma especialização... Sinto uma crescente resistência em intervir num espetro tão alargado de patologias e/ou faixas etárias. Para tal, em contexto organizacional, seria importante desconstruir a noção de onipotência associada ao papel do psicólogo clínico.

Cada um destes pontos de mudança está sujeito a estratégias institucionais e/ou pessoais e pretende promover o meu crescimento pessoal e o sentido dado à construção do papel de psicólogo nos cuidados de saúde primários, com vista ao compromisso de uma prática inovadora e de qualidade.

Bibliografia

1. Alberto, I. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina.
2. Almeida, L.M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária: Prevenção em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 91-96.
3. Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed). Braga: Psiquilíbrios.
4. Almeida, L. (2007). Competências – Um caminho educativo para novos desafios. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41 (3), 245-262.
5. Álvarez, M., Hermida, J., Rodríguez, C. & Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
6. Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
7. Arranz, P. & Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. In Remor, E., Arranz, P., & Ulla, S. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 93-119). Bilbao: Desclee de Brouwer.
8. Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo com cáncer (el impacto psicológico del cáncer). In G. Barón (Ed.). *Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo com cáncer*. Madrid: Panamericana.
9. Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
10. Barceló, M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.
11. Barkley, R. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
12. Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
13. Benitez, A. (2006). Psicología de los cuidados paliativos: Una visión panorámica. *Informe Médico*, 8 (1), 31-35.
14. Benitez, M. & Asensio, A. (2002). Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Atención primaria*, 1 (29), 50-52.
15. Bennett, P. & Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.

16. Bowen, M. (2002). Personality differences and person-centered supervision. In D. Cain (Ed.). *Classics in the person centered approach* (92-103). UK: PCCS Books.
17. Breitbart, W. *et al.*, (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21-28.
18. Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of development process. In Lerner, R. (org). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*, p.993-1028.
19. Caminha, R. & Habigzang, L. (2003). Avaliação cognitivo-comportamental. In R. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira & N. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática* (29-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.
20. Canário, R. (2003). A aprendizagem ao longo da vida: análise crítica de um conceito e de uma política. In Rui Canário (Org.). *Formação e situações de trabalho* (2ª ed, pp.189-207). Porto: Porto Editora.
21. Centeno, C. (1988). Historia de los cuidados paliativos. En Marcos Gómez (Ed.). *Cuidados paliativos en intervención psicológica en enfermedades de cáncer*. Las Palmas: ICEPS.
22. Cordioli, A. (Org.) (1998). *Psicoterapias: Abordagens atuais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
23. Corey, G. (2001). *The art of integrative counseling*. Belmont: Thomson Brooks.
24. Correia, L., & Serrano, A. (Orgs.) (2002). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce: Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto: Porto Editora.
25. Dattilio, F., Freeman, A. (cols.) (2004). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
26. Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
27. Fennel, M. (1997). Depressão. Em K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk & D. Clark (orgs.), *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos*. São Paulo: Martins Fontes.
28. Feindler, E., Rathus, J. & Silver, L. (2003). *Assessment of Family Violence: A Handbook for Researchers and Practitioners*. Washington: American Psychological Association.

29. Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Introducción a la Evaluación Psicológica I*. Madrid: Pirámide.
30. Frank, R., McDaniel, S.H., Bray J.H., & Heldring, M. (eds.) (2004). *Primary care psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
31. Friedberg, R., Gorman, A. & Beidel, D. (2008). Training psychologists for cognitive-behavioral therapy in the raw world: A rubric for supervisors. *Behavior Modification*, 20 (10), 1-20.
32. Gatchel, R.J., & Oordt, M.S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advise ans clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.
33. Gordon, T. (1998). *Eficácia na educação dos filhos*. Lisboa: Encontro editora.
34. Gonçalves, M., & Silva, P. (2003). A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, 21 (1), 13-21.
35. Greenberg, J., Pyszczynski, T. & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In Baumeinster (Ed.). *Public Set and Private Self* (pp. 189-212). New York: Springer Verlag.
36. Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clark, D. (1997). *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um Guia Prático*. São Paulo: Martins Fontes.
37. Henezel, M. & Leloup, J. (2001). *A arte de morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte* (4ª ed.). Petrópolis: Vozes.
38. Johnson, S. (2004). *Therapist's Guide to Clinical Interview* (2ª ed.). San Diego: Academic Press.
39. Jünger e Payne (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 18 (5).
40. Kuyken, W., Padesky, C. & Dudley, R. (2009). *Collaborative Case Conceptualization: Working Efectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: The Guilford Press.
41. Limonero, J. (1994). Algunas aportaciones de la psicología al ambito de los enfermos en situación terminal. *Anuario de Psicología*, 61, 85-92.
42. Loosley, S., Bentley, L., Rabenstein, S. & Sudermann, M. (1997). *Group treatment for children who witness woman abuse*. London: Community Group Treatment Program.

43. Macedo, M. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26, 21-39.
44. Machado, C. & Gonçalves, R. (2002). *Violência e Vítimas de Crimes. Vol.II: Crianças*. Coimbra: Quarteto.
45. Malpique, C. (1999). *Pais/ Filhos em Consulta Psicoterapêutica*. Porto: Edições Afrontamento.
46. Maddix, T. & Pereira, J. (2001). Reflecting on the Work of Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 4 (3).
47. Mash, E., & Barkley, R. (Eds.) (2006). *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.
48. Neto, I. (2008). Cuidados paliativos em pessoas com demência avançada. *Geriatrics*, 4, 19.
49. Neufeld, (2009/2010). Concetualização cognitiva de caso. *VII Congresso de Terapias Cognitivas*.
50. Norcross, J. (2002). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
51. Nunes, P. (1994). As organizações dos serviços de saúde: Alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3/4, 5-28.
52. Pearce, J. & Pezzot-Pearce, T. (1997). *Psychoterapy of abused and neglected children*. New York: The Guildford Press.
53. Relvas, A. (1999). *Conversas com famílias: Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Lisboa: Edições Afrontamento.
54. Remor, E., Arranz, P., & Ulla, S. (Eds.) (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalário*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer,S.A.
55. Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
56. Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.
57. Rossel, N., Herrera, R., & Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontologia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
58. Ruiz, C., & Rios, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clinica Y Salud*, 16 (2), 143-160.
59. Singh, A., Singh, D. & Nizamie, S.H. (2003) Death and dying. *Mental Health Reviews*, Retirado de <http://www.psyplexus.com/excl/death.html>.

60. Tarrier, N. (2006). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The treatment of challenging and complex cases*. Hove: Routledge.
61. Teixeira, J. (2007). *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
62. Trindade, I. (2007). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. In Isabel Trindade & José Carvalho Teixeira. *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (55-64). Lisboa: Climepsi.
63. World Health Organization. (2008). *The world health report 2008 : primary healthcare now more than ever*. Retirado de: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf