



Universidades Lusíada

Almeida, Juliana Isabel Ferreira de

A psicologia nos bombeiros

<http://hdl.handle.net/11067/1698>

Metadados

Data de Publicação	2012
Resumo	O presente relatório, comporta a descrição do estágio realizado na Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Valongo, mais concretamente no gabinete de Psicologia, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada do Porto. A experiência, aqui descrita, refere-se ao trabalho de uma psicóloga estagiária, ao longo de 12 meses, abrangendo um conjunto de atividades desenvolvidas em situação real. A escolha desta instituição prendeu-se com a possibilidade em experienciar ...
Palavras Chave	Psicologia Clínica, Intervenção psicológica, Consulta psicológica, Psicologia organizacional, Contribuição de psicólogo
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Relatórios

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-23T10:00:17Z com informação proveniente do Repositório

Agradecimentos

Este relatório representa o culminar de um longo caminho percorrido e, tal como acontece no nosso dia a dia, no momento em que sentimos que estamos gratos a alguém pela sua ajuda, exemplo, energia e inspiração, também nestas linhas quero dizer, Obrigada!

À supervisora deste estágio, Professora Doutora Ana Meireles, pela forma como me acompanhou ao longo deste percurso, pelas suas claras e preciosas orientações facultadas durante o acompanhamento de estágio.

À Dra. Carla Gonçalves, orientadora do estágio, pela forma como acolheu, pelas orientações e estrutura que me deu, pela autonomia e confiança que depositou no meu trabalho, pelas sugestões e ensinamentos clínicos que transmitiu.

À instituição que tornou possível a concretização deste estágio, a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Valongo, designadamente ao Exmo. Sr. Comandante e ao Sr. Adjunto de Comando pela total disponibilidade demonstrada, pela forma calorosa e humana com que me acolheram e, pela total confiança no desempenho do meu trabalho.

À minha amiga e “colega” de estágio, Helena Moreira, pela presença constante ao longo deste processo, pela disponibilidade e, acima de tudo, pela voz amiga nos momentos difíceis, e também nos felizes. Acredito que sem este suporte, teria sido bem mais difícil!

À minha família, em especial aos meus pais e irmão, as pessoas mais importantes e significativas da minha vida, pelo apoio incondicional, pelo amor e incentivo que sempre deram, em todos os momentos da minha existência. Sem vocês, nunca teria chegado até aqui. Obrigada literalmente por tudo!

Ao meu namorado, Gilberto, pela paciência que demonstrou nesta fase da minha vida, pelo carinho e apoio incondicional que me deu durante este estágio. És a essência e as colunas de sustentação da minha vida, que me dão força para sonhar e construir novos projetos!

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Índice	ii
Índice de Figuras	iv
Índice de Tabelas	v

Introdução	1
-------------------------	----------

PARTE I – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO..... 2

Capítulo 1 - Caracterização do Contexto Institucional/Organizacional de Estágio 3

1. Caracterização do Município de Valongo.....	3
2. Caracterização da Instituição	5

Capítulo 2 – O Serviço de Psicologia 9

1. O Gabinete de Psicologia nos Bombeiros.....	9
2. O Papel do Psicólogo Clínico nos Bombeiros	10

PARTE II – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO..... 12

Capítulo 3 – A Psicologia na Intervenção em Crise 13

1. “Diário de Bordo” de uma Intervenção	19
---	----

Capítulo 4 – Ação de Formação sobre “Gestão de *Stress* e Gestão de Conflitos” 22

Capítulo 5 – Atividades Dirigidas aos Formandos dos Cursos de Educação e Formação de Jovens 30

1. Implementação do Projeto “Eu e os Outros”	34
2. Programa de Competências Pessoais e Sociais: “Projeto Prival”	44
3. Programa de Educação para a Sexualidade	48

Capítulo 6 – Consultas de Psicologia Clínica	55
1. “O Patinho Feio” – Discussão de Caso Clínico	57
Conclusão / Reflexão	77
Referências Bibliográficas	80
Anexos.....	83

Anexo I – Atividades de Gestão de *Stress* e Gestão de Conflitos

Anexo II – Técnicas de Relaxamento

Anexo III – Documentos de Suporte ao Projeto “Eu e os Outros”

Anexo IV – Documentos de Suporte ao “Projeto Prival”

Anexo V – Documentos de Suporte ao “Programa de Educação para a Sexualidade”

Anexo VI – Anexos ao Caso Clínico: “O Patinho Feio”

Índice de Figuras

Figura 1 – Freguesias que constituem o Concelho de Valongo	3
Figura 2 – Área de intervenção dos Bombeiros de Valongo	5
Figura 3 – Grau de Habilitação dos Bombeiros do sexo masculino	7
Figura 4 - Grau de Habilitação dos Bombeiros do sexo feminino	7
Figura 5 – Organograma da direção da AHBVV	8
Figura 6 - Dinâmica das metodologias utilizadas nas sessões	50
Figura 7 - Dinâmica das metodologias utilizadas nas sessões	50

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Diferenças entre <i>Defusing</i> e <i>Debriefing</i>	17
Tabela 2 – Resumo dos casos acompanhados em Intervenção em Crise	18
Tabela 3 – Conteúdos das sessões de formação dirigidas aos Bombeiros	24
Tabela 4 - Caracterização das atividades em grupo.....	30
Tabela 5 – Sessões de implementação do “Eu e os Outros”	37
Tabela 6 - Sessões sobre a sexualidade	50
Tabela 7 - Resumo de casos acompanhados na consulta de Psicologia Clínica.....	55

Introdução

O presente relatório, comporta a descrição do estágio realizado na Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Valongo, mais concretamente no gabinete de Psicologia, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada do Porto.

A experiência, aqui descrita, refere-se ao trabalho de uma psicóloga estagiária, ao longo de 12 meses, abrangendo um conjunto de atividades desenvolvidas em situação real. A escolha desta instituição prendeu-se com a possibilidade em experienciar uma pluralidade de campos de ação do psicólogo, proporcionando assim um enriquecimento de aprendizagem, quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Desta forma, este relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas pela estagiária, nomeadamente, intervenção em situações de crise, intervenções em grupo, sendo uma correspondente à formação dirigida um grupo de bombeiros e, as demais a uma multiplicidade de projetos/programas preventivos aplicados aos jovens de Cursos de Educação e Formação (CEF) e, ainda, à intervenção individual referente à consulta de Psicologia Clínica.

Depois deste magnífico período de partilha de experiências e aprendizagem, a última parte deste relatório corresponde a uma reflexão sobre as mesmas.

PARTE I

ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

1. Caracterização do Município de Valongo

A criação do concelho de Valongo remonta ao ano de 1836 e ocorre no contexto da reforma administrativa do País, compreendida no reinado de D. Maria II. Contudo, a ocupação humana desta região é muito anterior à romanização.

O Município de Valongo é formado por cinco freguesias: Alfena, Campo, Ermesinde, Sobrado e Valongo, ocupando uma área total de 75,8 km² e fazendo fronteira a Sudoeste com Gondomar, a Oeste com a Maia e a Nordeste com os Concelhos de Santo Tirso, Paços de Ferreira e Paredes.

Situado na área do douro litoral, o concelho de Valongo localiza-se a nordeste da cidade do porto, neste município, constituído por 5 freguesias, é notório a dicotomia campo, cidade, sendo possível, numa curta distância, deixar um cenário rural.

Figura 1 – Freguesias que constituem o concelho de Valongo¹



Atendendo às características geomorfológicas do território do atual concelho, Valongo apresenta uma grande riqueza geológica e paleontológica.

A dois passos do Porto, Valongo é, hoje, um concelho desenvolvido e equilibrado, onde o crescimento económico convive com a preservação do património cultural e natural. Afirmando-se como o verdadeiro “Pulmão” da área metropolitana do Porto, a serra da Santa Justa oferece, a quem a visitar, uma vista panorâmica de toda a região envolvente,

¹ (Fonte: <http://www.cmvalongo.net>)

esta serra permite ainda a exploração de um vasto património Natural, resultados das suas formações geológicas.

Apesar do seu desenvolvimento industrial e comercial, ainda tem uma forte componente agrícola, predominando o regime de minifúndio.

A exemplo do ocorrido no recenseamento de 2001, Valongo apresenta-se, em termos relativos, como um dos Municípios com a população residente mais jovem e com menor população idosa. Embora todos os Concelhos tenham perdido, em termos absolutos, população entre os escalões etários mais jovens e aumentado nos mais idosos, Valongo não só se mantém com valores muito próximos da Trofa e Póvoa de Varzim, como é o terceiro município a registar menor número de idosos.

Na estrutura etária de Valongo, destaca-se o grupo de idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, genericamente identificado com a população a desenvolver uma atividade profissional e englobando a população em idade reprodutiva. Estes fatores refletem-se nas taxas de natalidade e mortalidade, contribuindo indubitavelmente para a definição do perfil jovem da população deste Município.

O Diagnóstico Social elaborado pela rede social do concelho de Valongo em 2005, refere como principais problemas, no domínio da educação, as questões do insucesso, absentismo e abandono escolares, o baixo nível de motivação dos jovens face ao percurso académico, a sobrelotação e insegurança nas escolas, a insuficiência de recursos materiais e humanos nesses contextos, traduzida nomeadamente na escassez de psicólogos nos estabelecimentos de ensino, e de uma forma geral o baixo nível de escolaridade por parte da população do concelho.

Baseando-se nos dados do levantamento censitário de 2001 o Diagnóstico Social aponta para uma taxa de analfabetismo de 5% e apresenta o 1º ciclo como o nível de instrução com maior representação na população do concelho (35,5%).

Valongo é hoje um concelho empenhado em cumprir um desenvolvimento harmonioso e equilibrado. O crescimento económico terá que conviver com a preservação dos bens culturais e naturais. Uma dualidade que garantirá sempre a qualidade de vida.

2. Caracterização da Instituição

A AHBVV (Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Valongo) foi fundada a 15 de Abril de 1893, denominada como uma associação de utilidade pública administrativa, com personalidade jurídica e sem fins lucrativos.

A AHBVV tem a sua sede no Concelho de Valongo, Distrito do Porto e a sua área de intervenção é composta pelas freguesias de Campo, Sobrado e Valongo.

Figura 1 – Área de intervenção dos Bombeiros de Valongo²



A instituição tem atualmente 23 colaboradores do quadro, entre assistentes administrativos, operadores de comunicações, bombeiros profissionais, pessoal de apoio logístico, motoristas, mas também coordenadores e orientadores de serviço.

Para além dos seus colaboradores, a AHBVV conta também com o contributo de 2 enfermeiros, resultando assim um quadro permanente de cerca de 25 efetivos.

Adicionalmente e face às características específicas desta instituição, a AHBVV conta ainda com uma bolsa de 183 bombeiros em regime de voluntariado.

Este corpo de bombeiros tem assistido ao longo dos últimos anos e, sobretudo nos tempos mais recentes, a um aumento do número de voluntários e, em paralelo, um aumento das competências desses mesmos elementos, mantendo-se assim na vanguarda no que à qualidade do socorro concerne, correspondendo às exigências da sociedade atual. Independentemente da sua formação académica, profissional e pessoal, os voluntários deste corpo de bombeiros estão sujeitos a inúmeras horas de formação inicial,

² (Fonte: <http://www.bvv.pt>)

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

especializada e contínua, para garantir uma resposta sempre profissional a todas as solicitações que lhes são colocadas. As milhares ocorrências que registam anualmente, são prova disso e também da dedicação que demonstram todos os que trabalham em prol do próximo sem nada receber em troca.

Constitui-se como missão dos corpos de bombeiros, a prevenção e o combate a incêndios; o socorro às populações, em caso de incêndios, inundações, desabamentos e, de um modo geral, em todos os acidentes; o socorro a náufragos e buscas subaquáticas; o socorro e transporte de acidentados e doentes, incluindo a urgência pré-hospitalar, no âmbito do sistema integrado de emergência médica.

A AHBVV ocupa ainda, um lugar extremamente importante na consolidação da rede social do município, possibilitando a toda a população serviços de Enfermagem, Psicologia e Formação Financiada (Cursos de Educação e Formação de Jovens e Cursos Modulares).

Relativamente ao Gabinete de Enfermagem estes prestam serviços de monitorização de tensão arterial, pesquisa de glicemia capilar, administração de injetáveis, tratamento de feridas, remoção de pontos, algaliação; entubação nasogástrica e serviço domiciliário.

A AHBVV ao longo dos anos tem vindo a desenvolver diversas ações de formação através de parcerias estabelecidas com entidades públicas e privadas. A formação ministrada abarca várias áreas dentro da Protecção de Pessoas e Bens, nomeadamente Segurança Contra Incêndios, Técnicas de Socorrismo, Segurança Higiene e Saúde no Trabalho, Elaboração de Plantas de Emergência, Brigada de Incêndios, Prevenção de Fogos Florestais, Resgate Vertical e Montanha, entre outras.

Tendo em conta as características do concelho, a AHBVV apresenta um conjunto de intervenções formativas para a área de Protecção de Pessoas e Bens, com saída profissional de Bombeiro, tendo como objetivos principais contribuir para o caminho da profissionalização na área de Bombeiro, na sequência das atuais políticas estratégicas nacionais; Contribuir para o aumento dos níveis de escolaridade e de qualificação dos Bombeiros portugueses, os quais apresentam valores bastante baixos e proporcionar aos elementos dos Corpos de Bombeiros portugueses complementos formativos nas áreas tecnológicas, que lhe permitam a certificação profissional.

Quanto aos níveis de escolaridade e pelas informações disponíveis, verifica-se uma situação mais deficitária relativamente, ao sexo masculino, grupo influenciado pela

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

precária escolarização, sendo que dos 67%, correspondente ao ensino básico, um terço dos mesmos terá apenas a 4ª classe. Em condições mais favoráveis, encontra-se o grupo feminino.

Regista-se, de qualquer modo, sensíveis melhorias na qualificação da classe jovem desta corporação, comprovada pela presença de um total de 21 Licenciados e 2 Mestres.

Os gráficos apresentados em seguida, atestam o grau de habilitações dos profissionais e voluntários que integram o quadro ativo na AHBVV.

Figura 3 – Grau de habilitação dos bombeiros da AHBVV do sexo masculino

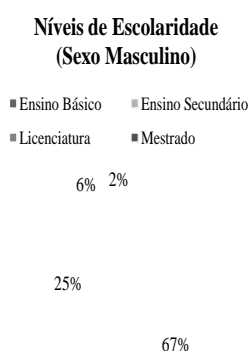


Figura 4 – Grau de habilitação dos bombeiros da AHBVV do sexo feminino

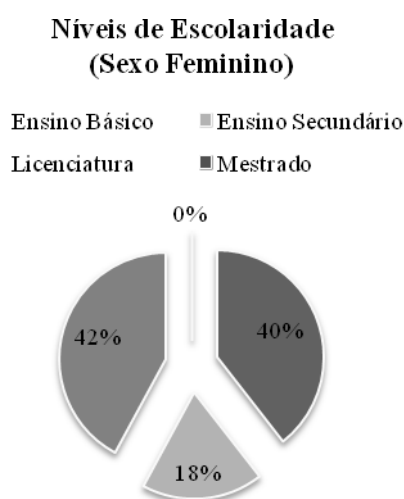
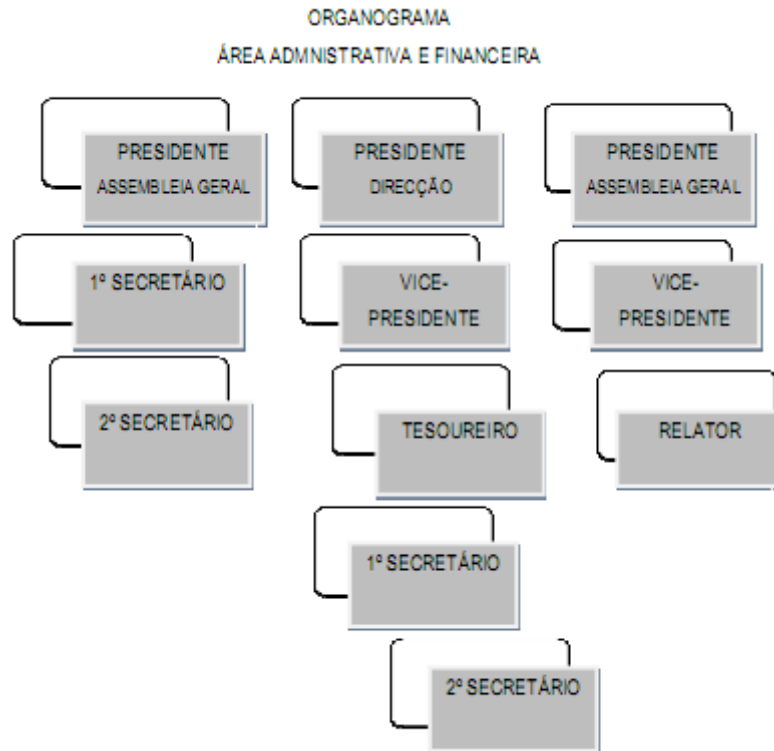


Figura 5 – Organograma da direção da AHBVV



Capítulo 2 | O Serviço de Psicologia

1. O Gabinete de Psicologia nos Bombeiros

O estágio curricular decorreu no Gabinete de Psicologia das instalações da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Valongo. Este gabinete é constituído, atualmente por uma Psicóloga Clínica voluntária em tempo parcial, Dra. Carla Gonçalves, e pelas duas psicólogas estagiárias (PE's)³.

Esta divisão orienta as suas ações de forma a programar e gerir atividades nos domínios da Psicologia Clínica e Intervenção em Crise.

Compete a este gabinete intervir em situações de crise junto da população vitimada e das respetivas famílias, bem como dos operacionais dos bombeiros, nomeadamente em situações de *stress* pós-traumático. De referir ainda a intervenção psicológica em gabinete, prestando serviço de apoio e de aconselhamento à população em geral.

O gabinete de psicologia tem como missão apoiar a gestão de *stress*, garantir mais saúde aos bombeiros próximos de uma situação limite e promover a qualidade de vida no trabalho do profissional bombeiro. Para esse fim, importa também garantir que esta valência chegue de forma tecnicamente correta a toda a população em geral.

O rastreio psicológico é efetuado como medida preventiva para evitar o excessivo desgaste emocional, no sentido de tomada de consciência que o operacional de socorro e a vítima são igualmente expostos a situações stressantes e ambos podem desenvolver alterações comportamentais desadequadas, o que os torna desajustados nas competências de socorro.

³ Psicóloga estagiária Helena Moreira

2. O Papel do Psicólogo Clínico nos Bombeiros

“A Psicologia Clínica é um dos mais apaixonantes e mais férteis domínios da ação humana quer na sua orientação prática, que se centra no sofrimento ou nos conflitos de um indivíduo, quer na produção de conhecimentos que permitem compreender melhor, ou até explicar, a maneira como o homem constrói o seu mundo.”

Pedinielli

A Psicologia Clínica é um campo complexo que intervém essencialmente ao nível da saúde mental. Apresenta como finalidade a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, o aconselhamento e a ajuda a pessoas com problemas de natureza emocional e comportamental, com dificuldades, perturbações e conflitos psicológicos.

No dia-a-dia, quando falamos em papel referimo-nos, de forma implícita, àquilo que se espera de um profissional, ou seja, às suas funções no desempenho de determinada atividade.

Genericamente, o Psicólogo Clínico procura compreender e apoiar os indivíduos com problemas psicológicos resultantes de situações da vida que causaram sofrimento, nomeadamente, acontecimentos aversivos e constrangedores. O trabalho deste profissional passa pela intervenção psicoterapêutica, pelo aconselhamento psicológico ou outras modalidades que visem a promoção do desenvolvimento do indivíduo, focando-se nos processos mentais, emocionais e fisiológicos que afetam o comportamento e funcionamento humano.

De acordo com Marques (1994), “ a identidade de um psicólogo clínico define-se pelo domínio de teorias, técnicas e métodos compatíveis entre si, cujo objetivo é tentar atingir a “verdade” psicológica do sujeito observado para se poder, direta ou indiretamente, encetar um processo de intervenção”.

O psicólogo no contexto dos bombeiros abarca uma vasta área de intervenção, nomeadamente, a consulta psicológica, intervenção em crise e emergência, e, por último o envolvimento em atividades de promoção e prevenção.

No âmbito da consulta psicológica, após avaliação da sintomatologia psicopatológica patente no paciente, cabe ao psicólogo planificar a sua intervenção, utilizando as estratégias mais apropriadas. Assim, o psicólogo tem a função de prestação

de cuidados psicológicos a indivíduos com perturbações mentais (Teixeira, 2004), onde assenta a maior parte da sua prática clínica.

A avaliação psicotécnica na admissão de cada novo candidato a bombeiro e, contínuo acompanhamento, se necessário, aos formandos durante o curso para bombeiros de 3.^a classe, é parte integrante das atividades desenvolvidas pelo psicólogo nesta área.

No que concerne à área da promoção e prevenção, cabe ao psicólogo fornecer contribuições específicas da Psicologia para o desenvolvimento de ações e programas de prevenção (Trindade, 1999), devendo, primariamente, realizar uma avaliação das necessidades e características da população-alvo. Moreira e Melo (2005) ilustram os bons índices de eficácia destas ações na promoção da saúde mental.

Na área da intervenção em crise, diferente da intervenção na psicologia clínica que enfoca uma mudança profunda do paciente ou uma revisão da origem dos seus conflitos, o papel do psicólogo foca-se em ajudar as pessoas a lidar com o evento traumático, a ajustar-se à nova situação, a devolver-lhe o seu nível anterior de funcionamento. Desta forma, é também interventivo, na procura de um equilíbrio psicológico co-afetivo da pessoa. Salienta-se que, o bombeiro, é antes de mais uma pessoa comum que arrasta consigo, para o quartel, problemas de dependências, traumas de infância, problemas conjugais, uma imensidão de fatores externos que podem alterar o seu comportamento enquanto profissional.

O papel do psicólogo clínico nesta vertente acima descrita, passa também por prestar os “primeiros socorros psicológicos”, com o objetivo de promover o alívio da angústia e da ansiedade, favorecendo o desenvolvimento de um estado emocional mais tolerável e capaz de restaurar a estabilidade afetiva, e as relações com o ambiente.

PARTE II

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DE ESTÁGIO

A primeira parte deste relatório foi extremamente importante para o enquadramento das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio.

Uma vez que este estágio permitiu uma intervenção em diversas modalidades, nesta parte pretende-se descrever e refletir acerca das tarefas e funções desempenhadas, nomeadamente sobre a psicologia na Intervenção em Crise, a formação de gestão de *stress* e gestão de conflitos dirigida a bombeiros, bem como os programas de prevenção direcionados aos formandos dos Cursos de Educação e Formação de Jovens – Bombeiro(a) e, por último a consulta de Psicologia Clínica.

Embora não seja relatada nesta parte, notabiliza-se que a avaliação psicotécnica para admissão de novos candidatos a bombeiro, foi, também, uma das atividades que a PE desenvolveu ao longo deste tempo.

Capítulo 3 | A Psicologia na Intervenção em Crise

“Mais do que preparar o esperado, temos de aprender a preparar o inesperado”⁴.

No dia a dia, assistimos frequentemente a ocorrências exigentes, como acidentes de viação, violência, catástrofes naturais, terrorismo, entre outros, que podem constituir incidentes críticos ameaçadores da saúde mental.

Os Incidentes Críticos são súbitos e inesperados, alteram o nosso sentimento de controlo, envolvem a perceção de ameaça de elevado risco, podem envolver perdas físicas e/ou emocionais, i.e., são quaisquer situações enfrentadas pelas pessoas que as faz experimentar fortes reações emocionais e com potencial para interferir extraordinariamente no seu funcionamento, no momento ou à *posteriori*. Neste cenário, o psicólogo pode intervir a diferentes níveis, nomeadamente, com os sobreviventes do incidente e/ou com os familiares dos indivíduos envolvidos, com os profissionais de emergência e nas organizações de emergência.

A Intervenção em Crise constitui-se assim, como um procedimento que exerce influência no funcionamento psicológico do indivíduo durante o período de desequilíbrio, aliviando o impacto direto do evento traumático.

⁴ (Fonte: <http://www.exercito.pt>)

Desta forma, o papel do psicólogo neste contexto passa por uma abordagem imediatamente após uma emergência ou desastre que procura reduzir o *distress*⁵ inicial provocado por eventos traumáticos e desenvolver o funcionamento adaptativo, i.e., incidir no conceito de “primeiros socorros psicológicos”.

A necessidade de apoio emocional, de intervenção na dor e no sofrimento das vítimas, diretas e indiretas, é de fundamental importância para evitar sequelas que se possam generalizar, provocando transtornos psicológicos complexos. Intervir numa crise significa introduzir-se de maneira ativa numa situação vital para um indivíduo e auxiliá-lo a mobilizar os seus próprios recursos para superar o problema, recuperando dessa forma, o seu equilíbrio emocional (Raffo, 2005). Desta forma, as intervenções nesta área, convertem-se num ingrediente essencial para o tratamento da situação traumática no processo de recuperação das pessoas envolvidas nesses eventos.

A crise surge quando os métodos individuais para lidar com as emoções e com os problemas exteriores, demonstram ser desadequados e, uma das consequências iminentes na pessoa em crise, é que pode sentir-se ineficaz, ansiosa, receosa e culpabilizada com o resultado das suas ações. A situação de crise pode também fazer ressurgir problemas pessoais antigos, pois o estado de vulnerabilidade faz com que o passado possa ser reatualizado e, adicionar-se ao problema presente.

No que concerne a esta atividade desenvolvida ao longo do estágio, foi possível à psicóloga estagiária (PE) intervir, não apenas junto dos profissionais (bombeiros), mas também com indivíduos e/ou familiares envolvidos num determinado incidente traumático.

No que diz respeito ao contexto profissional dos bombeiros, é consensual, a nível mundial, que no âmbito das suas funções profissionais estes são confrontados regularmente com incidentes críticos e traumáticos com grande impacto ao nível do seu bem-estar psicológico (Bacharach, Bamberger & Doveh, 2008). Aliás, exemplo evidente disso, será o caso de acompanhamento psicológico realizado pela PE, mais à frente exposto.

O *Stress* é um processo que inclui acontecimentos *stressors*⁶ (além de ser importante dizer que é usado na terapia ocupacional) e respostas de tensão, adicionando um fator importantíssimo, a relação entre a pessoa e o meio que a envolve. Assim, os

⁵*Distress*, ocorre quando as exigências são intensas, excessivas, prolongadas, imprevisíveis, ou o sujeito não possui as competências apropriadas para lidar com elas (Selye, 1983).

Optou-se por não traduzir o termo *distress* por se tratar de um termo específico da literatura da psicologia da saúde ocupacional, universalmente adotados na literatura internacional.

⁶Optou-se por não traduzir o termo *stressors* por se tratar de um termo específico da literatura da psicologia da saúde ocupacional, universalmente adotados na literatura internacional.

acontecimentos traumáticos de vida, ou agentes *stressors*, produzem tensão nas pessoas ao nível biológico, psicológico e dos sistemas sociais, designado por “Reações Biopsicossociais ao *Stress*”, (Lazarus, & Folkman, 1984a, 1984b; Mechanic, 1976).

A possibilidade das situações de *stress* extremo poderem apresentar não só consequências negativas mas também positivas, não é uma descoberta recente. Em 1964 Gerald Caplan, na sua teoria da intervenção na crise, já havia descrito de que modo as situações de crise podiam ser perturbadoras. De acordo com este autor, os indivíduos ao esforçarem-se por repor o equilíbrio psicológico perturbado pela crise, poderiam beneficiar das dificuldades enfrentadas, vindo a desenvolver estratégias de *coping*⁷ inovadoras e mais eficazes.

De acordo com Moreno et al. (2003), os profissionais que atuam com este tipo de intervenções devem ser ativos e diretos, orientados a obter objetivos rápidos diferentemente dos profissionais que intervêm em situações que não são de emergência. O profissional deve ser ágil e flexível para colocar em prática ações para a resolução de problemas e para a superação das múltiplas dificuldades que possam surgir no processo de atenção, procurando satisfazer as necessidades imediatas do afetado colocando em funcionamento ações com os recursos disponíveis, tudo num período de tempo reduzido.

Não obstante, será importante salientar que , o que é traumático para uma pessoa, não é para outra, tal como as emoções provocadas pelo mesmo evento não são iguais para todas as pessoas e, inclusive, todas as situações mais objetivamente *stressantes* e críticas podem ser experimentadas de formas completamente diferentes, com base nas interpretações e significados que cada pessoa e cada cultura lhe atribuem (Stulmiller; Dunning, 2000).

Assim, as formas de intervenção podem ser fomentadas por diferentes programas que tenham flexibilidade e, que levem em consideração a imensa variedade de reações que a mesma situação traumática pode desencadear nas diferentes pessoas expostas.

Perante todas as técnicas desenvolvidas para tal finalidade há uma que alcançou uma grande difusão e, desde a sua criação no início da década de 1980 até hoje, foi alçada á condição de ferramenta mais utilizada neste tipo de intervenção. Esta técnica, conhecida como CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*), foi idealizada por Jeffrey Mitchell em 1983, como parte da sua teoria geral sobre intervenção em crise e desastres naturais, no

⁷ As estratégias para lidar com o *stress* são usualmente designadas por *coping*. Podem ser orientadas para a resolução de problemas, para o controlo das emoções ou para aspetos do relacionamento com pessoas da rede social a que a pessoa pertence.

princípio instituída como um programa destinado a reduzir o *stress* de trabalhadores dos serviços de emergência. (Mitchell & Everly, 1995). Resumidamente, a técnica CISD consiste em facilitar a expressão dos sentimentos e emoções em grupo, relacionadas à experiência traumática vivida, com o propósito de reordená-la cognitivamente, de forma mais adaptativa. (Everly & Mitchell, 2000).

Tal qual é entendida pelo seu criador, a técnica CISD deve ser necessariamente aplicada por Profissionais da área da Saúde Mental, especificamente treinados, a grupos de pessoas que tenham vivenciado um evento traumático, entre as primeiras 24 a 72 horas, sendo que na maioria dos casos intervém-se no local da ocorrência, numa sessão de, aproximadamente, 2 horas de duração.

O Gabinete de Psicologia na AHBVV, emprega o *Defusing* e o *Debriefing*, como métodos de intervenção psicológica, que podem ser acionados imediatamente após a ocorrência de um evento traumático. Estes métodos têm como objetivos, proteger, apoiar e minimizar o desenvolvimento de síndromes anormais de resposta ao *stress*, que causem perda de tempo, efetividade ao trabalho e problemas familiares, salientando os recursos individuais e coletivos disponíveis, e não suprimindo reações emocionais.

Sumariamente, no *Defusing* a sessão inicial de desativação é efetuada até 24 horas após a ocorrência do incidente crítico, através de uma entrevista breve, onde não são abordados aspetos emocionais profundos. Esta técnica é utilizada para “desativar” (relaxar) uma situação potencialmente explosiva. Contempla “desativar alvos” ou a descompressão emocional, para conter um possível estado de choque a curto prazo e permitir o retorno para casa. É importante estabelecer uma atmosfera de apoio mútuo.

O Escritório Federal Suíço de Defesa Civil (1998) descreve *Defusing* como “teoricamente, uma versão abreviada do *Debriefing*”. Possibilita às pessoas que vivenciaram um evento traumático, uma oportunidade para se expressar brevemente, até que tenham possibilidade de analisar mais profundamente sua experiência. Tem como objetivo diminuir a intensidade de reações, colocá-las em perspetiva, informar sobre o evento, montar uma rede social para evitar que as pessoas envolvidas fiquem isoladas e, avaliar a necessidade para prosseguirem um tratamento.

A sessão inicial de *Defusing* deverá ser seguida da aplicação do *Debriefing*. Este método caracteriza-se por entrevistas individuais e/ou grupais, detalhadas e em profundidade, entre cinco a sete sessões, realizadas depois de um evento traumático, ativando o processo de integração das ocorrências. Seguindo uma abordagem estruturada,

as reações emocionais à ocorrência do evento são tratadas a médio e a longo prazo. Os participantes podem verbalizar ou ouvir outras pessoas sobre a sucessão de eventos, que podem se tornar parte de sua própria história de vida.

Tabela 1 – Diferenças entre *Defusing* e *Debriefing*⁸

<i>Defusing</i>	<i>Debriefing</i>
A sessão inicial de desativação é uma intervenção relativamente breve após um incidente crítico.	A sessão de <i>Debriefing</i> psicológico é uma entrevista em profundidade realizada após um incidente crítico.
A desativação é desencadeada para “desativar” (relaxar) uma situação potencialmente explosiva.	<i>Debriefing</i> objetiva desencadear o processo de integração das vivências traumáticas relativas ao evento.
A sessão inicial de desativação é realizada até 24 horas depois de um desastre.	Sessões de <i>Debriefing</i> são realizadas nos dias subsequentes ao evento crítico.
De forma simples: a desativação objetiva o enfrentamento de reações a curto prazo- um estado de choque- e o retorno a casa.	Geralmente seguindo uma abordagem mais estruturada, lida com reações ao evento, a médio e longo prazo.

Quando as sessões de *Debriefing* são bem administradas, sentimentos e emoções podem ser expressos. É essencial que não se produza um novo trauma. A evitação ou negação de emoções difíceis de controlar é um mecanismo de defesa útil, provavelmente uma necessidade de sobrevivência psíquica, que não deve ser desativada. As pessoas traumatizadas são estimuladas a retomar as suas atividades ou, se necessário, designadas a desempenhar outras funções. Lavie (2001) refere ainda que pessoas que sofrem um forte trauma psicológico não se recuperam mais rapidamente ao serem forçadas a relembrar fatos ou recordações sobre o acontecimento traumático.

Não basta as pessoas dizerem que este “serviço” é importante, é necessário que cada vez mais, se tornem conscientes que a intervenção em momentos de crise com o menor hiato possível, revela-se um fator determinante para suprir as necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas ou grupos afetados no imediato, tendo sempre patente o minimizar efeitos traumáticos posteriores.

⁸ Fonte: Berclaz (2003).

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

No que concerne ao desenvolvimento do estágio, foi possível observar-se uma evolução no acionamento das PE's para situações críticas no local que assim o justificassem, as quais se descrevem, resumidamente, na tabela seguinte.

Tabela 2- Resumo dos casos acompanhados em Intervenção em Crise

Data	Motivo do Pedido	Descrição / Situação Atual
02-06-2011	Criança de 5 anos de idade; Morte súbita após recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital de Valongo.	Acompanhamento aos pais, pelas PE's, durante o velório e cerimónias fúnebres; Consulta psicológica e, abandono da mesma, a partir do segundo momento.
05-08-2011	Adolescente 15 anos; Atropelamento à saída da Escola; Intervenção a um dos elementos da equipa de emergência (Pai da vítima acidentada).	Acompanhamento do operacional de socorro em Consulta Psicológica; Follow-Up.
21-09-2011	Homem de 45 anos de idade; Ameaça de tentativa de suicídio.	Intervenção na emergência com o objetivo de restabelecer o afrontamento imediato da situação de crise.
20-11-2011	Homem de 51 anos Morte Súbita - Enfarte do Miocárdio. Intervenção aos filhos	Intervenção imediata pelas PE's; Acompanhamento no velório e cerimónias fúnebres; Transição do acompanhamento para Consulta Psicológica; Em seguimento.
18-01-2012	Acidente violento com uma vítima mortal; Presença do filho no veículo acidentado.	Intervenção imediata pelas PE's, tendo como premissa prestar os primeiros Socorros Psicológicos; Acompanhamento do menor ao serviço de Urgência do Hospital S. João.

A intervenção terapêutica no momento de crise é tão eficaz quanto a intervenção de um socorrista ao proporcionar suporte de vida a um ferido grave (Rodríguez, 2003). Apesar da técnica de primeiros socorros psicológicos poder ser encarada como “simples” e prática, i.e., não como um procedimento especializado, é necessário ter-se alguma formação básica para a sua aplicação. Como tal, salienta-se que, além das formações

realizadas nesta área ao longo do estágio, as primeiras intervenções foram realizadas pela Dra. Carla Gonçalves, estando a PE presente mais como observador.

As intervenções mencionadas na tabela anterior, concretizaram-se num momento posterior às de observação, no entanto, foram sempre realizadas com a presença das duas PE's. Contudo, os casos que careceram de um acompanhamento posterior, foram distribuídos entre as PE's, conforme a proximidade que manteve no momento com o indivíduo. Pois, segundo McNally (2003) e McNally et al. (2003), como o *Debriefing* frequentemente ocorre (pelo tempo de contato), sem o necessário desenvolvimento de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o grupo atendido.

A intervenção em crise, é sem dúvida uma mais valia na prevenção do aparecimento de perturbações do nível psicológico, nomeadamente o *Stress Pós-Traumático* e até mesmo o Síndrome de *Burnout*⁹. Esta atividade desenvolvida ao longo do estágio, na minha opinião, foi de extrema importância, e permitiu-me aferir que, na verdade, a bibliografia apresentada se aplica no terreno. No entanto, julgo, que ainda é um campo pouco abordado e que carece de uma maior investigação.

De seguida, descreve-se sumariamente, em jeito de “diário de bordo”, a primeira intervenção que a PE realizou, sem ser de observação.

1. “Diário de Bordo” de uma Intervenção

“Há palavras como viúvo ou viúva que designam aquele ou aquela que sobrevive ao seu cônjuge;

E há palavras como órfão para nomear a perda precoce de um dos genitores.

Mas para quem sobreviveu a um filho, não existe denominação alguma”¹⁰.

A sexta feira havia decorrido dentro da normalidade. Depois de um dia passado no local de estágio, é chegada de ir descansar, repousar um pouco em família. No decorrer das notícias do “Jornal da 20h”, ouve-se e comenta-se sobre a notícia que já durante a tarde

⁹ Herbert J. Freudenberger (1974), define a Síndrome de *Burnout* como “(...) um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional”.

¹⁰ Roitman, Armus y Szwarc (2002).

havia sido abordada na AHBVV, “morte de criança de cinco anos suscita investigação a Hospital de Valongo”.

Por volta das 22 horas, o telemóvel toca, chamada dos Bombeiros de Valongo a solicitar o acionamento das PE's para o dia subsequente. O pedido consistia no seguinte, “... a criança que faleceu é primo do “Laranjas”, o bombeiro, que está a solicitar o Vosso apoio junto dos pais. O funeral realiza-se amanhã na capela de S. Martinho de Campo.” O corpo havia chegado ao final do dia de sexta feira, por volta das 19 horas, sendo que a capela esteve encerrada durante a noite, reabrindo no dia seguinte, às 9horas.

Esta foi a informação que nos foi transmitida aquando do pedido. Para além disto, sabíamos que a criança tinha 5 anos de idade, que havia falecido na tarde do dia anterior em casa, depois de ter tido alta do hospital de Valongo, onde tinha entrado de manhã com sintomas de febre e vómitos. A família estava revoltada, falando em negligência médica.

Sábado de manhã, após um breve contacto com a Dra. Carla Gonçalves, as PE's dirigiram-se para o local, onde efetivaram o primeiro contacto com pais. Procedeu-se à utilização de métodos simples de acolhimento e apoio psicológico, sem aplicação de nenhuma psicoterapia especializada, propriamente dita.

Neste contexto, uma das premissas era permitir que a dor fosse expressa, oferecendo-lhes segurança e proteção e, uma presença de apoio. No velório, emergiram algumas verbalizações de “sentimento de culpa”, as PE's permitiram que fossem expressos, demonstrando compreensão.

O momento do enterro, demarcou-se por um momento de maior exposição dos sentimentos, choro, gritos e, uma tristeza profunda. As PE's embora sempre por perto foram mantendo uma certa distância, fornecendo-lhes espaço para eles e para a família.

Chegado o momento final das cerimónias fúnebres, os progenitores expressaram vontade em estar com a família, tendo-lhe sido demonstrado toda a disponibilidade em manter o contacto, caso achassem necessitar de apoio.

Aproximadamente sete dias depois, Anita e Manuel¹¹, compareceram nas instalações da AHBVV.

Anita de 31 anos e Manuel de 32 anos de idade, casados há oito anos, ambos desempregados, provenientes de um meio sócio-económico baixo. Anita tem um irmão mais novo, portador de Deficiência Mental Ligeira que habita com eles, o pai faleceu há

¹¹ Os nomes apresentados são fictícios com o objetivo de proteger a identidade dos intervenientes.

três anos vítima de doença prolongada e, a mãe faleceu quando esta tinha 9 anos. Manuel, é o filho do meio de uma família de 3 irmãos.

No decorrer da consulta, proferem “*estar bem*” embora tenham muitas saudades do filho e, visto ser filho único, “*o quarto dele não é para mexer, é para estar tudo como ele gostava... Depois logos e vê.*” Manuel referiu que tem necessidade de visitar a casa do filho todos os dias, “*antes de ir tomar o pequeno almoço ao café*”.

Os pacientes, entretanto alegaram ter alguma pressa em ir embora, porque precisavam de “*ir à segurança social antes que feche*” e, que caso voltassem a “*precisar que voltavam*”.

Até ao momento, não foi mantido mais nenhum contacto entre a PE e os pacientes.

Capítulo 4 | Ação de Formação sobre “Gestão de Stress e Gestão de Conflitos”¹²

*“Prestar socorro, prevenir e garantir a segurança de pessoas e bens no que se refere a catástrofes naturais e outros acidentes (...).”*¹³

No âmbito do contexto profissional dos bombeiros, é consensual, a nível mundial, que no desempenho das suas funções estes são confrontados regularmente com incidentes críticos e traumáticos com elevado impacto ao nível do seu bem-estar psicológico (Bacharach, Bamberger & Doveh, 2008).

Atendendo ao número de efetivos que constituem o Corpo de Bombeiros (CB) de Valongo, como profissional ou voluntário, procedeu-se a um levantamento de necessidades junto dos elementos do Comando, para efeitos de uma melhor eficácia desta intervenção. Resultante desta reunião assim como de alguns momentos observacionais partilhados pela PE no percurso do estágio, foi unânime a decisão sobre a necessidade desta intervenção junto de elementos com cargos superiores dentro do CB. Pois, dado o estatuto que ocupam, cabe-lhes a eles gerir melhor que todos situações de *stress* e/ou conflitos que surjam nos mais diversos momentos.

Com o objetivo de promover recursos e estratégias, em especial dos “superiores”, considerou-se essencial delinear uma intervenção à medida, quer do ponto de vista de diagnóstico da especificidade das exigências profissionais e do quadro de funções, quer da cultura organizacional e das terminologias técnicas. Assim, esta ação de formação decorreu junto de um grupo de 11 bombeiros, nomeadamente, três elementos do quadro de comando, quatro oficiais, dois chefes e, dois subchefes.

Alguns estudos internacionais sobre a saúde ocupacional¹⁴, comprovam que os perigos físicos e o *stress* psicológico são uma presença quotidiana para muitos bombeiros profissionais, em virtude da grande variedade de situações de crise a que têm de responder, tais como, emergências médicas, desastres de viação, derramamentos de materiais perigosos e incêndios florestais e urbanos (Varvel et al., 2007). O facto de a maior parte dos bombeiros trabalharem em turnos de 24 horas, os quais envolvem transições rápidas

¹² A divulgação da formação, bem como o plano de formação, podem ser consultados no Anexo I.

¹³ Perfil Profissional de Bombeiro, apresentado pela Agência Nacional para a Qualificação (A.N.Q., 2010, p.2).

¹⁴ A psicologia da saúde ocupacional, é uma disciplina dentro da psicologia que visa melhorar a qualidade de vida profissional protegendo e promovendo a segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores (Sauter & Hurrell, 1999).

entre períodos de tédio e situações de emergências com elevadas exigências, é identificado como outro fator de *stress* adicional (Aasa, Brulin, Angquist & Barnekow-Bergkvist, 2005).

Ao longo do tempo, foram surgindo as mais diversas definições de *stress* pelos mais diversos autores. Segundo Safarino (1994), o *stress* não é somente um estímulo ou uma resposta, mas antes um processo no qual o indivíduo é um agente ativo que pode influenciar o impacto de um acontecimento *stressor*¹⁵ através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais.

Selye (1983), sendo este considerado o autor do *stress*, definiu-o como sendo uma resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência, uma síndrome geral de adaptação que comporta três fases distintas – a reação de alarme, a resistência e a exaustão. Segundo este, qualquer estímulo pode constituir-se como um *stressor*. Assim, Selye (1983) utilizou o conceito de *stress* não para designar um estado do organismo, mas sim para designar o contexto em que o referido estado se gera.

No que concerne ao contexto profissional dos bombeiros, existem evidências de que estes estão particularmente expostos a fatores de risco, nomeadamente, o desenvolvimento de doenças cardíacas, *stress* pós-traumático e *burnout* (Corneil, 1995; Harris, Baloglu & Stacks, 2002; Haslam & Mallon, 2003; Regehr, Hill, Knott & Sault, 2003).

Ainda dentro deste contexto, tal como em muitos outros, surge por diversas vezes a necessidade de gerir um conflito. Pois, na verdade *“Os conflitos existem desde o início da humanidade, fazem parte do processo de evolução dos seres humanos e são necessários para o desenvolvimento e são necessários para o desenvolvimento e o crescimento de qualquer sistema familiar, social, político e organizacional”* (Melo, 2001, p. 5).

Ao longo dos tempos, foram surgindo várias definições de conflito pelos mais diversos autores. Segundo Rocha e Röhrich (2008), *“Um conflito é uma situação que resulta de desacordos, da divergência entre interesses e objetivos entre indivíduos ou grupos sociais.”*

“O conflito é algo que é necessário encorajar em termos de surgimento, no pressuposto de que o conflito é algo de benéfico para estimular a inovação e criatividade dos comportamentos, das atitudes e das cognições” (Ferreira, Neves e Caetano, 2001)”.

¹⁵ Acontecimento *Stressor* - caracterizam-se por situações ou cognições que induzem uma emoção negativa (*stress*) nas pessoas que os enfrentam.

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

Junior (2010), identifica como principais fatores que influenciam o conflito, os choques de interesses individuais, grupais e organizacionais, as ansiedades e frustrações, a luta pelo poder, as intrigas de colegas e, as falhas de comunicação.

A “*comunicação é a troca compreensiva e significativa de ideias, palavras, ações e sentimento entre duas ou mais pessoas, com o intuito de formar opiniões e interagir com o meio que nos rodeia*” (Cebrac, 2005, p. 14), se no decorrer desta comunicação ocorrer algum tipo de interrupção, distorção ou mal-entendido, podem surgir ressentimentos ou mal entendidos, i.e., conflitos.

As diferenças de personalidade, o *stress*, a sobrecarga de trabalho, a insegurança e a instabilidade, ameaças e críticas depreciativas, assim como a pressão sobre os resultados, são alguns motivos que podem influenciar o aparecimento dos conflitos.

No que concerne a esta formação, definiu-se que, as sessões se iriam desenvolver em horário pós-laboral, com a duração de 4h (de segunda a sexta) ou 5h (aos sábados) cada, até se contemplarem as 50 horas de formação inicialmente estipuladas. A formação teve início a 23 de Maio de 2011 e término a 10 de Junho do mesmo ano.

A tabela que se segue, apresenta uma suma dos principais conteúdos/temas abordados e trabalhados ao longo das sessões. O suporte visual (em formato PowerPoint®) utilizado durante as sessões de formação poderá ser consultado no Anexo I, contendo informação mais detalhada.

Tabela 3 – Conteúdos das sessões de formação dirigidas aos Bombeiros¹⁶

Tema	Conteúdos
“Gestão de Stress”	<ul style="list-style-type: none">• Analisar conhecimentos sobre stress, o seu conceito e modelo explicativo• Identificar potenciais causas de stress;• Identificar e avaliar o grau de vulnerabilidade ao stress;• Definir um plano individual de mudanças para uma melhor gestão de stress;• Reconhecer o stress no trabalho;• O Burnout.
“Comunicação”	<ul style="list-style-type: none">• Analisar os conhecimentos sobre a “comunicação”, o seu conceito e tipos;• Identificar as barreiras à comunicação;• Analisar os diferentes estilos de comunicação;• Analisar a escuta ativa como forma de melhorar a comunicação.

¹⁶ Continua na página seguinte.

“Liderança”	<ul style="list-style-type: none">• Definir conceitos sobre liderança;• Identificar as características de “Líder vs. Chefe”;• Identificar e analisar os diferentes estilos de liderança;• Identificar o papel do líder no contexto específico dos Bombeiros.
“Gestão de Conflitos”	<ul style="list-style-type: none">• Interpretar o conceito de conflito;• Analisar a conotação do conflito e, as suas causas;• Distinguir os vários tipos de conflitos;• Desenvolver estratégias e capacidades individuais para resolver eficazmente com os conflitos;• Importância da negociação.

No decurso da formação, procurou-se não remeter para um simples transmitir informação, mas sim para um plano interventivo, com a participação ativa do grupo. Conforme o abordar das temáticas, foram-se criando debates e reflexões, *Brainstormings*, realizaram-se igualmente atividades práticas e, dinâmicas de grupo. De um modo geral, o grupo demonstrou-se participativo e bastante motivado na abordagem das temáticas, bem como na realização das atividades propostas.

Um dos objetivos gerais desta formação, incidiu em promover mudanças nos recursos individuais e/ou ambientais, pois, segundo Hobfoll (1989), o bem-estar psicológico é determinado por fatores individuais e ambientais. Os profissionais tendem a compensar insuficiências ao nível dos recursos organizacionais investindo mais dos seus recursos pessoais e vice-versa. No entanto, se ocorrer uma inadequação de recursos organizacionais sustentada e contínua no tempo, pode gerar um processo de esgotamento de recursos pessoais e, posteriormente, o desenvolvimento de sintomas de *distress* (Monnier et al., 2002).

A gestão de stress demarca-se como uma das estratégias¹⁷ que permite ajudar os bombeiros a melhor gerirem o *stress* real ou potencial. Embora os *stressors* sejam muitas vezes idiossincráticos (pessoais e particulares) para o indivíduo, e possam mudar com o passar do tempo, existem vários que ocorrem com grande regularidade entre os bombeiros. O defrontar-se com a morte no trabalho, com o trauma, bem como incêndios de grandes proporções onde existe um grande risco de perdas de vidas, poderão ser considerados como potentes *stressors*.

¹⁷ As estratégias podem ser adequadas, deixando o indivíduo de estar “em stress”, ou inadequadas, sendo o *stress* mantido e tornando-se desgastante.

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

Em momentos de reflexão sobre este tema, foram apontados também pelo grupo, como fatores de grande *stress* para estes, a antecipação de chegar ao teatro de operações que segue o alarme de fogo, assim como as expectativas de encontrar as vítimas presas num incêndio, o medo de danos pessoais, cometer erros cruciais, a dor física e, a pressão dos pares. Embora o trabalho envolva perigos físicos, os aspetos psicológicos são muitas vezes a fonte do *stress*, p.e., a ansiedade que se gere na família do bombeiro devido aos perigos desta atividade, que por sua vez torna o trabalho ainda mais stressante.

Existem várias técnicas que nos permitem reduzir o nível de ansiedade e de *stress*. O relaxamento é uma das técnicas de controlo de *stress* mais úteis pois age no stressors, na avaliação que fazemos e nos sintomas, envolvendo atividades simples que estabilizam e mantêm a estimulação física e mental a um nível reduzido. Assim, no decorrer da formação foi aplicado-se o Relaxamento Diafragmático e a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Anexo II). Esta última, dada a adesão que teve por parte do grupo, foi utilizada sempre no final de cada sessão.

A abordagem ao *Burnout*, foi uma das temáticas que despoletou um maior interesse por parte dos intervenientes, levando a comparações em torno de situações reais experienciadas de cada um, pela exaustão emocional e pela despersonalização patente neste síndrome (Schaufeli & Buunk, 2003). A exaustão emocional, sendo a manifestação mais evidente de *burnout*, refere-se à perda de energia e à fadiga crónica (física, mental e emocional), enquanto a despersonalização consiste numa tentativa de distanciamento do trabalho expressa por uma atitude de indiferença e sentimento de que este perdeu o seu interesse e significado (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Tornou-se evidente a pertinência de perceberem a importância da comunicação no contexto onde estão inseridos. Pois, não é possível liderar sem saber comunicar, e só assim se criam relações que preparam a equipa para seguir o líder, tanto em situações de rotina, como em situações de emergência em que o caos impera. Refletiu-se ainda sobre, o “saber ouvir” e sobre a importância de garantir sempre o *feedback*.

Dado o contexto, sugeriu-se a realização de um *role-playing*, incidindo na comunicação entre quatro elementos num incêndio, sendo que, teriam de transmitir o ponto de situação ao comandante da operação, contornando algumas barreiras que lhe foram colocadas. A dinâmica revelou-se bastante produtiva, o que, em reflexão, permitiu assimilar algumas técnicas de escuta ativa no dia a dia destes profissionais, nos mais diversos momentos, nomeadamente, o manter uma aproximação adequada com o

interlocutor, manter contacto visual constante e mostrar interesse no que está a ser dito, utilizar expressões faciais que demonstrem o seu interesse no assunto e, evitar fazer muitas perguntas e interrupções.

No contexto dos bombeiros, os líderes são vistos como os “protetores” da sua própria “cultura”¹⁸. O líder, no decorrer das suas funções, comunica e reforça a cultura organizacional e os valores dos bombeiros, de forma a congregar os seus Homens e a construir relações. Através da confiança surge a coesão e a sinergia. É importante que como líderes reflitam de forma significativa sobre os seus próprios valores, os da sua equipa, e os do seu CB, pois só assim, podemos concluir que valores comuns desempenham um papel crucial no espírito e coesão de equipas.

No decorrer da formação e, tendo sempre patente a importância das dúvidas e questões que vão sendo colocadas pelo grupo, emergiu a necessidade de se abordar a importância do reforço do trabalho em grupo. Desta forma, procedeu-se a uma reflexão, incidindo e reforçando como ideias principais, que a realização de missões e tarefas seriam impossíveis de se realizarem sozinhas, na pertinência da troca de ideias, o esclarecimento de dúvidas e até as reformulações de técnicas e táticas, o aumento da motivação e treino do bombeiro e, também a deste em termos emocionais e físicos.

Tal como em todas as organizações, nos bombeiros também surgem diversos conflitos. Nesta temática, procurou-se dotar os participantes de estratégias de *coping* para a resolução eficaz de um conflito. Nomeadamente, o escutar até ao fim a ideia do outro, demonstrar interesse na sua mensagem, não interromper, dizer com frequência “eu compreendo...”, falar de forma calma e serena, não tentar impor as ideias mas sim propor-lhas, revelar empatia e disponibilidade para chegar a um consenso.

Atualmente o conflito é considerado como algo que acontece sempre, é inevitável e pode produzir efeitos positivos, “podendo ter resultados construtivos ou destrutivos para as partes envolvidas, sejam elas pessoas, grupos ou organizações. Assim, o desafio reside em administrar o conflito, de modo a maximizar os efeitos construtivos e minimizar os efeitos destrutivos” (Chiavenato, 2003, p. 173).

Cada ocupação profissional pode ter os seus próprios fatores de risco específicos associados ao *stress* profissional, classificando-se em duas categorias, nomeadamente as exigências e os recursos profissionais (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Bakker, 2004). As exigências profissionais dizem respeito aos aspetos físicos

¹⁸ A “cultura”, como um conjunto de pessoas que partilham o mesmo padrão de valores.

e psicológicos do trabalho que requerem esforços contínuos e, por isso, estão associadas a custos fisiológicos e psicológicos. No entanto, é importante realçar que estas exigências não são necessariamente negativas, e que a sua transformação em *stressors* profissionais ocorre quando o ultrapassar dessas exigências requer elevados esforços dos quais o profissional não recupera adequadamente. Em relação aos recursos profissionais, referem-se aos aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho, denotando-se como funcionais para o cumprimento de objetivos de trabalho, reduzem as exigências profissionais e os custos fisiológicos e psicológicos associados e, estimulam o crescimento pessoal, aprendizagem e desenvolvimento.

“O relacionamento humano é uma ciência para ser estudada e compreendida por todos que pretendem construir uma carreira profissional de sucesso” (Cebrac, 2005, p. 80).

A fase inicial de diagnóstico permitiu perceber que cada profissão tem os seus próprios fatores de risco específicos, o que contribui para um aumento da probabilidade de atingir os efeitos positivos pretendidos.

O apoio dos colegas é fundamental na gestão do *stress* quotidiano, mas, em situações extremas, o líder tem um papel fundamental, porque terá de fazer a gestão desse incidente. Assim, conforme dito anteriormente, dotar o grupo de estratégias de coping ao longo do percurso formativo, primou-se como um dos objetivos principais.

Na realização das atividades, foi notória a necessidade de ceder ao grupo algumas estratégias para que, como líderes, possam motivar as equipas das mais diversas formas, nomeadamente pelo exemplo que podem dar, construindo equipas fortes através de promoção do espírito de equipa, satisfazendo as necessidades quer da equipa, quer dos seus membros, reforçando e disciplinando, i.e., motivando. É importante não esquecer que os elementos da equipa valorizam os elogios e reconhecimentos, pois estas recompensas são prova que o líder, a equipa, a organização, valorizam a sua coragem e o seu esforço.

Salienta-se ainda, a importância da aplicação sistemática de uma ou mais técnicas terapêuticas, educacionais e do senso comum, com o objetivo de reduzir ou eliminar o *stress* excessivo.

Esta formação teve como objetivo global constituir-se como uma ferramenta de apoio, que visa dotar de competências para lidar com a intersubjetividade que emerge nos diferentes contextos com que estes profissionais se deparam. Para tal, foi de extrema

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

importância o feedback dos formandos obtido no decorrer das sessões, permitindo adaptar alguns temas e conteúdos a abordar.

Em jeitos de conclusão, ousou a transmitir o pensamento que ser um “ouvinte” competente não é fácil e implica muito treino. Um líder tem de “ganhar” a confiança da equipa antes de um incidente e não no decorrer do incidente.

Termino ainda, com a convicção que esta formação foi uma mais valia para estes operacionais, contudo com a certeza que numa organização desta dimensão, ainda há um longo caminho a percorrer no que concerne a dotar os profissionais de emergência de estratégias de *coping* para lidar com o stress e com os conflitos.

Capítulo 5 | **Atividades Dirigidas aos Formandos dos Cursos de Educação e Formação de Jovens**

Ao longo destes meses de estágio, e dada a diversidade do mesmo, tornou-se possível realizar diferentes intervenções de grupo junto dos formandos dos Cursos de Educação e Formação de Jovens – Bombeiro/a (CEF) a decorrer nas instalações da AHBVV.

Os CEF’s destinam-se a jovens, candidatos ao primeiro emprego, ou a novo emprego, com idade igual ou superior a 15 anos e inferior a 23 anos, à data de início do curso, em risco de abandono escolar, ou que já abandonaram a via regular de ensino e detentores de habilitações escolares que variam entre o 6.º ano de escolaridade, ou inferior e o ensino secundário (IEFP)¹⁹.

A tabela que se segue, descreve resumidamente as atividades realizadas com estes grupos.

Tabela 4: Caracterização das atividades em grupo

Atividades	Objetivos
Implementação do Projeto: “Eu e os Outros”	Promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social;
Programa de Competências Pessoais e Sociais & Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: “Projeto Prival”	Dotar os jovens de informação e competências, pessoais e sociais, necessárias para adotarem comportamentos racionais, responsáveis e autónomos perante as diversas substâncias psicoativas;
Programa de Educação para a Sexualidade	Promover o conceito de Sexualidade, com base no relacionamento interpessoal e estimular a prevenção de comportamentos de risco no âmbito da sexualidade.

Face ao elevado número de jovens em situação de abandono escolar e aos diferentes défices face à transição para a vida ativa, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de intervir ao nível da prevenção de comportamentos de risco e da promoção

¹⁹ (Fonte: <http://www.iefp.pt/formacao/ModalidadesFormacao/CursosJovens/Paginas/CursosJovens.aspx>)

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

de competências pessoais e sociais. Dotar estes jovens de competências escolares, técnicas, sociais e relacionais, apostando na sua inserção socioprofissional, bem como contribuir para um melhor ingresso num mercado de trabalho cada vez mais exigente e competitivo, instituiu-se como objetivo primordial das PE's na escolha dos referidos programas.

Atualmente, encontram-se duas turmas, diferenciadas como A e B, nas instalações da AHBVV, a frequentar este tipo de cursos, ambas com equivalência ao 9º ano de escolaridade e com saída profissional de Bombeiro/a.

A turma A é constituída por 15 alunos, 3 do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Estes formandos têm idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, havendo 7 alunos com 15 anos, 4 alunos com 16 anos e 4 alunos com 17 anos. A média das idades é de 16 anos. Relativamente à localização da residência dos formandos, dez são Ermesinde, três são de Alfena, um é de Sobrado e um de Valongo. Como consequência, a deslocação para o quartel é feita de autocarro. Oito destes alunos têm retenções no 1º ciclo e quatro destes também com retenções no 7º ano. Importa referir que todos os elementos com 15 anos estão integrados neste curso, com aprovação da DREN por justificação de desinteresse manifesto das actividades académicas, havendo já trajetórias de abandono e delinquência.

Apesar das poucas regras formalizadas relativas a assiduidade e/ou pontualidade a apreciação global da turma, em termos comportamentais, é considerada relativamente satisfatória.

No que concerne a problemas de saúde, salienta-se um formando com Diagnóstico de Hiperactividade com Défice de Atenção, acompanhado pelo serviço de Pedopsiquiatria do Hospital de S. João, um outro com dificuldades a nível cognitivo, diagnosticado e acompanhado pela Psicóloga do Centro de Saúde de S. Martinho do Campo, e por último um formando escolarizado desde sempre pelo Ensino Especial, com diagnóstico de Deficiência Mental Ligeira.

Importa salientar que na sua maioria, são indivíduos com falta de aspirações sociais, culturais e/ou profissionais e falta de confiança em si próprios. Apesar da suficiente aquisição e compreensão de conhecimentos, é notório um fraco domínio de vocabulário, escassa curiosidade científica e carente consciência cívica e moral.

No nosso país, diversos estudos (Grácio et al., 1977; Miranda, 1978; Benavente et al., 1981; Benavente et al., 1987; Benavente, et al., 1994), têm vindo a demonstrar que filhos de pais pouco familiarizados com a cultura escolar, provenientes dos meios populares e, geralmente, com trajetórias escolares de insucesso, possuem um conjunto de

normas e regras desenvolvidas e próprias do contexto familiar e do próprio espaço social local, que entram em colisão com as existentes e exigidas na escola. Consequentemente, estes jovens acabam por constituir um grupo mais vulnerável ao insucesso escolar, ao abandono escolar precoce, a trajetórias escolares menos ambiciosas e à entrada prematura no mercado de trabalho.

Neste grupo-alvo, destacam-se quatro elementos cujo comportamento é totalmente desadequado e indisciplinado, com presença de episódios repetidos de desrespeito, vandalismo e furto. De salientar ainda, que os mesmos se encontram com processos judiciais distintos a decorrer, devido a estes comportamentos e ao consumo de substâncias psicoativas.

Dois destes são irmãos, e espelham uma família nuclear disfuncional. Os seus pais são provenientes de famílias bastante carenciadas, inseridas em bairros sociais, com historial de dependência alcoólica. Esta família mantém um funcionamento cristalizado, ou seja, relaciona-se de forma rígida e fechada com fronteiras, pouco permeável ao exterior e com um funcionamento de flexibilidade reduzida face à necessidade de mudança. Não permitindo, desta forma, possibilidade de alternativa (acomodados às rotinas familiares e sociais), segundo informação das técnicas do Rendimento Social de Inserção (RSI) da Segurança Social de Valongo, que acompanham este agregado.

No que concerne à turma B, esta é constituída, por onze elementos, com apenas um único elemento do sexo feminino, e com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade, sendo que a média de idades se situa nos 17 anos.

Tal como o grupo anterior, este é constituído maioritariamente por jovens que se encontravam em situação de insucesso e/ou abandono escolar, cujo percurso fora marcado por várias reprovações, ou mesmo pelo desinteresse total nos estudos. Com exceção de três formandos, todos os restantes encontram-se inseridos em bairros sociais do concelho de Valongo, na sua maioria do Bairro das Saibreiras (Ermesinde) e do Bairro da Serra Amarela (Alfena), o que segundo a OEDT²⁰ os torna mais vulneráveis no que concerne ao consumo de substâncias psicoativas.

²⁰Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), inaugurado em Lisboa em 1995, é uma das agências descentralizadas da União Europeia (UE). Existe para fornecer à UE e aos Estados-membros uma imagem objetiva dos problemas europeus relacionados com a droga e uma base científica sólida para sustentar o debate sobre esta matéria.” (Fonte: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373PT.html>).

Em relação a este tipo de consumos, cinco destes elementos assumem-se como consumidores frequentes de Cannabis²¹. No entanto, de salientar que um elemento refere já ter sido consumidor de Heroína²². Em relação ao tabaco, todos os elementos são consumidores.

Este grupo-alvo destaca-se do anterior, por um maior disfuncionamento das dinâmicas familiares, pois na sua maioria, são advindos de famílias problemáticas, em risco e/ou em situação de vulnerabilidade. Com exceção dos agregados familiares de dois destes elementos, todos os outros usufruem do RSI.

É de todo pertinente salientar que, enquanto primeiro contexto de socialização, o contexto familiar assume particular importância na configuração da personalidade dos indivíduos. A compreensão dos processos que ocorrem na interação entre os seus membros e o ambiente familiar vivido pelos indivíduos torna-se fundamental para compreender os seus comportamentos e atitudes.

Dificuldades em cumprir normas e regras, nomeadamente assiduidade e/ou pontualidade, são características intrínsecas nestes jovens. Apesar de todos estes fatores, este grupo apresenta-se como coeso, dinâmico e preocupado no bom relacionamento interpessoal.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006), e de forma a promover a aquisição de comportamentos positivos e a educação, as PE's deram prioridade a projetos de "longo curso". Assim, estipulou-se como objetivo geral, definir o grupo como contexto de intervenção e confronto de posições pessoais, tomando-o como ponto de partida para a exploração das dinâmicas do grupo, reforçando o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, como fatores fundamentais para a gestão de futuras situações de tensão no quotidiano destes jovens.

²¹ A Cannabis vem da planta "Cannabis Sativa". Apresenta-se sob três formas: a marijuana ou erva, o haxixe ou chamon e o óleo de cannabis ou óleo de haxixe (Fonte: site www.tu-alinhas.pt).

²² A Heroína é uma droga analgésica feita a partir da morfina que, por sua vez, vem da papoila dormideira "Papavera Somniferum" (Fonte: site www.tu-alinhas.pt).

1. Implementação do Projeto “Eu e os Outros”

Ao longo do ciclo da vida e no ambiente escolar, as necessidades das crianças e dos jovens vão-se tornando cada vez mais complexas e exigentes e, o processo de intervenção do risco psicossocial vai-se também modificando. Atualmente, as crianças e os jovens estão cada vez mais expostos a diversos riscos que constituem uma ameaça séria à sua saúde, prejudicando, por vezes, o seu desenvolvimento social e emocional (Crusellas & Alcobia, 2006).

Quando se adaptam projetos de boas práticas na área da prevenção é necessário considerar as necessidades concretas dos grupos-alvo, bem como os contextos onde estes estão inseridos. É igualmente necessário manter os aspetos estruturantes para assegurar a eficácia da intervenção, tais como: o nível operacional de intervenção (prevenção universal, seletiva ou indicada) e o tipo de ações a desenvolver (informativas, treino de competências, entre outras).

As ações a desenvolver no âmbito dos projetos na área da prevenção, poderão ser de carácter informativo (p. e. informações sobre substâncias psicoativas e os seus efeitos), podem promover o desenvolvimento de competências ou ainda implementar/apoiar serviços (p. e., de atendimento e/ou aconselhamento). Contudo, a realização de ações de carácter informativo, só por si, não têm demonstrado ser eficazes na prevenção do consumo de substâncias psicoativas. No entanto, quando associadas a ações que promovam o treino de competências demonstram maior eficácia (Adaptado NIDA²³).

Neste sentido, o IDT através de uma equipa técnica ligada à Linha Vida SOS Droga²⁴ desenvolveu o Projeto – Eu e os Outros, juntamente com a criação do site juvenil – Tu Alinhas?²⁵. Este projeto, foi estruturado com base num conjunto integrado de modelos teóricos, com o objetivo genérico de promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social.

Segundo o modelo Construtivista (Lecannelier:2001), a sociedade está estruturada por um conjunto de significados que servem de matriz para os sujeitos se interpretarem a si e aos outros. A realidade e o sujeito ordenam-se e estruturam-se através da linguagem, ou seja, o significado é atribuído em formato discursivo. A criança, desde o início do seu

²³ National Institute On Drug Abuse.

²⁴ Linha telefónica anónima e gratuita de apoio e informação na área da Toxicodependência nº 1414.

²⁵ (Fonte: <http://www.tu-alinhas.pt>).

desenvolvimento, participa ativamente neste jogo de ordenar e estruturar a sua experiência de vida em categorias narrativas. A estruturação narrativa é um processo de sequencialização, articulação e complexidade da experiência humana, concebida através da relação contínua entre um domínio emocional e um domínio cognitivo/linguístico e que se traduz numa trama histórica em constante expansão. Ricoeur chega mesmo a afirmar que esta trama histórica em tudo se assemelha a uma história de ficção (Ricoeur, 1990, 1999, cit in Lecannelier, 2001, p.2). A sua construção é, por isso mesmo, um processo – na medida em que é um fluir constante de algo; um processo com continuidade no tempo – é um fluxo contínuo que possui aspetos nucleares que permanecem invariáveis e que constituem o “selo de distinção” de cada pessoa; e, finalmente, é um processo contínuo e único – por ser particular e de cada um.

Este processo de construção narrativa é também um processo de regulação emocional, pois permite à criança ordenar-se e ao mundo que a rodeia de determinada maneira e antecipar a realidade a partir de experiências familiares. Esta reformulação e reordenamento permitem-lhe transformar a sua experiência emocional em sequências temporais com um início, um meio (conflito) e um fim (resolução) e, por consequência, uma melhor compreensão das suas ações e das dos outros.

O “Eu e os Outros”, enquanto instrumento promotor de processos de tomada de decisão, confrontação no seio do grupo e exploração de informação dirigido a grupos de jovens. Utiliza como quadro de referência para a escolha das estratégias de intervenção a Teoria do Jogo²⁶. O jogo apresenta-se como prática real não só da mudança de postura ao adotar o papel, mas também como prática de relações com o companheiro de jogo do ponto de vista do papel representado pelo companheiro; não só como prática real de ações com os objetos em congruência com os significados atribuídos, mas também como prática de coordenação dos pontos de vista sobre os significados desses objetos, sem os manipular diretamente, num processo de descentração permanente (Elkonin, 1998).

Para além da descentração cognitiva, o jogo protagonizado facilita também o posicionamento do jovem face ao mundo circundante, agilizando os mecanismos através dos quais ele irá operar as suas mudanças de opinião e critério. Assim, há fundamento para supor²⁷ que, ao representar um papel, o modelo de conduta implícito neste papel, com o

²⁶ É o estudo das tomadas de decisão entre indivíduos quando o resultado de cada um depende das decisões dos outros, numa interdependência similar a um jogo (Elkonin, 1998, p. 404).

²⁷ As experiências de Manuilenko (1948, cit in Elkonin, 1998) com crianças em idade pré-escolar sublinham a pesquisa experimental do desenvolvimento da conduta arbitrada.

qual a criança compara e verifica a sua conduta, parece cumprir simultaneamente duas funções no jogo: por uma parte interpreta o papel; e, por outra, verifica o seu comportamento. (Elkonin, 1998). Não podemos esquecer que o jogo de papéis remete também para outra dimensão: a presença do outro. Os estudos oriundos da Etologia (Lorenz, 1973) fornecem diversos exemplos de como a presença de outro elemento da mesma espécie provoca alterações marcantes nos desempenhos comportamentais dos indivíduos.

A utilização do jogo enquanto estratégia de intervenção preventiva permite de forma integrada a exploração de conteúdos, papéis e competências num contexto prazenteiro e criativo, objeto de um processo de reflexão e de atribuição de sentidos. Contudo não deve ser encarado com uma atividade menor, secundária à abordagem racional e centrada na problemática. Nas palavras de Raul Melo (2006) “o Brincar para a saúde não é apenas servir o jogo para consumo. É também fazer desse jogo um espaço de mestria senão do exercício pelo menos da relação que lhe está subjacente.”

Este instrumento tem por base oito histórias, cada uma delas abordando temas ligados ao desenvolvimento pessoal e social, desenvolvendo-se em torno de uma personagem principal. As histórias estão organizadas por parágrafos, no final dos quais os jogadores, assumindo o papel do personagem principal, são confrontados com várias opções, das quais podem escolher apenas uma. Os jogadores têm por objetivo de jogo conduzirem um grupo de personagens, mediante um conjunto de decisões partilhadas, na resolução de problemas do dia-a-dia.

No âmbito da implementação do projeto supracitado as PE's dinamizaram onze sessões (os conteúdos poderão ser consultados na Tabela 5), diferenciadas em quatro momentos, desde a sessão inicial / quebra-gelo, a exploração das personagens, o jogo propriamente dito (realizado em oito sessões), e por fim a reflexão final.

Definiu-se ainda que as sessões dinamizadas pelas PE's, se iriam concretizar semanalmente, num período aproximado de 90 (noventa) minutos cada. Os destinatários desta intervenção foram os formandos da turma B do CEF – Bombeiro/a.

No início da implementação deste projeto, ainda mesmo na fase em que era apenas um projeto, surgiu por diversas vezes o receio da sua aceitação por parte dos formandos, tendo em conta o tipo de grupo-alvo, o fator idade e, claro o facto de ser um jogo.

O ponto de partida prendeu-se com a escolha da história adequada a este tipo de grupo, de forma a abordar a relação com as substâncias psicoativas de forma integrada e

não como elemento central da trama, bem como as relações, não esquecendo os aspetos característicos da adolescência.

Assim, incidiu-se sobre a quarta história, “A Família”, cuja personagem principal é o João. Este tema tem por base questões familiares, abordando as regras e rituais, diferenciação de papéis, medos e expectativas. No entanto, aborda também a lealdade entre amigos e o abandono escolar, e as substâncias psicoativas.

De seguida, apresenta-se um quadro com uma breve sinopse de todas as sessões realizadas. Este quadro apresenta os principais conteúdos/temas abordados e trabalhados ao longo das sessões, bem como dinâmicas de grupo e /ou individuais e instrumentos utilizados.

Tabela 5: Sessões de Implementação do “Eu e os Outros”²⁸

Número / Data Sessão	Temas / Conteúdos	Dinâmicas utilizadas	Instrumentos
1 ^a 26/10/2011	Enquadramento do projeto (Definição das regras do jogo e do grupo, construção das regras do espaço, apresentação do papel do Mestre do Jogo (MJ), confidencialidade).	“É obvio... parece-me... Acho que...”	Preenchimento da ficha de inscrição; Aplicação do Questionário de Avaliação LEQ ²⁹ .
2 ^a 01/11/2011	Exploração das personagens do jogo.	“Campanha publicitária”.	
3 ^a 09/11/2011	Família; Cheiro a fumo / Consumo passivo de tabaco; Jogos – favoritos, violência, e criação de limites de tempo; Pontos de encontro.	“Para-Agora”.	
4 ^a 26/11/2011	Autonomia e Respeito (avisar antes de sair, cumprir com o combinado, ...); Proximidade entre os elementos da família; Capacidade de traçar objetivos; Atitudes.	Role - Playing “Mãe & Filho”; Trabalho para casa: “Jantar em família Vs. Cada um come à sua hora”.	
5 ^a 30/11/2011	O reencontro /Amizades perdidas; Os sonhos que nos distraem; Reagir à surpresa.	“O Reencontro”	
6 ^a 10/12/2011	A troca de seringas; A Diabetes.	Exploração na Internet.	

²⁸ Continua na página seguinte.

²⁹ Adaptado de Neill, J. T., Marsh, H. W., & Richards, G. E. (2003). The Life Effectiveness Questionnaire – LEQ (Pode ser consultado no Anexo III).

7 ^a 17/12/2011	Consumo de heroína; Atitude; Exclusão; Dependência das substâncias.	“Passar os meus problemas”.
8 ^a 06/01/2012	Diferentes tipos de ajuda; A gestão do dinheiro;	Pesquisa na Internet; Jogar no “Tu Alinhas?!”
9 ^a 13/01/2012	Corresponder ao pedido de alguém; O risco de abandono escolar; A acusação.	Pesquisa na Internet.
10 ^a 20/01/2012	O confronto entre lealdades; Confrontar o problema; A necessidade de se proteger.	“Mito Vs. Verdade”
11 ^a 27/01/2012	Reflexão final.	Aplicação da Questionário de Avaliação LEQ.

Ao longo de todo o processo, as PE's o papel do Mestre do Jogo (MJ) com exigências muito específicas, num equilíbrio entre a disponibilidade para o grupo e o fazer parte do mesmo, salvaguardando a diferença de papéis. Manteve-se, essencialmente, como promotor de uma dinâmica nova e o mediador das relações, assumindo-se, progressivamente, como figura de referência para o grupo. Tratando-se de um jogo que se desenvolve a partir de uma narrativa, o papel do MJ foi, partindo do texto existente, simplificá-lo de acordo com a capacidade de elaboração do grupo que tem pela frente. Foi notória a eficácia de se determinar previamente quantas decisões seriam tomadas no decurso da sessão, pois permitiu uma melhor gestão do jogo.

Os participantes estiveram dispostos em U, em torno do datashow, dispostos por ordem alfabética.

As sessões previam três momentos, o de aquecimento do grupo, o de jogo e o de reflexão.

O tempo de aquecimento do grupo corresponde ao estabelecimento de uma ponte entre sessões, permitindo recordar em que ponto se parou na sessão anterior, quem já tomou decisões e quem as vai tomar nesta sessão, e recordar algumas regras que necessitem de ser clarificadas.

O tempo de jogo ocupa de modo geral a maior parte da sessão. Foi fundamental ser um Mestre de jogo rigoroso na gestão deste tempo, pois caso contrário o resultado será sempre de prejuízo no tempo de reflexão, no qual o grupo deve conseguir fazer uma síntese dos aspetos mais importantes da sessão. Esta síntese não se deve limitar aos conteúdos abordados mas igualmente às atitudes adotadas pelos diferentes jogadores no decurso da

tomada de decisão, sua ou dos seus colegas. De salientar, que dentro deste momento emerge a necessidade de se explorar o jogo na sua narrativa, bem como o recurso a dinâmicas de grupo.

A condução do jogo exige algumas decisões estratégicas no sentido de garantir uma participação ativa dos jogadores e a manutenção nos níveis de motivação. Neste caso, optou-se pela extração aleatória de números sem reposição, retirando os números a partir de um saco previamente organizado para o efeito, contendo a totalidade dos números em jogo.

Como já foi referido anteriormente a reflexão é a ultima fase de cada sessão de trabalho e reveste-se de uma importância fundamental neste tipo de abordagem, pois é o momento em que cada participante seleciona o que de mais significativo ocorreu durante a ação, decide se quer partilhar com os outros e procura a forma correta de o fazer, confrontando-se com a reação dos outros. Para o fazer, elabora o que inicialmente não passou de uma vivência provocada e atribui-lhe significado em função de experiências anteriores.

Assim sendo, centrar-nos-emos aqui essencialmente na avaliação de processo, mais concretamente, numa avaliação qualitativa e quantitativa.

A avaliação qualitativa refletiu-se na observação dos comportamentos, participação e interesse nas atividades propostas. Já no que concerne à avaliação quantitativa, utilizou-se como instrumento pré e pós teste, o Questionário de Avaliação LEQ, fornecido pela equipa técnica de suporte, com o objetivo final de se proceder a uma avaliação de impacto.

Neste caso, o LEQ fora aplicado com o objetivo de pesquisar e avaliar os resultados obtidos na implementação deste projeto, uma vez que enfoca habilidades gerais de eficácia pessoal.

Ao longo de todo o processo, realizaram-se reuniões de supervisão quinzenais com a presença das psicólogas estagiárias e da supervisora Professora Dr^a. Ana Meireles, com a orientação da Dr.^a Anabela Monteiro e da Dr.^a Carla Rocha, ambas afetas ao Núcleo de Apoio Técnico da Direção Regional do Norte, IDT. De referir que, nos vários momentos, procedeu-se ao protocolo de avaliação estipulado pelo IDT, mais concretamente nos

procedimentos que os aplicadores³⁰, também designadas como MJ, devem assegurar ao longo das diferentes fases de aplicação (Anexo III).

Desde a primeira sessão, os jovens demonstraram-se motivados, dinâmicos e participativos nas atividades propostas, minimizando os receios sentidos inicialmente pelas PE's. Salienta-se, um formando, que demonstrou inicialmente uma postura de resistência, recusando-se a realizar tudo o que lhe era proposto, ou simplesmente limitando-se a responder ao que lhe era pedido, sem envolvimento pessoal. Foi intuito das psicólogas estagiárias desde o início respeitar o espaço de cada um, mas não excluir a participação de todos. Assim, no decorrer das sessões foi notória uma diferença quanto à sua postura, demonstrando-se cada vez mais ativo e participativo.

Explorar a confidencialidade e a construção das regras, do grupo e do espaço, bem como os papéis de cada um, foi uma mais-valia para estabelecer um ambiente de trabalho agradável e cooperativo.

De um modo geral, ao longo de todas as sessões de jogo, os formandos mostraram-se motivados na realização das atividades, respeitando sempre a decisão tomada pelo respetivo jogador.

A dinâmica de apresentação sugeria que cada um dissesse o seu nome e algo observável em relação ao colega do lado, fornecesse uma informação sobre si próprio e um parecer sobre o seu colega do lado e, por último que acrescentasse algo à sua identificação e dissesse algo que pensa do colega do lado. No final, refletiu-se sobre o receio de magoar o outro e, o confronto com a impressão que o outro tem de “nós”, pois foram os sentimentos visíveis durante a aplicação.

Na sessão seguinte, aquando da exploração das personagens, após apresentação de algumas particularidades das personagens e de um debate inicial, solicitou-se aos jogadores que imaginassem como poderiam fazer uma campanha publicitária, salientando os aspetos que as realçam (às personagens). Recorreu-se a um role-playing, onde os formandos representaram esta campanha. O desafio proposto, apelou à boa disposição e empenho dos formandos, permitindo uma participação ativa mas organizada.

A terceira sessão, destaca-se pelo início do jogo propriamente dito. Iniciou-se com uma breve explicação sobre o decurso do jogo e, sobre o tema da história, “a família”.

No que concerne às temáticas exploradas ao longo dos parágrafos, ambas as aplicadoras perceberam que havia dificuldades em se expressarem e abordarem alguns

³⁰ Os aplicadores deste projeto foram as duas psicólogas estagiárias.

conteúdos. Estas situações foram visíveis quando se abordava a família de cada um, pois todos os elementos mostraram-se hesitantes em expor em público características, hábitos e dinâmicas relativas às suas próprias famílias.

De todos os parâmetros abordados, houve sempre o cuidado de não se colocar de alguma forma a questão, “gosto ou não gosto da minha família”, mostrando sempre uma atitude de respeito e aceitação face a questões que surgiam como especialmente sensíveis, ameaçadoras e desafiadoras para alguns formandos. Assim, procurou criar-se um contexto de expressão e exploração pessoal pautado pela aceitação e apoio, que permitissem aos participantes exporem e reverem algumas das questões que mais o preocupam e fazem sofrer. Os elementos do grupo participaram de forma ativa e voluntária na síntese das características da própria família (p.e., número de elementos no agregado, profissões, horários das refeições e idades dos elementos) no entanto, aquando da exploração do tema “Proximidade entre os elementos da família”, não se mostraram dispostos a cooperarem, através das suas resistências, o desafio associado a esta questão.

Neste momento, optou-se por mudar de tema, guiando-os para um debate sobre os objetivos de vida, incidindo na capacidade de traçar objetivos e de definir os passos necessários para os atingir, bem como na dificuldade em aceitar as limitações. Aqui, surgiu uma grande adesão do grupo em partilhar ideias, sentimentos, experiências e crenças.

Contudo, não seria ético deixarmos no ar a temática anterior sem nenhuma reformulação do conteúdo. Assim, no final da sessão, entregou-se a cada formando uma folha A4 com a frase “Jantar em família Vs. Cada um come à sua hora”, solicitando-lhes como trabalho de casa, que escrevessem tudo o que lhes surgia em mente ao olhar para a frase. Na sessão seguinte, embora uns com as folhas dobradas em quatro, outros em oito, todos as entregaram. Daqui, retiraram-se algumas ideias (salvaguardando sempre a identidade dos intervenientes), que foram convertidas em frases e colocadas em cartolina e, numa sessão posterior expôs-se para debate. Seria principal objetivo perceber junto ao grupo, se existem nas suas famílias tempos de partilha, bem como a importância da alimentação na dinâmica familiar. Procurou-se ainda saber junto deles, interferências que possam existir durante o jantar, nomeadamente comer com a televisão ligada e atender o telemovel durante a refeição. Maioritariamente, alega ser um momento indiferente para a família, i.e., “raramente nos encontramos”.

A abordagem ao tema “pontos de encontro”, foi um dos que gerou maior discórdia entre os formandos, pois é um grupo que apresenta diferentes estilos.

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

Em qualquer época, os jovens destacam-se pela atitude diferente, a linguagem, a roupa e os sons que costumam ouvir, ou seja, processos da construção de identidade quase simbiótica e indiferenciada com o respetivo grupo. Os jovens e adolescentes de distintas épocas, lugares e ambientes sociais procuram constantemente dar às suas ações um estilo de vida que lhe seja peculiar, estilo este muitas vezes caracterizado pela inovação, pela negação dos valores considerados tradicionais. O lazer assume nesse sentido um contexto de possível fruição destas expectativas, atrelado a valores e significados que influenciam e são influenciados pelo modo de vida deste jovem em sua cultura mais ampla.

Em relação ao tema do tabaco, houve alguma consonância, dado que todos os elementos são consumidores de tabaco, discordando apenas na diferença entre o gostar de fumar e o gostar do cheiro. Além da convivência inevitável com os potenciais malefícios do tabaco, todos os elementos denominaram-se como “dependentes” e afirmam ainda que “fumar é socialmente aceite”. O cigarro é descrito como uma muleta química (ainda que inadequada) que possibilita enfrentar ansiedade e o stress.

A dependência e o consumo de substâncias psicoativas, originou um debate alargado, visto alguns discordarem de algumas afirmações proferidas pelos colegas, e.g., “Todas as drogas causam dependência”.

Das diversas dinâmicas de grupo realizadas, a atividade Role - Playing “Mãe/Pai & Filho” e, “Passar os meus problemas”, destacam-se pelo empenho e entusiasmo acrescido no desempenho das mesmas, bem como o debate em torno destas.

Na primeira atividade supracitada, o objetivo prendeu-se com o experienciar dificuldades, nomeadamente a responsabilidade, autoridade e assertividade patentes no papel de pai/mãe. Os intervenientes mostraram-se interessados em assumir este papel da melhor forma possível, acentuando como principais dificuldades acatar ordens “dadas pelos pais”. Importa referir que maioritariamente adotaram (enquanto progenitores) comportamentos autoritários, rígidos, com presença de ameaças físicas e constantes castigos. Enquanto filhos, mostraram-se desprendidos de obrigações e respeito pela figura de autoridade.

Após todos os elementos passarem por ambos os papéis afirmaram, de forma espontânea e unânime que não é fácil representar o papel de mãe ou pai e impor regras quando no dia-a-dia, como filhos, não as cumprem. Após esta reflexão por parte do grupo, as PE's sentiram, o dever do “objetivo cumprido”.

“Passar os meus problemas”, uma dinâmica em que foi atribuído a cada jogador uma mola de tamanho pequeno, distribuídos pela sala, e cujo objetivo era, aquando do sinal das aplicadoras, prender as molas nos outros. No entanto, nas três repetições do jogo, havia sempre alguém com instruções para simular alguma limitação física. Como temas de análise, sugeriu-se a comparação das molas a problemas, a tendência para aqueles que estão limitados acumularem um maior número de molas/problemas, quais os elementos frágeis e, as estratégias de ataque e de defesa/proteção.

Outro conteúdo trabalhado, abordava a importância do respeito pelo espaço físico e íntimo e pessoal (o próprio quarto) que cada um necessita para aí vivenciar de forma única os seus sonhos e esperanças. Na atividade “Pára-Agora”, observou-se quais as distâncias de segurança que cada um cria, assim como o sentimento de ameaça (distribuição diferente do espaço em função da localização e da relação que se tem com quem se aproxima).

Tendo em conta, os momentos de reflexão, final da cada sessão, procurou-se desenvolver três planos, nomeadamente, o plano vivencial do jogo (“Como foi?”), o plano afetivo (Como se sentiram?) e o plano de avaliação da performance (“Era o que estavam à espera?”).

A aplicação deste projeto pressupõe um processo avaliativo permitindo fornecer, quer aos aplicadores, quer à equipa técnica de suporte, quer ainda à coordenação central do projeto, uma noção quanto à evolução do processo de implementação. Naturalmente, que o modelo de avaliação que preconizamos é mais vasto e complexo do que o que vamos propor nas próximas linhas.

Assim, o balanço final deste projeto é bastante positivo. No que a mim me diz respeito, fica a satisfação pela adesão positiva da participação dos formandos ao longo das sessões, a partilha de opiniões e reflexões, com o intuito de ajudar os nossos jovens a fazer escolhas e tomando um rumo certo.

Concluo ainda que, os objetivos iniciais propostos foram parcialmente atingidos, assim como o desafio do grupo de descobrir a história de cada um, ajudando-os, sempre que necessário, a decidir o que fazer perante determinada situação.

Contudo, seria impossível saber, à data do término desta aplicação, o grau de “atingibilidade” de algumas temáticas exploradas. Mas, foram lançadas algumas sementes que agora, só o tempo se encarregará de dizer se atingiram ou não a maturidade.

2. Programa de Competências Pessoais e Sociais: “Projeto Prival”³¹

O Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais e Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas, surgiu com o objetivo de dotar os jovens de informação e competências, pessoais e sociais, necessárias para adotarem comportamentos racionais, responsáveis e autónomos perante as diversas substâncias psicoativas.

A PRIVAL tem como intuito desenvolver intervenções preventivas e de reinserção no concelho de Valongo, em contextos e grupos-alvo devidamente identificados e registados, como as centenas de alunos que frequentam as escolas do concelho, os consumidores de todo o tipo de substâncias psicoativas e as famílias beneficiárias do RSI (Rendimento Social de Inserção), ainda que estes projetos se instituem como uma porta aberta a toda a população. Este projeto resulta de duas candidaturas que a ADICE³² realizou ao Programa Respostas Integradas (PRI), no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP).

Num primeiro momento começou-se por reunir inicialmente com a Supervisora do Projeto, Dra. Susana Machado, de forma a prestar orientação/descrição individualizada do grupo, nomeadamente informação sobre características pessoais, dinâmica comportamental, educacional e familiar particularizada. Estiveram também presentes nesta primeira reunião as Técnicas da Prival (Dra. Armanda Bragança e Dra. Marina Almeida), na qualidade de técnicas implementadoras do projeto neste grupo-alvo.

Tendo em conta o grupo-alvo ser constituída por jovens que apresentam baixas expectativas em relação aos estudos, nomeadamente desinteresse no curso em que estão inseridos, maioritariamente salientam não querer seguir a carreira de bombeiro, frequentando apenas pela obrigatoriedade e pela conclusão do 9º ano de escolaridade, para assim poderem trabalhar noutras áreas.

De acordo com as particularidades do grupo, conforme citadas anteriormente, o programa foi planificado (Anexo IV) para dez sessões de 90 (noventa) minutos, tendo iniciado no dia 12/10/2011 e terminado no dia 14/12/2011. A planificação das sessões pressupôs, desde logo, uma intervenção grupal, devido ao tempo disponível para a aplicação do programa. Assim sendo, este apresentou-se em duas fases. A primeira teve a

³¹ Divulgação do projeto - Anexo IV.

³² Associação para o Desenvolvimento Integrado da Cidade de Ermesinde (ADICE) – cuja missão rege-se pela promoção de atividade rumo ao desenvolvimento local, contando a parceria de diversas entidades, nomeadamente, a AHBVV.

designação de “Treino de Competências Pessoais e Sociais” tendo sido planeada para 9 horas. A segunda fase correspondeu ao “Desenvolvimento de Estratégias Preventivas Face ao Consumo de Substâncias Psicoativas” e foi planificada para 6 horas.

As sessões direcionadas para o treino de Competências Pessoais e Sociais, passaram principalmente por desenvolver competências de autoanálise (no sentido da promoção do autoconhecimento), promover a reflexão acerca das fragilidades e potencialidades pessoais, bem como reconhecer o “EU” enquanto dimensão complexa e profunda, resultado da relação com os outros e com o mundo.

Relativamente aos temas abordados, a maioria dos formandos evidenciou interesse, curiosidade e motivação, tendo alguns salientado a segunda parte do programa com a temática das dependências, tendo outros preferido a primeira, nomeadamente, os estilos comunicacionais.

Como parte predominante da personalidade dos seres humanos, o autoconceito denota a forma como a pessoa se percebe a si mesma e inclui a consideração do que é. O autoconceito foi associado à forma como a pessoa pensa, age e sente e abarca aspetos físicos, comportamentais e mentais. Valoriza-se o seu estudo por ser um fator que intervém no desenvolvimento ótimo ou inadequado do indivíduo em todos os aspetos da sua vida.

De acordo com Valdez e Reyes (1992), o autoconceito define-se então como uma estrutura mental de carácter psicossocial, que implica uma organização de aspetos comportamentais, afetivos e físicos, reais e ideais, acerca do próprio indivíduo, que funciona como um código subjetivo de ação em relação ao meio ambiente interno e externo que rodeia o sujeito.

Muito ligado ao termo de autoconceito encontra-se o de autoestima, apesar das intenções de unificar e diferenciar estas definições (De Onãte, 1989). Para Allport (1986), a autoestima indica, de forma direta, como se sente a pessoa em relação à percepção de si mesma. Reflete o nível de autossatisfação ou aceitação (Fitts, 1965). Relaciona-se com algumas imagens específicas que o sujeito identificará como desejáveis ou não desejáveis, com base na sua experiência, considerando-a como positiva ou negativa, aprovando-a ou rejeitando-a de acordo com a própria percepção de si mesmo.

As últimas quatro sessões tiveram como finalidade o desenvolvimento de estratégias preventivas face ao consumo de substâncias psicoativas, recorrendo ao método expositivo, interrogativo e ativo. Neste momento, tornou-se conscientes os fatores protetores e de risco, efeitos e consequências do consumo de substância psicoativas.

Após implementação do respetivo projeto, efetuou-se reunião com as técnicas, no sentido de em termos formais (e não informais, como as realizadas semanalmente) apresentar resultados obtidos do grupo.

O programa foi alvo de uma avaliação qualitativa e quantitativa. A avaliação qualitativa consistiu na observação de comportamentos dos jovens, da sua participação nas atividades, interesse, iniciativa e espírito crítico. Para além disso, foram usados outros instrumentos como a escala de valores e atitudes face ao consumo de substâncias, assim como questionários pré e pós intervenção. A avaliação quantitativa teve por base a realização de uma ficha de consolidação de conhecimentos acerca dos conteúdos abordados. Relativamente à ficha de conhecimentos, é de referir que a maioria dos formandos obteve classificações superiores a 90%, com exceção de dois, cujos resultados se situaram entre os 75% e os 89%.

Para uma avaliação de comportamento de risco na adolescência, é necessário, antes de tudo, compreender a dimensão psicossocial, na qual o jovem está inserido. Por outro lado, a violência intra e extrafamiliar tem atingido proporções alarmantes, e os jovens podem ser tanto vítimas como agressores.

As relações sociais e a existência de uma rede de apoio social têm sido das variáveis que maiores efeitos preditores apresentam no bem-estar psicológico, muitos estudos demonstram que as pessoas com uma maior rede de apoio social, contactos sociais, amigos, são as que reportam níveis mais elevados de bem-estar (Bizarro, 1999), desenvolvendo um autoconceito positivo (Silva, 2004). As redes sociais são extremamente importantes para o desenvolvimento dos adolescentes. Verifica-se que a delinquência e vários tipos de perturbação comportamental entre os adolescentes e jovens adultos está intimamente associada à dificuldade de estabelecer relações com os colegas na infância e na adolescência (Silva, 2004), daqui se pode pressupor que este será um fator que pode aumentar a perceção de bem-estar psicológico.

Considerando que a aquisição de competências pró-sociais possibilita ao sujeito e mais especificamente aos jovens um maior bem-estar e autoestima e menores níveis de depressão, ansiedade, delinquência e comportamentos antissociais (e.g. Segrin et al., 2007; Diener & Fujita, 1995; Rubin, Dwyer, Booth-LaForce, Kim, Burgess, & Rose-Krasnor, 2004), pode-se considerar que jovens que por diferentes razões não adquiriram essas competências no seu desenvolvimento, são jovens de risco e potenciais alvos de um menor bem-estar psicológico. Autores como Sørli, Hagen e Ogden (2008) evidenciaram nas suas

investigações que tanto o comportamento pro-social como o antissocial têm elevados níveis de estabilidade ao longo da adolescência, pelo que é essencial a prevenção e promoção ao nível dos jovens de risco. Estes jovens deverão ser merecedores de especial atenção por parte dos técnicos, num âmbito institucional, no sentido de ocorrer uma intervenção preventiva ou promocional com os mesmos, com o objetivo de aumentar as suas competências pessoais e sociais.

Perante este pressuposto, tornou-se clara a necessidade da intervenção da Prival ao nível da Promoção de Competências Pessoais e Sociais e Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas. Este projeto de indiscutível interesse procura estimular a capacidade de reflexão do grupo-alvo, consciencializando-o dos efeitos e consequências dos seus atos, criando bases futuras para a responsabilidade social.

No que diz respeito aos/às formandos/as, de uma forma geral, estes evidenciaram comportamentos adequados e um elevado nível de motivação. No decorrer das sessões fizeram intervenções pertinentes, participaram e interagiram nas atividades propostas. Apesar disso, devemos reconhecer que alguns elementos desta turma apresentaram maiores dificuldades em manterem-se concentrados nas atividades, dispersando a sua atenção com maior facilidade, revelando alguns problemas de comportamento, nomeadamente atrasos recorrentes, postura e discurso incorretos para uma sala de aula, para além de falta de atenção e a tendência para as conversas paralelas com o colega do lado. De salientar um formando, consumidor assumido de haxixe, demasiado intransigente nas suas opiniões e tomadas de decisão, não as sabendo expor de forma assertiva, um outro formando com uma postura muito agressiva, e outros dois, também eles consumidores de haxixe, que demonstraram várias vezes comportamentos desadequados. De referir ainda o uso abusivo do telemóvel na sala de aula por parte de um dos alunos.

Quanto à avaliação do programa efetuada pelos formandos, estes valorizaram a relação empática estabelecida com as técnicas, bem como a forma como os conteúdos foram expostos e a clareza da linguagem utilizada.

Ainda que esta intervenção tenha sido mais prolongada do que a levada a cabo nas escolas pelas Técnicas da Prival, mercê tratar-se de um curso CEF e, por isso, com uma maior flexibilidade a nível curricular, parece, contudo, importante referir que, idealmente, o programa deveria ser desenvolvido num espaço de tempo ainda mais alargado, no entanto, e dada a legitimidade do cronograma do curso, tal não foi possível.

A opção mais viável para as PE's, de forma a dissecar os efeitos da intervenção, passou por, além da frequente articulação com as Técnicas da Prival, organizar uma pós sessão com o grupo-alvo. Decorrente deste conjunto de informações, importa ressaltar que este programa foi bem aceite por todos os elementos integrantes, respondendo de forma ativa e participativa a todas as atividades, resultado num impacto francamente positivo.

3. Programa de Educação para a Sexualidade

A abordagem realizada junto destes grupos incidiu, sobretudo, em valorizar aspetos e questões diretamente relacionadas com a dimensão psicológica e afetiva da sexualidade. Desta forma, estabeleceram-se como temas centrais a abordar, o conceito de sexualidade, a importância das relações interpessoais, a diferenciação emocional, os papéis sexuais e abuso sexual, foram temáticas centrais estabelecidas para esta abordagem.

Na planificação desta intervenção, teve-se como principal cuidado a constituição e as características dos grupos-alvo, visto que ter-se desenvolvido junto das duas turmas (A e B).

Assim, em conjunto com a Dr.^a Carla Gonçalves, elaborou-se um plano de sessões (Anexo V), onde ficou estabelecido que se iriam concretizar em cinco sessões, com a duração de 90 (noventa) minutos cada, num período compreendido entre os dias 23 de Setembro de 2011 e 21 de Outubro de 2011.

A sexualidade humana, é bastante complexa, comportando várias dimensões, entre as quais se destacam, uma biológica (como a fertilidade e reprodução, nível de resposta sexual, aparência física, crescimento e desenvolvimento), uma psicológica (entre as quais, o autoconceito, a motivação, as emoções, as atitudes de aprendizagem e comportamento aprendido), uma dimensão histórico-cultural (a família, os pares, a escola, casamento) e ainda, uma dimensão ética (ideias, valores, crenças religiosas, opiniões e ações morais) (Carvalho, 2008).

Assim, e atendendo ao papel que estas dimensões desempenham no desenvolvimento e comportamento humano, seria de todo ilegível valorizar uma em detrimento de outra, pois todas interagem originando uma realidade simultaneamente Bio-Psico-Social.

A sexualidade reúne uma série de dimensões que se articulam para criar uma realidade complexa de natureza bio-psico-social, considerando-a como uma “energia motivacional” que influencia e é influenciada ao longo da história, sendo um importante organizador social. Paralelamente, constitui-se como um elemento de estruturação psicológica fundamental, pois, a sua expressão possibilita o desenvolvimento de capacidades necessárias à vida de relação.

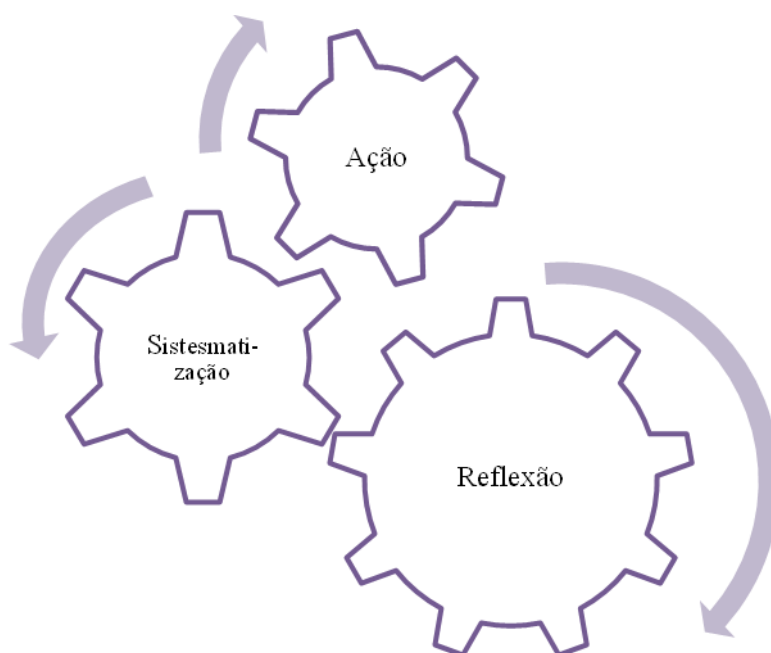
A escola enquanto espaço de socialização das crianças, adolescentes e jovens assume, um papel fulcral no desenvolvimento e implementação da Educação Sexual, enquanto contributo para a aquisição de competências pessoais e sociais sobre a sexualidade, visto que tem competência para contribuir da forma mais adequada com informação coerente e credível nesta área (Matos & Sampaio, 2009).

Segundo Carvalho (2008), a única forma de a Educação Sexual chegar a todos os indivíduos é através da escola. Pois, apesar de conscientes de que é sua responsabilidade esclarecer sobre todas as dúvidas ligadas à sexualidade, a maioria dos pais defrontam-se com várias dificuldades de o fazer, optando pelo silêncio (Moita & Santos, 2010).

Para Vaz, Vilar & Cardoso (1996), a Educação Sexual pode ocorrer em três contextos distintos, o informal, o não formal e o formal, segundo. A Educação Sexual informal surge ao longo da vida sendo marcada pela experiências do dia a dia, ocorrendo de forma não consciencializada, através da família, das relações sociais próximas e todo o contexto cultural que envolve o indivíduo. A Educação Sexual formal, em geral, desenvolve-se na escola, tendo como principal dinamizador o professor. A não formal, recorre a agentes dinamizadores alternativos como, por exemplo, os meios de comunicação, em tempos extra curriculares ou paralelamente ao sistema educativo formal.

No que concerne às metodologias utilizadas, uma vez que se pretendia o envolvimento o mais direto possível dos jovens em todo o processo, privilegiou-se a utilização de metodologias ativas e participativas.

Figura 6 – Dinâmica das metodologias utilizadas nas sessões



A discrepância de idades dos elementos presentes, foi também um dos fatores com influência na escolha por este tipo de metodologia. Assim, recorreu-se a dinâmicas de grupo, como jogos pedagógicos e *Brainstorming* (“tempestade de ideias”), debates e, exposição de conteúdos (Anexo V).

Esta tabela apresenta uma breve síntese das sessões realizadas, contendo os principais conteúdos/temas abordados e trabalhados ao longo das sessões.

Tabela 6: Sessões sobre a Sexualidade

Dimensão Psicológica	Noção de sexualidade; A sexualidade nos diferentes ciclos de vida, com maior incidência na adolescência; A construção da identidade; A importância da afetividade no desenvolvimento sexual; Papéis sexuais; Atividade Sexual Precoce; Mitos acerca da sexualidade; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's); Abusos sexuais e outros tipos de agressão; O planejamento familiar.
----------------------	--

A primeira sessão iniciou com uma breve apresentação da psicóloga estagiária e dos objetivos desta intervenção e, numa perspetiva de gerar um ambiente de confiança e colaboração na abordagem a esta temática, solicitou-se aos formandos uma pequena apresentação, no sentido de “quebra-gelo”.

Após todas as apresentações, iniciou-se a atividade com abordagem ao conceito de sexualidade. De um modo geral, em ambas as turmas, todos participaram ativamente, permitindo com esta “tempestade de ideias”, organizar e explorar este tema a partir dos conhecimentos prévios de cada um.

A resposta à questão, “O que é a sexualidade?” não é simples. A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo do seu ciclo de vida que engloba múltiplas facetas e dimensões. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade é “uma energia que nos motiva para procurar o amor, contato, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e, ao mesmo tempo, ser-se sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001, p. 16). De certa forma, esta definição rompe com a visão instintiva e biológica centrada no ato sexual, acrescentando-lhe componentes emocionais, cognitivos, relacionais e éticos. Por isso, embora distintos, os conceitos de sexo e sexualidade estão profundamente relacionados.

Em seguimento, procedeu-se a uma pequena exposição das diferentes fases de desenvolvimento ao longo da vida, com especial enfoque nalgumas características da sexualidade longo da vida/ ao longo do desenvolvimento psicogenético. Após uma breve exploração sobre as ideias de cada um relativamente ao assunto em epígrafe, tendo em conta que o maior ênfase se procedeu em torno da adolescência, realizou-se uma dinâmica, “descobrimo a adolescência”, desenvolvida em torno de uma reflexão sobre o que é ser adolescente “hoje”. O objetivo principal prendeu-se em refletir até que ponto é fácil ser adolescente, o porquê de ser fácil para uns e difícil para outros e, com quem é que os adolescentes conversam sobre esta etapa das suas vidas.

O ser humano necessita de contato e vinculação, como ser de relação e comunicação que é, e é na adolescência e início da idade adulta que essa vinculação pode assumir um caráter particularmente sexual. Segundo López & Oroz (1999), estabelecem-se dois tipos de vinculação neste período do ciclo de vida, vinculação de natureza social e vinculação de natureza sexual. A vinculação de natureza social, desenvolveu-se

inicialmente na infância, adquirindo o seu pico máximo na adolescência, e estrutura-se em torno de três afetos básicos, o apego, a amizade e a empatia. No que concerne à vinculação de natureza sexual, esta caracteriza-se pela trilogia dos afetos sexuais, o desejo, a atração e o enamoramento.

Na turma B foi possível abordar-se ainda, nesta sessão, a temática “construção da identidade”, enquanto que na turma A, apenas se iniciou na sessão seguinte. Pois, estes demonstraram-se mais participativos na atividade anterior, o que levou até ao término do tempo de sessão.

A segunda sessão iniciou, na turma B, com a realização de uma atividade centrada na “linguagem popular” utilizada para definir certos temas relacionados com a sexualidade. Após exposição do tema e, fornecendo-lhes algumas palavras chave, como p.e., “ato sexual”, foi-lhes dada total liberdade para expressarem, de forma escrita, os termos equivalentes que conhecem. O grupo A, iniciou pela abordagem ao tema da “construção de identidade” e, só depois se partiu para esta dinâmica.

Nesta sessão, explorou-se ainda, a importância da afetividade e emoções. Segundo Sampaio (1987, p.19), “a educação sexual é apresentada como um aspeto da educação afetiva com influências na formação da personalidade, na socialização e na escolha de um conjunto de valores morais pessoais” Vygotsky, Piaget e Wallon, convergem os seus postulados teóricos ao defender a ideia de que a evolução da afetividade depende das construções realizadas no plano da inteligência, assim a evolução da inteligência depende das construções afetivas. Falar acerca das emoções no funcionamento psíquico é, antes de tudo, lidar com a subjetividade que envolve as pulsões. Morin (2000, p.59), refere-se à complexa subjetividade humana ao afirmar que “Neste ser bipolarizado e complexo habitam as crenças nos deuses em convivência harmónica com os conhecimentos culturais, racionais e materiais. O desenvolvimento do conhecimento racional-empírico-técnico não é superior ou anula o conhecimento simbólico, místico, mágico ou poético”.

Em torno deste tema, criou-se um espaço de reflexão e de comunicação entre todos, permitindo aos formandos revelarem as suas experiências pessoais associadas aos mais diversos tipos de sentimentos e emoções.

Ainda neste seguimento, emergiu um debate ativo em prol das diferentes opiniões e perspectivas, p.e., “para haver ato sexual não é necessário ter afetividade”. Surgiu ainda, uma maior necessidade em clarificar o significado de “afetividade”, na turma A.

Com o início de mais uma sessão, e no seguimento das sessões anteriores, realizou-se algumas atividades sobre os papéis sexuais no nosso contexto cultural. Por fim, gerou-se um debate, de forma a criar uma “tempestade de ideias”, em relação aos mitos acerca da sexualidade.

É no período de transição da adolescência para a idade adulta, resultado da interação com o ambiente relacional envolvente, que a maturidade psicoemocional se vai fortalecendo. Pois, a imaturidade psicoemocional do adolescente bem como a fraca autonomia do jovem adulto, colocam-nos numa posição vulnerável em relação à saúde sexual e reprodutiva, estando, particularmente, expostos a problemáticas como “*gravidez indesejada, aborto, infeções sexualmente transmissíveis, assédio e violação*” (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2010, p. 5). Para fazer face a estes problemas, nos últimos anos tem vindo a ser cada vez mais discutido a pertinência de programas de educação sexual que visam a promoção da saúde integrada numa lógica de formação pessoal e social.

A exploração da temática DST's surgiu numa sessão posterior, em que, visto os formandos terem acesso a computadores portáteis e internet, solicitou-se que em 15 minutos, divididos em três (turma B) e 4 (na turma A) grupos, fizessem uma pesquisa sobre o tema supracitado. Após este tempo, pediu-se que cada grupo elegesse um porta-voz, para se refletir sobre o tema supracitado.

Para finalizar, na última sessão abordou-se os temas, abusos sexuais e outros tipos de agressão e o planeamento familiar. De forma a verificar a pertinência desta intervenção, gerou-se uma reflexão final conjunta sobre todas as temáticas e sessões realizadas.

De salientar que, ao longo das sessões foram realizadas mais algumas atividades práticas, nomeadamente, um role-playing.

A utilização de metodologias ativas e participativas, assim como o recurso a uma linguagem idêntica à utilizada no meio envolvente destes jovens, tornou-se sem dúvida uma mais valia, proporcionando um ambiente agradável, de confiança e de cooperação para a exploração desta temática, contribuindo grandemente para cativar a atenção dos grupos. De um modo geral, todas as atividades propostas funcionaram de forma positiva, sendo que, naturalmente algumas despertaram um maior interesse em alguns formandos e outras noutros, sugestivamente, devido a gostos e ideais distintos. Salienta-se, o brainstorming que revelou ser uma alternativa surpreendente na introdução ao tema, uma vez que lhes permitiu expressar tudo o que lhes ocorria quando pensavam na palavra sexualidade. As atividades desenvolvidas na abordagem aos papéis sexuais, assim como a

atividade da “linguagem popular”, despertaram, também, bastante entusiasmo em ambos os grupos.

Em relação ao domínio de conhecimentos sobre a temática sexualidade, foi possível observar que estes estavam mais patentes na turma B, sugestivamente, uma vez que este grupo é constituído por indivíduo com mais idade. Não obstante, as sessões desenvolvidas permitiram aprofundar determinados temas ou relembrar e reforçar outros igualmente importantes.

Não posso finalizar, sem referir, como mais valia, o facto de ter uma mãe (turma A) e um pai (turma B) adolescentes, que partilhando a sua história de vida permitiram visualizar uma realidade próxima.

A avaliação da implementação realizou-se qualitativamente, através da observação, no que concerne à participação, motivação e postura em sala dos formandos.

Assim, findo com a convicção de que esta intervenção teve um impacto positivo em todos os intervenientes, reforçando a ideia de que, é sem dúvida necessário que exista um investimento intelectual, afetivo e emocional que funcione como um impulsionador ao desejo de aprender, não obstruindo ambições e os sonhos de cada jovem.

Capítulo 6 | Consultas de Psicologia Clínica

A Consulta de Psicologia, foi sem dúvida uma atividade bastante exigente, quer em termos de disponibilidade, quer em termos de tempo disponibilizado, quer em termos de preparação.

Numa fase inicial do estágio, esta atividade careceu de um intensivo trabalho de pesquisa e dedicação de forma a preparar a PE, de forma autónoma e sustentada, para a realização das consultas. Salienta-se ainda que, por solicitação da Dra. Carla Gonçalves, em todas as consultas clínicas foram efetuados relatórios sobre as mesmas.

Ao longo do estágio, a PE, acompanhou seis casos clínicos. Assim, num primeiros momento, procedeu-se à recolha da informação através da entrevista clínica, complementando sempre que necessário, com instrumentos de avaliação. Após rigorosa avaliação de cada caso em particular, desenvolveram-se programas/planos de intervenção, facto que me levou a um campo nunca antes explorado, a seleção de estratégias de intervenção.

Realça-se ainda, que para o *estabelecimento de uma aliança terapêutica* eficaz com os pacientes, recorreu-se a técnicas e estratégias que assentam, principalmente, em princípios provenientes da corrente humanista e da terapia centrada no cliente de Carl Rogers – aceitação incondicional e a escuta ativa (ausente de julgamento).

Com a tabela que se segue, pretende-se descrever os casos acompanhados, ilustrando um pouco o trabalho desenvolvido.

Tabela 7: Resumo de casos acompanhados na consulta de Psicologia Clínica³³

Identificação	Motivo da Consulta / Pedido	Instrumentos de Avaliação	Diagnóstico	Objetivos de Intervenção	Estado Atual
D. – 26 anos Masculino	Somatização devido a um acontecimento traumático.	Entrevista Clínica; STAI ³⁴ ; BSI ³⁵ .	Perturbação <i>Stress</i> Pós-Traumático, Perturbação Evitante da Personalidade.	Promover o aumento de estratégias de <i> coping</i> para lidar com situações de <i>stress</i> ; Promover o aumento de autoestima e autoconceito.	Fase final da Intervenção.

³³ Continua na página seguinte.

³⁴ STAI - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade para Adultos.

³⁵ BSI - *Brief Symptom Inventory*.

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

A.G. - 7 anos Feminino	Problemas de comportamento; Atitudes precoces ligadas à Sexualidade.	Entrevista Clínica.	Sem diagnóstico no momento.		Em Intervenção
S. A. - 37 anos Feminino	Alterações de Humor; Isolamento Social.	Entrevista Clínica; BDI ³⁶ .	Perturbação Depressiva Major, Recorrente, Moderada.	Promover o aumento das atividades sociais; Reestruturação cognitiva.	Encaminhament o para psiquiatria; Alta Clínica.
I. A. - 8 anos Feminino	Medo da realização de atividades escolares.	Entrevista Clínica; Desenho da Família.	Sem diagnóstico.		Abandono da consulta.
D. R. - 13 anos Masculino	Mau Comportamento Escolar	Entrevista Clínica; CBCL ³⁷ ; TRF ³⁸ ; Escala de Conners's.	Perturbação de Hiperatividade com défice de atenção.	Promover o autocontrolo, atenção/concentração; Estratégias de <i>coping</i> e competências sociais; Fomentar uma maior autonomia.	Em Intervenção.
F. S. - 12 anos Masculino	Ansiedade, fobias e medos.	Entrevista Clínica; CBCL.	Sem diagnóstico no momento.		

³⁶ Beck Depression Inventory

³⁷ CBCL – Child Behavior Checklist

³⁸ TRF – Teacher's Report Form

1. “O Patinho Feio” – Discussão de Caso Clínico

Dinis

*“O mais profundo princípio da natureza humana
É o desejo de ser apreciado”*

William James

Dados de Identificação

“Dinis”³⁹ nascido em 10 de Setembro de 1985 com 26 anos de idade, é do sexo masculino, bombeiro de profissão e reside com a mãe e um irmão.

Encaminhamento / Motivo da Consulta

O paciente foi encaminhado para a Consulta de Avaliação e Orientação Psicológica, a 9 de Junho de 2011, por solicitação do Comandante dos Bombeiros, após recusa em efetuar serviços de urgência com crianças e/ou adolescentes.

O principal motivo que Dinis apresenta para a sua vinda à consulta prende-se com o facto de “*não conseguir ultrapassar o medo que sente quando é chamado para fazer serviços de emergência com crianças ou adolescentes após a morte de um menino*”. Refere que se sente triste, “ansioso”, com sensação de aperto no peito, tem dificuldades em dormir e, sonhos frequentes com a criança.

História do Problema

O encaminhamento foi realizado devido a recusas sucessivas do paciente em efetuar serviços de urgência com crianças e/ou adolescentes, após uma saída de emergência para socorrer uma criança de 8 anos, em que esta não sobreviveu.

³⁹ Com o objetivo de proteger a identidade do paciente, o nome apresentado é fictício

O acidente ocorreu em Março de 2011, Dinis saiu ao toque de sirene, quando chegou ao local deparou-se com uma criança presa por baixo de um trator em Paragem Cardio-Respiratória (PCR) e, com o pai da criança em “estado de choque”, uma vez que este era o condutor. Segundo o paciente, perante aquele cenário “*fiquei parado e sem reação durante uns segundos*”, episódio que nunca lhe tinha acontecido ao longo deste anos ao serviço dos bombeiros. Dinis reforça ainda, “*este caso foi diferente, porque fui dos primeiros a chegar e ninguém imagina o desespero do pai em querer tirá-lo debaixo do trator*”. Após retirarem a criança, procederam ao início de Manobras de Suporte Avançado de Vida durante mais de uma hora. Dinis, “*sente-se culpado*” pelo facto de não ter conseguido transportá-lo “*pelo menos até ao hospital*” com vida, questionando a sua eficiência como bombeiro, e menciona que desde então tem as imagens sempre presentes na cabeça. Refere ainda que, após sair da ambulância, enquanto o médico prosseguia com as manobras, dirigiu-se para o carro dos bombeiros e começou a chorar, ato que “*nunca tinha feito*”. No entanto, foi repreendido pelo seu superior (2º Comandante, aquando da data supracitada) pois, segundo este, “*não tens nada que estar a chorar, pára de fazer figuras tristes*”. Refere que, apesar de emergir um sentimento de revolta por tal atitude, conseguiu controlar as lágrimas e não chorar mais, sic.

Os principais sintomas que o paciente refere prendem-se com sensação de dor, aperto no peito, suores frios, sensação de “negrura”, “angústia” mencionando sentir “vontade de chorar mas não consigo”, humor depressivo, referindo ainda, um batimento cardíaco acelerado, bloqueio no desempenho das suas funções e, dificuldades de concentração patentes em alguns momentos do seu dia.

A partir daquela data, menciona alterações da qualidade do sono, nomeadamente insónias primárias⁴⁰ e, sonhos recorrentes com a criança e com os bombeiros.

Maioritariamente estes sintomas intensificam-se sempre que se lembra da situação, quando tentam abordá-lo sobre o mesmo assunto, nomeadamente quando é chamado a tribunal, e sempre que há uma situação de emergência com jovens e/ou crianças, levando-o mesmo a recusar “sair para aquela situação”. Segundo Dinis, sempre gostou de conversar sobre as ocorrências que se tinham deparado quando regressavam ao quartel, no entanto, em relação a esta, não consegue falar nem gosta que mencionem o assunto (sic).

⁴⁰ Segundo o DSM-IV-TR, a Insónia Primária é uma Perturbação do Sono na área das Dissónias, e é caracterizada por uma perturbação em que os sujeitos têm dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou o seu sono não é reparador, durante pelo menos um mês.

O paciente refere que, apesar de evitar, desde este acontecimento deparou-se com duas situações que envolveram crianças (uma com 8 anos de idade e outra com 3 anos de idade), estando aqui os sintomas mais exacerbados. Segundo este, numa destas vezes “*foi preciso o meu colega dar-me um abanão para eu reagir, pois só me lembrava do outro menino*”.

História Biopsicossocial

Dinis é solteiro e é Bombeiro de profissão. O seu agregado familiar é composto por três pessoas, sendo o paciente, a mãe e um irmão de 29 anos de idade, também este solteiro. É o filho mais novo de uma família de quatro irmãos, proveniente de um meio urbano com um nível socioeconómico médio baixo. Tem dois sobrinhos, filhos do seu irmão mais velho, de 37 anos de idade, com quem mantém um relacionamento próximo. O pai faleceu, de doença prolongada, quando este tinha 10 anos de idade, no entanto, afirma ter conseguido ultrapassar bem a situação embora, sinta “*pena de não o terem deixado ir ao funeral, nem ver, o pai por ser ainda novo*”. Dinis, com muito pesar revela que foi o único irmão a não ver o pai ainda com vida, pois, este faleceu no dia em que era a sua vez de o visitar no hospital, “*estava já pronto para ir, quando vieram avisar a minha mãe e, já não me deixaram ir*”.

O paciente refere ser fruto de uma gravidez desejada e, que não se recorda dos pais lhe falarem de complicações na gravidez, tendo nascido dentro do tempo normal de gestação. Na sua história desenvolvimental não identificou a presença de problemas nas mais diversas áreas, nomeadamente, linguagem, psicomotricidade, social, controlo de esfíncteres, nem doenças graves durante a infância.

Dinis afirma ter tido uma infância feliz, apesar da ausência do pai, devido ao seu falecimento. Recorda-o com saudade, assim como às brincadeiras que este fazia com ele e com os irmãos, proferindo que era “*porreiro connosco*”.

Em relação aos laços familiares, refere que adorava o pai, no entanto, para o paciente a “*mãe é tudo*”. Embora não esteja muito tempo em casa, sempre ajudou a mãe em todas as tarefas, e caracteriza-a como uma mãe presente e preocupada. No que diz respeito aos seus irmãos, sempre teve uma boa relação com eles, embora tenha tido sempre maior afinidade com o seu irmão mais velho, pois era com este que ia para os bombeiros, com quem começou a trabalhar e que sempre o ajudou em tudo.

Até ao momento de ingressar na escola primária, Dinis esteve sempre aos cuidados da progenitora.

Aos 6 anos de idade, iniciou pela primeira vez o seu percurso escolar. Descreve que era uma criança alegre, e que mantinha boas relações interpessoais, embora apenas mantenha um contacto atualmente, sendo este seu vizinho. Nunca demonstrou muito interesse em estudar, pois sempre teve algumas dificuldades nomeadamente, na escrita. A nível de castigos, assumiu que estes eram inexistentes, pois sempre foi muito sossegado e calado (sic).

Aos 11 anos, pouco depois da morte do seu pai, o paciente e a mãe passaram a dormir todas as noites em casa da sua avó materna, para a ajudar nas tarefas, por esta ser cega e, também para que não estivesse só. Algum tempo depois, visto que os irmãos ficavam sozinhos em sua casa, a avó foi morar com eles. Dinis, refere que, em casa desta, dormia com a mãe, no entanto, mesmo tendo “regressado” à sua casa continuou a dormir, até aos 17 anos de idade, para que a avó tivesse um quarto para ela.

Abandonou os estudos aos 13 anos de idade, concluindo o 6º ano de escolaridade, para poder ajudar a mãe nas despesas. Refere que não se importou, pois como não gostava de estudar preferia trabalhar (sic). Há aproximadamente 4 anos, retomou os estudos, obtendo o 9º ano através do processo de RVCC⁴¹.

Após a saída da escola, iniciou pela primeira vez uma atividade laboral, mais concretamente na padaria da irmã, onde “*só tratava do fabrico do pão*”. O paciente refere que este momento foi “bastante importante” para ele, pois além de não gostar dos estudos, ouvira sempre dizer que “*a pessoa sem trabalho não faz nada na vida*”.

Apesar de só ter ingressado efetivamente em Setembro de 2005 no Corpo Ativo dos Bombeiros, já há muitos anos, desde os 8/9 anos de idade, que vinha para o quartel com o seu irmão primogénito que também é Bombeiro (sic). Para Dinis, esta área sempre lhe despertou bastante interesse desde pequeno. Fascinava-o os “*toques das sirenes das ambulâncias e dos carros de incêndio*”. Além de Bombeiro profissional é também voluntário, tendo de cumprir as horas de serviço obrigatório, que se traduzem num piquete noturno semanal, e num determinado número de horas de formação obrigatória. Relativamente às suas funções, gosta de efetuar qualquer tipo de serviços, embora demonstre mais interesse pela área da emergência pré-hospitalar.

⁴¹ Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências – RVCC (Fonte: IEFP).

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

Aos 22 anos, deparou-se como um acontecimento que caracteriza como “*uma grande perda*”, o falecimento da sua avó materna, com a qual mantinha uma forte ligação, “*sofri muito, porque cresci com ela*”.

Dinis, refere que a sua vida social é pouco ativa, tal como na sua adolescência, na medida em que não costuma sair muito com os amigos, pois prefere estar só (sic). No entanto, refere ter alguns amigos com quem gosta de estar e conversar. Nos bombeiros menciona ter uma boa relação com todos, destacando três pessoas com quem considera melhor relacionar-se, sendo que dois destes elementos são do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 23 anos. Acrescenta ainda que, “*pelo menos estes falam comigo e não estão sempre a julgar-me*”.

Atualmente, costuma tomar café à sexta-feira ou ao sábado à noite com alguns colegas, mas não demora muito tempo, pois julga estar a incomodar os outros com a sua presença (sic). Quando o convidam para sair à noite para algum local mais distante que tenha de se deslocar no carro de outras pessoas, por vezes, não aceita pois “*e se elas bebem demais e se esquecem de mim lá?*”. Menciona também que, a mãe não gosta que ele chegue muito tarde a casa porque fica preocupada, mas que “*se tiver de sair saio na mesma*”.

No que concerne à sua vida amorosa, menciona ter namorado apenas quatro ou cinco vezes, tendo sido ele a terminar todas as relações, pois “*não gosto quando começam a colocar muitas questões, como, onde vais? Com quem estás?... não gosto de me sentir controlado*”. Dinis, profere não se ter proporcionado ainda uma relação de maior intimidade com nenhuma das suas namoradas, que conduzisse a uma relação sexual. O paciente revela muita dificuldade a falar deste tema e evita-o frequentemente em consulta, não demonstrando preocupação nem interesse em encontrar alguém neste momento.

Dinis gosta de manter um estilo de vida saudável, raramente come *fast-food*, não fuma nem consome álcool. Nos seus tempos livres pratica desporto, nomeadamente o atletismo, já que “*correr ajuda-me a aliviar o stress*”, vê televisão, ou opta por estar nos Bombeiros pois, “*são a minha segunda casa*”.

Recentemente ingressou num grupo de danças de salão, depois de vários convites de uma colega, onde tem ensaios duas vezes por semana, e que apesar de inicialmente estar bastante renitente, afirma estar a gostar cada vez mais. Mantém uma boa relação com a professora, referindo que esta é simpática e que o ajuda quando está com dificuldades ou quando tem receio de errar nos passos (sic). Em relação aos colegas mantém um bom

relacionamento, embora não tenha grande confiança com eles. No final do mês de Agosto e durante o mês de Setembro, participou em alguns espetáculos, no entanto, profere “não consegui olhar para ninguém... estava cheio de vergonha... não sei se vou mais...”.

De salientar, que neste último mês, no dia do seu aniversário teve um espetáculo, “*não consegui estar feliz, principalmente quando cantaram os parabéns, porque faltava o meu pai lá*”, acrescentando ainda que, “*estava nervoso e não fui capaz de ler em voz alta a carta que me deram com algumas dedicatórias*”.

No que concerne à saúde, desde a fase da adolescência até à atualidade, refere nunca ter tido problemas graves, tendo sido apenas operado uma vez a uma hérnia (em 2010). Mais recentemente teve uma pneumonia, no entanto, já se encontra bem.

Estado Mental

Dinis, apresentou-se às consultas com aparência cuidada e cabisbaixo. Manteve um contacto ocular diminuto nas primeiras consultas melhorando nas seguintes, demonstrando sempre alguma timidez, tensão e nervosismo. Discurso reduzido mas adequado relativamente ao volume, fluxo e velocidade. Pensamento lógico e coerente, e atividade psicomotora normal. Apresentou-se com humor triste na maior parte das consultas, apresentando labilidade emocional, adequado ao conteúdo do discurso. Mais tarde, apresentou pensamentos de morte não demonstrando *insight* do seu problema. O paciente está adequadamente orientado no que diz respeito ao espaço e ao tempo.

Avaliação Psicológica

O processo de avaliação psicológica, desenrolou-se ao longo das primeiras consultas, comportando a observação clínica e a exploração da história de vida do paciente. Este processo englobou, uma entrevista clínica semiestruturada, adaptada do modelo/guião apresentado por McIntyre (1993). Nas consultas posteriores, seguiu-se a aplicação de material psicométrico⁴² em resposta à solicitação disposta no pedido, nomeadamente, a aplicação do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade para adultos (Silva & Correia, 1997), do original State-Trait Anxiety Inventory - STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), bem como a aplicação do Brief Symptom Inventory (BSI) de L. Derogatis (1982).

⁴² Este material psicométrico, pode ser consultado em anexo.

Com o objetivo de avaliar a sintomatologia ansiosa, utilizou-se a adaptação portuguesa do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade para adultos – STAI (Anexo VI). Dinis preencheu, com auxílio da PE, dois questionários, um referente ao Estado de Ansiedade (Y1) e outro aos Traços de Ansiedade (Y2), compostos por 20 itens, cada. Os resultados globais dos seus questionários foram: **Y1=51; Y2=46**. De acordo com os valores normativos, as suas pontuações encontram-se nos valores médios para a sua faixa etária, género e grau de escolaridade, em ambos os questionários. Esta informação indica-nos que o paciente apresenta níveis de ansiedade traço médios, associados a uma baixa autoestima e com um conceito reduzido de autoeficácia, que se foram desenvolvendo ao longo do seu desenvolvimento. Este valor comparativamente aos níveis de estado ansiedade, revelam-se menores podendo pressupor que, perante o acontecimento de vida a que foi sujeito, o estado de tensão e apreensão (ansiedade estado) em atividades quotidianas tornou-se mais exacerbado neste momento. De acordo com a conceptualização da relação entre ansiedade traço e estado de Spielberger (1966), estes resultados poderão sugerir que a ansiedade estado (apreensão e tensão) será resultado dos seus traços de ansiedade, adquiridos ao longo do tempo.

A aplicação do inventário BSI, surge como um indicador de sintomas psicopatológico, permitindo distinguir os indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não apresentam.

Este instrumento é composto por uma lista de 53 frases com problemas e queixas somáticas. Esta escala está dividida em termos de nove dimensões de sintomatologia, sendo elas, somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e três Índices Globais, sendo estas últimas avaliações sumárias da perturbação emocional.

No que concerne às nove dimensões de sintomatologia, verificou-se que o paciente apresenta valores mais elevados para a somatização (1,43), sensibilidade interpessoal (2,75), depressão (2,17), ansiedade (1,67) e, por último, ideação paranoide (1,8). Por outro lado, nos índices globais, o que apresenta valor acima da média é o índice de sintomas positivos (2,03), sendo que os restantes dois índices apresentam valores dentro da média (índice geral de sintomas – 1,19; total de sintomas positivos – 31).

Como podemos perceber, Dinis apresenta um Índice de Sintomas Positivos (IPS), que sugere uma perturbação a nível emocional, estando, comparativamente, acima da média da população geral, tendo como referência um valor do ISP igual ou acima de 1.7.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I: 309.81 Perturbação Pós-*Stress* Traumático, Crónico [F48.1]

Eixo II: 301.82 Perturbação Evitante de Personalidade [F60.6].

Eixo III: Nenhuma.

Eixo IV: Problemas no grupo de Apoio Primário: Morte do pai e da avó

Superproteção por parte da mãe.

Problemas relacionados com o ambiente social: apoio social inadequado.

Outros problemas psicossociais e ambientais – um desastre.

Eixo V: AGF = 55 (no momento da admissão).

Justificação do diagnóstico

De acordo com a problemática apresentada pelo paciente, apresenta-se o diagnóstico de psicopatologia no Eixo I, que será brevemente justificados nesta secção, com base no preenchimento de critérios do DSM IV-TR (APA, 2002).

Os sintomas apresentados pelo paciente, enquadram-se nas Perturbações de Ansiedade, sendo possível estabelecer-se um diagnóstico de Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST) Crónico. Para o estabelecimento deste diagnóstico é necessário a presença uma exposição a um episódio traumático, no momento em que Dinis presencia a morte de uma criança (Categoria A1 para PPST), levando-o a vivenciar um intenso medo e sentimento de impotência e horror relatado em consulta (Categoria A2 para PPST).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), ainda devem estar presentes, pelo menos duas maneiras de reviver este acontecimento. Em Dinis, surgem-lhe recorrentemente imagens da situação traumática desde então tem as imagens sempre presentes na cabeça (sic), pensamentos (Categoria B1 para PPST) e, sonhos aflitivos com a criança (Categoria B2 para PPST). Nos momentos em que associa outras situações ou momentos do dia-a-dia, à situação traumática ocorrida, o paciente revela um sofrimento psicológico intenso (Categoria B4 para PPST).

Há igualmente a procura no paciente de evitar estímulos associados ao trauma, estando presentes três requisitos de diagnóstico de PPST, evidentes através de evitamento de pensar, ou conversar sobre a situação (Categoria C1 para PPST), assim como fuga a

saídas de emergência em que possam estar envolvidos crianças e adolescentes (Categoria C2 para PPST). Revela igualmente, uma diminuição das suas atividades sociais e de lazer, nomeadamente, deixando de ir aos treinos de atletismo, que eram uma área preferencial para Dinis (Categoria C4 para PPST).

Outro critério de inclusão neste diagnóstico refere-se à presença de pelo menos de dois sintomas de “excitabilidade aumentada” (Kaplan 1997), traduzidos na sua dificuldade em conciliar o sono (p. e., dificuldade em adormecer), (Categoria D1 para PPST), dificuldades em concentrar-se nas mais variadas situações diárias (Categoria D3 para PPST) e hipervigilância e ansiedade, (Categoria D4 para PPST).

A presença de todos estes critérios, subsistem numa instalação crónica, por persistirem há mais de 3 meses (Categoria E para PPST).

Dinis aparece neste momento em consulta, quando começa a transparecer um sofrimento clinicamente significativo, com o prejuízo da área ocupacional e das suas funções nomeadamente nos bombeiros (p. e., Recusa a efetuar serviços de urgência) (Categoria F para PPST).

Uma última nota, apenas para referir a presença no eixo II do Diagnóstico Multi-Axial de uma Perturbação de Personalidade Evitante, anterior a este acontecimento traumático. De referir que embora não sendo propriamente o motivo da consulta, é uma perturbação que deve ser trabalhada em consulta, pelas consequências da adaptativas na vida do paciente.

Diagnóstico Diferencial

Sendo que a problemática vivenciada se remete à linha das Perturbações de Ansiedade, será importante referir como a bibliografia refere, às vezes a diferenciação entre diferentes transtornos poderá ser difícil de elaborar, já que na verdade, frequentemente certos transtornos cruzam-se e muitas vezes, coexistem, por isso a indispensabilidade de fazer um diagnóstico diferencial.

Nas dificuldades atuais da história clínica de Dinis, e da recolha dos dados psicométricos identificam-se sintomas ansiosos, que não estão ligados a nenhuma condição médica geral, na medida que este paciente refere não ter patologias relevantes. É de relevar, igualmente, qualquer associação a consumo de substâncias (p.e., Não fuma, nem consome álcool).

Destacam-se em Dinis, o desenvolvimento de ataques de pânico que não poderão ser considerados dentro do Transtorno de Pânico. Os dados da bibliografia são claros a fazer uma diferenciação clara entre os ataques de pânico e este transtorno, pois “eles podem ocorrer noutros transtornos mentais, que não o Transtorno de Pânico, particularmente em Fobias Específicas, Fobia Social e no Transtorno de *Stress* Pós-Traumático” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

É importante, para estabelecer esta diferenciação perceber que os ataques de pânico iniciam-se após o acontecimento traumático, e que apenas parecem associados a esses estímulos ou a situações com ele relacionados. Desta forma, automaticamente se descarta os critérios de Transtorno de Pânico com agorafobia, já que a ansiedade existente se relaciona com “estar em locais ou situações onde possa ser difícil escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de haver um ataque de pânico”, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002). Os temores relacionados com a agorafobia relacionam-se mais com temores de estar fora de casa, no meio de multidões por exemplo, ao contrário do que se passa com Dinis, que se relacionam com um evento traumático que surgiu num momento da sua vida. Através desta clarificação da origem do ataque de pânico, automaticamente se exclui a Fobia Social, já que neste quadro clínicos o objeto fóbico se relacionam “Medo e temor acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho” (APA, 2002). Outro aspeto relevante a referir prende-se com a somatização nos ataques de pânico, que na fobia social estão mais relacionados com rubor facial, contrações musculares e ansiedade no escrutínio dos outros” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997), aspeto que não surge em Dinis, que revela somatizações na gama “*sensação de dor, aperto no peito, suores frios, sensação de negrura, angústia, um batimento cardíaco acelerado e bloqueio no desempenho das suas funções*”, consonantes com os critérios de ataque de pânico.

É importante justificar igualmente a “não opção” por outros diagnósticos acima referidos e dentro do espectro da perturbação de ansiedade, nomeadamente com Transtorno de Stress Agudo (TSA).

Apesar de estarem patentes todas as características comuns a ambas, PPST e TSA, destaca-se apenas um fator decisivo na diferenciação destas duas perturbações que se relaciona com este último ter uma linha de tempo mais limitada, “a perturbação dura no mínimo dois dias e no máximo quatro semanas e ocorre nas quatro semanas a seguir ao acontecimento” (APA, 2002), o que não se verifica com o paciente.

Análise Compreensiva

O motivo que trás Dinis à consulta relaciona-se com um momento de desequilíbrio agudo da sua vida, em que se vê confrontado com um trauma profundo e que o impossibilita de agir.

Sendo esta uma problemática eminente, e neste momento mais evidenciada, visto estar a interferir com a área profissional da sua vida, a PE considera não ser a única problemática presente no paciente.

A PE pensa que há em co-morbilidade a presença latente de um quadro de Transtorno de Personalidade Evitante de já instalado, que parece vir-se a desenvolver desde a adolescência, na medida em que não costuma sair muito com os amigos, pois prefere estar só (sic).

Dinis apresenta extrema sensibilidade à rejeição, que o conduz a uma vida social limitada e retraída, “costuma tomar café à sexta-feira ou ao sábado à noite com alguns colegas, mas não demora muito tempo, pois julga estar a incomodar os outros com a sua presença (sic)”. Apresenta desejo de a ter, evidente ao longo do processo terapêutico pelas tentativas que começa a fazer para ter mais atividades sociais, inicialmente de uma forma esporádica, com alguns avanços e retrocessos.

Na base da sua personalidade, é evidente desde a primeira consulta um traço de personalidade patente de timidez e um receio que os outros, nomeadamente a PE, o rejeite e não o aceite. Em consulta, Dinis mostra recorrentemente uma vontade de agradar, revelando igualmente uma incerteza no seu discurso e falta de confiança, embora ele a tente dissimular, recorrendo a mecanismos de defesa de negação, “... *era uma criança alegre, mantinha boas relações interpessoais*”.

No Transtorno de Personalidade Evitante as pessoas “desejam a interação social, se comparadas com as pessoas esquizoides, que desejam ser deixadas a sós”. Neste transtorno verifica-se também “a recusa a qualquer pedido que lhes seja feito, lava-os ao retraimento e sentirem-se magoados” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997). Estas personalidades também não são tão exigentes, irritáveis ou imprevisíveis quanto as personalidades *borderline* ou *histrionicas* (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

No entanto, Dinis apresenta traços condizentes com uma personalidade dependente, como a bibliografia refere “*os pacientes com personalidade evitante e a dependente são muito similares*” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997). Dinis, revela uma necessidade de ser

cuidado e protegido que o leva a um “comportamento submisso e aderente e a temores de separação” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997), como podemos perceber pelas suas tentativas falhadas de estabelecer relacionamentos amorosos, que o levam sempre a ser ele a pôr termo à relação, pelo medo aterrador de sentir-se abandonado ou de não ser amado” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997) características presentes numa personalidade dependente.

De igual modo, segundo Freud são características da perturbação dependente “uma dependência, pessimismo, medo da sexualidade, insegurança (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997), que parecem coexistir em Dinis.

Assim, a PE considera que Dinis apresenta um quadro de Transtorno de Personalidade Evitante, com a presença de alguns traços de Personalidade Dependente.

No entanto, parece instalar-se após uma experiência traumática, um quadro de Transtorno de *Stress* Pós-Traumático, Crónico.

Dinis revela, uma revivência dolorosa do acidente que vitimou a criança de 8 anos de idade, passando desde então a evitar situações que possam estar associados a este acontecimento, revelando até, sentimentos de culpa de não ter transportado a criança até ao hospital. Do mesmo modo, há associado quando fala desta experiência de um sentimento de humilhação, quando o seu superior o repreende pelo facto de ele chorar. O sentimento de culpabilização e humilhação, levam a sentir-se de alguma forma rejeitado.

No decorrer das primeiras consultas, o paciente revelou uma necessidade extrema de relatar inúmeras vezes o acidente, demonstrando tristeza, sofrimento e culpabilidade acentuada, embora reconheça que “eu sei que não podia fazer mais nada... mas se pelo menos conseguisse levá-lo até ao hospital...”. De salientar, que apesar do paciente já se ter deparado com diversas situações que envolvem a morte, para ele “este caso foi diferente, porque fui dos primeiros a chegar e ninguém imagina o desespero do pai em querer tirá-lo de baixo do trator”.

Devido a este episódio, Dinis inicia um ciclo de sintomas associados à ansiedade, chegando a recusar falar sobre o acidente e a efetuar serviços de emergência com crianças. A ansiedade, conforme May (1980) conceptualiza, é um termo que se refere a uma relação de impotência, conflito existente entre a pessoa e o ambiente ameaçador, e os processos neurofisiológico decorrentes dessa relação. O mesmo autor diz ainda que a ansiedade constitui a experiência subjetiva do organismo numa condição catastrófica, que surge na medida em que o indivíduo, frente a uma situação, não pode fazer face às exigências de seu meio e, sente uma ameaça à sua existência ou aos valores que considera essenciais.

A partir deste momento, o paciente começa a desenvolver ataques de pânico, em contexto situacional⁴³, associados à situação, quer quando revive o acontecimento ou quando falam sobre ele, quer quando tem uma saída de emergência. Perante qualquer uma destas situações, Dinis, inicia comportamentos de evitamento e de fuga sempre que possível.

Como sintomas associados a este quadro clínico e a este momento vivencial, Dinis apresenta uma sintomatologia depressiva, como poderemos evidenciar na avaliação psicométrica (através do BSI), assim como um quadro representativo de Estado de Ansiedade (característica medida através do STAI), que é condizente com a experiência traumática a que foi sujeito, não demonstrando neste momento capacidade adaptativa nem estratégias para lidar com o mesmo.

Do mesmo modo, Dinis desenvolve um quadro de insónias primárias assim como, sonhos recorrentes do acidente. No entanto, evita falar sobre esta situação traumática sempre que o abordam.

A impotência sentida na experiência traumática, para a PE, é o desencadeador de um desequilíbrio patente em Dinis, que não se conseguindo reorganizar, e perante um estado de ansiedade excessiva, leva-o a desencadear um ataque de pânico.

Esta impotência é um elemento importante da sua problemática, já que o paciente parece associar simbolicamente a morte da criança com a morte do seu pai, e a sua impossibilidade/incapacidade em fazer algo por ele assim com se despedir.

Tendo igualmente em conta que esta pessoa tem características condizentes com um Transtorno de Personalidade Evitante, a impotência em agir no momento em que se depara com a criança, leva-o a mais uma vez a assegurar-se que é incapaz, que não é válido, que não tem competências “*Não consegui levá-lo até ao hospital*”. Este pensamento surge de certa forma irracional, levando-o a pressupor que poderia ter feito mais, como se pelo menos ele cumprisse a sua função, o desfecho da situação seria diferente.

Perante *stress* psicológicos muito intensos diferentes pessoas, agem e reagem de formas diferentes, mediante se têm estratégias internas sólidas ou não, para a gestão de diferentes emoções. Assim mediante fatores protetores certas pessoas conseguem fazer uma gestão adaptativa e outras pelos fatores de risco associados à sua vivência, iniciam um

⁴³ Segundo o DSM-IV-TR os ataques de pânico situacionais, com estímulos, ocorrem imediatamente após a exposição a um desencadeador situacional ou na antecipação de tal situação.

quadro desadaptativo e patológico. Existem “fatores predisponentes de vulnerabilidade que parecem exercer papéis primários na determinação do desenvolvimento de um transtorno e que incluem entre outros, presença de trauma de infância; traços de transtorno de personalidade...dependente; um sistema de apoio inadequado...”.

As conceptualizações mais recentes da teoria da vinculação (Bowlby; 1969), embora tradicionalmente usada para descrever o vínculo afetivo estabelecido entre a criança e o seu cuidador (normalmente a mãe), passaram a ir mais além e a descrever uma série de relações significativas ao longo da vida, incluindo as relações de intimidade durante a juventude adulta. Pressupondo que os indivíduos com diferentes padrões de vinculação percebem, nas suas relações, os acontecimentos em função dos modelos de si próprio (i.e., as expectativas gerais acerca do valor do *self*, que regulam a ansiedade nas relações de proximidade com os outros e o medo do abandono) e do outro (i.e., as expectativas gerais acerca da disponibilidade dos outros, que regulam a procura de apoio e de proximidade dos outros) que vão sendo desenvolvidos em relação com as figuras de vinculação. Bartholomew (1990) propõe um modelo bidimensional da vinculação, constituído pelos seguintes padrões, seguro (modelo positivo de si e do outro), preocupado (modelo negativo de si e positivo do outro), desinvestido (modelo positivo de si e negativo do outro) e amedrontado (modelo negativo de si e do outro). O medo do abandono é um dos fatores que também está patente nas relações sociais do paciente, questionando-se “*e se elas bebem demais e se esquecem de mim lá?*”, o que nos remete a enquadrar o paciente num padrão de preocupado.

Dinis, nas relações amorosas mantém um padrão corroborante com a sua personalidade em que estão sempre presentes, a ansiedade, o receio de falhar ou de ser abandonando e a sua baixa auto estima. Segundo Gifford (2004), “...medo da intimidade está também relacionado com o medo de ser rejeitado e, estando esse medo associado a um modelo negativo de si, pode fazer sentido que o medo da intimidade pressuponha também níveis elevados de ansiedade, assim como que sujeitos preocupados - ainda que a procurem - também percecionem a intimidade como um risco.”

Dinis, não se pensa digno, capaz de ter coisas boas para dar ao outro, pelo que com receio que o outro se aperceba disso, faz uma fuga para a frente e antecipa o termino da relação. Dinis é sempre o primeiro a acabar as relações amorosas, porque não se sente suficientemente capaz de lidar com uma possível rejeição (se ela acontecer). Segundo alguns autores (Gifford, 2004; Pilkington & Woods, 1999), e embora as razões pelas quais

os indivíduos sentem medo da intimidade possam diferir, os indivíduos com elevado medo da intimidade que, ainda assim, arriscam em relações de proximidade, podem interpretar os pequenos sinais do outro como mensagens de rejeição. No sentido de se auto protegerem, eles podem enveredar por atitudes e comportamentos que minimizem esse risco, focando-se excessivamente na monitorização dessas mensagens, eles podem acabar por interpretar qualquer comportamento do outro em função das suas expectativas de abandono. Na eventualidade do outro chegar atrasado a um encontro, p. e., o indivíduo com altos níveis de medo da intimidade, interpretando esse comportamento como rejeitante, tenderá a assumir ele próprio comportamentos de rejeição ou distância emocional, de forma a prevenir a dor do abandono.

Estes fatores de vinculação estão obviamente relacionados com a vinculação primária à mãe. A mãe revela-se de alguma forma controladora na relação, leva-o provavelmente a construir-se de forma insegura. Na construção da relação primordial mãe-bebé, se esta não transmite confiança suficiente de que ele é capaz de crescer e assume atitudes superprotetoras, o bebé terá uma imagem e construção de si hesitante e precária.

A construção da identidade pessoal é considerada como uma das tarefas mais importantes da adolescência. Para Erikson (1972), construir a identidade implica definir quem a pessoa é, quais os seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida. O desenvolvimento da identidade pessoal pode seguir caminhos diferentes de acordo com características individuais e sociais (Meeus, Iedema, Helsen, & Vollebergh, 1999). Nesta fase da sua construção de identidade, Dinis sofre como entrave a falta do seu próprio espaço, pois, este dividiu o mesmo quarto com a mãe até aos 17 anos de idade.

Dinis, refere como episódios mais marcantes da sua vida, o falecimento do pai, quando este tinha 10 anos de idade, e o falecimento da avó materna há relativamente poucos anos. A bibliografia e algumas teorias referem que "...as separações traumáticas durante a infância afetam o desenvolvimento do sistema nervoso da criança, de tal forma que ela se torna suscetível à ansiedade na idade adulta (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997). O paciente vê-se agora com menos uma figura de suporte da sua já limitada rede social, que se torna mais um fator de vulnerabilidade, promovendo um acréscimo no Transtorno Personalidade Evitante sintomas depressivos e ansiógenos, "se o sistema de apoio falha, estão sujeitos à depressão, ansiedade e cólera" (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

Relativamente ao pai, o paciente embora considere ultrapassado esta perda, demonstra saudade e refere com angústia o não o terem deixado estar presente nas

cerimónias fúnebres (sic). Importa salientar, o facto de o paciente neste último aniversário “*não consegui estar feliz, principalmente quando cantaram os parabéns, porque faltava o meu pai lá*”. Parece então à PE, haver uma correlação entre o acontecimento traumático a que foi sujeito e a perda do pai. Poderá haver uma identificação de Dinis à criança, e emergirem através daqui sentimentos relacionados com a perda e o luto que não foi bem finalizado, visto ele ter-se deparado com a impossibilidade de se despedir do pai.

O componente emocional ou afetivo do autoconceito é a autoestima e refere-se à aceitação que o individuo tem dos seus atributos e ações, e às emoções que daí advêm (Llor et al., 1995). Assim, Shavelson (1976, cit. por Burges, 2007), define autoconceito conceptualizando-o como a ideia que o individuo constrói de si mesmo, sentida através de experiências e interpretação do seu meio ambiente. Dinis, ao longo da vida foi experienciando algum isolamento e ausência de suporte social, “*a minha vida social é pouco ativa, tal como foi na adolescência...não costumo sair muito, até porque prefiro estar só*”. Este afastamento da vida social parece à PE estar relacionado ainda com o medo de não ser aceite pelo outro tal como é, já que o paciente julga-se pouco interessante, revelando uma construção de uma autoestima baixa.

A autoestima é percebida como algo dinâmica que vai sofrendo alterações ao longo da vida, gerida por acontecimentos intrínsecos e extrínsecos. Estas alterações surgem uma vez que a autoestima é um fator psicológico relacionado com a saúde mental e com componentes sociais (Man et al., 2004, cit. por Kim & Lennon, 2007). O paciente demonstra receio de investir nos outros, isola-se e não tem a retribuição social e o investimento em si que leva a um aumento do seu autoconceito e autoestima. A sua perceção de si mesmo, é solidificada pelo que os outros nos revelam de nós, como nos vemos e se Dinis tem um contacto social limitado, igualmente terá pouca perceção como os outros o veem.

A construção da autoestima e as suas mudanças são consequência das ações e emoções decorrentes da vida com raízes na infância (neto, 1998; Quiles & Espada, 2009). Alguns autores (Quiles & Espada, 2009) defendem que, o desenvolvimento da autoestima passa por várias etapas, e que a perda de alguém significativo dos seus vínculos nesta fase, na infância, poderá influenciar para um défice na construção da sua autoestima.

Dinis, revela uma grande angústia, quando menciona o falecimento da avó materna, com a qual mantinha uma boa ligação afetiva, proferindo “*eu cresci com ela*”. É indescritível o tremendo sofrimento que advém da perda de alguém que nos é querido, pois

já mais alguma palavra conseguiria abarcar uma dor que aparenta ser incomensurável. Sanders (1999, p. 3) relata-a da seguinte forma, “*A dor de uma perda é tão impossivelmente dolorosa, tão semelhante ao pânico, que têm que ser inventadas maneiras para se defender contra a investida emocional do sofrimento*”.

Relativamente às tarefas de desenvolvimento, o paciente afirma saber que é competente naquilo em que se envolve, e que é capaz de fazer as coisas sozinho (sic). Contudo, esta afirmação revela-se contraditória em relação aos comportamentos que demonstra, nomeadamente, o medo de errar e/ou falhar, impedindo-o de desempenhar algumas tarefas, principalmente quando supervisionado por alguém.

Intervenção Psicológica

O processo terapêutico depende muito de uma boa relação psicólogo-paciente, com a promoção de uma aliança sólida. A partir desta solidez poderemos então estabelecer uma relação de confiança que possa ser o propulsor para a pessoa estar mais confiante naquele espaço, para se mostrar a si e às suas dificuldades e assim iniciar-se um quadro de mudança. O psicólogo deve transmitir uma aceitação total do paciente e este sentindo essa atitude permite-se a abordar os seus temores, dificuldades. A PE tentou proporcionar este espaço cada vez mais contendor, que proporcionou passo a passo a Dinis revelar e o seu medo de rejeição, e de fracasso, sem medo de ser humilhado ou julgado. Desta forma, foi-se tentando construir a autoestima do paciente, recorrendo para tal, a técnicas cognitivo-comportamentais, com o treino da afirmatividade, o estímulo a inclusão de novas atividades sociais e promoção de novos relacionamentos psicossociais.

O modelo teórico cognitivo-comportamental, propõe que as nossas emoções e comportamentos são influenciados pela maneira como percebemos e interpretamos os eventos; propõe ainda, que o pensamento disfuncional ou distorcido seja comumente apresentado nos distúrbios psicológicos (Gonçalves, 1993).

Dinis nas primeiras sessões abordava os temas para si mais difíceis de lidar e dolorosos no final das sessões, mostrando o medo e o receio de se confrontar com o problema, o que foi mudando ao longo das consultas.

Foi importante numa fase inicial deste processo, transmitir compreensão e reconhecimento pela dor do paciente, validar os seus esforços e focar o impacto emocional

dos eventos da sua vida. Devido a esta audição atenta, interesse e expressão facial demonstrada para com o paciente, este passou a valorizar-se e a respeitar-se e, por isso, mais inclinado a confiar, o que ajudou a criar um vínculo emocional de confiança e estima.

Em relação às expectativas do paciente, Dinis demonstrou desde a primeira consulta vontade em trabalhar as suas dificuldades, no entanto revelou algum receio e nervosismo nas atividades propostas, principalmente as que implicassem a escrita.

Apesar de Dinis demonstrar sintomatologia depressiva leve, foi necessário intervir na sua autoestima e capacidade de gerir emoções, eliminando a adoção de comportamentos de “fuga” e aumentando as interações sociais, utilizando estratégias de *coping* de forma a substituir certas cognições por interpretações mais orientadas para a realidade.

Perante um quadro de ansiedade, foi pertinente no processo de acompanhamento ajudar Dinis a pensar e desenvolver estratégias pessoais de gestão deste comportamento, promoção de estratégias de *coping*, realizando-se nomeadamente técnicas de relaxamento, nomeadamente Relaxamento Muscular Progressivo de *Jacobson*, que Dinis referiu aplicar, com claras melhorias no seu dia-a-dia. Efetuou-se igualmente uma sessão de resolução de problemas através do registo de situações ou momentos que possam aumentar os níveis de ansiedade (Anexo VI).

De salientar que, o paciente encarou esta intervenção de relaxamento, como uma estratégia de *coping*, que lhe trouxe claras melhorias para o seu dia a dia, proferindo ainda continuar a utilizá-la, nomeadamente ao deitar.

De forma a atenuar o sentimento de culpa devido ao não transporte da criança, solicitou-se ao paciente que realizasse a “carta não enviada”. Dinis recusou a execução desta tarefa de imediato, tendo, a PE, explicado que só deveria elaborar esta carta quando se sentisse preparado. Após várias consultas, o paciente entregou a carta selada voluntariamente, reforçando “*já consegui fazê-la, mas é só para a guardar, não é para a ler.*”

Importa salientar ainda, que na perspetiva de uma melhor intervenção junto à PPST, a intervenção foi orientada para a introspeção, ajudando-o a libertar de sentimentos de culpa subjacentes.

Após várias sessões, em que o paciente foi adquirindo algumas estratégias de *coping*, procedeu-se ao método expositivo de uma situação real. Dinis foi para uma ocorrência de emergência pré-hospitalar, tendo a PE acompanhando-o, de forma a apoiá-lo na substituição de certas cognições que foram emergindo ao longo deste evento.

Ao se trabalharem os aspetos da baixa auto estima, ao longo das sessões o paciente foi percebendo que o seu caminho passaria por estabelecer relações sociais, e em conjunto com a PE, acorda iniciar danças de salão.

A partir deste momento do processo terapêutico, Dinis vai revelando uma evidente melhoria na sua autoestima, chegando a investir no relacionamento com a sua professora. Nesta altura, a PE denota Dinis em consulta menos cabisbaixo, mais ativo, com um humor mais elevado.

No entanto, estes progressos sofreram um abalo quando surgiu a hipótese de fazer um espetáculo, Dinis demonstra novamente alguns receios antigos, que revelam ainda que os seus maiores progressos não estão totalmente solidificados. Dinis vacila quando se vê confrontado com uma exposição mais abrangente a um certo número de pessoas “*não consegui olhar para ninguém... estava cheio de vergonha... não sei se vou mais...*”, num claro comportamento de evitamento.

Recentemente, denota-se que o paciente está a exteriorizar os momentos que não viveu no seu tempo próprio, nomeadamente sai várias vezes à noite, surgem alguns de experimentação, de consumo de tabaco e álcool, i.e., Dinis está a experimentar e vivenciar o que não teve oportunidade de fazer na sua adolescência.

No decorrer das consultas, verificou-se uma melhoria significativa na expressão das emoções/sentimentos (p.e., execução da tarefa da “carta não enviada”, o conseguir expressar acontecimentos menos positivos), nas relações interpessoais (p.e., aumento dos convívios sociais e saídas entre amigos), bem como o autocontrolo da sintomatologia ansiosa.

Nesta fase as consultas foram marcadas com espaçamentos maiores entre si, com o objetivo de diminuir a “dependência” das consultas e promover a autonomia do paciente, preparando-o para a alta clínica. No entanto, a PE denotou um retrocesso na evolução de Dinis, tendo sido proferidos por este “pensamentos de ideação suicida”, o que levou a regressar ao espaçamento inicial das consultas.

Atualmente, pretende-se intervir mais na autonomia junto do paciente, de forma a que este proceda à manutenção dos ganhos ao longo da terapia. Caso estes se mostrem estáveis ao longo do tempo, Dinis terá alta clínica das consultas. Neste momento, a PE, além de exprimir uma expectativa em relação à evolução do tratamento, exprime o desejo de sucesso (que poderá, ou não, acontecer).

Reflexão Pessoal

O caso de Dinis, foi um daqueles casos que me “agarrou” devido á riqueza da sua história e à relação estabelecida desde o início do acompanhamento psicológico.

Em muitos momentos ao longo das consultas, senti que Dinis me via como “uma mãe”, p.e., questionando-me, em jeitos de pedir autorização, “se devia ou não sair”. Por diversas vezes emergiu a necessidade de evocar o pensamento como terapeuta e não como “mãe”, caso contrário não estaria a ajudar o paciente.

Em determinados momentos, surgiu a sensação de que falta algo para a melhoria total do seu quadro, talvez devido a alguns recuos no tratamento. Acredito que não tenho toda a responsabilidade nestes percalços, pois, tal como Moreira, Gonçalves e Buetler (2005) defendem, o processo psicoterapêutico pode ser equiparado a uma viagem de barco e para que corra bem estaremos dependentes de muitos fatores que não podemos controlar, tais como o vento, a ondulação.

Tento trabalhar todas as questões que emergem na vida de Dinis, mas, às vezes, existem fatores que estão fora do nosso alcance.

Contudo, compreender a vida de Dinis foi e será sempre um desafio, pois o processo não se encontra concluído.

Conclusão / Reflexão

Depois de ansiedades ultrapassadas, e de realidades desvendadas, surge a ânsia dum futuro. E um grande objetivo: profissionalismo!

É explícito na introdução deste relatório que o objetivo primordial deste trabalho prendeu-se com a descrição das atividades desenvolvidas ao longo de doze meses de estágio. Subsiste, então, a necessidade de refletir sobre as aprendizagens e experiências adquirida, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, assim como, fazer o balanço final sobre o grande desafio colocado, que foi sem dúvida, o estágio clínico.

Este estágio, constitui claramente o culminar de um dos momentos mais aguardados com entusiasmo, pois além de representar o primeiro contacto com a prática clínica, representa, também, o primeiro contacto com a prática profissional. E, rapidamente se afere que, a realidade profissional é muito dissemelhante da realidade académica, exigindo um grau de responsabilidade superior com elevado empenho e celeridade nas respostas.

Numa perspetiva pessoal, o trabalho que desenvolvi ao longo deste tempo foi bastante satisfatório e enriquecedor. Inicialmente, o receio de falhar e da irreversibilidade dos meus atos assustaram-me, devido à normal insegurança e inexperiência, no confronto com novas situações de contextos adversos.

Gradualmente, ultrapassei a ansiedade e os obstáculos tornaram-se diminutos. As intervenções iniciais trouxeram-me a segurança e o alento que necessitava para continuar e desde então senti-me como sendo “parte integrante daquela casa”. São inesquecíveis, as primeiras experiências, o contacto com os meus pacientes e os seus contextos reais, de vidas que até então desconhecia, as primeiras ilusões e desilusões profissionais, mas também, os primeiros reconhecimentos concretos do meu valor.

Apraz-me dizer que, a disponibilidade e mestria dos conhecimentos transmitidos pela orientadora deste estágio, contribuíram vivamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Na realidade, o papel do psicólogo no contexto dos bombeiros, apesar de ser muito pertinente e importante, é uma área ainda pouco explorada no nosso país. Contudo, apesar das adversidades sentidas, a verdade é que posso conferir a relevância social e institucional no local, pelas diferentes valências em que foi possível estar envolvida.

A possibilidade de realizar uma modalidade de trabalho assente numa pluralidade de intervenções, permitiu-me compreender, antes de mais, a importância da atuação do psicólogo clínico nesta área.

E foi nesse âmbito que, quer no apoio aos bombeiros, quer à população, naturalmente, tive oportunidade de crescer e desenvolver competências, essenciais à prática clínica futura, nomeadamente, competências de diagnóstico, avaliação psicológica, implementação de estratégias de intervenção entre outras, não de menor importância. Estas competências foram crescendo ao longo deste ano, contudo, ainda existe um longo caminho a percorrer para que se consolidem definitivamente.

No que concerne à intervenção preventiva, foi possível, através do estudo exaustivo das necessidades, munindo os profissionais de ferramentas que funcionam como fatores protetores profissionais e pessoais, i.e., dotando-os de estratégias que lhe conferem capacidades para ultrapassar as diferentes situações de *stress* e conflito com que deparam. Não esquecendo, claro, que esta intervenção junto dos jovens dos cursos de educação e formação teve um papel basilar.

O papel do psicólogo na intervenção em crise, tal como na consulta psicológica, abarca uma diversidade de técnicas de intervenção próprias, que passam sobretudo, numa primeira fase, pela análise e avaliação célere da situação, consubstanciada na própria abordagem e transmutação da mesma. Tudo isto se aprende e apreende, já que, a psicologia é a mesma, mas a correr a uma velocidade diferente entre situações de efetivo risco de vida e morte.

Neste sentido, emergiu a necessidade de aprofundar os conhecimentos, o que me levou a procurar e a realizar formações no âmbito desta área específica.

Prestar os “primeiros socorros”, não significa somente, fazer um penso rápido ou levar o ferido para o hospital. Muitas vezes, significa acima de tudo, pegar na mão de quem está fragilizado, transmitindo segurança e tranquilidade diminuindo, assim, o pânico. Normalmente, denota-se uma aqueles que prestam os primeiros socorros, ficam tão, ou mais, expostos quanto aqueles que são socorridos, pois num ambiente de crise e pânico ninguém escapa ileso.

É certo que, os bombeiros têm experiências únicas, mas, quantas vezes precisam lidar com o desespero, porque, apesar do esforço, de muita experiência e aplicando toda a sua competência, a vida que deles depende escapa-se pelas suas mãos.

A Psicologia nos Bombeiros: o Sentir e o Agir

Recorrendo um pouco às palavras do Exmo. Professor Doutor Ludgero Paninho, “... chamo-lhes de propósito porque entendo que há que 'vestir a pele', acompanhar a rotina diária de uma corporação, estar com eles sentindo e intervindo, pôr as mãos na chama que muitas das vezes não é a do fogo florestal mas a do fogo das emoções, da impotência perante a vida que se vê apagar diante de nós, do fogo que é descobrir que nada é eterno e que o momento está ao virar de cada esquina, pronto a virar a página, da vida de cada um de nós”, apraz-me consolidar que esta foi a realidade que senti, e por isso, foi com orgulho que me tornei, “parte da daquela família e membro ativo daquela casa”, para, além do serviço, ao público em geral, ou interior do próprio corpo de bombeiros, estar mais perto e ser uma mais-valia, servir para crescer.

Ser psicólogo neste contexto, exige vocação e prontidão, é ser voluntária 24h sobre 24h e responder ao chamamento, onde, e quando o bombeiro precisar.

A total dedicação a estes projetos foi contínua e patente, abracei-os com uma chama pequena mas com uma forte brisa que me trouxe a vontade de abraçar outro novo projeto, que iniciei, há pouco mais de um mês, a integração nas Equipas de Apoio Psicossocial (EAPS) promovidas pela Autoridade Nacional de Proteção Civil.

A missão das EAPS consiste em, prestar apoio psicossocial a bombeiros expostos a incidentes críticos potencialmente traumáticos no decorrer de situações operacionais, apoiando mutuamente os respetivos familiares.

Assim, contempladas as 900 horas de estágio, esta experiência contínua está viva dentro de mim, não podendo deixar de mencionar o privilégio que foi e continua a ser exercer psicologia, dando a minha contribuição a este gabinete. Farei tudo o que estiver ao meu alcance para continuar, no limite das minhas competências, a “vestir a farda” e, com desmesurado orgulho dar continuidade a uma obra inacabada.

Referências Bibliográficas

- Aasa, U., Brulin, C., Ängquist, K., & Barnekow-Bergkvist, M. (2005). Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 251–258.
- Aasa, U., Kalezic, N., Lyskov, E., Angquist, K. & Barnekow-Bergkvist, M. (2006). Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 80(1), 51–59.
- APA, American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- A.N.Q. (2010). *Catálogo Nacional de Qualificações- Perfil Profissional de Bombeiro*. Agência Nacional para a Qualificação: Lisboa. Disponível em: http://www.catalogo.anqep.gov.pt/PDF/QualificacaoReferencialPDF/227/EFA/tecnologica/861205_RefTec
- Bacharach, S., Bamberger, P., & Doveh, E. (2008). Firefighters, critical incidents, and drinking to cope: The adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 155–169.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723–742.
- Carvalho, C. S. (2008). *Guia de educação da sexualidade*. Lisboa: Almondina.
- Crusellas, L., & Alcobia, V. (2006). *Pré: Guia de competências: como promover o autocontrolo, a diferenciação emocional, a auto-estima e as competências sociais nas crianças pré-escolares*. Lisboa: Associação Prevenir.
- Flanagan, J. S., & Fanagan, R. S. (2003). *Clinical interviewing*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C., & Vilar, d. (2010). *Educação sexual na escola. Guia para professores, formadores e educadores (8ª ed.)*. Lisboa: Texto Editores.
- Gonçalves, M., & Simões, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 43-87). Coimbra: Quarteto Editora.
- Guimarães, L., Guimarães, P., Neves, S., Cistia, J. (2007). *A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres*. Mudanças – Psicologia da Saúde, 15 (1),1-12. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.../660>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Lazarus R. S., & Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde. Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- McIntyre, T. M. (1993). *A entrevista de avaliação clínica: Um guia prático*. Braga: Universidade do Minho.
- Mitchell, J.T. & Everly, G. S. (1995). *Critical Incident Stress Debriefing: an Operations Manual*. Ellicott City: Chevron Press
- Moita, G., & Santos, M. R. (2010). A lua não fica cheia num dia. Falar de sexualidade com os pais e educadores. Porto: Edições Afrontamento.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Moreno, R. R., Peñacoba, C. P., González-Gutiérrez, J. L. & Ardoy, J. C. (2003). *Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergencias*. Madrid: Dykinson.

- Raffo, S. L. (2005). *Intervención en crisis*. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatria y Salud – Campus Sur. Universidad de Chile.
Disponível em: <http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf>.
- Sampaio, M. (1987). *Escola e Educação Sexual, 19*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Selye, H. (1983). The Stress Concept: past, present and future. *Stress research: issues for the eighties*, pp. 1-20, New York: John Wiley and Sons.
- Silva, D. R. & Spielberger, C. D. (2007). *Manual do inventário de estado traço de ansiedade (STAI)*. Publicado por Mind Garden, Inc.
- Silva, D. R. (2003). O inventário de estado-traço de ansiedade (S.T.A.I.) de Spielberger-forma Y. In M.M. Gonçalves, M.R. Simões, L.S. Almeida, C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa, Volume I* (pp.45-63). Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, D. R., & Correia, S. (1997). “*O inventário de estado-traço de Ansiedade*”.
- Silva, D.R. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do inventário de estado-traço de ansiedade – forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 3, 22, 441-448.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo em nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17, 3, 569-576.
- Vaz, J. M., Vilar, D. e Cardoso, S. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta, 17,18 ,19.

ANEXOS
