



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS EM SITUAÇÃO DE
ACOLHIMENTO

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Jéssica Priscilla Cruz Marques Resplandes

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Delane Silva de Castro

Número da candidata: 30000589

Outubro de 2023

Lisboa

Dedico este trabalho á minha criança favorita, minha filha Mariana Cruz Marques Resplandes, aos meus primos ainda crianças Micaela Vitória, Maria Eduarda, Filipe Duarte, Luís Gustavo, Camila e Henrique e as crianças e jovens aos quais pude conhecer na instituição.

O meu desejo é que cresçam felizes e saudáveis

Agradecimentos

Em primeiro lugar á Deus, porque referente a minha fé, sei que sempre esteve comigo.

Á minha mãe, o meu sincero muito obrigada por ter estado sempre presente, não porque podia, mas porque queria. Por ter me ensinado valores importantes e por ter me dado apoio, amor, estabilidade e confiança. Por ter me motivado a ser o melhor que posso ser.

Á minha família, que sempre sentiu orgulho de mim e jamais me desprotegeram. Que estiveram sempre nos momentos importantes durante todo o meu percurso.

Ao pai da minha filha, que juntamente com a família dele me apoiou nas minhas escolhas e me ajudou a conseguir continuar o meu percurso sempre fazendo o possível para cuidar da nossa filha enquanto eu estudava.

A todos os meus amigos, principalmente a Daniela, Joana, Jayniffer, Soraia e Katherine, que sempre acreditaram em mim e estiveram comigo nos dias mais difíceis deste caminho.

Aos meus professores que me ensinaram tudo o que podiam e sabiam, sempre compreendendo os meus limites e confiando no meu potencial.

A minha orientadora do relatório de estágio, pela paciência e dedicação.

A minha orientadora do estágio que sempre confiou em mim e me fez dar o melhor de mim.

Mariana, por você consegui continuar, mesmo quando queria desistir.

Resumo

O presente relatório tem como objetivo especificar as observações, conhecimentos, adaptações, atividades e competências que foram adquiridas no período de estágio curricular para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento pela Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio realizou-se numa Casa de Acolhimento da grande Lisboa que acolhe jovens e crianças em situação de risco e perigo com processo de Promoção e Proteção nos tribunais ou Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ). Neste relatório apresenta-se a caracterização do local de estágio, enquadramento teórico e estão descritas as atividades realizadas durante o estágio. Foram realizados dois acompanhamentos e avaliações psicológicas baseado na Abordagem Centrada na Pessoa em que foram tomadas atitudes como a compreensão empática, consideração positiva incondicional e a não diretividade. Através do acompanhamento foi elaborada uma análise baseada na Teoria Psicoafectiva em que se pode perceber quais são os traumas e condições de atualização. Uma das atividades realizadas foi o grupo de Competências Sociais Integradas (CSI) em que eram feitas dinâmicas e conversas uma vez por semana com os jovens e crianças da casa. Nestes grupos foram importantes observar a dinâmica da casa, características individuais relevantes e criar relações mais próximas com cada um dos jovens e crianças. O final deste relatório conta com uma reflexão a cerca da experiência adquiridas durante o período de estágio, sobre os resultados dos acompanhamentos e avaliações individuais, sobre as observações feitas através das atividades em grupo, bem como as aprendizagens e limitações.

Palavra-Chave: Psicologia clínica, casa de acolhimento, acompanhamento psicológico, abordagem centrada na pessoa

Abstract

This report aims to specify the observations, knowledge, adaptations, activities and skills that were acquired during the curricular internship period for obtaining a master's degree in clinical and counseling Psychology at the Universidad Autónoma de Lisboa. The internship took place in a Shelter House in greater Lisbon that welcomes young people and children in situations of risk and danger with a Promotion and Protection process in the courts or the National Commission for the Promotion of the Rights and Protection of Children and Young People (CPCJ). This report presents the characterization of the internship location, theoretical framework and the activities conducted during the internship are described. Two follow-ups and psychological assessments were conducted based on the Person-Centered Approach, in which attitudes such as empathic understanding, unconditional positive regard and non-directivity were taken. Through the follow-up, an analysis based on the Psycho-Affective Theory was elaborated, in which one can perceive what are the traumas and conditions of updating. One of the activities conducted was the Integrated Social Skills group (CSI), in which dynamics and conversations were held once a week with the youth and children of the house. In these groups, it was important to see the dynamics of the house, relevant individual characteristics and create closer relationships with each of the young people and children. The end of this report includes a reflection on the experience bought during the internship period, on the results of monitoring and individual evaluations, on the observations made through group activities, as well as learning and limitations.

Keyword: internship, clinical psychology, Shelter House, psychological support, person-centered approach

Índice

Introdução	11
Capítulo I – Caracterização do Local de Estágio	13
1.1. Apresentação da instituição	13
1.2. Respostas de intervenção social	14
1.3. Projetos de especialização	14
1.4. Papel do Psicólogo na instituição	16
1.5. Problemáticas do local de estágio	18
Capítulo II - Enquadramento Teórico	22
2.1. A vinculação e o acolhimento institucional	22
2.2. Saúde Mental	26
2.3. Saúde Mental Infantil e Juvenil	26
2.4. Psicologia Clínica	28
2.5. Avaliação Psicológica	28
2.6. Abordagem Centrada na Pessoa	29
Capítulo III - Descrição das Atividades em Grupo	31
3.1. Competências Sociais Integradas (CSI)	31
3.2. Atividades em grupo CSI	32
3.3. Sessões CSI	34
Capítulo IV - Estudos de caso	37
4.1. Caso Clínico A	37
4.1.1. História Clínica Caso A	37
4.1.2. Instrumentos de Avaliação Caso A	39
4.1.3. Análise do caso segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito Caso A	40
4.1.4. Acompanhamento Psicológico Caso A	42
4.1.5. Avaliação Psicológica Caso A	44

4.1.6.	Hipóteses de diagnóstico Caso A.....	46
4.1.7.	Hipóteses de intervenções psicológicas Caso A	47
4.2.	Caso Clínico B.....	47
4.2.1.	História Clínica Caso B	47
4.2.2.	Instrumentos de Avaliação Caso B	50
4.2.3.	Análise do caso segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito Caso B.....	50
4.2.4.	Avaliação psicológica Caso B	52
4.2.5.	Acompanhamento Psicológico Caso B	53
4.2.6.	Hipótese de Diagnóstico Caso B.....	53
4.2.7.	Perturbação depressiva persistente	54
4.2.8.	Perturbação de estresse pós-traumático	55
4.2.9.	Confabulação	56
4.2.10.	Cleptomania	57
Capítulo V - Reflexão Final		57
Referências		60
Anexos		66
1.2.	Anexo A – Desenho “como quero ser” (Caso A).....	66
1.3.	Anexo B – Desenho “eu” (Caso A)	67
1.4.	Anexo C – Desenho da Família real (Caso A)	68
1.5.	Anexo D – Desenho da família imaginaria	69
1.6.	Anexo E – Desenho da família real segundo momento (Caso A).....	70

Índice de Abreviaturas

AACAP- Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

ACP- Abordagem Centrada na Pessoa

CAARPD- Centro de atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade

CAD- Questionário do Manual Comportamentos Aditivos e Dependência

CAO- Centro de Atividades Ocupacionais

CAQ – Questionário de Análise Clínica

CAT- Centro de Acolhimento Temporário

CPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CQ- Centro Qualifica

CSI – Competências Sociais Integradas

EACSE- Escala de avaliação de competências sociais e emocionais para adultos

EACSE-CA- Escala de avaliação de competências sociais e emocionais para crianças e adolescentes

IEFP- Instituição de Emprego e Formação Profissional

LIJ- Lar de Infância e Juventude

S.E.R.T.H.U.A. L – Escala de Estima de si

SAP- Serviço de Acolhimento e Proteção

SNS- Serviço Nacional de Saúde

STASE- Serviços Técnicos de Apoio Socioeducativo

TAT – Teste de Aperceção Temática

UE - Unidade de Emergência

DGS - Direção Geral de Saúde

Índice de Leis

Lei n.º 35/2023, de 21 de julho - Lei da Saúde Mental.

Lei nº 147/99, 01 de setembro - Lei de proteção de crianças e jovens em perigo.

Introdução

No âmbito do Segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, pela via profissionalizante realizou-se o estágio académico durante o ano letivo de 2021/2022.

A instituição atribuída situa-se na zona da grande Lisboa em um acolhimento institucional que acolhe jovens e crianças em situação de risco e perigo com processo de Promoção e Proteção nos tribunais ou Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ).

O objetivo do estágio é a avaliação das competências práticas aprendidas no decorrer do curso de Psicologia, bem como observar e aplicar os conhecimentos académicos e alcançar um conhecimento sobre o acompanhamento de crianças em situação de acolhimento.

As atividades que se realizaram no estágio contam com reuniões semanais de equipa, observação das experiências dos jovens e crianças. Acompanhamento e avaliação psicológica e o grupo semanal de Competências Sociais Integradas (CSI).

Foi possível encontrar problemáticas diversas durante a observação e acompanhamento individual. Em relação ao grupo características como: agressividade e saudades de casa são os mais identificados. Em relação ao acompanhamento individual é possível perceber uma maior existência de casos de ansiedade e depressão.

A proposta de intervenção está baseada no relacionamento de confiança com cada um dos jovens e crianças, possibilitando que possam sentir segurança em partilhar suas questões existenciais. O atendimento individual foi feito pelo menos uma vez por semana dentro do gabinete.

Este relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira parte é composta por uma Contextualização do estágio, esclarecendo características da instituição bem como seus objetivos, Fundamentação teórica e descrição das atividades desenvolvidas durante o tempo de estágio. A segunda parte é composta pela avaliação e intervenção psicológica, com enquadramento teórico dos assuntos relevantes e perturbações para que haja uma melhor compreensão dos casos clínicos. E por última discussão sobre as aprendizagens e conclusão.

Toda intervenção apresentada está enquadrada na Abordagem Centrada na Pessoa tem como fundamentos importantes a não diretividade, o olhar incondicional positivo e a compreensão empática os quais foram utilizados durante o acompanhamento.

Capítulo I – Caracterização do Local de Estágio

1.1. Apresentação da instituição

A instituição em que se realiza o estágio é pública e o seu objetivo é a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens que se encontram em perigo e em risco de exclusão e com necessidades educativas especiais. Atua dando a essas crianças e jovens direito a moradia, higiene, educação, formação, inserção social e profissional, de forma a assegurar a Lei de proteção de crianças e jovens em perigo, Lei nº 147/99, 01 de setembro. Sendo o local de estágio um Centro de Acolhimento Temporário (CAT), importa que os jovens e crianças que são acolhidos possam voltar ao meio familiar, desta forma são trabalhados com a família todas as condições necessárias para o retorno para a casa.

Fundada em 1780, recebia pessoas em situação de rua e crianças órfãs e abandonadas e as acolhia, dando direito a comida, descanso, higiene e educação. Nesta instituição eram ensinados cursos técnicos e artísticos para aqueles que não podiam pagar. Décadas depois esta instituição se tornou uma grande instituição de solidariedade social e conta com milhares de crianças, jovens e profissionais (Instituição, 2022¹).

Atualmente a instituição é um organismo do Estado Português, tendo um estatuto de instituto público, com administração indireta do Estado. É uma instituição com património próprio, com autonomia financeira, pedagógica e técnica. Intervém nas áreas sociais, educativas e formativas, orientadas deste modo pelo Ministério da Educação e Ciência. A instituição localiza-se na grande Lisboa, tendo vários patrimónios em todo território Português (Instituição, 2022).

Na instituição existem dois níveis de acolhimento, o acolhimento de emergência (UE) e o acolhimento temporário (CAT). A CAT/UE é uma resposta social em que faz acolhimento de emergência a crianças em situação de risco, garantindo todos os direitos das crianças e dos jovens, com acolhimento por 24 horas todos os dias do ano, podendo abrigar crianças durante seis meses ou mais, referente às razões individuais. O CAT/UE funciona em regime aberto, possibilitando que os jovens tenham autorização para entrar e sair da casa segundo justificativas e de acordo com as normas vigentes no regulamento do acolhimento (Instituição, 2022).

¹ Este é um documento da instituição, portanto não será possível referenciar de forma a respeitar o RGPD.

A casa de acolhimento tem uma equipa de Serviço de Acolhimento e Proteção (SAP) e uma equipa de Serviços Técnicos de Apoio Socioeducativo (STASE). O acolhimento é o apoio das crianças e jovens é feito por ambas equipas que trabalham juntas com o objetivo de satisfazer as necessidades de quem é acolhido (Instituição, 2022).

O processo de acolhimento é feito tendo em conta aspetos importantes da história de vida da criança, estabelecendo juntamente com ela um projeto de vida o qual dará orientações importantes a cerca das medidas terapêuticas e de aprendizagens a ser estabelecido (Instituição, 2022).

A instituição tem como valores a autonomia, o empreendedorismo, a intervenção democrática, participação, precocidade de intervenção, responsabilidade e solidariedade social. Sua visão é que através do acolhimento, educação, proteção e formação dos jovens e crianças possa ser vista como uma instituição que presta um serviço de excelência proporcionando o melhor para cada indivíduo (Instituição, 2022).

Neste momento o acolhimento conta com onze jovens e crianças do sexo feminino e masculino, tendo o mais novo 8 anos e o mais velho 17 anos. O tempo de acolhimento médio destas crianças e jovens são de três anos (Instituição, 2022).

1.2. Respostas de intervenção social

A instituição conta com várias respostas sociais:

1. Casas de Acolhimento Residencial
2. Casas de Acolhimento Residencial com Programa de Pré-Autonomia
3. Apartamentos de Automização
4. Centro de Apoio Familiar e de Aconselhamento Parental
5. Lar Residencial para Surdocegos

1.3. Projetos de especialização

Com o objetivo de dar uma resposta mais especializada e eficaz para os jovens e crianças que se encontram em situação de risco e perigo, a instituição implementou alguns modelos de intervenção:

A- Casas de Acolhimento Residencial com Programa de Pré-Autonomia

Esta resposta social foca no treinamento de competências de autonomia pessoal e social assegurando que os jovens possam adquirir conhecimentos e práticas básicas para a

sobrevivência como a gestão doméstica, a gestão financeira, a gestão das relações e regulação do self.

B- Apartamentos de Autonomização

Destinada aos jovens com idade superior aos 16 anos, está resposta disponibiliza apartamentos para que os jovens possam pernoitar sozinhos, mas com acompanhamento técnico e educativo de forma a adquirir competências de autonomia, como gestão do tempo, de recursos e de relações. Também são encorajados a regular o self e suas capacidades cognitivas.

C- Apartamentos de Autonomização para jovens mães com filhos

Esta é uma resposta às jovens entre os 18 e 19 anos que estão em acolhimento residencial que são mães.

Os apartamentos estão inseridos dentro da comunidade e são partilhados por mais ou menos quatro jovens e seus filhos. As jovens são integradas num programa estruturado com objetivo de desenvolver autonomia, competências parentais, integração e adaptação à vida de mãe e preparação para a saída do acolhimento. As jovens são ensinadas a gerir o tempo, as finanças, as relações, a regular o self. São desenvolvidas atividades adequadas à características e idade de cada mãe e filho.

D- Treino de competências de vida

Este é um projeto com acompanhamento científico por perito externo e com utilização de instrumentos científicos ajustados a população que visa desenvolver competências de vida adequadas a características individuais dos jovens e crianças. Este programa treina a autonomia, competências sociais, psicológicas e físicas dos jovens e crianças com atividades sobre:

1. Vida social
2. Escola e trabalho
3. Dinheiro
4. Sobre mim próprio
5. A minha casa

E- Centro de Atividades Ocupacionais – CAO

Esta é uma resposta social dirigida a pessoas com deficiência e incapacidade após a idade de escolaridade obrigatória (18 aos 30 anos). São atividades dirigidas a promoção de qualidade de vida.

F- Centro de atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade – CAARPD

Este programa garante o acompanhamento de pessoas com deficiência e incapacidade, visando a reabilitação social, dando suporte a famílias ou cuidadores.

G- Centro de Recursos Especializados

Este programa é destinado a pessoas surdas e surdocegas com o objetivo de promover a qualificação e emprego. É um projeto que está credenciado pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP).

H- Centro Qualifica – CQ

Este programa destina-se a jovens entre os 15 e 29 anos, que não estejam a trabalhar ou a estudar e pretendem expandir o seu nível de qualificação, oferecendo orientação para os percursos individuais de qualificação profissional ou escolar.

I- Centro de Diagnóstico de Audição

Este é um programa que tem como objetivo o diagnóstico e a intervenção socioeducativa á crianças e jovens com problemas de audição.

J- Unidade de investigação

Esta é uma unidade de investigação que visa a produção e publicação de material didático, ferramentas pedagógicas.

1.4.Papel do Psicólogo na instituição

Os jovens acolhidos pela instituição apresentam muitos problemas de comportamento e emocionais, a maior parte dos jovens sofreram de negligência severa ou foram vítimas de maus-tratos, neste sentido os profissionais encontram muitos desafios para poder manejar as situações e intervir de maneira eficaz dentro do acolhimento (Instituição, 2022).

Considerando as necessidades do ambiente de acolhimento, o papel do psicólogo torna-se importante na medida em que irá possibilitar as crianças a desenvolver as suas

capacidades, dando o apoio necessário e ajudando na resolução dos vários problemas que vão surgindo no decorrer do tempo de acolhimento (Galinha & Ribeiro, 2011).

Tendo em conta que a negligência e o abandono infantil podem causar problemas relacionados a autoestima, ansiedade, depressão e sentimento de rejeição é a função do psicólogo ajudar na reestruturação da vida desses indivíduos (Galinha & Ribeiro, 2011).

O processo de acolhimento é feito através de outra instituição em que promove o bem-estar e proteção dos jovens, em alguns casos mais urgentes é feito pelo tribunal. Sendo a família um lugar essencial para o desenvolvimento e nesses casos estão muito desestruturadas o acolhimento é a solução para estes jovens e crianças. O objetivo desta equipa é fornecer uma mudança interna para que possam ultrapassar os seus problemas e estipular projetos de vida para o futuro (Instituição, 2022).

No contexto de acolhimento, além do diagnóstico e acompanhamento, o psicólogo pode também ter um papel educativo, sugerindo comportamentos mais adaptativos e gerindo os conflitos entre os membros do acolhimento. Deve trabalhar na prevenção de problemas futuros em trabalhos individuais e em equipa com a ajuda dos outros profissionais da instituição (Galinha & Ribeiro, 2011). O processo de acolhimento psicológico é feito através de várias atividades que acontecem logo quando o acolhimento acontece.

Para um melhor desempenho com as crianças os psicólogos da instituição têm um documento de acolhimento terapêutico, um manual que oferece diretrizes que vão sustentar o trabalho do psicólogo. Quando chega uma criança/jovem novo à casa, todo ambiente é anteriormente preparado para uma melhor integração. Em reunião são comunicados características importantes da criança ou jovens que será acolhido, bem como como será o acolhimento, em questão de quartos, educadores que serão responsáveis pela criança ou jovem e práticas importantes no início do acolhimento (Instituição, 2022).

O trabalho do psicólogo na instituição é de psicólogo clínico e também social. Além do apoio às questões emocionais e comportamentais dos jovens e crianças também oferece suporte aos educadores de referência ajudando a pensar nos problemas e como resolvê-los; acompanha os jovens nas consultas e idas ao tribunal quando é necessário, faz relatórios psicossociais, planos de intervenção individual, definição do projeto de vida com o jovem ou criança, projeto penal e orientação vocacional (Instituição, 2022).

O Psicólogo da instituição deve ter em seu conhecimento todo processo jurídico-legal a cerca da Promoção e Proteção dos Direitos das crianças e jovens e do Direito de Família e Menores (Instituição, 2022).

Duas vezes por mês acontece uma reunião de supervisão, em que se reflete sobre os problemas que têm surgido no acolhimento, encontra-se medidas de suporte para os conflitos existentes e decide-se intervenções sobre os jovens a ser acolhidos pela instituição, nesta reunião são destacados fatores emocionais e as relações das crianças e jovens entre eles e com os profissionais da casa (Instituição, 2022).

Os psicólogos devem também participar das reuniões, entre elas estão:

- A. Reuniões gerais do CAT, em que são ouvidos os profissionais juntamente com as crianças;
- B. Reuniões de equipa técnica, em que são discutidos o cronograma das atividades da casa;
- C. Reuniões de equipa educativa, em que são discutidas questões a cerca da educação dos jovens e crianças da casa;
- D. Reuniões de equipa técnica-educativa, em que são discutidas e avaliadas as atividades, são feitas planificações das mesmas e aferido os procedimentos do CAT;
- E. Reuniões de turno, em que são transmitidas informações relevantes da CAT entre os profissionais.
- F. Reuniões com a família dos jovens e crianças, de forma a perceber a situação da família e desenvolver uma intervenção para a promoção de bem-estar e proteção dos jovens e crianças. De forma a desenvolver as competências da família para melhor reintegração do jovem/criança, apoiar as famílias e resolver as situações problemáticas. Nesta reunião são feitas entrevistas para perceber o motivo do acolhimento e informa-se a família todas as questões importantes dos jovens/crianças.

1.5. Problemáticas do local de estágio

O estágio iniciou-se no dia 24 de novembro de 2021, começando por uma reunião com a coordenação do estágio, em que foram planeadas as atividades que seriam possíveis realizar, o início e fim de estágio e a apresentação da Instituição e da equipa. Ficou claro que no lar de

acolhimento não se costuma utilizar a psicologia clínica, no entanto seria possível realizar esta vertente. A orientadora caracterizou a instituição, contando características importantes do ambiente, dos profissionais e dos jovens e crianças que moram no lar. Neste mesmo dia foi possível observar alguns jovens em socialização e outros a fazerem atividades.

Os primeiros meses foram dedicados a observação do funcionamento do lar e de como as jovens e crianças se comportavam. Os meses de dezembro e janeiro foram dedicados a observação e estabelecimento de reações de confiança e de ajuda.

Infelizmente durante metade do mês de janeiro a pandemia COVID19 agravou-se e tivemos de suspender o estágio por pelo menos 20 dias, visto que nessa época os jovens estiveram em isolamento por infecção do coronavírus.

Após este tempo de isolamento, foi possível a necessidade de retomar a relação de confiança, no retorno a instituição foi possível perceber que havia alguma dificuldade em manter ou iniciar uma conversa, havia algum afastamento por parte dos jovens e crianças e muitos deles nem sequer respondiam quando eram cumprimentados. É importante salientar que esta população não tende a confiar muito rapidamente nas pessoas que chegam à casa de acolhimento, pois estão acostumados com a entrada e saída de muitas pessoas, o que faz com que tenham de estar sempre a fazer e perder relações. Uma das questões que mais foram feitas por eles foi sobre o tempo em que os estagiários estariam com eles, o que pode trazer algumas reflexões a cerca do sentimento de abandono que é recorrente neste ambiente.

Durante o período de observação é possível notar que os jovens que estão acolhidos não têm acompanhamento psicológico semanal e muitos deles não possuem nenhum acompanhamento a não ser pelo pedopsiquiatra, porque existem poucos protocolos que possibilitam o acompanhamento e muitos deles não querem.

Durante o período de observação, em algumas conversas durante o tempo de lazer percebe-se a necessidade de serem ouvidos e de falarem das suas inquietações. Além disso os problemas comportamentais são vários, como o uso da mentira para que possam se desresponsabilizar dos deveres, fugas, destruições de objetos da casa, confrontações e agressões físicas entre pares e com os educadores.

A relação dos jovens com seus pares é conflituosa, gerando muitas vezes desentendimentos. Muitos deles não conseguem conviver com as diferenças de vida uns dos outros o que acaba por culminar em discussões. O momento em grupo raramente acontece

sem que haja alterações de humor e agressões. Em momentos em que o educador intervém, muitas vezes, são vistas como desafiantes e os jovens tendem a responder agressivamente.

Muitas vezes a agressividade pode ser uma atitude de proteção, no entanto dependendo das razões e do ambiente pode ser direcionada a construção ou a destruição, no caso da violência (Winnicott, 2002). No caso das crianças acolhidas na instituição, muitas delas foram expostas a violência, negligência e risco de vida. Mesmo que estejam em ambientes de risco, têm um sentimento de pertença à uma família, no entanto quando são retiradas de suas famílias este sentimento é corrompido de forma em que a criança se sente culpada e estressada e pode reagir de forma agressiva, tanto por ter sido exposta a violência, como por ter sido separada dos seus familiares (Carmo, 2013).

Em relação aos profissionais que trabalham no acolhimento, é notório a dificuldade que sentem nos momentos de maior risco em que é preciso conter brigas ou descompensações. Nomeadamente os educadores do acolhimento têm necessidade de serem ouvidos através de acompanhamento psicológico para conseguirem lidar com as várias emoções que vão surgindo no decorrer dos dias. Muitos dos profissionais estão expostos a situações emocionais intensas.

Mesmo que a função do educador do acolhimento institucional seja acolher quem chega, importa que este seja acolhido e que seja visto com maior atenção. O serviço de acolhimento é complexo e por vezes frustrante para estes profissionais que têm de gerir suas vidas em relação a vida das crianças (Bernardes & Marin, 2019). As vivências de cada educador face aos acontecimentos do acolhimento devem ser tidas em conta como um fator individual. A maior parte dos cuidadores de acolhimento institucional demonstram preocupações a cerca de como ser a vida dos jovens (Omizzollo & da Rosa Silva, 2018). Neste contexto o educador passa a ter uma relação mais próxima da relação que o jovem teria com um familiar, desenvolvendo desta forma um papel fundamental na vida destes, os estabelecimentos destes vínculos podem ser complicados dependendo da história de vida tanto do cuidador quando do indivíduo acolhido. As trocas afetivas que vai estabelecendo com os jovens vai trazendo influências em todas as áreas da vida do educador (Ito & dos Santos Azevêdo, 2021).

Referente às soluções para algumas das necessidades encontradas importa que exista um acompanhamento psicológico individual para os jovens e crianças da instituição, bem

como para os educadores. De forma a diminuir o sofrimento psicológico desta população e fornecer estratégias para resolução de problemas.

Referente às necessidades de tempo em grupo, integro-me num projeto existente na instituição denominado como Competências Sociais Integradas – CSI. Este projeto tem como objetivo promover nas crianças e jovens competências para o desenvolvimento pessoal e social.

Capítulo II - Enquadramento Teórico

2.1.A vinculação e o acolhimento institucional

A promoção de proteção e acolhimento de jovens em Portugal é uma preocupação antiga. A maior parte dos jovens e crianças que estão em acolhimentos residenciais são por questões de negligência, o que inclui falta de cuidados básicos de higiene e saúde, falta de supervisão e maus-tratos (Instituição, 2022).

Bowlby (1982) desenvolveu a teoria do apego em que dá uma maior importância à relação estabelecida entre o bebé e o cuidador primário. Para ele existe um período, nomeado por “período sensível” em que a vinculação está mais facilitada.

A vinculação é essencial para o desenvolvimento humano, se a criança se sente bem, segura e amada tem maiores chances de desenvolver melhor as suas capacidades, no entanto se sente que a relação dela com o cuidador está ameaçada, sente-se ansiosa e angustiada, podendo prejudicar o seu desenvolvimento. De acordo com a teoria do apego as crianças que têm pais mais responsivos às suas necessidades sentem-se maior segurança, a vinculação está então relacionada com a disponibilidade do cuidador e afeto prestado à criança (Ainsworth & Bowlby, 1991).

A privação de vinculação materna pode trazer diversas consequências emocionais, físicas e cognitivas ao indivíduo (Ainsworth & Bowlby, 1991). A criança que está inserida num lar estruturado onde se sente segura e amada consegue desenvolver-se melhor, ter uma autoestima maior e ter menores problemas em suas relações sociais. Mesmo que a criança tenha a sua disposição alimentação, higiene e cuidados médicos, ela necessita de estabelecer relações importantes, é uma necessidade humana que deve ser suprida. Em geral as crianças acolhidas sofreram algum tipo de maltrato ou negligência, sabendo que podem ser fatores de grande influência no desenvolvimento, pode-se notar que as crianças e jovens apresentam comportamentos referente ao tipo de apego que tiveram com seus cuidadores, geralmente apego inseguro, de forma que o indivíduo está desorganizado nas suas emoções e relacionamento, estas crianças com apego inseguro geralmente demonstram insegurança e stresse quando são separados dos seus cuidadores, no entanto sentem-se ambivalente quando existe uma aproximação, podendo até evitar o cuidador e apresentando comportamentos muito contraditórios e desorganizados. A regulação emocional destas crianças é dificultada (Ainsworth & Bowlby, 1991; Vasileva & Petermann, 2018).

A maneira como o cuidador responde as necessidades do bebê irá determinar qual será o vínculo entre eles. É importante salientar que a vinculação primária tem um papel importante na regulação das emoções e no significado que o indivíduo dá as relações. A qualidade da vinculação está relacionada com muitos aspectos de funcionamento da criança, incluindo a sua sociabilidade, autoestima e competências cognitivas (Ainsworth & Bowlby, 1991; Vasileva & Petermann, 2018).

Quando existe uma vinculação bem estabelecida a criança consegue confiar não só nos outros que estão ao seu redor, mas em si mesma. Por outro lado, se essa vinculação não for bem estabelecida, a criança irá então estabelecer relações inseguras e vê por muitas vezes a si própria de forma negativa. Sabe-se que no caso de crianças que sofrem maus-tratos, como é no caso das crianças que estão em instituição, estabelecem na maior parte das vezes relações inseguras demonstrando padrões violentos e abusivos em todos os seus relacionamentos (Browne, 2009).

Para Ainsworth (1989) a qualidade da vinculação estabelecida irá depender da vinculação entre mãe-bebê. A autora desenvolveu o conceito de base segura, esta base segura é o resultado da segurança que a criança sente na mãe ou figura de apego, de forma a conseguir explorar o ambiente até que sinta que está a ser ameaçada e volte para a base segura. Estabelecido este conceito, a autora distingue três tipos de vinculação possíveis: a vinculação insegura/evitante (quando a criança não se importa com o afastamento da figura de apego); a vinculação segura (quando a criança sente conforto e segurança na figura de apego e sente confiança em estabelecer contacto com o ambiente) e a vinculação ambivalente/resistente (quando a criança apresenta um comportamento desorganizado com a figura de apego) (Ainsworth et al., 1978).

Este tipo de vinculação estabelecida na infância, irá ter influência no tipo de relação que futuramente ela irá estabelecer. Ou seja, a primeira vinculação será uma referência para as relações futuras (Dalbem & Dell'Aglio, 2005).

Para Bronfenbrenner (1989) o desenvolvimento humano é um processo em que características da pessoa e do ambiente estão em constante interação de forma a influenciar as particularidades do indivíduo. Este autor define ambiente ecológicos onde a pessoa está inserida desde o seu nascimento. Este ambiente é composto por um sistema que está baseado no Modelo PPCT do Desenvolvimento com as seguintes perspetivas: processos proximais, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Os processos proximais dizem respeito a interação recíproca entre a pessoa e os objetos ou outros indivíduos do ambiente e deve ocorrer em vários momentos durante o tempo para ser efetivo. O contexto é o ambiente onde a pessoa está inserida e pode ser dividido em: microssistemas, meso-sistemas, exo-sistemas e macro sistemas (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O microssistema é o contexto mais próximo da criança ou jovem, onde existe maior interação, como por exemplo a família ou a escola. No caso das crianças e jovens institucionalizados a seu microssistema é a casa de acolhimento. O meso-sistema diz respeito a interação de dois contextos, no caso desta população pode-se caracterizar a relação entre a instituição de acolhimento e a escola ou com a família. O exo-sistemas são contextos que influenciam a vida da pessoa de forma indireta, neste caso podemos caracterizar como exo-sistema os tribunais que tomam decisões a cerca da vida de cada uma dessas crianças e jovens. O macro sistema caracteriza qualquer contexto onde a pessoa patilha seus valores e crenças influenciando todos os outros contextos (Diniz & Koller, 2010).

Quando a criança é retirada da sua família e inserida no contexto de institucionalização o ambiente ecológico é modificado, causando vários prejuízos no desenvolvimento da criança ou jovem (Vasconcelos et al., 2009).

Crianças que estão inseridas em contexto de acolhimento muitas vezes podem estar privadas de estabelecer relações familiares diárias, a maioria não têm qualquer relação com seus pais, pois são abandonadas aos cuidados do acolhimento, outras vêm pessoas da família poucas vezes por ano e mesmo que haja profissionais no acolhimento que podem suprir essas carências, torna-se complicado pelo número de crianças acolhidas que normalmente tem sido superior do que o número de adultos, o que faz com que possam não ter a feito e atenção necessários ao seu desenvolvimento (Alexandre & Vieira, 2004; Galinha & Ribeiro, 2011).

As instituições de acolhimento tornam-se um lugar onde a criança sente apoiada e cuidada, para que isto ocorra o ambiente de acolhimento deve ter características adequadas para receber todo o tipo de crianças com vários problemas individuais. O respeito, o afeto, as condições físicas, a promoção da educação, alimentação e acompanhamento médico são características primordiais para que a criança se sinta protegida e aceite. O objetivo dos acolhimentos institucionais não é só uma resposta a assegurar moradia à jovens e crianças de risco, mas também de fornecer condições ótimas para o desenvolvimento pessoal e social desses indivíduos (Alexandre & Vieira, 2004; Galinha & Ribeiro, 2011).

Os profissionais que trabalham no acolhimento tem uma função de cuidador e por vezes de única imagem familiar para estas crianças. Tornar-se a pessoa em que as crianças se espelham e confiam, neste sentido a atitude daquele que acolhe a criança será decisiva no desenvolvimento desta, podendo diminuir significativamente as consequências do abandono e do rompimento de vínculos familiares (Alexandre & Vieira, 2004; Galinha & Ribeiro, 2011).

O estabelecimento de relações com os educadores, auxiliares, psicólogos e entre os jovens é um dos maiores objetivos da instituição, pois através da vinculação acredita-se que é possível reparar os traumas vivenciados por esses indivíduos (Instituição, 2022).

2.2.Reinserção Familiar

O acolhimento institucional é uma resposta transitória, não deve durar muito tempo, embora muitas crianças e jovens passa, a maior parte da sua infância neste ambiente. Quando a criança ou jovem entra na instituição é elaborado um projeto de vida, junto com os profissionais. Esse projeto tem por fim estabelecer a reinserção familiar, para a família de origem ou de adoção (Instituição, 2022).

O convívio familiar é feito a partir do momento em que a família reúne as condições necessárias para tal. Primeiramente a criança ou jovem recebe visitas da família no acolhimento, depois começa a poder ir em datas especiais para a casa da família, seguidamente começa a passar finais de semana com a família até que possa voltar para o núcleo familiar (Instituição, 2022).

Vários estudos confirmam que a institucionalização não é a melhor resposta quando se coloca em jogo as necessidades de afeto da criança. Mesmo que todas as necessidades básicas sejam asseguradas pelas instituições de acolhimento, a vinculação mãe-bebé é muito importante e se a figura materna não pode estar com a criança deve ser substituída por outra figura materna (Costa & Rossetti-Ferreira, 2009).

A reinserção familiar vai ser mais facilitada se os profissionais que estão relacionados com o processo da criança ou jovem têm cuidado em dar a devida importância as demandas de afeto da criança ou jovem (Cavalcante et al., 2010).

Muitas vezes a família não tem todas as medidas para receber novamente a criança ou jovem em casa. Por vezes apenas as necessidades financeiras são resolvidas, deixando de lado as afetivas, por isso ainda resultando em conflitos que não são satisfatórios quando estes

voltam para sua família (Cavalcante et al., 2010). Por isso a importância das visitas e entrevistas dos profissionais com a família (Instituição, 2022).

2.3. Saúde Mental

O termo saúde, vai além de não estar doente, mas é um estado de bem-estar. Para que a pessoa possa sentir esse estado completo de bem-estar é preciso o que características físicas, sociais e psicológicas estejam em conformidade (Alves & Rodrigues, 2010).

Neste sentido, o conceito de saúde mental, vai além da ausência de alguma perturbação psicológica, é um estado emocional saudável e equilibrado. O indivíduo com boa saúde mental tem a capacidade de entender seu funcionamento e é capaz de lidar e ultrapassar questões estressoras do cotidiano não deixando interferir de forma significativa na sua vida e produtividade (Felman, 2020).

Segundo o Sistema Nacional de Saúde – SNS (2023) a saúde mental do indivíduo corresponde a qualidade de vida cognitiva e emocional da pessoa. Essa qualidade de vida pode ser predita através da existência ou não de uma doença mental.

A Lei da Saúde Mental que foi aprovada em 2023 pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, substitui a Lei de Saúde Mental de 1998. Essa nova lei tem em conta o avanço da ciência da Psicologia. Essa lei valida os direitos e deveres dos indivíduos que necessitam de cuidados de saúde mental garantindo a proteção e autonomia das mesmas. Assegura a representação desta pessoa através de uma pessoa de confiança. Relativamente ao internamento compulsivo pode e deve ser substituído pelo tratamento involuntário, quando existe recusa do tratamento, podendo desta forma prevenir perigos ao indivíduo.

2.4. Saúde Mental Infantil e Juvenil

A pedopsiquiatria nasce entre as décadas de 50 e 60. Em Portugal em 1952 é criado o Centro Materno-Infantil Sofia Abecassis, com técnicas inovadoras não só tratando a doença como também trabalhando na prevenção de doenças mentais em crianças e adolescentes. Depois, baseando-se nos mesmos princípios criou-se os Centros de Saúde Mental Infantil em Lisboa (1965), Coimbra (1969) e Porto (1976). Atualmente o território português conta com 36 estruturas que cuidam da saúde mental dessa população (DGS, 2021).

Segundo Direção Geral de Saúde - DGS (2021) investimento na saúde mental infantil e juvenil em Portugal está baseada na investigação científica mais recente e visa a prevenção,

investindo não só na saúde pública, mas também nos contextos sociais onde o adolescente a criança está inserido.

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – AACAP, muitos ambientes não contribuem para a saúde mental das crianças e dos adolescentes. Muitos deles encontram muitos problemas durante o seu desenvolvimento (AACAP, 2023).

Os direitos das crianças são universais e inalienáveis. Toda forma de dano seja físico, psicológico ou sexual ou qualquer tipo de negligência contra uma criança constitui maltrato. A política de proteção de crianças e jovens tem como objetivo informar, orientar e garantir a sociedade sobre os direitos das crianças. Todas as crianças, sem exceção, têm direitos prescritos na lei e as políticas de proteção devem garantir que o direito da criança de ser protegida em casos de maus-tratos (Unicef, 1959).

Segundo APAV (2021) 1.841 crianças foram atendidas por esta instituição vítimas de algum tipo de violência no ano de 2020, entre eles 548 constituíram crimes sexuais, em que 292 são abusos sexuais contra crianças menores de 14 anos.

Embora os casos de abuso dentro do maus-tratos infantil sejam preditores de doenças mentais, outros tipos de maus-tratos também são um fator de risco significativo. Para a psicopatologia. Existem evidências de que os maus-tratos podem influenciar no funcionamento da memória, no processamento de recompensa (uma das importantes características de psicopatologias como depressão, POC e no uso de substâncias) (McCroy & Viding, 2015).

Segundo o *National Scientific Council on the Developing Child* (2005) o estresse repetido causado pelos maus-tratos, exposição a violência, uso de substâncias e negligência podem influenciar na arquitetura cerebral da criança, causando doenças orgânicas e mentais.

O medo causado pela exposição ao estresse traumático pode desencadear respostas sem muita interpretação, apenas causadas pelo medo, de forma a criança mal interpretar a comunicação não verbal (National Scientific Council on the Developing Child, 2005). Quando estão expostas a ambientes em que se sentem sempre ameaçada, estão sempre em alerta o que dificulta um desenvolvimento e aprendizagem eficaz. E tendem a ser menos sensíveis quando recebem estímulos positivos, como recompensas monetárias (Dillon et al., 2009).

2.5. Psicologia Clínica

O termo Psicologia Clínica, foi descrito pela primeira vez por Lightner Witmer, o diretor do laboratório de psicologia na Pensilvânia em 1896. Witmer (1867-1956) não só fundou a psicologia clínica, como também estabeleceu a primeira clínica de psicologia na universidade da Pensilvânia. Apesar de ser um marco na história da psicologia, o trabalho de Witmer era limitado apenas no diagnóstico e tratamento de crianças com problemas na escola (Witmer, 1907). Em 1917 criou-se então a Associação americana de Psicologia Clínica que pouco tempo depois se fundiu a *American Psychology Association* – APA (Baumann, 1998).

A palavra “clínica” vem do grego e significa leito, dando a ideia então, que é um tratamento em que o profissional deve estar junto ao leito do paciente. No entanto a psicologia clínica vai além dessa descrição arcaica, e traz para a contemporaneidade uma descrição mais ampla significativa. Descreve uma metodologia de intervenção que está baseada na relação entre psicólogo e paciente. Caracterizada pelo estudo de casos, aplicação de testes, diagnóstico e tratamento (Schneider, 2011).

O psicólogo clínico, independentemente da abordagem teórico-prática que segue, consegue perceber a dor psicológica e é capaz de intervir de forma a diminuir o mal-estar (Ribeiro & Leal, 1996).

2.6. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um processo científico que utilizam testes psicológicos, a observação e entrevista clínica com o auxílio de pressupostos teóricos pré-estabelecidos (Simões, 2005). O objetivo da avaliação psicológica é definir um diagnóstico, bem como descrever as características psicológicas do indivíduo. Durante a entrevista a anamnese e a aplicação dos testes psicológicos permitem caracterizar a personalidade, a atividade emocional e cognitiva do indivíduo (Cunha, 2007).

Os testes psicológicos são ferramentas de medidas e devem ser escolhidos tendo em conta as características individuais do cliente e como são aplicados (Simões, 2005). O resultado desta avaliação confirmará ou não as hipóteses propostas pelo psicólogo e auxiliará o terapeuta estabelecer um plano terapêutico de acordo com as necessidades do indivíduo. Apenas psicólogos têm conhecimentos necessários para a aplicação de testes psicológicos (Cunha, 2007).

Durante o tempo de estágio foi possível fazer uma avaliação psicológica com a aplicação, cotação e interpretação dos testes escolhidos. Esses testes estão descritos mais abaixo na descrição dos casos.

2.7. Abordagem Centrada na Pessoa

O acompanhamento terapêutico e a discussão dos casos clínicos aqui apresentado enquadram-se na Abordagem Centrada na Pessoa – ACP, desenvolvida por Carls Rogers (1951/2004) insere-se na terceira força da Psicologia o Humanismo e existencialismo em que dá importância a uma relação de ajuda. Neste sentido o psicólogo tem como objetivo promover o desenvolvimento do self do outro, para que possa seguir no caminho da maturidade e autenticidade, tendo uma capacidade de tomar conta da sua vida e enfrentar seus problemas de forma mais eficaz (Rogers, 2010).

Rogers (2010) destaca a importância da auto-organização orgânica e preocupa-se com a relação genuína estabelecida entre o cliente e o terapeuta, sendo essa relação uns dos aspectos fundamentais para ajudar uma pessoa que esteja incongruente. Importa que a pessoa sinta que exista entre ela e o psicólogo uma relação de confiança e de não julgamento, que sinta que a pessoa está ali para ouvi-lo e ajudá-lo.

Esta abordagem baseia-se em três Pilares conceituais, esse modelo estabelece uma proposta terapêutica em que existe uma confiança na capacidade de organização do indivíduo, de forma que o terapeuta intervém como um facilitador do autoconhecimento do cliente, por isso a importância da não diretividade; outro pilar é a tendência atualizante em que Rogers (2003) definiu como uma predisposição do organismo de evoluir e se organizar para uma complexidade superior do seu self; o terceiro pilar então define-se como a presença das seis condições necessárias e suficientes na evolução do processo terapêutico.

No entanto, tendo em conta a falta de prática e alguns tipos de intervenção que são realizadas na instituição, nem sempre foi possível a utilização da atitude não diretiva com os clientes. No entanto na maior parte das vezes foi possível utilizar a abordagem, tanto nos acompanhamentos, quanto nas rotinas diárias com as pessoas que vivem e trabalham no acolhimento.

Com o desenvolvimento da sua teoria, Rogers descreveu que a personalidade do indivíduo é uma manifestação da sua tendência atualizante, tendo em conta a tendência formativa (Hipólito, 2010 e Leal, 2018). Rogers (2003) desenvolveu então 19 proposições que

auxiliam o estudo da personalidade. Essas proposições têm o objetivo de explicar fenômenos através do comportamento observado relativos a estrutura da personalidade.

Rogers (2003) assume que o desenvolvimento da personalidade da pessoa é um processo constante de adaptação entre o organismo e o meio, esta experiência do indivíduo e do ambiente vai possibilitando um processo de complexificação, em que o organismo se atualiza e a personalidade é essa atualização das potencialidades do organismo, ou seja, a personalidade do indivíduo é a manifestação da sua tendência atualizante.

Todo ser caminha para o desenvolvimento, a sua autorregulação assegura a sua sobrevivência e maturação. Tendo condições ótimas a experiência e a simbolização estão congruentes e o organismo irá conservando o self, no entanto se existe um desequilíbrio o organismo entra em estado de incongruência, deste modo entra num registo de comportamento desajustado. Resumidamente, se a experiência e o self são congruentes, então a tendência atualizante está no seu funcionamento normal, quando isso não se verifica a tendência atualizante pode funcionar de maneira contrária áquilo que é a realização do self do organismo, deste modo o self ideal e o self real tornam-se discrepantes, dando origem a ansiedade e baixa autoestima (Rogers, 2003; Hipólito, 2010).

Baseando-se na Abordagem Centrada na Pessoa, Hipólito (2010) desenvolve então uma teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo, no qual ele define e explica como se processa o desenvolvimento da personalidade. Para Hipólito (2010) todo organismo tem uma tendência formativa, ou seja, todo organismo caminha para a evolução, de uma forma mais simples para uma mais complexa e se não forem criadas condições ótimas necessárias para este desenvolvimento o organismo fica sujeito a traumas. Os traumas tornam-se marcadores significativos das experiências do organismo.

“(...) os sintomas são o resultado do melhor equilíbrio possível para o organismo, torna-se necessária uma prudência extrema no que concerne ao desejo de os eliminar enquanto o organismo não tiver tido a possibilidade de encontrar um melhor equilíbrio alternativo. Em princípio, os sintomas são abandonados quando já não são úteis para ultrapassar os conflitos que os geraram ou, ainda, pela eficácia dos processos naturais de amadurecimento e de autocura.” (Hipólito, 2010. p.159)

Outro conceito importante é o Locus de controlo, que diz respeito a maneira em que o indivíduo deixa-se influenciar pelos acontecimentos. A dissociação do self também fará com que o organismo tenha diferentes níveis de locus de controlo interno e externo. Essas

dissociações podem se manifestar também em sintomas de alexitimia em que o indivíduo não percebe o que sente ou não sabe expressar o que sente (Hipólito, 2010).

Para que a integridade do indivíduo não seja ameaçada e que possa entrar em estado de congruência, importa que a tensão interior seja diminuída, procurando uma adaptação do self ao meio. Com um self mais flexível, torna-se mais fácil adaptar, simbolizar e integrar várias experiências contraditórias (Rogers, 2003).

Capítulo III - Descrição das Atividades em Grupo

3.1. Competências Sociais Integradas (CSI)

O Programa do CSI recorre a instrumentos que auxiliem o psicólogo e a crianças e jovens a reparar as problemáticas, através de um momento em grupo terapêutico e de reflexão. O CSI tem sua base no *Social and Emotional Learning* (Correia et al., 2014).

A proposta é estabelecer atividades que possam ajudar os indivíduos a expressar suas emoções, refletir sobre suas vivências e adquirirem competências importantes para suas vidas. Entre as atividades pode-se contar com role-play, histórias, discussão de assuntos importantes que ocorrem no acolhimento, jogos, dinâmicas de grupo e etc. (Correia et al., 2014).

As atividades do grupo devem desenvolver cinco domínios importantes: o autoconhecimento, a autogestão, a consciência social, a relação interpessoal e a tomada de decisão responsável (Correia et al., 2014).

O CSI destina-se a todos os elementos que compõem o acolhimento. As sessões são planeadas e preparadas em reunião de equipa tendo em conta opiniões dos vários profissionais. As sessões são dinamizadas e avaliadas pelos psicólogos (Correia et al., 2014).

Para um levantamento eficaz de assuntos que devem ser tratados durante as sessões são aplicados instrumentos:

Escala de avaliação de competências sociais e emocionais para crianças e adolescentes – EACSE-CA (Gaspar et al., 2013). Escala “para mim é fácil”, está escala mede a competência pessoal e social através de cinco dimensões: Resolução de problemas, competências básicas, regulação emocional, relações interpessoais e definição de objetivos. As respostas são obtidas através de uma escala de *likert* de autoavaliação com cinco níveis: Nunca (1), Poucas Vezes (2), Algumas Vezes (3), Muitas Vezes (4) e Sempre (5).

Escala de avaliação de competências sociais e emocionais para adultos – EACSE

(Gaspar et al., 2013). Escala “para mim é fácil”, esta escala mede a competência pessoal e social através de cinco dimensões: Resolução de problemas, competências básicas, regulação emocional, relações interpessoais e definição de objetivos. As respostas são obtidas através de uma escala de *likert* de autoavaliação com cinco níveis: Nunca (1), Poucas Vezes (2), Algumas Vezes (3), Muitas Vezes (4) e Sempre (5). Esta escala é aplicada aos educadores de referência de cada educando e depois é comparada ao que o educando respondeu.

Escala de Skills Sociais – a escala avalia competências sociais através de três dimensões: competências sociais básicas, competências sociais avançadas, competências para lidar com sentimentos, competências alternativas à agressividade, competências para lidar com o stress e competências de planeamento. A medição é feita através de uma escala de *likert* composta por cinco níveis: Nunca (1), Quase Nunca (2), Algumas Vezes (3), Muitas Vezes (4) e sempre (5). Esta escala é preenchida pelos educadores em relação a perceção que têm da criança ou jovem (Instituição, 2022).

As sessões do grupo CSI são feitas semanalmente, primeiramente é feita a atividade planeada, a seguir é feita uma reflexão do que se passou e por fim comentam-se os desafios que existirem durante a atividade (Instituição, 2022).

Após as sessões os psicólogos fazem uma avaliação sobre o que se passou no grupo. No final do ano, quando o programa anual é terminado as sessões são avaliadas e serão então aplicados novos questionários para verificar a eficácia e a satisfação do projeto (Instituição, 2022).

3.2. Atividades em grupo CSI

Durante o tempo de estágio foram realizados todas as segundas-feiras o grupo CSI, neste grupo eram realizadas dinâmicas e conversas que vinham ao encontro das necessidades levantadas com os jovens e crianças da casa.

O trabalho em grupo é importante para perceber comportamentos que não são evidenciados individualmente. Para Lewin (1943) para que exista mudança no mundo é necessário entender como se vive em grupo e que as dinâmicas do grupo podem e devem influenciar significativamente a vida das pessoas.

O grupo terapêutico é o lugar em que são tratados os sofrimentos psicológicos e perturbações mentais através dos processos de cooperações (Laneiro, 2005).

Independentemente da abordagem trabalhada em grupo, existem características que são comuns a todas, como a periodicidade, a existência de líderes facilitadores e o importante desenvolvimento pessoal que acontece nesses encontros, em que as pessoas que compõem o grupo adquirem aprendizagens importantes e melhoram seus relacionamentos interpessoais (Laneiro, 2005). Durante as sessões de grupo, quando existia a saída ou entrada de algum jovem ou criança, este assunto era colocado para discussão no grupo, e foi possível perceber que existia sempre um sofrimento de todos quando alguém ia embora de casa, não só pelas saudades que a pessoa deixaria, mas também pela tristeza de serem eles a ficarem. Alguns chegavam a declarar que todos iam embora, mas eles sempre ficavam lá sem família.

Por outro lado, também existia a parte de integração, pois o grupo permitia que cada um pudesse expor algo sobre si e assim iam se sentindo mais parte da casa. Essas relações eram trabalhadas não só no grupo, mas após o grupo, quando o assunto continuava dentro dos quartos, nas refeições e nos momentos de lazer.

Durante as sessões de CSI foi possível notar questões importantes para cada um dos jovens e crianças, toda vez em que se deparavam com um assunto que ainda era muito relevante podíamos notar reações como desconforto, agressividade ou até mesmo falta de vontade em falar.

Embora a abordagem utilizada nos grupos CSI não seja totalmente não diretiva, pois existe uma atividade que é proposta, este grupo apresenta também características do grupo de encontro proposto por Rogers, pois apesar do direcionamento, quando existia um assunto que parecia ser emergente, o grupo falava sobre aquilo, cada um com suas opiniões e expressões de sentimentos. “O grupo é mais que a soma de seus membros, ou, mais exatamente, é diferente dela. Tem estrutura própria, objetivos próprios e relações próprias com outros grupos.” (Lewin, 1948, p.100). O grupo apresenta então, um lugar propício a mudança e ao ajustamento psicológico.

Durante as sessões era possível perceber quais dos jovens estavam mais dispostos a ter um acompanhamento psicológico e dessa forma ao conversar com cada um após as sessões e foi dessa maneira que me foi possível fazer os acompanhamentos que descrevo neste relatório.

3.3. Sessões CSI

As sessões de grupo CSI aconteciam todas as segundas-feiras às 17h30m. contava com a psicóloga da instituição, a assistente social que ajudava na tradução da linguagem de sinais para uma das jovens, duas psicólogas voluntárias e os jovens e crianças da casa. Neste tópico está descrita algumas das atividades realizadas.

Viagem com cinco objetos – nesta dinâmica foi feito grupos de três pessoas e foi pedido para que imaginassem que iria viajar e precisava por na mochila cinco itens por ordem de importância. Durante a dinâmica houve muitas discussões daquilo que um achava mais importante que o outro, no entanto foi possível observar que na maior parte eles entravam em acordo. Quando não havia acordo eles explicavam porque achavam o seu item mais importante do que aquele que o outro havia escolhido. Foi interessante perceber que apesar dos conflitos existente, todos parecem ser compreensivos uns com os outros principalmente com quem é mais novo.

Conversa sobre a saída do D. – neste dia percebeu-se um clima mais pesado na casa. Estavam todos mais tristes, alguns mais agressivos e outros nem ao menos falaram. Foi então decidido falarmos sobre a saída de um dos rapazes que viviam na casa. A saída deste rapaz foi consequência do consumo de substâncias, ele foi transferido para um lar que pudesse ajudá-lo com a adição. Durante a sessão do CSI conversamos sobre como sentiam com a saída dele, e mencionamos a importância de ele estar a ser cuidado com pessoas específicas para tratar deste problema. Alguns concordaram, outros não muito. Mas uma observação importante foi que alguns deles sentiam-se com raiva por ter sido o D. e não eles a saírem da casa.

Isso traz uma reflexão importante sobre a experiência de cada um dentro do acolhimento.

Conversa sobre a saída do M. – neste dia como havia sido a saída de um dos jovens da casa para um centro especial de tratamento psicológico foi importante falar sobre isso durante o grupo CSI. Alguns dos jovens choraram e lembraram da importância deste jovem na casa. Falaram sobre suas recordações e dos presentes que ele deixou a cada um. Como em outras alturas os ânimos estavam elevados. Muitos deles estavam tristes e alguns agressivos.

Uma corrida lenta- nesta dinâmica separou-se os jovens e crianças em dois grupos, pediu-se que se colocassem atrás de uma linha e que tinham que em grupo chegar a reta final, no entanto quem chegasse primeiro perdia. Durante a atividade houve diversas discussões de como seria possível chegar ao objetivo, alguns deram a ideia de não sair do lugar, outros

deram a ideia de estar sempre um passo atras, outros de fazerem uma fila. Durante o tempo de planeamento pode-se notar que existia sempre um líder, que cada um falava na sua vez e que para eles todas as ideias pareciam ser boas. No fim, nenhum dos grupos conseguiram ganhar.

Cada grupo contou qual era o seu plano e o facilitador da dinâmica falou sobre a importância dos limites, porque existe sempre uma vontade de ganhar, mas que cada um deve respeitar o limite do outro e os seus próprios limites. O propósito de uma corrida é ganhar, mas qual o custo de ganhar e como se deve ganhar são características importantes, não só naquele jogo, mas também para a vida deles.

A teia – nesta dinâmica o facilitador solicitou que se fizesse uma roda sentados numa cadeira, levou um novelo de lã e amarrou uma ponta em sua cadeira, fez uma pergunta e deu o novelo para a pessoa que deveria responder.

A pessoa que responde deve passar a lã pelas pernas da cadeira e fazer uma pergunta para uma outra pessoa e passar o novelo para ela, de forma que ela também deve passar a lã nas pernas da sua cadeira e assim vai se sucedendo, até ir formando-se uma teia, em que fica difícil se mover sem tocar na lã. A pessoa que toca na lã vai saindo da atividade até sobrar uma só pessoa.

Nesta dinâmica foi importante conhecer melhor cada uma das pessoas da casa, mesmo que morassem juntas, havia muitos assuntos que nunca tinham falado e não sabiam algumas características importantes um dos outros. No fim a facilitadora falou sobre a importância de conversar para conhecer o outro.

Amor na internet – nesta dinâmica a facilitadora leu um texto sobre uma pessoa, de 16 anos que estava a relacionar-se com uma pessoa pela internet, dando algumas características relevantes sobre a relação e esclarecendo que os pais da menina não sabiam dessa relação. Após a leitura foi pedido para que cada um pudesse dizer o que faria se essa pessoa fosse uma amiga.

Cada um deu suas sugestões e em todas elas existia a preocupação se a pessoa do outro lado não era perigosa. Referente a idade foram existindo diferentes conselhos. Os mais novos diziam que a menina deveria contar aos pais, os mais velhos diziam que ela tinha de ter cuidado e não trocar fotos e procurar saber mais sobre a pessoa. No fim a facilitadora explicou os perigos das relações pela internet e sobre educação sexual.

Foi uma dinâmica em que se percebeu a participação mais efetiva dos mais velhos, principalmente das meninas, enquanto essas falavam mais e estavam mais interessadas no assunto, os mais novos apenas ouviam.

Capítulo IV - Estudos de caso

4.1. Caso Clínico A

4.1.1. História Clínica Caso A

Identificação Pessoal

Tereza (nome fictício), 8 anos, nasceu em um país do continente africano, pertence à uma fratria de cinco irmãos em que ela é a mais nova. A Mãe, Senhora F, analfabeta, 40 anos. O Pai encontra-se em Portugal.

Motivo da consulta/Apresentação do Problema

Tereza sente-se neste momento com muitas saudades da mãe.

Anamnese Biográfica e História Familiar

Nasceu em 2013 com, com espinha bífida. Durante a primeira infância teve o tipo mais grave da espinha bífida, mielomeningocele. Teve uma intervenção cirúrgica aos quatro meses de vida em Portugal, essa intervenção resultou na falta de controlo dos esfíncteres.

A mãe tem neste momento 40 anos. Não se tem informações a cerca da gestação.

Durante a primeira infância viveu com os pais e fazia visitas diárias a casa da avó. A maior parte das vezes ia sozinha. Conta que brincava “em baixo da casa de alguém” com alguns amigos, no entanto fala várias vezes que não tinha amigos e que tinha dificuldade de locomover, por isso era mais difícil fazer amizades.

Ia brincar na rua ou à casa da avó sozinha, porque a mãe deixava-a sozinha em casa para consumir bebidas alcoólicas. Via a mãe ser agredida pelo pai diariamente. Conta um episódio em que o pai empurrou a mãe nas escadas e ela chorou muito. Diz sentir raiva e medo do pai. Quando ela tinha aproximadamente 5 anos os pais separaram “Foi muito bom porque assim já não tinha medo”.

Por causa da sua doença, veio à Portugal em 2021 para realizar uma intervenção clínica à espinha bífida e também uma intervenção à úlcera de pressão no calcâneo do pé esquerdo. Desde esse tempo mora em Portugal. Por não ter condições financeiras viveu em casas de familiares e amigos, trocando de habitação por várias vezes.

Durante o tempo na casa da tia viu a mãe ser agredida pela tia e foram expulsas de casa. Foram morar na casa de um amigo, qual agredia sua mãe. “eu não gosto que batam na

minha mãe”. Diz sentir raiva e medo das pessoas que agrediram a sua mãe e tem medo que volte a acontecer.

A mãe não conseguia trabalho, por mais que procurasse e um dia quando estava a pedir dinheiro na rua encontrou um lugar para morar “fomos morar na casa de um amigo da minha mãe e esse não lhe batia”. A mãe deixava-a sozinha sempre para ir consumir bebidas alcoólicas e chegava alcoolizada em casa. A menor ficava aos cuidados de uma vizinha que teve um AVC e era incapaz de cuidá-la. A mãe não conseguia fazer a higiene da Tereza e as vezes não tinha comida saudável para se alimentar, comendo várias vezes doces e bolachas ao jantar.

O proprietário da casa onde vivia fez uma denúncia a PSP, a qual levou a menina às urgências do Hospital. A menina foi encontrada com a fralda suja e com feridas internas e externas nos genitais. Tendo uma infeção urinária a qual foi tratada durante o seu internamento e foi dado tratamento para a puberdade precoce. A menina foi levada diretamente para o acolhimento após a alta do hospital. Reagiu de forma concordante ao saber que iria para uma casa de acolhimento. Durante o tempo de internamento foi possível perceber que Tereza sabe escrever algumas letras e números e que é bastante comunicativa.

No acolhimento teve um quarto só para ela com muitos brinquedos e sentia-se protegida. Ganhou uma cadeira de rodas para conseguir se locomover melhor. É uma criança colaborante, evidência boa adaptação ao acolhimento, boa capacidade de socialização e de estabelecimento de relações, comunicativa, cumpridora das regras da casa e busca ajuda quando necessita. É também autónoma no máximo das suas capacidades, fazendo por vezes a muda da fralda sozinha, apenas com a observação de uma educadora. Estabelece relação mais afetiva com duas educadoras e uma colega de casa.

No acolhimento algumas crianças da casa começaram a bater-lhe e “até arrastaram-me escada abaixo”. Isso fez com que sentisse medo de estar perto deles no lar. Conta também que na escola tem medo de fazer amizades e acontecer o mesmo. Diz ser sempre protegida e defendida pela colega de casa a qual tem uma amizade especial.

Ela diz que gosta do acolhimento, mas prefere viver com a mãe. A mãe faz visitas semanalmente, mas muitas vezes já foi alcoolizada visitar-lhe. Quando surge assuntos sobre a sua doença fala rapidamente e muda logo de assunto “a minha doença não é importante para mim”. Diz também que tem dificuldade em adormecer e que tem muitos pesadelos.

Neste momento ela encontra-se internada para tratar de ferimentos dos pés causados pela sua doença e tem uma bactéria multirresistente. Neste momento não tem previsão de alta.

Tereza fala poucas vezes dos avós, a pessoa que mais fala e que parece estabelecer uma relação mais íntima é a mãe. Fala do pai apenas quando fala sobre a violência que a mãe sofrera, no entanto desenha o pai quando faz o desenho da família.

Dados da Observação

Aspetto Físico: Tereza apresenta-se com aparência cuidada e roupas limpas. Postura ativa, atitude ansiosa, muito sorridente, comunicativa e cooperante.

Aspetto psíquico: Tereza apresentou-se vígil e lúcida, consciente do que dizia, bem orientada no tempo e espaço, estado de humor eufórico e desconfiado, atenção e memória satisfatória, linguagem fluente e discurso organizado. Apresenta perturbações na sua psicomotricidade devido a sua doença.

4.1.2. Instrumentos de Avaliação Caso A

O maior objetivo deste acompanhamento não era a avaliação, mas sim poder ajudar a Tereza de acordo com os assuntos que iriam aparecendo de forma que ela pudesse sentir-se compreendida e diminuir o seu sofrimento.

Nas primeiras sessões foi possível notar que Tereza não falava muito sobre a família, seu assunto permanecia referente o que faz na escola e no acolhimento, quando surgia o assunto sobre a família ela esquivava-se e logo pedia para terminar a sessão. Como estratégia para perceber melhor qual era a dinâmica familiar foi aplicado o teste do desenho da família.

O teste do desenho da família é um teste projetivo que foi desenvolvido por Porot, com suas bases na psicanálise e é utilizado desde 1931. Este teste contribuiu significativamente para o estudo da personalidade em crianças e como auxílio em exames clínicos. Sua validade foi feita através da comparação com o teste de Rorschach (Borges & Loureiro, 1990 e Ortega, 1981).

Desde a sua primeira aplicação este teste sofreu várias alterações. A sugestão inicial proposta por Porot era que pedisse a criança: “Desenhe a sua família” e ela então desenharia e o desenho era analisado. Através do desenho era possível observar e caracterizar o funcionamento familiar, a criança em relação a família e ao seu corpo (Borges & Loureiro, 1990 e Ortega, 1981).

Para que o teste pudesse ter maior objetividade, outros autores foram modificando, no entanto Corman sugeriu um aspeto importante para este teste que era o desenho da família imaginária. sugerindo que se pedisse a criança: “Desenhe uma família, uma família que você imagina”. Segundo Corman, desenhar apenas a própria família poderia limitar a projeção, deste modo o observador estaria excluindo aspetos importantes do inconsciente da criança como por exemplo os complexos de Édipo, o narcisismo e a rivalidade fraternal (Borges & Loureiro, 1990 e Ortega, 1981).

Atualmente o teste é feito em duas partes, o desenho da família real e da família imaginária. É aplicado em crianças e adolescentes a partir dos cinco anos (Corman, 2003).

Relativamente a consistência interna do teste pode-se dizer que é um teste eficaz e robusto. Sendo um teste projetivo, importa que o desenho seja analisado tendo em conta as características da criança e não deve ser analisado em comparação em suas partes, mas sim individualmente. Sendo que cada parte deste teste traz características muito relevantes a cerca do que se pretende analisar (Ortega, 1981).

A aplicação do teste segue o seguinte procedimento:

- A- Pedir a criança que faça o desenho da família imaginária;
- B- Fazer uma entrevista sobre o desenho;
- C- Pedir a criança que faça o desenho da Família real;
- D- Fazer uma entrevista sobre o desenho.

São utilizados lápis, lápis de cor e folha A4. Não é permitida a utilização de borracha nem régua, pois os “erros” podem caracterizar também situações importantes (Ortega, 1981).

4.1.3. Análise do caso segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito Caso A

Pode-se observar que existem traumas nas potencialidades, nomeadamente ter nascido com espinha bífida e a ferida no pé.

A doença que Tereza tem desde o nascimento afetou a sua potencialidade biopsicossocial de forma em que não conseguiu ter uma saúde normal, não podendo se desenvolver de forma saudável, sendo um trauma biológico afetou a sua mobilidade, a sua autonomia, o controlo do esfíncter e tornando-a incapaz ou com capacidade reduzida de acompanhar os amigos nas brincadeiras. Como condições ótimas de atualização podem se citar a cirurgia, como uma condição biológica e o acolhimento, como uma condição biopsicossocial.

A ferida no pé é também um trauma biológico que afeta a sua potencialidade trazendo a Tereza falta de mobilidade e a incapacidade ou capacidade reduzida em acompanhar os amigos nas brincadeiras. Como condição ótima de atualização pode-se citar a cadeira de rodas que trouxe a ela maior mobilidade, dando maior capacidade de socialização e autonomia.

Pode-se evidenciar traumas nas condições, sendo estes a exposição à violência, o ficar sozinha, exposição a mãe sob efeito de substâncias, a separação da mãe (quando é acolhida) e as agressões sofridas pelos colegas de acolhimento.

A exposição a violência configura-se um trauma psicoafectivo e social, afetando o sentimento de segurança e proteção e dando a Tereza um sentimento de raiva e medo pelo pai, tia e amigos da mãe. Como condições ótimas de atualização pode-se citar o acolhimento e o acompanhamento psicológico.

O ficar sozinha é um trauma biopsicossocial em que afetou a higiene e saúde, o sentimento de segurança e causou medo de barulhos em Tereza. Como condições ótimas pode-se citar o acolhimento e o acompanhamento psicológico.

A exposição a mãe sob efeito de substâncias configura-se num trauma biopsicossocial, em que afetou a segurança, a higiene, o sono e deu a Tereza medo dos amigos da mãe. Como condições ótimas de atualização pode-se citar o acolhimento e o acompanhamento psicológico.

A separação da mãe, que acontece quando Tereza é acolhida, configura-se um trauma psicoafectivo, afetando-a emocionalmente de forma a ter saudades da mãe e sentindo-se culpada por estar longe da mãe. Como condições ótimas de atualização pode-se citar as visitas da mãe, o acompanhamento psicológico e o internamento, pois no ambiente hospitalar recebe visitas frequentes da mãe.

As agressões sofridas no acolhimento é um trauma biopsicossocial tendo efeitos sobre a saúde física da Tereza, como ferimentos no corpo e sobre a saúde psicológica como o medo e a dificuldade em fazer novos amigos. Como condições ótimas de atualização pode-se citar o internamento, onde ela está longe dos seus agressores e o acompanhamento psicológico.

Como figuras de afeto pode observar a mãe, como maior figura e duas educadoras do acolhimento em que ela relata ter muito carinho.

Como maior condição de atualização pode-se observar a relação de afeto que tem com a mãe, que faz com que ela sinta que apesar de tudo é amada e o acolhimento que a tirou de

todo sofrimento que estava inserida. É importante citar que esta menina tem uma capacidade de resiliência muito boa, visto que apesar de toda experiência negativa vivida continua feliz e consegue por vezes administrar o seu sofrimento.

Quanto as dissociações, pode-se observar que o seu self real (viver no acolhimento e ter dificuldade em locomover) ainda está muito distante do seu self ideal (viver com a mãe numa casa delas, feliz, poder dançar e andar sem dificuldades) o que demonstra uma baixa estima de si. Quanto ao cognitivo e emocional, a Tereza demonstra ter uma boa percepção das suas emoções, conseguindo expressar-se corretamente segundo o expectável do seu desenvolvimento. Quanto ao real e o imaginário, ela tem uma boa percepção daquilo que é real e o que imagina, no entanto, as vezes conta mentiras em que parece ou faz parecer que acredita nelas.

Apesar de nascer com a condição de ser uma criança diferente, por consequência da sua doença, Teresa parece conseguir lidar bem com o seu corpo e tenta criar estratégias para conseguir ter uma vida mais normal possível.

4.1.4. Acompanhamento Psicológico Caso A

A proposta de intervenção é o acompanhamento psicológico, utilizando a Abordagem centrada no cliente e a ludoterapia. As sessões realizaram-se no gabinete do acolhimento e algumas vezes no quarto da Tereza. Todo acompanhamento foi feito através da escuta ativa, observação, desenhos, brincadeiras com bonecas e plasticinas.

Na primeira sessão utilizou-se a ludoterapia, Tereza brincou com bonecas e fez desenhos, na segunda sessão foi aplicado teste do desenho da família real e imaginária e após algumas semanas (aproximadamente 4 semanas) o teste foi aplicado outra vez para perceber se havia alguma mudança pois Tereza havia deixado de receber visitas da mãe por algumas semanas e não conseguia falar sobre o assunto.

Na primeira vez em que foi aplicado o teste Tereza desenha a mãe, ela e as irmãs a brincar e também desenha a psicóloga (eu). Quando perguntada porque desenha a psicóloga ela diz que queria ser igual. Fala também que esqueceu de desenhar o irmão. Diz ter maior proximidade a mãe e a irmã mais velha. No desenho da família imaginária desenha a mãe e um peixe, quando fomos falar sobre o desenho disse que se sentia cansada e que não havia mais nada a dizer.

Na segunda vez só fez a família real no qual desenha o pai de cabeça para baixo com um chapéu de chuva. Ao ser perguntada porque estava de cabeça para baixo diz que sabia e que era assim o desenho, diz também ter esquecido de desenhar a si e a mãe. Relata ainda que ama o pai, no entanto não quis falar mais dele nesta sessão.

Em uma outra sessão foi abordado o assunto dos amigos em que ela se expressou através dos desenhos, desenha-se como uma rainha e um outro desenho representa os amigos. Ela relata que os amigos são importantes, mas que ela é a mais importante da relação. “eu sou uma rainha e os meus amigos devem obedecer-me”. Não desenha o rosto dos amigos, mas desenha o dela a sorrir.

Em uma outra sessão também fez desenhos sobre quem ela é quem queria ser, desenha-se igual e com saltos altos. Ela evidencia bem os saltos, o que me parece ser uma vontade de poder usar sapatos de saltos, mas não pode nesse momento pois tem a ferida no pé, o que parece causar uma baixa autoestima. Diz que neste momento acha-se simpática, no entanto chora muito e que quando for adulta será famosa e não irá chorar mais. No futuro vê-se a viver com a mãe numa casa feliz.

No total foram feitas nove sessões, que terminaram devido o internamento emergencial da Tereza. Durante as outras sessões falou-se das vivências no seu país de origem e em Portugal antes do acolhimento.

Durante as sessões foi possível observar que a Tereza parece estar atenta todos os barulhos, mesmo que seja de uma caneta a cair ao chão. Parece ter sempre medo de algum barulho. O que pode estar relacionado aos momentos em que esteve sozinha em casa a espera da mãe. Ela mesma relata que ficava no sofá a ver TV a espera da mãe e estava sempre atenta aos barulhos para ninguém lhe fazer mal e para ouvir a mãe chegar.

Quando surge assuntos sobre a família sempre tenta mudar de assunto ou pede para terminar as sessões.

Também foi possível notar durante as sessões que a Tereza é um pouco manipuladora, sempre utiliza a chantagem para obter o que quer “só vou falar na sessão se me trazer um presente” e parecia sempre desconfiada.

Durante as sessões foram trabalhados a autoestima, o medo e as saudades da mãe, através da escuta ativa e de respostas de compreensão empática, em que Tereza deu feedback de que sentia que estava a ser ouvida e compreendida. Foi utilizada também a psicoeducação

em que foi-lhe fornecidas informações sobre os assuntos que iriam aparecendo. Foram trabalhadas as questões da manipulação, em que foi importante explicar os limites da relação cliente-psicólogo e explicou-se sobre a importância de respeitar os limites dos outros que conviviam com ela.

Antes de ser internada relatou que estava ansiosa e que sentia que não iria conseguir se distrair no hospital, podendo ser aborrecido estar tantos dias internada, então em conjunto foram partilhadas estratégias de *coping* para que a experiência no hospital se tornasse menos desagradável.

Durante o decorrer das sessões foi possível notar mudanças como: maior confiança em falar sobre as suas experiências antes do acolhimento, maior capacidade em gerir as emoções de saudades da mãe e sobre o medo dos colegas do acolhimento.

4.1.5. Avaliação Psicológica Caso A

Referente a aplicação do teste do desenho da família, a Tereza foi avaliada em dois momentos. Na primeira vez fez o teste da família completo e o intuito era perceber um pouco mais a cerca do funcionamento familiar. No segundo momento, surgiram assuntos a cerca do pai de Tereza, o qual ela nunca havia falado, então foi realizado outro teste, no qual ela só optou por fazer o teste da família real o qual desenhou o pai.

Referente a análise pode caracterizar da seguinte forma:

1) Primeiro momento

Desenho da família imaginaria:

Neste desenho Tereza desenha a mãe e um peixe. Em questão de análise gráfica o desenho tem um tamanho esperado comparativamente ao tamanho da página, desenha a mãe com o traço mais forte o que pode indicar alguma agressividade. Não é um desenho com muitos detalhes e não desenha pés e mãos. Os membros inferiores e superiores foram desenhados com pouco cuidado comparativamente á outros desenhos da Tereza. O desenho foi feito na parte superior, o que pode indicar maior ligação (Corman,2003).

Relativamente a análise formal e conteúdo do desenho, Tereza desenha um elemento da natureza, o peixe, o que pode indicar sensibilidade ao meio. Quando perguntada porque desenhou um peixe responde porque gosta de peixes. Desenha a mãe em primeiro lugar, demonstrando maior afetividade pela mãe, no entanto o desenho tem menos detalhes em

comparações a outros feitos por Tereza. Este desinvestimento no desenho pode demonstrar alguma agressividade ou desvalorização do sentimento pela mãe. O que pode acontecer em desenhos de crianças que estão afastados dos familiares. A desvalorização dos membros do corpo da mãe no desenho pode indicar problemas afetivos (Corman, 2003).

Desenho da família real:

Neste desenho houve maior investimento por parte de Tereza. Ela desenha a mãe, a irmã mais velha, ela e a psicóloga.

Em questão de análise gráfica, o desenho tem um tamanho proporcional á folha. Desenha a mãe com um traço mais forte, podendo indicar novamente alguma agressividade. Desenha todos os personagens com muitos detalhes, a mãe com cílios grandes e com os membros completos, diferente do desenho anterior. Desenha também flores. Relativamente a análise formal e de conteúdo do desenho, os elementos da natureza podem indicar sensibilidade ao meio e desenhou com maior alegria as flores. A mãe foi a primeira a ser desenhada, o que demonstra uma valorização maior a figura materna, logo depois desenha a irmã mais velha, também com muitos detalhes indicando um afetividade e valorização a essa irmã. Diz também que é a irmã mais próxima dela. Desenha-se depois, com menor tamanho que os outros, mas com alguns detalhes, depois desenha a psicóloga com mais detalhes e do mesmo tamanho do desenho que fez dela própria (Corman, 2003).

Quando perguntada a cerca dos desenhos diz que a mãe é quem ela conversa mais e é a mais bonita, diz que gosta da irmã e que queria ser como a psicóloga. Depois diz que queria ter se lembrado de desenhar o irmão.

Em nenhum dos dois desenhos Tereza desenha o pai, o que pode indicar uma afetividade negativa.

2) Segundo momento

Neste segundo momento, como já mencionado, Tereza apenas quis fazer o desenho da família real. Um dia antes do teste a mãe de Tereza combinou ir fazer uma visita a qual não compareceu, o que pode ter interferido nesta projeção.

Desenho da família real:

Tereza desenha o pai com um chapéu de chuva colorido. Faz o desenho de cabeça para baixo, mesmo sendo avisada da orientação da folha. Referente a análise gráfica, desenha com

um traçado forte, podendo indicar alguma agressividade. Referente a forma e conteúdo do desenho, Tereza faz um desenho rápido, sem muita vontade. O desenho não tem muitos detalhes, podendo indicar alguma desvalorização da figura paterna. Quando perguntada porque o pai tem um chapéu de chuva ela responde “porque ele está na chuva” diz também que ama o pai. Pinta o chapéu de chuva e diz que é a única parte que deve ser pintada. O desinvestimento na figura do pai pode indicar alguma negação. Tereza não se desenha, o que pode indicar problemas de autoestima, ou ausência do pai na sua vida. Os casos de negação podem estar relacionados a crianças que vivem longe da família (Corman, 2003).

Quando perguntada porque não se desenhou a si e a mãe ela responde que se esqueceu e logo depois pede para encerrar a sessão.

O teste do desenho da família pode ter muitas limitações, como a falta de criatividade da criança ou até mesmo o cansaço, no entanto indica-nos características relevantes dos sentimentos de Tereza em relação a família (Corman, 2003). Mesmo ela tendo uma família grande, nunca desenha todos, apresentando sempre com alguma desvalorização. O desenho em que está só o pai, parece-me indicar um afastamento da figura materna que já não fazia visitas a Tereza durante algum tempo, mesmo tendo combinado um dia com a criança. É possível que Tereza estivesse frustrada e decidiu então não desenhar a mãe.

4.1.6. Hipóteses de diagnóstico Caso A

Durante o acompanhamento da Tereza, foi possível notar que mais importante do que trabalhar num diagnóstico seria ouvi-la. No entanto foi possível identificar alguns sintomas de ansiedade. De acordo com o *American Psychological Association* (APA, 2020), a ansiedade pode ser definida por uma preocupação excessiva com o futuro, causando medo, reações comportamentais e cognitivas. Embora a ansiedade seja um estado mental e emocional útil o ser humano, quando existe em excesso pode trazer algumas consequências preocupantes.

No caso da Tereza, ela apresenta sintomas como palpitações, sudorese, falta de ar e insónia em alguns momentos (DSM-5). No entanto, estes sintomas não são muito frequentes e não atrapalham de forma significativa a vida de Tereza. Desta maneira, considera-se que seja importante manter um acompanhamento para perceber se existe uma perturbação de ansiedade ou apenas sintomas ansiosos que podem estar relacionados com os traumas vividos pela mesma. Embora a investigação indique que crianças que sofrem abusos físicos e emocionais podem não conseguir identificar de forma mais clara os seus sentimentos,

desenvolvendo alexitimia (Berenbaum, 1996), o que não é o caso de Tereza que sempre conseguiu identificar e descrever seus sentimentos durante as sessões.

4.1.7. Hipóteses de intervenções psicológicas Caso A

Sendo a Tereza ainda uma criança, importa que todo o acompanhamento respeite o seu desenvolvimento e venha de encontro aos gostos da criança. Neste sentido, foi importante utilizar ludoterapia, no caso da abordagem utilizada, a ludoterapia centrada na criança (LCC). O objetivo da LCC é que o psicólogo se centre em escutar a criança, observar o que a criança traz no atendimento. Por vezes pode ser desafiante deixar que a criança se mostre a si mesma sem nos encontrarmos com a nossa criança que já fomos, mas o intuito da terapia é que a pessoa mais importante atendimento seja a criança, ela deve ser escutada, respeitada e aceita incondicionalmente. O brincar é o centro desta terapia, então psicólogo age como um facilitador nessa brincadeira, brinca com a criança, mas não se iguala a ela, pois importa trabalhar os sentimentos trazidos na sessão (Axline, 1993 e 1984; Brito & Freire, 2014).

A criança dirige as sessões, ela escolhe com o que quer brincar e o que que dizer, pois só ela mesma pode avaliar e mudar o comportamento que acha que não a beneficia. Deste modo o terapeuta coloca a criança como responsável pelo seu comportamento. A atitude do terapeuta tem uma importância significativa para o desenvolvimento das potencialidades da criança. O terapeuta deve assumir o seu papel de facilitador, não deve colocar os seus julgamentos na brincadeira, se não a criança percebe que não está sendo aceita e então existe uma quebra nessa confiança (Axline, 1993).

No caso de Tereza, importa que continue o acompanhamento e verifiquemos a LCC como uma abordagem eficaz para tratar as questões apresentadas pela criança.

4.2.Caso Clínico B

4.2.1. História Clínica Caso B

Identificação Pessoal

Maria (nome fictício), 17 anos, nasceu na cidade de Lisboa. Tem o pai já falecido, sua mãe tem 47 anos em um irmão mais velho que se encontra detido em Lisboa.

Motivo da consulta/Apresentação do Problema

Maria apresenta comportamentos desviantes, sente-se deprimida e ansiosa.

Anamnese Biográfica e História Familiar

Maria nasceu em abril de 2005 na cidade de Lisboa. Conta que esteve exposta á várias situações de violência doméstica, do pai contra o irmão e contra a mãe. Relata que foi vítima de violência psicológica por parte do pai quando era ainda muito pequena. Descreve episódios de maus-tratos e negligência. Por causa desses episódios, irmão mais velho foi acolhido e após o acolhimento o pai começa a agredir Maria. Ela relata que se sentiu desprotegida “já não tinha meu irmão para me defender e ele podia me bater”. Maria esteve aos cuidados de uma ama até os 5 anos, e foi nessa idade que foi desfraldada e ingressou no jardim de infância.

Tempos depois do acolhimento do irmão, os pais separam-se. Maria ficou a cargo da mãe que a deixava numa ama (dona do quarto onde Maria e a mãe viviam) durante o dia todo, só voltando a noite já muito tarde. Maria foi acolhida em 2013 devido a uma das brigas entre a mãe e a ama. Neste tempo fica-se sabendo que a mãe de Maria trabalhava na prostituição.

Maria conta que foi acolhida assim que o pai faleceu com problemas de saúde e relata que estava muito triste, no entanto não conseguia demonstrar e viu o irmão no acolhimento próximo ao dela e sorriu para ele.

Quando acolhida frequentava o 4º ano de escolaridade, sem problemas de aprendizagem, mas com elevado absentismo escolar e com um comportamento instável.

Em 2015 Maria faz acompanhamento psicológico. Através da ficha extrai-se que Maria é saudável a nível físico, apresenta um bom funcionamento cognitivo, mas com problemas a nível social e comportamental, sem um diagnóstico estabelecido, apresentando isolamento, problemas de pensamento, problemas de comportamento e perturbação de eliminação. Nesta altura foi acompanhada na especialidade de pedopsiquiatria.

Foi proposta para adoção, no entanto não foi possível encontrar candidatos disponíveis. Maria conta que esteve em três casas de acolhimento diferentes e sempre teve dificuldade em manter as amizades. “Sinto que nunca posso ser quem eu sou, se eu disser que estou deprimida, vão me dizer que sou fraca, então prefiro mentir que estou bem e choro no meu quarto sozinha”.

Aos 15 anos, Maria sofreu um abuso sexual de um dos jovens do acolhimento onde estava. “Me senti mal e tive medo”. Deste abuso ficou grávida e pós fim a gravidez ao 6º mês de gestação através de um aborto voluntário. “eu não queria, mas eles disseram a minha mãe.

E ela resolveu por mim, todos decidiram por mim e não me perguntaram o que eu queria. Foi muito ruim”.

Maria não fala muito do abuso, mas conta detalhadamente sobre o aborto, nos detalhes percebe-se que confabula e vai se perdendo durante o relato. Conta que foi até ao hospital, tomou um comprimido e foi colocada para dormir, quando o aborto estava a ser feito ela acordou e viu o bebé. “Eram dois, aliás três bebés. Eles estavam vivos e eu pedi a médica que me dessem eles para que eu desse à uma senhora loira que estava com cancro, e as minhas três meninas vivem com esta senhora e eu vou visitá-la frequentemente (Confabulação)”.

Depois do episódio do aborto foi transferida para a casa que se encontra até o momento. Foi acompanhada por psicóloga na maternidade, no entanto não houve sucesso, pois ela não conseguiu estabelecer relação de confiança com a psicóloga e sentia que o ambiente em que eram as consultas relembravam sempre o episódio do aborto.

Na casa onde vive neste momento tem tido problemas de comportamento, como isolamento e roubo, apresenta-se mais ansiosa, com humor deprimido e sem expectativas de futuro. Reprovou no curso que frequentava por faltas. Estava inserida em um curso de cuidadora de infância o qual diz não se sentir bem em ir pois sempre lembra do seu bebé que foi abortado.

Como está próximo de fazer os 18 anos, Maria em breve será transferida para outro acolhimento para ficar mais próxima da mãe, visto que será possivelmente reintegrada a família nuclear. Maria relata não querer ir, pois tem medo de que a mãe a rejeite. “Eu estando aqui ela não vem me visitar porque não pode, se ela não me visitar estando perto é porque realmente não quer. Eu não tenho culpa dela não gostar de mim.”

Maria neste momento não está a fazer nenhum acompanhamento psicológico, é acompanhada por um pedopsiquiatra e faz acompanhamento médico, na especialidade de urologia por apresentar episódios de enurese. Faz medicação Sertralina, Quetipina, solifenacina (enurese), lorazepam (SOS) e Desmopressina (enurese SOS).

Caracterizada como uma menina com grandes dificuldades em estabelecer relações com pares, confabula com frequência, comportamento sexual incompatível com a sua idade e enurese noturna. É uma jovem educada e simpática, procura ajuda dos adultos com frequência e gosta de falar das suas atividades diárias.

Dados da Observação

Aspetto Físico: Maria apresenta-se com aparência cuidada e roupas limpas. Atitude ansiosa, humor deprimido, comunicativa e cooperante.

Aspetto psíquico: Maria apresentou-se vígil e lúcida, consciente do que dizia, bem orientada no tempo e espaço, estado de humor deprimido. Atenção e memória excelentes, linguagem fluente e discurso organizado, no entanto com confabulações. Boa psicomotricidade.

4.2.2. Instrumentos de Avaliação Caso B

Para melhor fazer um diagnóstico da Maria, foi necessário aplicar alguns testes, nomeadamente o Questionário de análise clínica (CAQ) e a Escala de estima de si (SERTHUAL). Também houve uma tentativa de aplicar o teste de aperceção temática (TAT), porém sem sucesso, pois Maria rejeitou assim que viu a primeira imagem.

Questionário de análise Clínica (CAQ) – é um instrumento que mede traços normais e patológicos, de forma a obter um perfil do sujeito. Desenvolvido por Krug (1980) é composto por 144 itens com três opções de resposta em que o sujeito responde através da sua própria avaliação. O CAQ avalia as seguintes dimensões: Hipocondria, depressão suicida, agitação, depressão ansiosa, depressão baixa energia, culpabilidade/ressentimento, apatia retirada, paranoia, desvio psicopático, esquizofrenia, psicastenia e desajuste psicológico. Os resultados são cotados e distribuídos em um gráfico representando um possível perfil psicopatológico.

Escala de Estima de si (SERTHUAL) – esta escala tem por base o modelo centrado na pessoa, considerando o conceito de self explicado por Rogers. É uma escala que mede o grau de autoestima da pessoa, o seja, como a pessoa avalia a si mesma. A escala é composta por 60 itens, com escala tipo *likert* de 1 á 5, sendo o 1 nada significativo e o 5 muito significativo, em que a avaliação é feita no sentido positivo ou negativo. As dimensões são divididas em 10 dimensões que se dividem por sua vez em 5 positivas e 5 negativas. O teste apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, com 0,85 de *alpha de Cronbach* (Tap et al, 2009).

4.2.3. Análise do caso segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito Caso B

Através da observação e avaliação psicológica pode-se considerar que Maria tem um Trauma nas Potencialidades que seria a enurese, ela diz sentir que algumas pessoas não queiram estar ao pé dela porque as vezes deixa escapar a urina e fica a cheirar mal. É um Trauma biopsicossocial, que afeta a saúde, a socialização e a autoestima dela. Como

condições ótimas de atualização pode-se citar o acompanhamento médico e as educadoras que ajudam na manutenção da sua limpeza pessoal.

Como traumas nas condições podemos enumerar:

A exposição à violência doméstica, este é um trauma social e psicológico que afeta a maneira com que Maria se relaciona com a família, pois está sempre com medo de que algo aconteça e se culpa pelo pai ter batido na mãe. Como condições ótimas de atualização, pode-se citar o acolhimento que tirou Maria da zona de conflito, a relação com os educadores e o acompanhamento psicológico.

As agressões do pai, é um trauma social e psicológico que afeta o sentimento de segurança de Maria, não conseguindo confiar em seu pai e tendo medo do que ele poderia fazer contra ela. Como condições de atualização pode-se citar o acolhimento, que separou Maria do pai, a morte do pai, que fez com que ela nunca mais viesse a ter medo que ele lhe batesse e o acompanhamento psicológico.

A detenção do irmão mais velho, é um trauma psicológico e social que afetou o sentimento de pertença e de segurança de Maria a qual diz que ele era a sua única família que gostava dela e desde que ele foi preso não podem estar juntos. Como condições de atualização pode-se citar as visitas ao irmão na instituição prisional.

O abuso sexual, que é um trauma biopsicossocial que afeta a autoestima, a vida sexual e a visão de sexualidade de Maria. Ela apresenta comportamentos sexuais muito explícitos em ambientes em que não são adequados, diz ter sentido nojo de si na altura. Como condições ótimas de atualização pode-se citar a mudança de acolhimento e o acompanhamento psicológico.

O aborto, que é um trauma biopsicossocial, o qual Maria relata com bastante tristeza, afetou a sua saúde física, pois diz que teve dores durante muito tempo, afetou o seu humor, apresentando-se mais deprimida, arrependida e culpada. Como condições ótimas de atualização pode-se citar a mudança de acolhimento, o acompanhamento psicológico e a relação com os educadores e pares.

O curso de cuidadora de infância, que foi um trauma psicológico, pois Maria revela que por várias vezes era obrigada estar na aula mesmo a chorar por se lembrar do episódio do aborto. Como condições ótimas de atualização pode-se citar o abandono do curso.

Quanto maior condição de atualização pode-se considerar o acolhimento que foi muito importante para que esta menina pudesse ser salva de certa forma da situação de maus-tratos.

Quanto a figuras de afeto pode-se considerar em primeiro lugar o irmão, pelo qual Maria demonstra ter muito amor e admiração “Eu poderia carregar várias mochilas cheias do amor que sinto pelo meu irmão.” E uma educadora pela qual ela fala muitas vezes e demonstra muito afeto “Ela é a única me entende e me defende aqui nesta casa”.

Quanto as dissociações, pode-se observar que o seu self real (estar acolhida, sem o irmão e com a mãe a rejeitá-la) ainda está muito distante do seu self ideal (viver com um namorado que goste dela e com o irmão felizes numa casa e a mãe sempre ao lado dela) o que demonstra uma baixa estima de si. Quanto ao cognitivo e emocional, a Maria demonstra ter uma boa percepção das suas emoções, conseguindo expressar os seus sentimentos e compreendê-los na maior parte das vezes. Quanto ao real e o imaginário, Maria apresenta confabulações, inventando histórias na sua cabeça e acreditando nelas como verdades irrefutáveis. Mesmo que saiba que rouba pertences dos amigos parece não ter a certeza se foi ela mesma quem o fez.

Como condições de valor, Maria sente que existe em si um rótulo de ladra e mentirosa que foi posto pelos outros por ser irmã de alguém que está preso. Sente que as pessoas só vão gostar dela se parecer bonita e feliz. Maria idealiza o irmão e mãe, tenta sempre desresponsabilizar a mãe, colocando a culpa por estar acolhida várias vezes em si mesma.

4.2.4. Avaliação psicológica Caso B

Abaixo estão descritas as avaliações feitas através dos testes aplicados.

Escala SERTHUAL

Quanto às dimensões positivas, a Maria, apresenta uma pessoa sem otimismo, sem confiança, não conseguindo ver-se numa perspetiva positiva. Não acha que tenha um papel relevante na sociedade e dá pouca importância às relações interpessoais. Apresenta também que não consegue tomar decisões sobre si e não vê em si valor nenhum. Não aprecia muito o seu corpo, não se considera uma pessoa amável ou admirada.

Quanto às dimensões negativas apresenta-se com resultados que demonstram que se sente inútil, sem esperanças e que ninguém a pode ajudar. Sente que não é capaz de enfrentar os acontecimentos da vida. Sente-se desinteressante e com poucos atributos. Tenta por vezes

controlar a agressividade, mas muitas vezes sem sucesso. Sente-se insegura, incapaz, desvaloriza suas conquistas e acha que não há solução para si.

C.A.Q

Maria sente-se depressiva, sente que se encontra com a saúde pior e fraca, tem pensamentos de autodestruição, sente com baixa-energia, não tem pensamentos suicidas, mas se auto mutila. Não se sente segura e tem medo de dizer o que pensa sobre os outros na frente dos outros. Sente que ao cometer um aborto fez algo imperdoável e sente-se sempre culpada por isso. Prefere estar sozinha e que não tem muita habilidade para fazer novas amizades. Sente que os outros estão sempre a falar mal de si e a fazer juízos errados. Acredita que os outros não a compreendem, por isso prefere não falar sobre seus sentimentos. Confabula com frequência e acredita muito no que diz. Acredita que tem pouco ou nenhum valor.

4.2.5. Acompanhamento Psicológico Caso B

Durante as sessões após a avaliação foi trabalhado a autoestima de Maria e a idealização da mãe. Maria não quis falar muito acerca da sua compulsão por roubo, mas falou muitas vezes em como se sentia feia e sem nenhum valor.

As sessões foram efetuadas referente ao que propõe a abordagem centrada na pessoa, foi direcionada pela Maria e falou-se sempre das questões que ela queria no momento. Surgiram várias vezes questões sobre a visão de si e como os outros a vêem.

Durante as sessões foi possível notar maior confiança por parte da Maria que ia contando coisas que não dizia a ninguém. O trabalho sobre a autoestima parece ter havido alguma mudança na maneira como ela se vê, no entanto não uma mudança significativa. Importa que assim que ela queira e esteja preparada que possa ter um acompanhamento psicológico para que possa trabalhar questões de depressão, ansiedade, culpa e comportamentos desviantes.

O acompanhamento terminou por vontade da Maria e pela sua mudança de lar.

4.2.6. Hipótese de Diagnóstico Caso B

Referente a observação em consultório e entrevista pode-se caracterizar Maria como uma menina depressiva e que se sente ainda muito culpada pelo aborto que fez. Relativiza um pouco a violação e dá maior valor ao aborto. Também se mostra uma pessoa com baixa estima de si, falando de si sempre como alguém sem muito valor. Acha que ninguém a

valoriza e nem valoriza o que ela sente. Prefere não partilhar seus sentimentos por medo de ser julgada como fraca. Maria também confabula muito, conta muitas histórias que não fazem nenhum sentido sobre si e sobre suas experiências. Acredita que os outros a julgam por ter um irmão preso e por isso sempre acham que ela é igual ao irmão. Não assume nenhuma vez que rouba os pertences dos outros e diz que não sabe como as coisas dos outros aparecem nas suas coisas. Sente que a mãe não gosta dela e que ela não tem culpa pelos erros da mãe, mas que gostaria que pudessem ter uma vida boa e feliz juntas, mesmo que neste momento seja impossível. Não tem esperança nenhuma de vida, não tem planos para o futuro. Apresenta-se sempre cabisbaixa e triste durante as sessões. Só foi possível fazer dois testes com Maria, pois no terceiro teste (o TAT) ela rejeitou assim que viu as imagens e disse que não queria mais fazer avaliação.

Pode-se perceber em Maria sintomas de Perturbação depressiva persistente com sintomas ansiosos, confabulação, stress pós-traumático e cleptomania.

4.2.7. Perturbação depressiva persistente

Segundo o DSM-5 (2014) a distímia ou perturbação depressiva persistente é um caso crónico de sintomas depressivos em que a pessoa apresenta um humor mais deprimido na maior parte do dia, no caso de Maria por ser adolescente, no mínimo um ano. Relatando ela que se sente mais deprimida desde antes de passar pelo aborto, pelos 15 anos. Esta perturbação pode apresentar sintomas como consumo de alimento excessiva ou pouco apetite, insónia ou hipersónia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, baixa concentração e dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança.

No caso de Maria, ela apresenta hipersónia, baixa energia, dificuldade em tomar decisões, baixa autoestima, sentimento de desesperança e o humor depressivo na maior parte do dia. Os resultados dos testes aplicados corroboram para este diagnóstico. Não havendo nenhum episódio maníaco não se encaixa em perturbação bipolar, e nem em perturbação ciclotímica.

Como foi também observado sintomas de ansiedade em Maria, pode-se fazer uma especificação da perturbação como Perturbação depressiva persistente com sintomas ansiosos. Segundo o DSM-5 (2014), esta especificação se define quando existe sintomas de nervosismo e tensão, inquietação, pouca concentração, temor do futuro e sentimento de perda de controlo.

Quando existem dois sintomas pode-se considerar leve, três sintomas considera-se moderado, quatro ou cinco sintomas considera-se moderado grave, quatro ou cinco sintomas com agitação motora considera-se grave. Durante a observação pode-se considerar que o caso de Maria seja moderado-grave.

4.2.8. Perturbação de estresse pós-traumático

A PEPT acontece quando existe uma experiência direta a um evento traumático, quando se vê um evento traumático, quando se sabe que existe um evento traumático acontecendo com alguém próximo ou quando se exposto a repetidos detalhes a cerca de um evento traumático (DSM-5, 2014). No caso de Maria, nos últimos anos passou por dois eventos traumáticos, o abuso e o aborto. Foi conversado em aplicar um teste que pudesse dar a certeza da existência da perturbação, no entanto Maria rejeitou qualquer outra avaliação após ter feito as duas que conseguiu realizar.

A PEPT apresenta sintomas como lembranças e sonhos angustiantes do evento traumático; comportamentos dissociativos em que a pessoa age como se estivesse a vivenciar o evento; sofrimento psicológico com grande intensidade e que se prolonga; evitação de experiências associadas ao evento traumático; incapacidade de recordar de detalhes do evento; crenças negativas sobre si mesma e a respeito dos outros; comportamento autodestrutivo; hipervigilância; reatividade exagerada; problemas de concentração e sono (DSM, 2014).

O trauma pode ser caracterizado por um evento externo que apresenta implicações psíquicas internas. O evento teve uma importância tão significativa que provocou no indivíduo alterações psicológicas (Pereira, 2012).

O abuso sexual é certamente a categoria de crime de maus-tratos mais comuns. Pode-se definir abuso sexual como: qualquer interação seja ela, toques, carícias, sexo oral, penetração, voyeurismo, assédio, exibição de pornografia e exploração sexual, com um indivíduo que não consente o ato ou que não tem aptidão para perceber o ato (Schaefer, Rossetto & Kristensen, 2012). No que concerne a idade em que começam os abusos, pode-se encontrar relatos dos 4 aos 16 anos, com medida de 8 anos. Quanto a idade do abusador varia entre 12 e 70 anos, sendo 32 anos a média (Mateus, 2012).

Os abusos sexuais contra menores estão sempre associados a prejuízos no desenvolvimento cognitivo, social, físico e emocional, esses prejuízos são de cunho tão

apavorante que perduram pela vida toda, trazendo traumas gravíssimos (Schaefer, Rossetto & Kristensen, 2012).

Estudos indicam que crianças com que sofreram abuso podem ter Perturbação de estresse pós-traumática, ansiedade, depressão, ideação suicida, impulsividade, falta de controle, uso de substâncias, baixa autoestima, alterações do desenvolvimento cognitivo, baixo rendimento escolar e pode-se, a longo prazo, tornarem-se delinquentes. Aparentemente esses jovens são mais propensos a correr riscos e se envolver em situações perigosas até criminosas. Esses comportamentos podem ser explicados pela necessidade de direcionar a raiva. Achados indicam que a raiva está relacionada com a delinquência (Carvalho, 2018 e Moreland et al., 2018).

Segundo a APA (1980) a PEPT está bem diagnosticada quando o indivíduo tem pensamentos recorrentes do evento traumático, como *flashbacks* que causem reações incomuns; quando tem comportamento evitativo a cerca de questões relacionadas com o trauma; quando tem perturbações do sono, causando irritabilidade e ansiedade.

Apesar da interrupção voluntária da gravidez (IVG) não ser crime no território português desde 2007 (DGS, 2007). Alguns autores afirmam que deve-se considerar as consequências psicológicas que um aborto pode trazer, podendo resultar numa PEPT. Estudos indicam que quando a IVG é realizada após o primeiro trimestre, como é o caso da Maria, pode trazer riscos psicológicos mais significativos para estas mulheres (Almeida, 2008).

4.2.9. Confabulação

Pode-se dizer que a confabulação é uma alteração do controle das memórias reais. A memória, sem dúvidas, é uma das funções mais importantes para os seres humanos, com um grande significado. O estudo da memória é antigo e o fenómeno das alterações da memória são importantes para perceber o funcionamento cerebral. Juntamente com o interesse pelo processamento da memória, também interessa-se perceber as relações entre o real e o imaginário (Morato, 2012).

Apesar de serem mentiras, as confabulações não vêm no intuito de enganar, mas pode-se dizer que a sua produção é involuntária, estando relacionada a alterações psíquicas e neurológicas (Morato, 2012).

4.2.10. Cleptomania

Segundo o DSM-5 (2014) a cleptomania acontece quando a pessoa não consegue controlar o impulso de roubar objetos sem nenhuma necessidade para o indivíduo. A pessoa com cleptomania tem uma sensação de prazer, alívio e gratificação quando consegue realizar o furto, tendo antes uma sensação de tensão. A pessoa não rouba por maldade, mas sim por um delírio ou alucinação. Esses indivíduos geralmente entendem que estão a fazer algo errado, sentem medo de serem descobertos e normalmente sente-se culpados depois. O roubo, nesses casos, são adições comportamentais e não uma maneira de fazer o mal, vender itens e nem por necessidade.

Os indivíduos cleptomaníacos descrevem esta atitude como algo incontrolável, mas que não se relaciona ao seu carácter. A etiologia deste comportamento não é bem clara, no entanto, estudos neurobiológicos indicam que pode estar associado a disfunções serotoninérgicas no córtex pré-frontal ventromedial, onde está a capacidade de tomada de decisão. O tratamento para esta perturbação é psicofarmacológico e a psicoterapia (Grant & Odlaug, 2008).

Capítulo V - Reflexão Final

O presente relatório conta com tudo aquilo que foi possível ser feito numa instituição com tantos desafios. Como a Pandemia COVID-19 que impossibilitou por diversas vezes o início da relação com a equipa técnica e os jovens e crianças do acolhimento. Devido a entrada e saída de alguns dos jovens e crianças que foram viver em outros ambientes, ou como no caso da minha cliente que teve de se ausentar devido á um internamento, diminuindo desta forma o número de sessões que poderiam ter sido feitas. E pode-se dizer também com o tempo tão curto de estágio, pois é notável que nesta instituição o tempo que se passa com os jovens tem muita relevância no relacionamento que se consegue estabelecer com eles.

Para os acompanhamentos e avaliações psicológicas existiram algumas limitações, como o *setting* que não era o ideal, pois a sala que poderia ser utilizada não tinha características de uma sala de atendimento psicológico, tendo nela computadores e armários que continham objetos que não poderiam ser utilizados pelos jovens e crianças, o que limitou muito as sessões de ludoterapia. Outrossim é a condição de estar dentro de casa deles, tornando o *setting* terapêutico o mesmo que por vezes causavam conflitos e onde faziam suas atividades diárias. Outra limitação a esse respeito foi a questão de não ter consultas previstas, tendo por vezes que perguntar se queriam ter consultas.

A falta de experiência profissional foi uma grande limitação, pois por diversas vezes o sentimento de medo em falhar e não conseguir corresponder às expectativas apareciam, no entanto, conseguir pôr em prática a abordagem centrada na pessoa foi sem dúvidas um divisor de águas, pois no ambiente de acolhimento residencial, é notável o quanto as bases desta abordagem podem ser um importante preditor de mudanças. No entanto mesmo com o medo e insegurança, poder trabalhar num ambiente como este foi algo que me ensinou imenso não só sobre o trabalho do psicólogo, como também sobre em como existem vivências que sequer podem passar pelas nossas cabeças e que estas pessoas que passam por isso podem conseguir ultrapassar situações muito complexas em suas vidas.

Toda essa experiência comprova a importância do trabalho do psicólogo na adaptação de crianças e jovens à uma nova realidade, na intervenção na resolução de traumas, na ajuda dentro das equipas multidisciplinares garantido um entendimento maior sobre a humanização dos serviços e resolução de conflitos.

Destaco aqui a importância do tempo de observação, em que foi possível perceber melhor a prática da profissão do psicólogo nas instituições, mesmo que na maior parte das vezes o trabalho da minha orientadora era como psicóloga social, pude perceber as técnicas em que poderia utilizar na resolução dos conflitos, nos momentos mais tensos em que existiam agressões ou crises com alguns dos jovens e crianças. Toda essa observação foi fundamental para estabelecer maior segurança para conseguir fazer o meu trabalho autonomamente. A confiança que foi transmitida pela minha orientadora me possibilitou ter maior confiança e conseguir estabelecer uma melhor relação com todos.

O desenvolvimento de atitudes de compreensão empática, consideração positiva incondicional e escuta ativa foram essenciais para a criação de relações com os jovens e crianças, foi desta forma que consegui aproximar-me aos poucos a cada um deles, estabelecendo uma relação de confiança, mas sem perder a compreensão de mim própria, não me pondo incongruente, demonstrando segurança (Rogers, 2004). A relação terapêutica se faz processualmente e existe um desenvolvimento que acontece tanto para o cliente, como para o psicólogo em direção ao melhoramento das suas potencialidades (Hipólito, 2011).

Os casos aqui apresentados sucederam de forma positiva, embora tenham sido interrompidos. As aplicações dos testes foram enriquecedoras para a minha aprendizagem. O desenho da família foi importante para perceber o funcionamento familiar e como a Tereza se sentia dentro da sua família. O CAQ que foi aplicado á Maria, possibilitou que conseguisse ter maior clareza a cerca das reflexões que foram feitas no final de cada sessão e deram respostas a cerca das hipóteses de diagnóstico. O SERTHUAL, foi importante em dar certezas

as hipóteses que havia colocado à cerca da autoestima de Maria. Em resumo, as aplicações dos questionários ajudaram tanto no processo de aprendizagem, quanto no diagnóstico.

Referente aos resultados dos acompanhamentos, embora tenham sido interrompidos, foram de grande importância para a diminuição do sofrimento psicológico das clientes, que foi notório com o passar das sessões e com o *feedback* que recebi das duas.

Infelizmente percebo que nas atividades em grupo não obtive muito aproveitamento, visto que percebi que encontrei algumas limitações como insegurança, timidez e até medo de dar características demasiadas a cerca de mim mesma. Consegui trabalhar na medida daquilo que me foi possível, participando sempre, procurando dar suporte quando as sessões terminavam num clima mais pesado e observando comportamentos e sentimentos importantes que iam aparecendo.

Importa salientar que ao que toca a saúde mental dos jovens e adolescentes que vivem em situação de acolhimento, precisa de maior investimento, pois existe uma necessidade de implementar atendimento personalizado a fim de responder as reais necessidades desta população. Existe, de alguma forma, um maior risco de desenvolvimento de perturbações mentais. É importante ver esses traumas, não como um sinal de esforço ou resiliência, mas sim como um problema que causa muitos efeitos nocivos a saúde mental destes jovens e crianças (Erol, Simsek, & Munir, 2010; Siqueira & Dell'Aglío, 2010).

Por fim, o sentimento que tenho ao finalizar esse relatório é de alívio, mas também de saudosismo por todos os momentos em que pude estar presente no acolhimento, estar com os jovens e crianças me inspiraram a melhorar muitos aspetos não só profissionalmente, mas também pessoalmente. Dentro da psicologia a aprendizagem acontece no dia a dia e acredito que ao longo do caminho se desenvolve maior autonomia e capacidade de trabalhar da forma mais adequada. Contudo, sinto-me agradecido pela possibilidade de vivência todas as experiências que o percurso académico em Psicologia me possibilitou.

Referências Bibliográficas

- Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP). *Facts For Families Guide* [Internet]. 2023. [acessado 2023 set 21]. Disponível em: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Layout/FFF_Guide-01.aspx.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Strange Situation Procedure (SSP)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t28248-000>
- Ainsworth, M. D., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Alexandre, D. T., & Vieira, M. L. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em estudo*, 9, 207-217. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000200007>.
- Almeida, M. A. M. V. (2008). *IVG: Um Indutor de Alterações Psicológicas? Estudo dos Níveis de Depressão, Ansiedade e Stress em Mulheres no Pré e Pós IVG* (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal)). <https://www.proquest.com/openview/91ace5414de66b4afbefc424d046ceb7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1).
- American Psychological Association. (1980). *American Psychiatric Association*. Cambridge Press.
- American Psychological Association. (2020). *In APA Dictionary of Psychology*. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/anxiety-disorder>
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio a vítima. (2020) *Estatísticas APAV*. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas-apav.
- Axline, V. M. (1984). *Ludoterapia: A Dinâmica Interior da Criança*. Belo Horizonte: Interlivros (Original publicado em 1947).

- Axline, V. M. (1993). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books (Original publicado em 1969).
- Baumann, U. (1998). *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*. Verlag Hans Huber.
- Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 585–595. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00225-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00225-5)
- Bernardes, J. W., & Marin, A. H. (2019). Intervenção com educadoras sociais no contexto de acolhimento institucional: relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, 20(2), 117-130. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7213758>.
- Borges, L. A. C., & Loureiro, S. R. (1990). O desenho da família como instrumento de avaliação clínica de um grupo de crianças encaminhadas para atendimento psicopedagógico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 42(2), 106-114. <https://periodicos.fgv.br/abp/article/view/21753/20506>.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. (2º ed). Basic Books. New York.
- Browne, K. (2009). The risk of harm to young children in institutional care. *London: Save the Children*. <https://www.nottingham.edu.my/Social-Sciences/documents/TheRiskofHarm.pdf>
- Brito, R. A. C. D., & Freire, J. C. (2014). Ludoterapia centrada na criança: uma leitura a partir da ética de Emmanuel Lévinas. *Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies*. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21408>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons Inc.
- Carmo, R. A. B. N. D. (2013). Relações entre Crianças e jovens em Instituições de Acolhimento [Doctoral dissertation]. *Instituto Politécnico de Portalegre-Escola Superior de Educação*. <http://hdl.handle.net/10400.26/6550>.
- Carvalho, F. A. M. D. (2018). Dois lados do maltrato infantojuvenil: Dos traços psicopáticos à inibição de atitudes altruístas (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.12/6659>.
- Cavalcante, L. I. C., da Costa Silva, S. S., & Magalhães, C. M. C. (2010). Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(4), 1147-1172. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27118632005.pdf>.
- Corman, L. (2003). *O teste do desenho de família*. Casa do Psicólogo.

- Correia, L., Esteves, S., Faria, C., Ramos, J., & Valdeira, S. (2014). Programa de competências sociais integradas (CSI). *Instituição*. <http://hdl.handle.net/11067/1334>.
- Costa, N. R. D. A., & Rossetti-Ferreira, M. C. (2009). Acolhimento familiar: uma alternativa de proteção para crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 111-118. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100015>.
- Cunha, J. A. (2007). *Psicodiagnóstico-V*. Artmed Editora.
- Dalbem, J. X., & Dell'Aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 57(1), 12-24. <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229017444003.pdf>.
- Dillon, D. G., Holmes, A. J., Birk, J. L., Brooks, N., Lyons-Ruth, K., & Pizzagalli, D. A. (2009). Childhood adversity is associated with left basal ganglia dysfunction during reward Anticipation in adulthood. *Biological Psychiatry*, 66, 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.02.019>.
- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar em Revista*, 65-76. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602010000100006>.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2021). *Saúde Mental na Infância e Adolescência: As intervenções na comunidade*. Ministério da Saúde. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/NL-04_SAU%CC%81DE-MENTAL.pdf.
- Erol, N., Simsek, Z., & Munir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 113-124. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0047-2>
- Felman, A. (2020). What is mental health?. *Medical News Today*. [Internet]. 2023. [acessado 2023 dez 12]. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543#risk-factors>.
- Galinha, I. C., & Ribeiro, F. (2011). O Psicólogo em instituições de acolhimento de crianças privadas de sistema familiar. *Psique*, 7, 61-69. <http://hdl.handle.net/11144/2682>.
- Gaspar, T. & Matos, M. (2015) “Para mim é fácil”: Escala de avaliação de competências pessoais e sociais. *Psic., Saúde & Doenças*. 195-206. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160206>.
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2008). Cleptomania: características clínicas e tratamento. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, S11-S15. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000054>

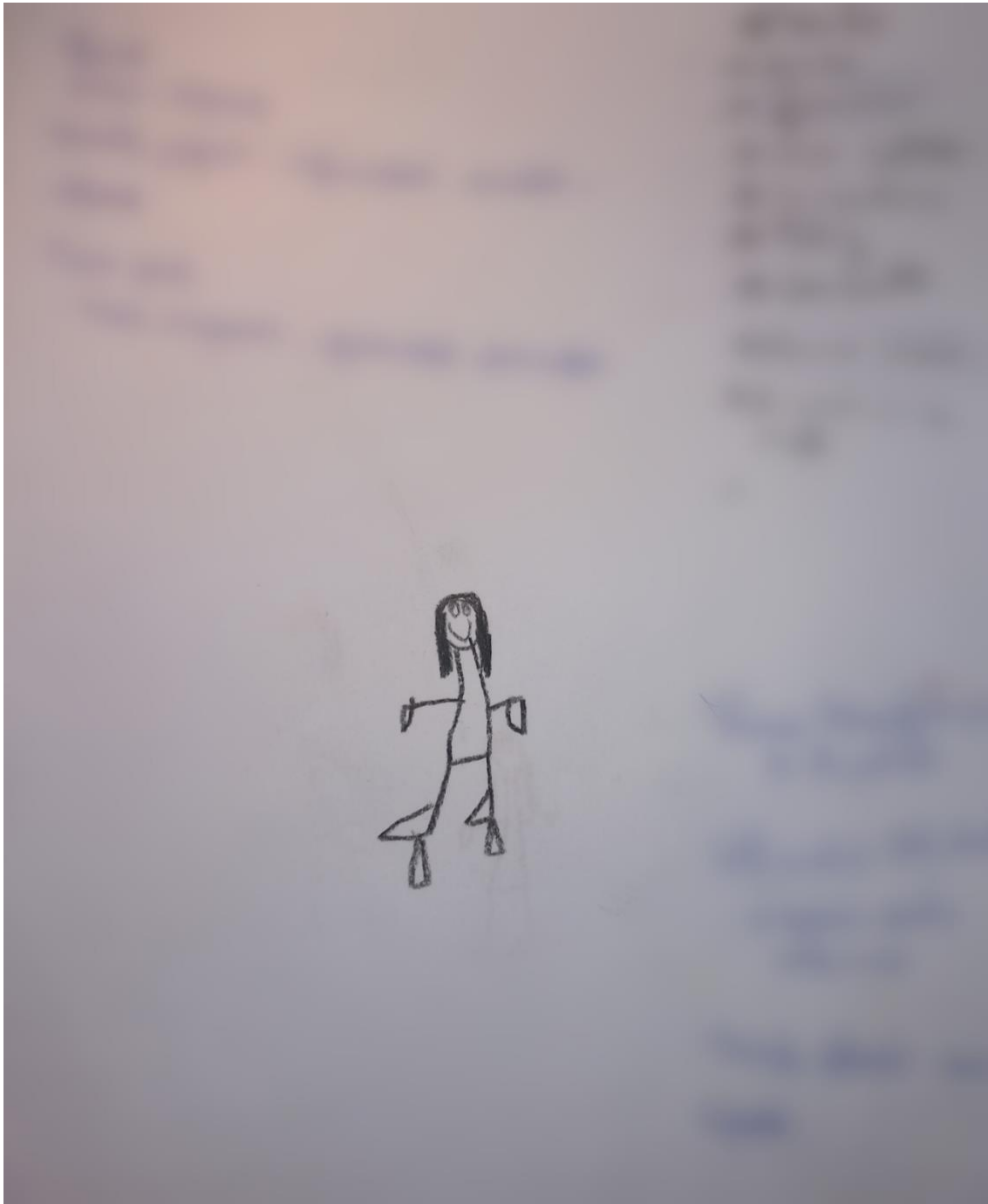
- Hipólito, J. (2010). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa. Edual.
- Ito, S. I., & dos Santos Azevêdo, A. V. (2021). Educadores sociais em abrigos destinados a crianças e adolescentes: revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, 14(1).
<https://doi.org/10.4013/ctc.2021.141.13>.
- Krug, S.E. (1980). *Manual CAQ: Questionário de análise clínica*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Laneiro, T. (2005). *O impacto dos grupos de encontro nos alunos da licenciatura em psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa* [Master's thesis]. Camões Repositório Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/235>
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa. Pactor.
- Lei n.º 35/2023. Lei da Saúde Mental. (2023). Diário da República: I Série A, n.º 141/2023.
<https://data.dre.pt/eli/lei/35/2023/07/21/p/dre/pt/html>.
- Lei nº 147/99. Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. (1999). Diário da República: I Série A, n.º 204/1999. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619>.
- Lewin, K. (1948). A origem do conflito no casamento. *Problemas de Dinâmica de Grupo*, 100-118.
- Mateus, M. I. S. M. (2012). *Prevalência de abuso sexual em crianças portuguesas*. (Doctoral dissertation).
- McCrory, E. J., & Viding, E. (2015). The theory of latent vulnerability: Reconceptualizing the link Between childhood maltreatment and psychiatric disorder. *Development and psychopathology*, 27(2), 493-505. 10.1017/S0954579415000115.
- Morato, E. M. (2012). Reflexões em torno da confabulação e da fabricação da memória: Continuidade ou ruptura entre real e imaginário. *Remate de Males*, 32(2), 195-210.
<https://doi.org/10.20396/remate.v32i2.8635882>
- Moreland, A. D., Walsh, K., Hartley, C., Hanson, R., Danielson, C. K., Saunders, B., & Kilpatrick, D. G. (2018). Investigating longitudinal associations between sexual assault, substance use, and delinquency among female adolescents: Results from a nationally representative sample. *Journal of Adolescent Health*, 63(3), 320-326.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.04.002>

- National Scientific Council on the Developing Child. (2005). Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3. *Center Developing Child Harvard Center*. https://harvardcenter.wpenginpowered.com/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf.
- Omizzollo, P., & da Rosa Silva, M. (2018). O olhar do agente educador sobre a constituição psíquica de crianças acolhidas. *Revista Subjetividades*, 18(2), 105-116.
<https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v18i2.5198>
- Ortega, A. C. (1981). O Desenho da Família como técnica objetiva de investigação psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33(3), 73-81.
<https://periodicos.fgv.br/abp/article/view/18601/17343>.
- Pereira, A. R. G. M. F. (2012). *Trauma e perturbação de stress pós-traumático* (Doctoral dissertation, ISPA-Instituto Universitário). <http://hdl.handle.net/10400.12/2296>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Saúde Mental* [Internet]. 2023. [acessado 2023 set 21]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/>.
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise psicológica*, 14, 589-599.
<http://hdl.handle.net/10400.12/3834>.
- Rogers, C. (2003). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa. Edual.
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa. Padrões Culturais Editora.
- Schaefer, L. S., Rossetto, S., & Kristensen, C. H. (2012). Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 28(2), 227-234.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000200011>
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a psicologia clínica*. Editora da UFSC.
- Simões, M. R. (2005). Potencialidades e limites do uso de instrumentos no processo de avaliação psicológica. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9(2), 237-264.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5261/1/2005_PEC_2.pdf.
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 26, 407-415.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300003>

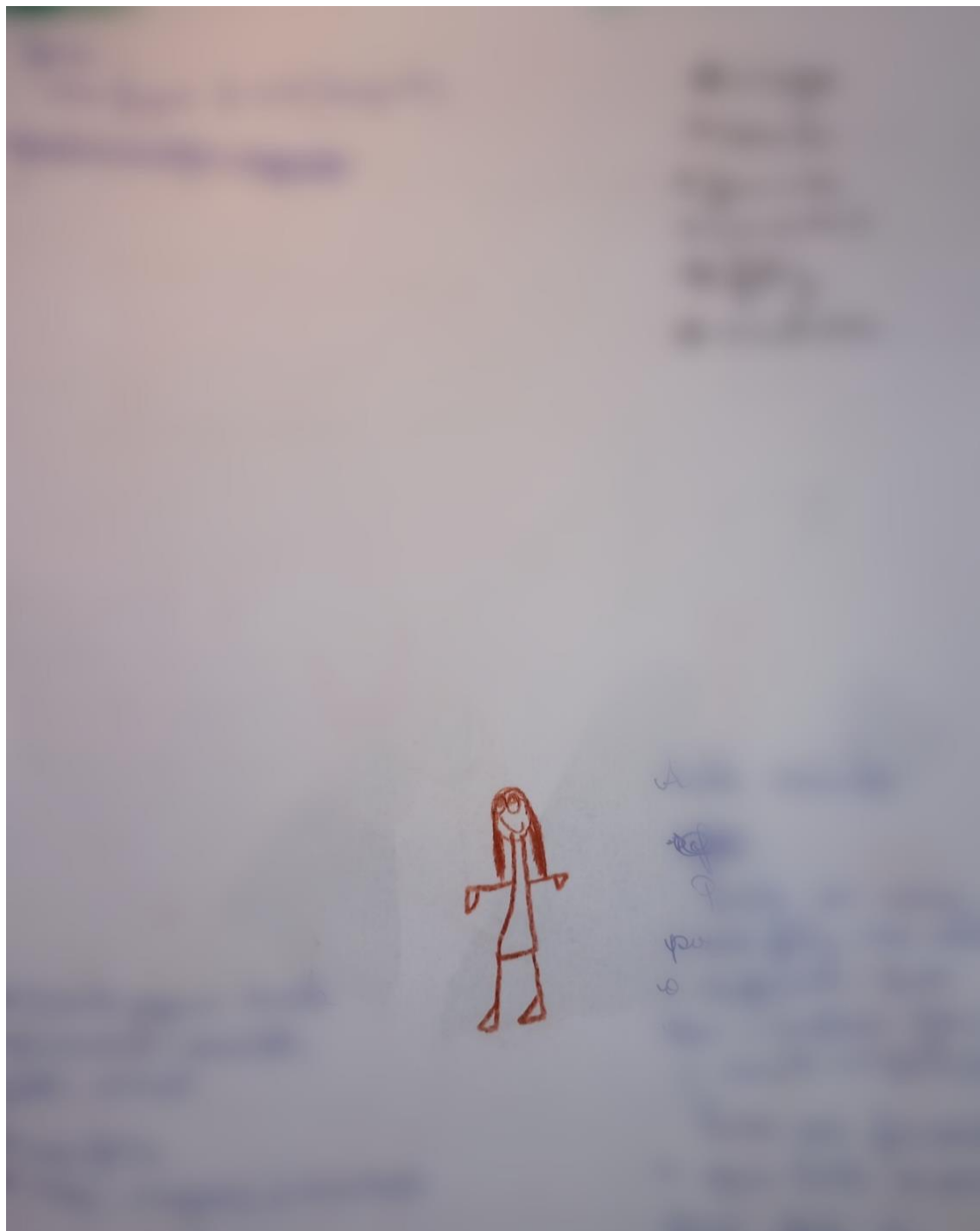
- Tap, P.; Hipólito, J. & Nunes, O. (2009). Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.U.A.L. *Universidade Autónoma de Lisboa*.
https://www.researchgate.net/publication/359973648_Manual_da_Escala_de_Auto-Estima_SERTHUAL_2022_Universidade_Autonomia_de_Lisboa.
- Unicef. (1959). *Declaração universal dos direitos da criança*. Nova Iorque: UNICEF.
- Vasconcelos, Q. A., Yunes, M. A. M., & Garcia, N. M. (2009). Um estudo ecológico sobre as interações da família com o abrigo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19, 221-229.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200010>.
- Vasileva, M., & Petermann, F. (2018). Attachment, development, and mental health in abused and neglected preschool children in foster care: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 443-458. <https://doi.org/10.1177%2F1524838016669503>.
- Winnicott, D. W. (2002). *Privação e Delinquência* (3ª Ed.). Martins Fontes. São Paulo.
- Witmer L. (1907). Clinical Psychology. *Psychol Clin*.1(1):1-9. PMID: 28909380

Anexos

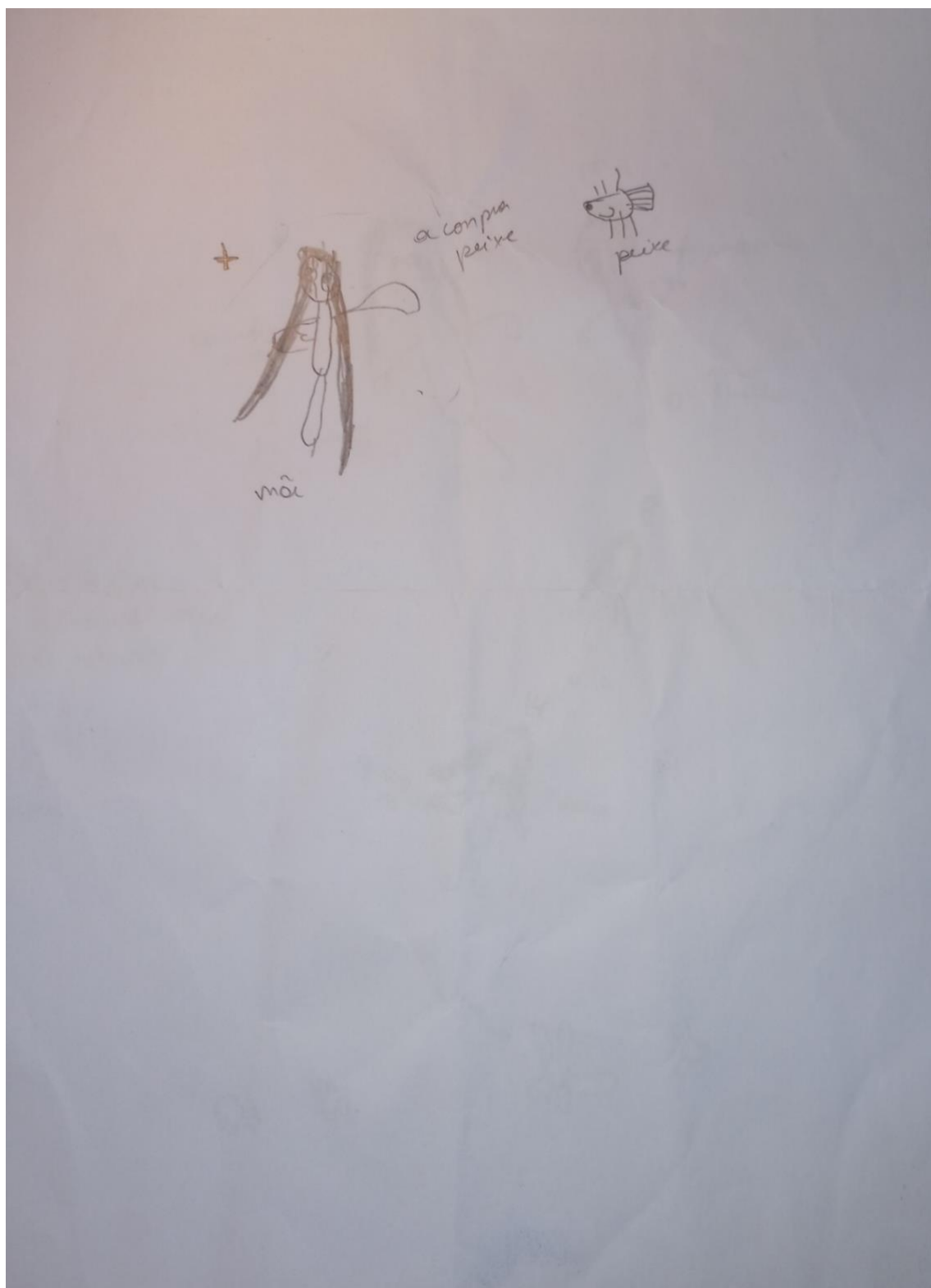
1.2. Anexo A – Desenho “como quero ser” (Caso A)



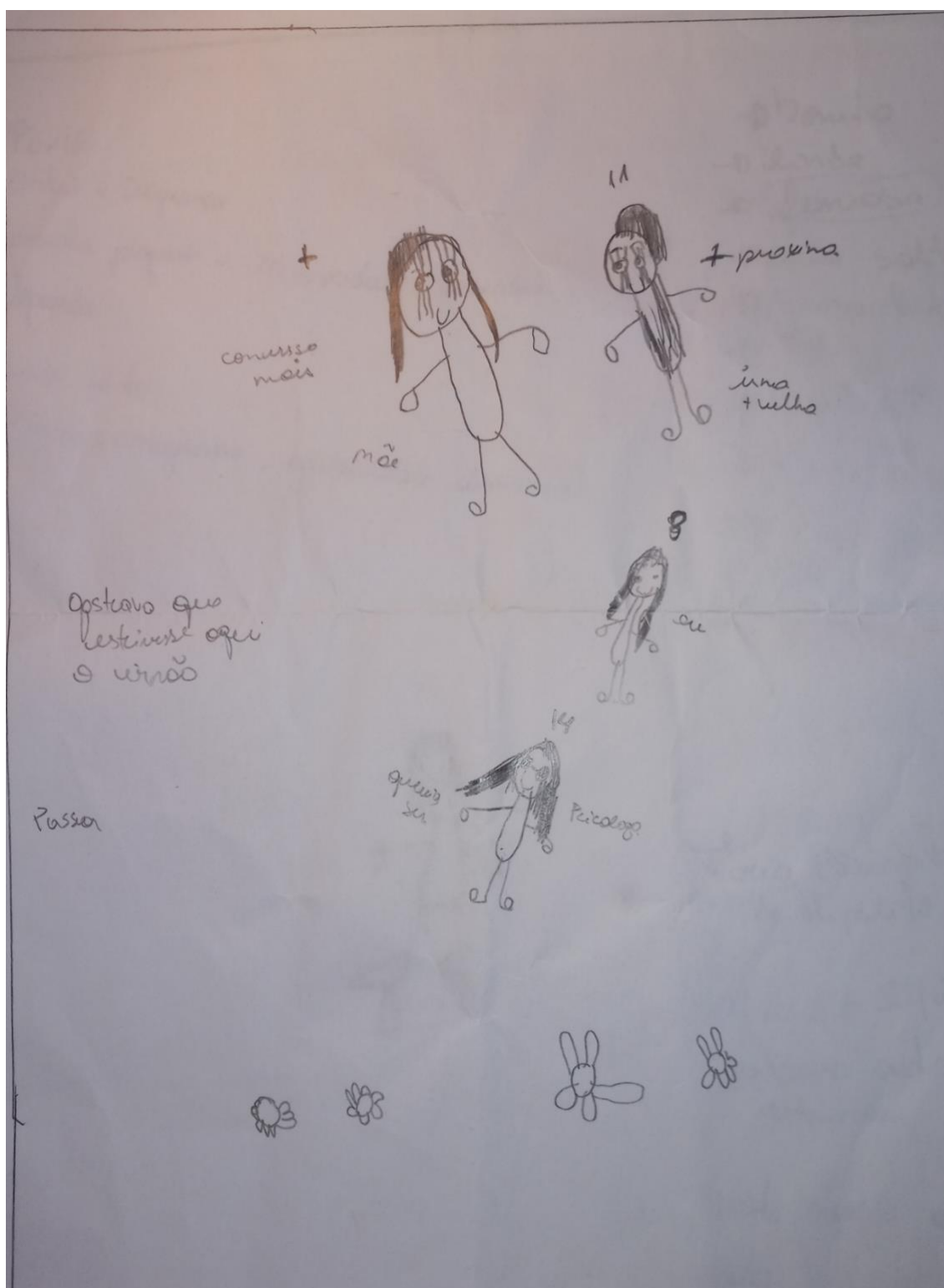
1.3. Anexo B – Desenho “eu” (Caso A)



1.4. Anexo C – Desenho da Família real (Caso A)



1.5. Anexo D – Desenho da família imaginária



1.6. Anexo E – Desenho da família real segundo momento (Caso A)

