



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

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM POPULAÇÃO COM MÚLTIPLAS  
VULNERABILIDADES PSICOSSOCIAIS**

Relatório de Estágio Para a Obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e do  
Aconselhamento

Autor: Isac Palma

Orientadora: Professora Doutora Rute Brites

Número do candidato: 30006753

**março de 2026**

**Lisboa**



*“Indeed, I do not forget that my voice is but one voice, my experience a mere drop in the sea, my knowledge no greater than the visual field in a microscope, my mind's eye a mirror that reflects a small corner of the world, and my ideas - a subjective confession.”*

Carl G Jung

*“The degree to which I can create relationships, which facilitate the growth of others as separate persons, is a measure of the growth I have achieved in myself.”*

Carl R Rogers

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Rute Brites, orientadora deste relatório, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação, paciência e disponibilidade prestados ao longo deste percurso.

À Universidade Autónoma de Lisboa e ao corpo docente da Licenciatura e do Mestrado em Psicologia, pela formação sólida que constituiu o alicerce teórico indispensável a este percurso, mas sobretudo as transformações pessoais que esta proporcionou.

À instituição que acolheu o meu estágio, agradeço a oportunidade de integrar uma equipa de reconhecida excelência técnica e sobretudo de um grande humanismo e destemido serviço.

Aos clientes que acompanhei, pela confiança depositada e pela coragem com que partilharam as suas histórias. Foram, sem dúvida, os maiores professores deste estágio.

À minha companheira, filhos e restante família e amigos, pelo apoio incondicional e pela compreensão nos momentos de maior exigência e de menor disponibilidade.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este percurso fosse possível, o meu sincero obrigado.

Toda a glória seja a Deus que, por seu grandioso poder que atua em nós, é capaz de realizar infinitamente mais do que poderíamos pedir ou imaginar. - Efésios 3:20

## Resumo

O presente relatório documenta o estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, realizado ao longo de nove meses (outubro de 2024 a junho de 2025) numa instituição militar de psicologia, totalizando 486 horas de prática supervisionada com particular enfoque na intervenção psicológica junto de populações vulneráveis. As atividades distribuíram-se por quatro áreas: acompanhamento psicológico individual, preparação e apresentação de formações, participação em cursos especializados e orientação vocacional. Foram conduzidos quatro acompanhamentos psicológicos individuais, com dois adolescentes e duas adultas encaminhados pela CPCJ e pela Junta de Freguesia, em contexto de múltiplas vulnerabilidades psicossociais. A intervenção fundamentou-se na Abordagem Centrada na Pessoa, articulada com três eixos conceptuais emergentes na prática clínica: altruísmo patológico, parentificação e vulnerabilidades psicossociais múltiplas. Os resultados evidenciaram redução sintomatológica da ansiedade, desenvolvimento de *insight*, melhoria na comunicação interpessoal e estabelecimento de limites relacionais, embora três dos quatro casos requeiram continuidade terapêutica. A experiência formativa permitiu consolidar competências de avaliação e intervenção psicológica, desenvolver uma identidade profissional ética e compreender a complexidade inerente ao trabalho com populações vulneráveis, confirmando a relevância da ACP como modelo promotor da tendência atualizante.

*Palavras-chave:* Abordagem Centrada na Pessoa; altruísmo patológico; parentificação; vulnerabilidades psicossociais

## Abstract

This report documents the curricular internship of the Master's in Clinical Psychology and Counseling at the Universidade Autónoma de Lisboa, carried out over nine months (October 2024 to June 2025) in a military psychology institution, totaling 486 hours of supervised practice, with a particular focus on psychological intervention with vulnerable populations. Activities were distributed across four areas: individual psychological counseling, preparation and delivery of training sessions, participation in specialized courses, and vocational counseling. Four individual psychological counseling processes were conducted with two adolescents and two adult women referred by CPCJ and the local Parish Council, in a context of multiple psychosocial vulnerabilities. The intervention was grounded in the Person-Centred Approach, integrated with three conceptual axes that emerged from the clinical practice: pathological altruism, parentification, and multiple psychosocial vulnerabilities. Results showed a reduction in anxiety symptoms, development of *insight*, improved interpersonal communication, and the establishment of relational boundaries, although three of the four cases require therapeutic continuity. The formative experience consolidated the assessment and intervention competencies, fostered an ethical professional identity, and deepened the understanding of the complexity inherent to working with vulnerable populations, confirming the relevance of PCA as a model that promotes the actualizing tendency.

*Keywords:* Person-Centered Approach; pathological altruism; parentification; psychosocial vulnerabilities

## Índice Geral

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| Resumo.....                                                         | 5   |
| Abstract .....                                                      | 6   |
| I - Introdução.....                                                 | 12  |
| II - Contextualização do Estágio .....                              | 14  |
| II.1. Caracterização da Instituição .....                           | 14  |
| II.2. Estrutura Organizacional e Funcionamento.....                 | 14  |
| II.3. Papel do Psicólogo.....                                       | 16  |
| III - Revisão da Literatura .....                                   | 18  |
| III.1. Altruísmo Patológico.....                                    | 18  |
| III.2. Parentificação .....                                         | 25  |
| III.3. Vulnerabilidades Psicossociais Múltiplas .....               | 32  |
| III.4. ACP Como Modelo de Intervenção e Compreensão.....            | 35  |
| III.5. Ética e Deontologia na Prática Profissional .....            | 47  |
| IV - Trabalho de Estágio .....                                      | 54  |
| IV.1. Contextualização do processo de estágio .....                 | 54  |
| IV.2. Cursos e palestras .....                                      | 55  |
| IV.3. Tarefas do Gabinete de Orientação Vocacional.....             | 57  |
| IV.4. Preparação e Apresentação de Formações .....                  | 59  |
| IV.5. Outras Atividades.....                                        | 62  |
| IV.6. Acompanhamentos Psicológicos.....                             | 63  |
| V - Apresentação e Discussão de Casos.....                          | 71  |
| V.1. Apresentação de um Caso de Acompanhamento Psicológico “C”..... | 71  |
| V.2. Apresentação de caso de Avaliação Psicológica de “D”......     | 98  |
| VI - Parte IV – Conclusão .....                                     | 123 |
| VI.1. Avaliação da Concretização dos Objetivos .....                | 124 |
| VI.2. Análise Crítica da Experiência de Estágio .....               | 127 |
| VI.3. Desenvolvimento de Competências Profissionais.....            | 129 |
| VI.4. Reflexão sobre o Desenvolvimento Pessoal.....                 | 130 |
| VII - Referências .....                                             | 132 |
| VIII - Anexos .....                                                 | 139 |

|          |                                                                    |     |
|----------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo A. | Gráficos de atividade .....                                        | 139 |
| Anexo B. | Proposta de atividades dinamizadoras de workshop de OV .....       | 140 |
| Anexo C. | Consentimento Informado de “C” .....                               | 144 |
| Anexo D. | Consentimento Informado para Utilização do Caso “C” .....          | 145 |
| Anexo E. | Genograma Familiar de “C” .....                                    | 146 |
| Anexo F. | Consentimento Informado de “D” .....                               | 147 |
| Anexo G. | Consentimento Informado para a aplicação dos YSR 11-18 e CAQ. .... | 148 |
| Anexo H. | Consentimento Informado para Utilização do Caso “D” .....          | 149 |
| Anexo I. | Genograma Familiar de “D” .....                                    | 150 |
| Anexo J. | Folha de Resultados do Teste CAQ de “D” .....                      | 151 |
| Anexo K. | Folhas de Resultados do Teste ASEBA – YSR de “D” .....             | 152 |

## **Índice de Tabelas**

|                 |                                                                  |     |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabela 1</b> | Distribuição de horas de estágio por área de atividade .....     | 54  |
| <b>Tabela 2</b> | Síntese geral dos acompanhamentos .....                          | 63  |
| <b>Tabela 3</b> | Progressos e limitações dos acompanhamentos .....                | 68  |
| <b>Tabela 4</b> | Fatores facilitadores identificados .....                        | 69  |
| <b>Tabela 5</b> | Obstáculos identificados.....                                    | 69  |
| <b>Tabela 6</b> | Resultados do teste CAQ.....                                     | 111 |
| <b>Tabela 7</b> | Resultados das Escalas de Competências da YSR .....              | 113 |
| <b>Tabela 8</b> | Resultados das Escalas de Síndromes e Escalas Amplas da YSR..... | 114 |

## Lista de Abreviaturas

|          |                                                                                                            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACP      | Abordagem Centrada na Pessoa                                                                               |
| ANEPC    | Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil                                                         |
| ASEBA    | Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach (Achenbach System of Empirically Based Assessment) |
| CAQ      | Questionário de Análise Clínica (Clinical Analysis Questionnaire)                                          |
| CBCL     | Child Behavior Checklist                                                                                   |
| CD       | Código Deontológico                                                                                        |
| CI       | Consentimento Informado                                                                                    |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde                                                                                 |
| COVID-19 | Coronavirus Disease 2019                                                                                   |
| CPCJ     | Comissão de Proteção de Crianças e Jovens                                                                  |
| CTeSP    | Curso Técnico Superior Profissional                                                                        |
| DE       | Decatipo                                                                                                   |
| DESC     | Descrever, Expressar, Especificar, Consequências                                                           |
| DGS      | Direção-Geral da Saúde                                                                                     |
| DSM-5-TR | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision                        |
| ERS      | Entidade Reguladora da Saúde                                                                               |
| INEM     | Instituto Nacional de Emergência Médica                                                                    |
| IPP-R    | Inventário de Interesses e Preferências Profissionais – Revisto                                            |
| MDP      | Modelo Desenvolvimental Psicoafetivo                                                                       |
| OPP      | Ordem dos Psicólogos Portugueses                                                                           |
| OV       | Orientação Vocacional                                                                                      |
| PB       | Pontuação Bruta                                                                                            |
| PCA      | Person-Centered Approach (Abordagem Centrada na Pessoa)                                                    |
| PHDA     | Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção                                                          |
| PMA      | Primary Mental Abilities (Aptidões Mentais Primárias)                                                      |
| RGPD     | Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados                                                                |
| SAFER-R  | Stabilize, Acknowledge, Facilitate, Encourage, Recovery/Referral                                           |
| SNS      | Serviço Nacional de Saúde                                                                                  |

|     |                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------|
| SPV | Survey of Personal Values (Inventário de Valores Pessoais) |
| TRF | Teacher's Report Form                                      |
| UAL | Universidade Autónoma de Lisboa                            |
| YSR | Autorrelato dos Jovens ( <i>Youth Self-Report</i> )        |

## I - Introdução

O presente relatório detalha a experiência de formação vivenciada no estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, realizado numa instituição militar de serviços de psicologia, ao longo de nove meses. O mesmo permitiu a integração de saberes teóricos numa prática supervisionada e a integração de competências fundamentais para o futuro exercício profissional.

A instituição foi escolhida enquanto contexto de estágio pela reconhecida qualidade dos serviços de psicologia e por se afigurar como uma oportunidade de contacto com várias dimensões da profissão. Embora inserido num contexto militar, que conferiu um carácter particular, o trabalho de acompanhamento psicológico desenvolveu-se junto de populações civis, caracterizadas por vulnerabilidades psicossociais múltiplas e encaminhadas através de protocolos com entidades parceiras.

O trabalho desenvolvido visou cumprir os objetivos gerais propostos para a componente de estágio do mestrado: a aplicação supervisionada de saberes teóricos, o desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção psicológica e a afirmação de uma postura ética e deontológica, e foi direcionado para os objetivos específicos que serão detalhados na Parte II. As atividades realizadas abrangeram a formação especializada, orientação vocacional, acompanhamento e avaliação psicológica, possibilitando a vivência abrangente da prática profissional.

O enquadramento teórico fundamenta-se na convergência de três dimensões conceptuais que emergiram consistentemente na experiência dos clientes acompanhados: padrões relacionais de cuidado excessivo em detrimento do próprio (altruísmo patológico), histórias desenvolvimentais marcadas por inversão prematura de papéis familiares (parentificação) e contextos de múltiplas vulnerabilidades psicossociais. A compreensão integrada destes fenómenos, articulada com o modelo desenvolvimental e as atitudes facilitadoras da Abordagem Centrada na Pessoa, ofereceu uma matriz compreensiva essencial para o acompanhamento psicológico.

Os resultados dos acompanhamentos evidenciaram uma evolução globalmente positiva: redução sintomatológica da ansiedade, desenvolvimento de *insight*, melhoria na comunicação interpessoal e estabelecimento de limites relacionais mais claros. Ainda assim, a análise revelou que três dos quatro casos requerem continuidade terapêutica, quer pela insuficiência de progressão no processo, quer pela necessidade de consolidar as mudanças alcançadas. A experiência evidenciou igualmente a complexidade dos fatores sistémicos, incluindo processos judiciais prolongados, instabilidade socioeconómica e dinâmicas familiares disfuncionais, que condicionam e modulam a intervenção clínica individual.

O presente relatório organiza-se em quatro partes. A Parte I apresenta uma revisão crítica da literatura sobre os eixos conceptuais referidos. A Parte II documenta o trabalho de estágio desenvolvido, incluindo a análise crítica dos resultados obtidos nos acompanhamentos. A Parte III apresenta e discute dois casos representativos: um de acompanhamento psicológico e um de avaliação psicológica. A Parte IV oferece uma síntese conclusiva que integra as aprendizagens teóricas e práticas e reflete criticamente sobre o processo formativo.

## **II - Contextualização do Estágio**

### **II.1. Caracterização da Instituição**

A instituição onde se realizou o estágio representa uma organização com rica tradição histórica no panorama da psicologia militar nacional. A sua génese remonta às primeiras décadas do século XX, quando se iniciaram os primeiros estudos psicotécnicos nas forças armadas nacionais (Instituição<sup>1</sup>, 1993). O estabelecimento oficial do centro de estudos psicotécnicos marcou uma nova era na psicologia militar nacional, consolidando os esforços de profissionalização dos serviços psicológicos no contexto militar (Silva, 2016; Instituição, 2018). A evolução envolveu uma reestruturação significativa, transformando-se no atual centro de psicologia (Instituição, 2018), o que permitiu expandir as competências para englobar os serviços de suporte psicológico necessários numa instituição militar moderna. Este papel transcendeu a esfera militar, levando ao reconhecimento pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), consolidando o estatuto como centro de excelência (Instituição, 2018).

### **II.2. Estrutura Organizacional e Funcionamento**

A missão fundamental da instituição consiste em planear, coordenar e dirigir a atividade da psicologia e sociologia militar, sendo responsável desde a investigação científica até à intervenção direta, incluindo a supervisão de modelos de avaliação psicológica, apoio às famílias militares, aprontamento psicológico de forças destacadas e intervenção em incidentes críticos (Instituição, 2022b). Estes objetivos estão subordinados aos valores das forças armadas nacionais de (honra, lealdade, disponibilidade, disciplina e coragem) que norteiam toda a sua atividade e a relação com a comunidade militar e civil que servem (Instituição, 2022a). Em termos de configuração, está integrada no comando do pessoal e é composta por uma direção e por gabinetes especializados em psicologia organizacional, orientação e apoio psicopedagógico, estudos e formação, e apoio psicológico e intervenção na crise. O funcionamento destes serviços é garantido por uma equipa composta maioritariamente por psicólogos e sociólogos militares, distribuída pelo território nacional e, se necessário, presente em missões internacionais (Instituição, 2018).

---

<sup>1</sup> O nome da instituição foi omitido do presente trabalho por razões de conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

A função de seleção de pessoal prevê, para além da avaliação psicológica para recrutamento especial, a elaboração de perfis de competências e atualização dos testes psicotécnicos utilizados (Instituição, 2020; Instituição, 2022b). O serviço de Orientação Vocacional (OV) organiza-se em três fases que incluem a avaliação psicológica e sessões de esclarecimento; consultas individuais; e a elaboração de relatórios finais. Este atende prioritariamente famílias militares em fases de transição escolar/académica(Ribeiro, 2023). A formação especializada abrange domínios como gestão de stress, análise de funções, primeiros socorros psicológicos e prevenção em riscos psicossociais (Instituição, 2020). Adicionalmente presta serviços de apoio psicológico e intervenção em crise à população militar e seus familiares (Instituição, 2020). Em coordenação com os serviços de emergência nacionais intervêm na mesma capacidade junto da população civil, quando requisitado.

O funcionamento assenta num modelo que privilegia tanto a prevenção quanto o tratamento, integrando diversos ramos da psicologia para uma resposta abrangente às necessidades dos militares e suas famílias (Pamplona & Monteiro, 2011; Instituição, 2020). A instituição mantém protocolos de colaboração com universidades, serviços de segurança e autarquias, facilitando a troca de experiências, a produção de instrumentos de investigação e apoio psicológico específico (Instituição, 2010; Silva, 2016).

### ***II.2.1. Inserção do Estagiário***

A inserção de estagiários representa uma componente importante da missão formativa, estabelecendo benefício mútuo entre a organização e os estudantes. Por impossibilidade institucional, os estagiários não podem envolver-se em atividades com populações militares. Para superar esta limitação, estabeleceram-se protocolos com uma junta de freguesia e um núcleo da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área onde a instituição está inserida, permitindo atendimento de casos adequados.

Os estagiários integram-se em atividades como OV, seleção de pessoal civil e acompanhamentos psicológicos dirigidos a populações não militares através destas parcerias. A integração processou-se gradualmente sob supervisão experiente, garantindo a qualidade formativa e cumprimento dos objetivos pedagógicos. Embora limitados nas atividades com populações militares, existiu a oportunidade de compreender o funcionamento organizacional e valores institucionais. A instituição reconhece esta colaboração como uma oportunidade valiosa para atualização técnica e renovação de práticas, promovendo a incorporação de perspetivas académicas atualizadas.

### **II.3. Papel do Psicólogo**

O psicólogo na instituição militar desempenha funções orientadas primariamente para o apoio à população militar e seus familiares e a sua atuação abrange as áreas de atuação da instituição descritas anteriormente. Esta especificidade populacional reflete a missão institucional de assegurar o bem-estar psicológico daqueles que servem nas forças armadas e das suas redes familiares.

#### ***II.3.1. Funções e Competências do Psicólogo***

As funções do psicólogo na instituição distribuem-se por quatro eixos fundamentais: avaliação psicológica, psicoterapia, OV e intervenção em crise. A avaliação psicológica abrange processos de seleção de pessoal e avaliações clínicas, exigindo domínio técnico na aplicação, cotação e interpretação de instrumentos psicométricos. A psicoterapia, predominantemente fundamentada na abordagem cognitivo-comportamental, constitui o núcleo da intervenção clínica junto da população militar e seus familiares. A OV, dirigida aos dependentes de militares em fases de transição escolar, requer competências específicas na condução de entrevistas e na integração de dados psicométricos com informação qualitativa. A intervenção em crise, particularmente relevante no contexto militar, mobiliza formação especializada em primeiros socorros psicológicos e gestão de incidentes críticos.

Para além das competências técnicas, o exercício profissional requer competências relacionais e de articulação institucional. Os protocolos estabelecidos com entidades externas (Junta de Freguesia e a CPCJ) exigem dos psicólogos uma capacidade de coordenação interinstitucional, gestão de fluxos de encaminhamento e comunicação com profissionais de diferentes áreas do sistema de proteção. Esta articulação amplia o alcance da missão institucional, permitindo que a experiência acumulada em contexto militar beneficie também as populações civis em situação de vulnerabilidade.

A supervisão de estagiários constitui uma dimensão adicional do papel do psicólogo na instituição. Esta função, para além do contributo formativo para os futuros profissionais, representa uma oportunidade de atualização de práticas e conhecimentos. O contacto com as perspectivas teóricas e metodológicas que os estagiários trazem do contexto académico promove a reflexão crítica sobre os procedimentos instituídos e facilita a incorporação de desenvolvimentos recentes na área da psicologia clínica.

### ***II.3.2. Acompanhamento Psicológico e Psicoterapia: Clarificação Conceptual***

Importa estabelecer uma distinção fundamental para a compreensão do presente trabalho. O estágio realizado situou-se no âmbito do acompanhamento psicológico, e não da psicoterapia propriamente dita. Segundo Nunes (1999), "a psicoterapia se insere num quadro próprio e bem delimitado da relação de ajuda e caracteriza-se essencialmente por ser uma forma de tratamento nos casos que apresentam uma sintomatologia do foro psicopatológico" (p. 63). Embora ambas as modalidades partilhem fundamentos teóricos comuns na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), distinguem-se quanto ao alcance e profundidade da intervenção. O acompanhamento psicológico, conforme praticado no contexto do estágio, caracteriza-se pela provisão de uma relação de ajuda fundamentada nas atitudes facilitadoras rogerianas, orientada para o suporte emocional, a promoção do autoconhecimento e o desenvolvimento de recursos pessoais.

A literatura científica sobre a ACP utiliza predominantemente terminologia referente à psicoterapia, dado que foi nesse contexto que Rogers desenvolveu as suas formulações teóricas. Ao longo do presente trabalho, serão referenciados conceitos como "mudança terapêutica", "relação terapêutica" ou "processo terapêutico", em conformidade com a terminologia original dos autores citados. Contudo, a aplicação destes conceitos ao trabalho desenvolvido no estágio deve ser compreendida no âmbito do acompanhamento psicológico, reconhecendo que os progressos observados nos clientes seguem a mesma direção teorizada por Rogers, ainda que num contexto e com um alcance distintos.

### **III - Revisão da Literatura**

A prática de acompanhamento psicológico desenvolvida durante o estágio revelou três dimensões conceituais que emergiram consistentemente na experiência dos clientes: padrões relacionais caracterizados por cuidado excessivo dos outros em detrimento do próprio, histórias desenvolvimentais marcadas por inversão prematura de papéis familiares e inserção em contextos de múltiplas vulnerabilidades socioeconômicas e relacionais. A compreensão destas três problemáticas, conceptualizadas respetivamente como altruísmo patológico, parentificação e vulnerabilidades psicossociais múltiplas, mostrou-se essencial para contextualizar as dificuldades apresentadas pelos clientes. Após a caracterização destes fenómenos, será apresentado o modelo desenvolvimental e enquadramento teórico da ACP que oferece a matriz compreensiva e orientadora da intervenção realizada.

#### **III.1. Altruísmo Patológico**

##### ***III.1.1. Introdução e fundamentos conceituais***

O conceito de altruísmo patológico representa um desenvolvimento paradigmático na compreensão do comportamento pró-social, desafiando pressuposições sobre a natureza universalmente benéfica do altruísmo. Oakley (2013) define altruísmo patológico como tentativas de promover o bem-estar de outros que resultam em dano não antecipado, capturando a natureza paradoxal do fenómeno onde intenções genuinamente benevolentes produzem consequências prejudiciais. Este fenómeno distingue-se de comportamentos maliciosos pela sinceridade das intenções altruísticas. Bachner-Melman e Oakley (2016) complementam esta definição, conceptualizando altruísmo patológico como a disposição para colocar irracionalmente as necessidades percebidas de outros acima das próprias, causando dano a si mesmo.

A genealogia intelectual do conceito remonta a Anna Freud (1946, citada em Seelig & Rosof, 2001), que introduziu a entrega altruísta como constelação psicodinâmica onde indivíduos incapazes de gratificação direta conseguem satisfação vicária através de terceiros. Este trabalho estabeleceu precedentes para compreender como comportamentos aparentemente virtuosos podem servir funções defensivas patológicas.

A primeira formulação sistemática emergiu com Seelig e Rosof (2001), que desenvolveram uma taxonomia de cinco tipos: protoaltruísmo, altruísmo generativo, altruísmo conflituoso, pseudoaltruísmo, e altruísmo psicótico. Esta classificação reconheceu que o comportamento altruístico serve múltiplas funções com determinantes complexos.

A consolidação do campo ocorreu com o volume multidisciplinar editado por Oakley et al. (2012), integrando perspectivas da neurociência, psicologia evolutiva, antropologia e psicologia clínica. Como observa Oakley (2013), este trabalho abordou aspectos potencialmente prejudiciais do altruísmo que passaram largamente despercebidos na investigação científica.

Kaufman e Jauk (2020) desafiam a dicotomia convencional entre egoísmo e altruísmo, demonstrando que o chamado egoísmo saudável, enraizado numa abundância interna e no respeito pelas próprias necessidades, se associa paradoxalmente a maior prosocialidade genuína e bem-estar, enquanto o altruísmo patológico, impulsionado por pobreza interna, baixa autoestima e medo de rejeição, se associa a motivações egoístas para ajudar e a resultados psicológicos maladaptativos como a depressão.

### ***III.1.2. Perspetivas Teóricas Multidisciplinares***

A compreensão multidisciplinar do altruísmo patológico revela uma arquitetura explicativa convergente que opera através de três níveis de análise complementares: processos intrapsíquicos (perspetiva psicanalítica), pressões evolutivas e sistemas regulatórios (perspetiva sociobiológica), e substratos neurobiológicos (neurociência cognitiva). Esta convergência aponta para um fenómeno sistémico com coerência causal que se manifesta desde os mecanismos moleculares até às dinâmicas sociais. As três abordagens convergem na identificação de sistemas regulatórios, que quando disfuncionais, geram o paradoxo de comportamentos altruísticos que produzem dano.

#### **III.1.2.1. Perspetiva Psicanalítica: Arquiteturas Defensivas e Dupla Motivação**

A análise psicanalítica oferece o conceito fundamental de dupla motivação que permeia todas as perspetivas subsequentes. Sun (2018) desenvolve o conceito central de altruísmo defensivo, caracterizado por uma arquitetura motivacional dual onde as intenções altruísticas conscientes coexistem com motivações inconscientes de interesse próprio. Esta dualidade opera através de autoengano (*self-deception*) que permite satisfação simultânea de necessidades egoístas (id) e ideais morais (superego).

A contribuição taxonómica de Seelig e Rosof (2001) estabelece um espectro desenvolvimental que antecipa achados evolutivos posteriores. A progressão desde protoaltruísmo até altruísmo psicótico revela como sistemas adaptativos se tornam disfuncionais. Particularmente relevante é a distinção entre altruísmo generativo (capacidade saudável de experienciar prazer

ao promover sucesso alheio) e pseudoaltruísmo (comportamento defensivo que mascara sadomasoquismo subjacente), que prefigura a distinção evolutiva entre cooperação adaptativa e sistemas guardiães falhados.

O processo de autoengano identificado pela perspectiva psicanalítica torna-se crítico para compreender como altruístas patológicos mantêm comportamentos prejudiciais. A confusão entre motivações subjacentes de interesse próprio e intenções altruísticas genuínas cria distorções cognitivas que perpetuam padrões compulsivos de cuidado, estabelecendo vulnerabilidade psicológica que a análise evolutiva contextualiza em termos de pressões seletivas mal-adaptadas.

### **III.1.2.2. Perspetiva Evolutiva: Sistemas Guardiães e Hierarquias de Adaptação**

A perspetiva evolutiva complementa a análise psicanalítica ao localizar os mecanismos defensivos identificados numa arquitetura mais ampla de sistemas adaptativos. Oakley (2013) propõe o conceito de sistemas guardiães como um mecanismo para a evolução da cooperação, oferecendo um paralelo evolutivo aos mecanismos defensivos psicanalíticos. Estes sistemas de *feedback* evolutivo desenvolveram-se para detetar e regular comportamentos cooperativos, prevenindo tanto exploração externa quanto os impulsos cooperativos internos prejudiciais.

Falhas nestes sistemas guardiães, produzem vulnerabilidades tanto à exploração por terceiros quanto aos próprios impulsos altruísticos desregulados. Esta formulação resolve o aparente paradoxo de como comportamentos evolutivamente adaptativos podem tornar-se individualmente prejudiciais.

A biologia evolutiva através da regra de Hamilton ( $rb > c$ ), demonstrando que comportamento altruísta evolui quando o benefício (b) para parentes próximos, ponderado pelo grau de parentesco (r), excede o custo (c) para o próprio e o paradoxo de Simpson (condição estatística onde tendências observadas em subgrupos se invertem quando analisadas em conjunto) demonstram como traços altruístas podem ser adaptativos grupalmente, mas desvantajosos individualmente. Esta análise hierárquica explica a persistência evolutiva destas disposições e conecta-se com perspetivas psicanalíticas sobre como defesas adaptativas em certos contextos se generalizam mal-adaptativamente (Baravalle, 2014; Bourke, 2014).

### **III.1.2.3. Neurociência Cognitiva: Substratos Biológicos**

A investigação neurocientífica fornece uma validação biológica dos mecanismos teoricamente propostos pelas perspetivas psicanalítica e evolutiva, revelando substratos neurais es-

pecíficos que sustentam tanto a dupla motivação quanto falhas nos sistemas guardiães. O'Connor et al. (2012) identificam duas redes neurais críticas cujo funcionamento espelha a dualidade motivacional psicanalítica: sistemas empáticos (amígdala, córtex temporal anterior, ínsula) que geram sofrimento vicário, e sistemas de recompensa mesolímbicos que tornam autossacrifício gratificante.

A hiperactivação simultânea destes sistemas fornece substrato neural para o autoengano identificado psicanaliticamente, explicando como altruístas patológicos experienciam motivações genuinamente altruísticas enquanto satisfazem necessidades defensivas.

Klimecki e Singer (2012) contribuem com a distinção, neurobiologicamente fundamentada, entre a empatia (ativação de redes de dor - ínsula anterior, córtex cingulado anterior) e a compaixão (ativação de redes de cuidado positivo), demonstrando como sistemas que evoluíram para facilitar a cooperação podem tornar-se mal-adaptativos quando desbalanceados. Indivíduos vulneráveis mostram hiperactivação empática sem compensação compassiva adequada, criando estados aversivos que motivam mais comportamento altruístico numa tentativa paradoxal de alívio.

A variação cultural documentada por Chiao et al. (2012) revela coevolução gene-cultura nos substratos neurais empáticos. Culturas coletivistas mostram maior prevalência do alelo S do gene transportador de serotonina, associado com maior sensibilidade emocional e ativação de redes empáticas. Esta descoberta demonstra como predisposições neurobiológicas e normas culturais coevoluíram, criando vulnerabilidades específicas ao altruísmo patológico que variam entre populações.

### ***III.1.3. Manifestações Contextuais***

A expressão do altruísmo patológico manifesta padrões consistentes através de contextos diversos, sugerindo mecanismos subjacentes comuns, embora cada domínio revele vulnerabilidades específicas. Três dimensões emergem como organizadoras da manifestação fenomenológica: a dimensão temporal (trajetórias desenvolvimentais), a dimensão relacional (dinâmicas interpessoais disfuncionais), e a dimensão normativo-cultural (variação na definição de patologia). A interseção destas dimensões determina tanto a probabilidade de emergência quanto a forma específica de manifestação, revelando que o altruísmo patológico não constitui categoria unitária, mas sim constelação de padrões adaptativos mal-direccionados.

### III.1.3.1. Padrões Transversais Identificados

A análise comparativa entre contextos revela quatro características invariantes. O *silenciamento do self*, conceito proposto por Jack (1991) a propósito da depressão nas mulheres, que designa o processo psicológico em que as pessoas negam e suprimem os seus próprios sentimentos, pensamentos e necessidades para corresponder às expectativas sociais de como se devem comportar nas suas relações íntimas, emerge universalmente, seja na adaptação constante a necessidades externas observada em perturbações alimentares (Bachner-Melman & Oakley, 2016), na supressão de necessidades próprias por cuidadores informais (Pereira & Carvalho, 2012), ou na parentificação precoce onde crianças sacrificam o desenvolvimento normativo (Zahn-Waxler & Van Hulle, 2012). Ao silenciamento associa-se a *culpabilidade patogénica*, transversal a todos os domínios, desde a culpa do sobrevivente em contextos clínicos (O'Connor et al., 2012) à responsabilidade excessiva nas dinâmicas de codependência (Oakley et al., 2012) e às atribuições causais erróneas no desenvolvimento infantil (Zahn-Waxler & Van Hulle, 2012). Paradoxalmente, comportamentos destinados a promover conexão geram *isolamento social*: cuidadores isolam-se pela dedicação exclusiva (Girdhar & Patil, 2023), ou enquanto crianças parentificadas perdem oportunidades de socialização normativa. Por fim, a *recompensa intermitente* mantém estes padrões ao longo do tempo, dado que momentos ocasionais de gratidão ou alívio do sofrimento alheio reforçam os comportamentos custosos, criando esquemas de reforço particularmente resistentes à extinção.

### III.1.3.2. Dimensão Desenvolvimental

A análise desenvolvimental revela que o altruísmo patológico emerge através de trajetórias precoces específicas que partilham uma arquitetura comum com as manifestações adultas posteriores. Zahn-Waxler e Van Hulle (2012) demonstram como a empatia precoce em ambientes familiares problemáticos, caracterizados por pais deprimidos ou em stress conjugal, gera sobre-estimulação empática e culpabilidade patogénica que décadas mais tarde Bachner-Melman e Oakley (2016) identificam em adultos com perturbações alimentares. Ambos os contextos partilham um *self* mal definido, adaptação excessiva a necessidades externas, e perda de autonomia decisional.

O modelo de três vias proposto por Zahn-Waxler e Van Hulle (2012): altruísmo compassivo adaptativo, evitamento através de sofrimento pessoal, ou altruísmo custoso levando à

depressão, esclarece como a mesma capacidade empática precoce pode seguir trajetórias desenvolvimentais divergentes e como o envolvimento excessivo no sofrimento alheio, prefigura dificuldades adultas em aceitar cuidado quando necessário.

A parentificação emerge como fator etiológico central, envolvendo a perturbação relacional onde progenitores procuram numa criança, satisfazer necessidades de conforto ou intimidade. Este processo estabelece modelos relacionais que predis põem a vulnerabilidade futura: crianças aprendem que o valor pessoal deriva de utilidade para outros, criando a base para padrões adultos onde a autoestima depende de comportamento altruístico.

### **III.1.3.3. Dimensão Relacional**

A dimensão relacional revela como dinâmicas interpessoais facilitam a emergência e manutenção de padrões altruísticos patológicos. Nos contextos clínicos, três sub-padrões emergem consistentemente: inversão de papéis, limites difusos, e codependência sistémica.

A inversão de papéis manifesta-se quando indivíduos que tradicionalmente ocuparam posição de cuidador necessitam de aceitar cuidado. Li e Rodin (2012) documentam como cuidadores enfrentam uma dificuldade extrema em aceitar cuidado durante doença própria, resultando em resistência a tratamento e perpetuação de sofrimento. Esta dinâmica reflete uma identidade onde o valor pessoal se tornou indissociável da utilidade para outros.

Os limites difusos caracterizam-se por uma incapacidade de distinguir entre necessidades próprias e alheias. Bachner-Melman e Oakley (2016) observam que indivíduos com perturbações alimentares frequentemente relatam ter sido "agradáveis desde muito jovens", perdendo liberdade para fazer escolhas apropriadas para si e ficando vulneráveis a manipulação e exploração, como documentado por Widiger e Presnall (2012).

A codependência sistémica emerge quando comportamento altruístico inadvertidamente perpetua problemas que pretende resolver. Os padrões comportamentais identificados por Oakley et al. (2012), onde indivíduos apoiam patologicamente o vício de parceiros enquanto perdoam o abuso emocional e físico, exemplificam como dinâmicas relacionais podem manter ciclos viciosos onde tentativas de ajuda se tornam parte do problema.

### **III.1.3.4. Dimensão Normativo-Cultural**

A variação cultural na expressão e interpretação de comportamentos altruísticos revela que patologia não constitui uma categoria absoluta, mas sim um desajuste entre estratégias comportamentais e contextos específicos. Traphagan (2012) demonstra que o mesmo comportamento pode ser patológico numa sociedade e normativo noutra, usando o conceito japonês de

*amae* para ilustrar a forma particular de interdependência considerada normal na cultura japonesa, mas potencialmente problemática em contextos mais individualistas.

#### **III.1.4. Fatores de Risco e Proteção**

A convergência teórica estabelecida anteriormente sugere que o altruísmo patológico emerge da interação entre as vulnerabilidades individuais e contextos relacionais específicos. A identificação de fatores de risco e proteção revela padrões de vulnerabilidade, apontando para perfis de risco caracterizados por instabilidade do *self*, hipersensibilidade interpessoal, e exposição precoce a responsabilidades de cuidado inadequadas.

##### **III.1.4.1. Perfis de Vulnerabilidade**

Kaufman et al. (2018) identificam o narcisismo vulnerável como fator de risco particular, caracterizado por hipersensibilidade a críticas, necessidade de admiração, e vergonha profunda. Indivíduos com estas características podem usar comportamento altruístico como estratégia defensiva para gerir sentimentos de inadequação, convergindo com os mecanismos de dupla motivação identificados anteriormente. Bachner-Melman e Oakley (2016) demonstram vulnerabilidade similar em indivíduos com perturbações alimentares, frequentemente caracterizados por um sentido mal definido do *self* que leva à adaptação constante a necessidades e expectativas externas.

Ambas observações revelam um perfil comum onde um *self* fracamente diferenciado procura estabilização através de validação externa, combinado com uma sensibilidade exacerbada a sinais interpessoais. Este perfil cria vulnerabilidade específica ao uso de comportamento altruístico como estratégia de regulação tanto de autoestima quanto de ansiedade relacional.

##### **III.1.4.2. Fatores Protetores**

Sun (2018) identifica o desenvolvimento de autoconhecimento e consciência das próprias motivações como fator protetor crucial, argumentando que a consciência das motivações de interesse próprio é especialmente importante para indivíduos com fortes aspirações altruísticas. Esta consciência permite um papel supervisor do próprio comportamento altruístico, funcionando como sistema guardião interno que modula a intensidade e adequação das respostas pró-sociais. O suporte social adequado emerge como fator protetor fundamental. Pereira e Carvalho (2012) demonstram que cuidadores com apoio de cuidador secundário manifestam maior satisfação conjugal e menor sobrecarga. Esta evidência sugere que distribuição de responsabi-

lidades de cuidado pode prevenir desenvolvimento de padrões patológicos, oferecendo validação empírica para importância de redes de apoio na modulação de comportamento altruístico. A convergência entre autoconhecimento interno e suporte social externo sugere que proteção efetiva requer tanto capacidades individuais de auto-regulação quanto contextos relacionais que suportem comportamento pró-social equilibrado sem sobrecarregar os recursos individuais.

### ***III.1.5. Síntese Integrativa: Modelo Unificado Emergente***

A convergência multidisciplinar revela quatro princípios organizadores que caracterizam o altruísmo patológico como fenómeno de regulação mal-adaptada: dualidade motivacional (coexistência de intenções altruísticas genuínas com necessidades defensivas inconscientes), vulnerabilidade desenvolvimental (períodos críticos onde os sistemas empáticos emergentes encontram ambientes relacionais inadequados), contextualidade cultural (variação normativa que determina quando comportamentos são considerados adaptativos ou patológicos), e paradoxo adaptativo (sistemas evolutivos que se tornam estratégias de regulação crónica prejudiciais). Esta síntese teórica converge numa compreensão fundamental: o altruísmo patológico resulta da falha de sistemas regulatórios, que deveriam modular comportamento pró-social, criando padrões onde tentativas genuínas de ajuda se tornam prejudiciais tanto para o próprio quanto para os destinatários.

Entre os fatores etiológicos identificados anteriormente, a experiência desenvolvimental de parentificação destaca-se pela sua relevância transversal. Ao serem confrontadas precocemente com exigências de cuidado desadequadas, certas crianças internalizam o sobre-envolvimento nas necessidades alheias como modo relacional dominante, um padrão que tende a persistir ao longo da vida (Bachner-Melman & Oakley, 2016; Zahn-Waxler & Van Hulle, 2012). É este processo que se examina de seguida.

## **III.2. Parentificação**

A parentificação é um processo relacional no qual crianças e adolescentes são forçados a assumir papéis e responsabilidades de natureza parental ou adulta que excedem as suas capacidades desenvolvimentais, cognitivas e fisiológicas (Dariotis et al., 2023; Tomek et al., 2024), podendo ser operacionalmente definido como o nível excessivo de cuidado prestado na infância por crianças que desempenham funções adultas num grau considerado inapropriado ao seu estado de desenvolvimento (Hooper et al., 2011b). Este fenómeno distingue-se conceptualmente de responsabilidades domésticas supervisionadas que promovem o desenvolvimento positivo através da aquisição de competências de liderança e construção de carácter (Dariotis et al.,

2023), uma vez que se caracteriza pela abdicação, parcial ou completa, dos papéis parentais por parte dos progenitores (Domínguez et al., 2019; Tomek et al., 2024), resultando numa inversão da hierarquia familiar e dissolução de fronteiras adequadas entre os subsistemas familiares (Borchet et al., 2021; Masiran et al., 2023).

Dariotis et al., (2023) identificaram que a parentificação manifesta-se através da aceitação de múltiplos papéis pelos jovens, incluindo prestador de rendimento familiar, cuidador de si e de outros, conciliador familiar, mediador linguístico e cultural, educador, conselheiro, confidente e suporte emocional parental. Enquanto processo que ocorre de forma recorrente e prolongada no ambiente imediato (Khafi et al., 2014), a parentificação tende a permanecer oculta como mecanismo de preservação do equilíbrio familiar (Domínguez et al., 2019), podendo ser caracterizada, nos casos mais severos, como uma forma de negligência emocional, abuso e maus-tratos (Domínguez et al., 2019; Schorr & Goldner, 2023; Tomek et al., 2024).

A literatura tradicionalmente distingue entre dois tipos de parentificação. A parentificação instrumental diz respeito à assunção de tarefas práticas de manutenção do lar, nomeadamente a preparação de refeições, a realização de tarefas domésticas, a gestão das finanças familiares e o cuidado de irmãos (Borchet et al., 2021; Domínguez et al., 2019; Khafi et al., 2014). Este tipo de parentificação é, pela sua natureza, concreto e facilmente observável. A parentificação emocional, por outro lado, implica que a criança dê resposta às necessidades afetivas da família, assumindo funções de confidente, pacificador ou conselheiro dos pais (Hooper et al., 2011b; Tomek et al., 2024). Por se manifestar de forma menos visível, é também mais difícil de detetar (Borchet et al., 2021). De forma consistente, a literatura aponta a parentificação emocional como mais severa e patológica comparativamente à instrumental (Borchet et al., 2021; Hooper et al., 2011b; Khafi et al., 2014), na medida em que os papéis emocionais tendem a ser mais stressantes para as crianças (Byng-Hall, 2008, como citado em Hooper et al., 2011b). Importa, contudo, referir que estas duas dimensões não são mutuamente exclusivas. Coexistem frequentemente em diferentes graus na experiência de cada indivíduo (Borchet et al., 2021; Tomek et al., 2024), e vários estudos reportam correlações elevadas entre ambas as formas (Chen & Panebianco, 2019, citados por Masiran et al., 2023).

Para além desta tipologia, a investigação tem vindo a sublinhar a perceção de equidade ou injustiça como uma dimensão crítica. A satisfação da criança com os papéis de cuidado, o reconhecimento parental das suas contribuições e a perceção de reciprocidade emergem como moderadores significativos do impacto no desenvolvimento (Dariotis et al., 2023). Isto sugere

que não são apenas os níveis absolutos de responsabilidade que importam, mas também a forma como estes são vividos subjetivamente, que acaba por determinar os resultados a longo prazo.

Quanto à prevalência, estudos realizados em países de elevado rendimento indicam que entre 2% e 8% dos jovens com menos de 18 anos assumem papéis de cuidadores nas suas famílias (Dariotis et al., 2023). Estes valores podem, no entanto, ser consideravelmente mais elevados em contextos de crise. No contexto da pandemia de COVID-19, um estudo polaco chegou a reportar valores acima dos 30% (Dariotis et al., 2023). Em famílias monoparentais, de baixo rendimento, e em países em desenvolvimento, a prevalência tende a ser ainda superior (Hooper et al., 2011b).

A parentificação manifesta-se em múltiplos contextos familiares de risco, sendo as estruturas monoparentais particularmente vulneráveis quando combinadas com divórcio conflituoso (Borchet et al., 2021; Domínguez et al., 2019; Masiran et al., 2023; Tomek et al., 2024). A disfunção parental constitui preditor significativo, incluindo doença física crónica ou deficiência, perturbações de saúde mental como depressão e ansiedade e perturbações de uso de substâncias (Khafi et al., 2014; Schorr & Goldner, 2023). Khafi et al. (2014) documentam que a adversidade socioeconómica crónica força crianças a compensar a indisponibilidade parental decorrente de múltiplos empregos, embora paradoxalmente a parentificação possa emergir também em contextos de elevado estatuto socioeconómico através de expectativas académicas irrealistas (Borchet et al., 2021). Contextos de violência doméstica constituem cenários onde as crianças assumem frequentemente papéis de proteção de irmãos e mediação familiar (Masiran et al., 2023). Famílias imigrantes apresentam níveis aumentados de parentificação quanto maior o *gap* intergeracional dos processos de aculturação (Masiran et al., 2023), enquanto as culturas caracterizadas por hierarquias fortes e normas sociais rígidas podem promover a parentificação como normativa e culturalmente aceitável (Tomek et al., 2024). Domínguez et al. (2019) destacam a transmissão intergeracional como mecanismo perpetuador significativo, com progenitores tendendo a replicar o padrão.

### ***III.2.1. Consequências Psicológicas e Mecanismos de Danos***

Hooper et al. (2011a) conduziram a primeira meta-análise sobre a relação entre parentificação infantil e psicopatologia adulta. Os estudos identificaram um efeito pequeno, mas estatisticamente significativo e fiável, confirmando quantitativamente décadas de observações clínicas (Hooper et al., 2011a). Esta magnitude de efeito revelou-se consistente e robusta, com heterogeneidade significativa entre estudos que sugeriu a presença de moderadores importantes

como o tipo de psicopatologia avaliada, características da amostra (clínica vs. não-clínica), etnia, e instrumento utilizado (Hooper et al., 2011a). Mais recentemente, Dariotis et al. (2023) expandiram esta base empírica através de uma revisão sistemática de métodos mistos, documentando que as trajetórias de desenvolvimento de jovens parentificados variam entre fragilização, resiliência e prosperidade, dependendo de determinantes sociais e percepções individuais.

Os problemas de internalização constituem o resultado negativo mais consistentemente documentado, particularmente quando associados à parentificação emocional. A parentificação emocional associa-se a sintomas depressivos, problemas de internalização e distress psicológico (Dariotis et al., 2023), predizendo longitudinalmente aumentos em sintomas depressivos e em problemas de externalização, bem como declínios na qualidade da relação pais-filhos ao longo da adolescência (Khafi et al., 2014). A parentificação instrumental revela, na maioria dos estudos, associações nulas com estas variáveis (Dariotis et al., 2023). Para além dos efeitos psicopatológicos formais, a investigação qualitativa revela consequências desenvolvimentais abrangentes: Dariotis et al. (2023) documentaram "infância perdida", capital humano e social comprometido (abandono escolar, isolamento de pares), e dificuldades em formar relacionamentos adultos; Schorr e Goldner (2023), através de análise fenomenológica com mulheres adultas, identificaram experiência vivida caracterizada por medo e ameaça existencial, oscilações emocionais extremas, ideação suicida durante adolescência, e estrutura dissociada do *self* com dificuldades de identidade e alexitimia. Masiran et al. (2023) documentaram adicionalmente consequências ao nível relacional, incluindo comunicação evitante, cognições ansiosas de vinculação, dificuldades de autorregulação, e síndrome do impostor, bem como risco de transmissão intergeracional, com história materna de parentificação instrumental associada a comportamentos externalizantes aumentados na geração seguinte. Em crianças de idade escolar, Borchet et al. (2021) identificaram problemas de aprendizagem e dificuldades nas relações com pares.

Schorr e Goldner (2023) conceptualizaram a experiência vivida através da metáfora “pisando em vidro” (*stepping on glass*) que captura o estado de vigilância emocional permanente, a fragilidade existencial, e a adaptação constante ao medo de colapso familiar característicos da parentificação. As mulheres adultas entrevistadas descreveram a infância como experiência "horrífica, ameaçadora, invasiva e negligente" (p. 3029), marcada pela responsabilidade pela sobrevivência familiar e ausência de ancoragem emocional ou segurança. Esta experiência caracteriza-se por um movimento dialético e dissociativo, com oscilações entre pólos contraditórios: existência/invisibilidade, competência/inutilidade, felicidade/tristeza, ilustrados na narrativa "sentia-me brilhante e madura e interessante e ao mesmo tempo sem valor" (Schorr &

Goldner, 2023, p. 3039). Borchet et al. (2021) identificaram como dimensões interpessoais centrais a vergonha, o isolamento e o estigma associados ao cuidado de progenitores com deficiência, dependência de substâncias ou crises médicas/emocionais, frequentemente resultando em "manutenção de segredos" sobre o funcionamento familiar que impede a procura de ajuda externa. Masiran et al. (2023) documentaram adicionalmente que crianças que fornecem cuidado emocional aos progenitores podem perceber os seus próprios sentimentos como um fardo, desenvolvendo incertezas sobre a legitimidade de partilhar emoções. Dariotis et al. (2023) sintetizaram esta complexidade através do conceito de dualidade "empoderadora e constrangedora", evidenciando que a maioria dos estudos qualitativos reportaram simultaneamente resultados positivos (crescimento pessoal, inteligência emocional, empatia aumentada) e negativos (raiva, solidão, ressentimento, sentimentos de sobrecarga), bem como estratégias de auto-preservação como auto-sacrifício emocional e distanciamento.

Dariotis et al. (2023) identificaram três mediadores consistentemente replicados que explicam a relação entre parentificação e os efeitos psicopatológicos: a diferenciação do *self* (definido como a capacidade de auto-regulação emocional e gestão de impulsos relacionais de separação/proximidade), sensibilidade à rejeição e estilos de vinculação. Estes mediadores operam através de processos teóricos fundamentados na teoria da vinculação e teoria dos sistemas familiares (Hooper et al., 2011a), conceptualizando a parentificação como um fenómeno que compromete os processos desenvolvimentais normativos de individuação, regulação emocional e formação de vinculação segura. Masiran et al. (2023) destacaram que a parentificação resulta em dissolução de limites psicológicos dentro do sistema familiar, interferindo com a capacidade da criança de progredir nas tarefas desenvolvimentais e perturbando especificamente o processo de separação-individuação, necessário para o desenvolvimento saudável do *self*. Borchet et al. (2021) conceptualizaram este processo como a exaustão de recursos desenvolvimentais, argumentando que quando o progenitor abdica do papel de regulador do sistema familiar, as crianças são forçadas a investir recursos cognitivos, emocionais e temporais na gestão familiar, roubando-lhes a capacidade de usar esses recursos para o próprio desenvolvimento, incluindo aprendizagem escolar, formação de identidade e relações de pares.

### ***III.2.2. Variabilidade nas Consequências: Adaptação, Proteção e Moderadores***

A literatura contemporânea sobre parentificação caracteriza-se por uma controvérsia fundamental relativamente à questão de saber se este fenómeno constitui necessariamente uma experiência patológica ou se, sob determinadas condições, pode assumir contornos adaptativos

(Dariotis et al., 2023; Masiran et al., 2023). A literatura argumenta que quando os jovens assumem papéis parentais de intensidade moderada, de forma temporalmente limitada, e num contexto em que as suas contribuições são valorizadas e reconhecidas, a experiência de parentificação pode revelar-se adaptativa, proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de competências de socialização, *coping*, independência, e contribuindo para a formação saudável de identidade e melhoria da autoestima (Dariotis et al., 2023).

Masiran et al. (2023) sistematizaram os componentes potenciais de parentificação adaptativa, identificando como fatores protetores o apoio emocional durante a assunção de papéis, relações positivas e de suporte com irmãos e avós, a delegação aberta de papéis pelos progenitores a cada criança, a adequação desenvolvimental das responsabilidades, a validação parental, e fundamentalmente a avaliação e perceção positivas das crianças sobre a assunção de papéis. A evidência empírica corrobora esta perspetiva multidimensional, com estudos a documentarem que a parentificação precoce se associou a melhores competências de *coping* adaptativo anos mais tarde, comportamento sexual menos arriscado em raparigas adolescentes de alto risco, e resiliência geral (Dariotis et al., 2023), bem como associações positivas com autoestima, melhor ajustamento escolar, menor uso de álcool e tabaco, e redução de comportamento delinquente em famílias de baixo rendimento (Masiran et al., 2023).

Dariotis et al. (2023) sintetizaram que as perceções dos jovens sobre a sua experiência de parentificação e o grau a que os suportes emocionais e materiais são prestados, influenciam de sobremaneira as trajetórias de vida, podendo estas variar entre resiliência e prosperidade ou sobrevivência e fragilização. As evidências sobre possíveis resultados adaptativos levam os investigadores a acautelarem contra a sobrep patologização da parentificação, especialmente considerando diferenças culturais e contextuais (Hooper et al., 2011a), sublinhando simultaneamente a necessidade de evitar a minimização ou romantizar a resiliência quando esta é alcançada a custo do bem-estar desenvolvimental (Borchet et al., 2021; Dariotis et al., 2023).

A investigação convergiu na identificação de seis dimensões críticas que moderam o impacto desenvolvimental da parentificação: (a) adequação desenvolvimental das responsabilidades atribuídas; (b) reconhecimento e validação parental das contribuições da criança; (c) perceção de equidade versus unilateralidade na distribuição de papéis; (d) satisfação da criança com os papéis assumidos; (e) duração e cronicidade da parentificação; e (f) presença de suportes externos à família (Dariotis et al., 2023; Masiran et al., 2023; Tomek et al., 2024). A interação entre estes fatores determina se a experiência de parentificação resultará em trajetórias de fragilização, resiliência ou prosperidade, conforme documentado na evidência empírica.

Outra importante influência nos efeitos da parentificação é a dimensão cultural. Os valores coletivistas, estruturas familiares e contextos socioeconômicos, desempenham papéis moderadores significativos. Khafi et al. (2014) documentaram divergências étnicas críticas em famílias americanas de baixo rendimento, demonstrando que a parentificação emocional prediz um declínio relacional em jovens euro-americanos mas melhorias na qualidade da relação pais-filhos em jovens afro-americanos, efeito atribuído a valores culturais de reciprocidade familiar e flexibilidade de papéis. Em culturas asiáticas caracterizadas por piedade filial e sociedades latino-americanas marcadas por *familismo*, (valorização da interdependência familiar e subordinação das necessidades individuais ao bem-estar coletivo) a parentificação tende a ser mais normativa e potencialmente menos destrutiva (Domínguez et al., 2019; Masiran et al., 2023), enquanto em contextos europeus, sociedades com hierarquias familiares fortes podem promover a parentificação como culturalmente apropriada mesmo quando é desenvolvimentalmente inadequada (Borchet et al., 2021; Tomek et al., 2024).

A literatura contemporânea oferece orientações específicas para intervenção e prevenção clinicamente sensíveis e culturalmente adequadas. Dariotis et al. (2023) identificaram como alvos de intervenção a promoção de percepção de justiça nos papéis familiares, facilitação de apoio social e comunitário, encorajamento do reconhecimento parental, e garantia de recursos básicos, (alimentação, vestuário) sublinhando a necessidade de abordagens preventivas versus exclusivamente remediativas. Borchet et al. (2021) alertaram que a ausência de perturbações ao nível comportamental não significa ausência de problemas de saúde mental, podendo o sucesso acadêmico mascarar dificuldades emocionais segundo o modelo "competência a custo". A prevenção da transmissão intergeracional através de intervenção com progenitores que foram parentificados (Domínguez et al., 2019). Nos casos mais severos, Schorr e Goldner (2023) argumentaram pela necessidade de reconceptualização como trauma relacional desenvolvimental e implementação de intervenções focadas em trauma que abordem estrutura dissociada do *self*. Neste contexto, a ACP apresenta correspondência terapêutica particularmente relevante, uma vez que oferece experiência relacional inversa à dinâmica parentificadora: a aceitação positiva incondicional dissolve condições de valor nucleares ("só tenho valor se cuidar dos outros"), a não-diretividade permite ao cliente receber cuidado sem exigência de reciprocidade, e as condições terapêuticas facilitam a reintegração do *self* dissociado e reconexão com as necessidades orgânicas sistematicamente negadas (Hipólito, 2011), respondendo às necessidades identificadas por Schorr e Goldner (2023) de validação, segurança relacional e integração identitária apresentadas por indivíduos com história de parentificação.

A caracterização da parentificação revelou que este fenómeno relacional não emerge no “vazio”, mas concentra-se particularmente em contextos de adversidade: famílias monoparentais em situação de precariedade, progenitores com perturbações de saúde mental sem acesso a tratamento, ou ambientes marcados por violência doméstica e isolamento social. Esta observação dirige a atenção para a dimensão contextual e estrutural que condiciona tanto a emergência quanto a perpetuação das dificuldades psicológicas. As vulnerabilidades psicossociais múltiplas, analisadas de seguida, oferecem este enquadramento ecológico, demonstrando como fatores socioeconómicos, relacionais e de acesso a recursos não constituem mero “pano de fundo”, mas são determinantes ativos da saúde mental.

### **III.3. Vulnerabilidades Psicossociais Múltiplas**

#### ***III.3.1. Enquadramento Conceptual***

A literatura tem vindo a afastar-se de explicações da saúde mental centradas apenas em mecanismos intrapsíquicos ou biomédicos (Alves & Rodrigues, 2010; Carmo et al., 2024; Fazenda, 2017; OPP, 2020). Para o CNS (2019), são fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais, em conjunto, que condicionam o bem-estar mental. Leituras reducionistas mostram-se insuficientes perante esta evidência, e a aposta tem recaído em perspetivas integradoras que cruzem diferentes áreas do conhecimento.

O modelo dos determinantes sociais da saúde mental dá forma a esta perspetiva. No modelo proposto por Fazenda (2017), os determinantes distribuem-se por três níveis. O primeiro, individual, diz respeito a características como idade, género e hereditariedade. O segundo, comunitário, abrange o capital social, redes de apoio e coesão social. O terceiro, estrutural, inclui educação, trabalho, habitação e condições de vida moldadas por fatores económicos, políticos e culturais. O interesse desta organização não é meramente taxonómico. Gaspar et al. (2020) mostram que as vulnerabilidades nestes diferentes níveis se interligam de modo complexo e multidimensional, e Campos et al. (2019) acrescentam que é o número acumulado destes fatores, mais do que a sua natureza individual, que melhor prediz o desenvolvimento da criança.

O trabalho clínico não pode, assim, dispensar a leitura do contexto social (Fazenda, 2017). A investigação com populações em situação de risco veio precisamente reforçar esta ideia, ao permitir consolidar noções como adversidade, fator de risco, risco cumulativo e vulnerabilidade (Amaral-Bastos et al., 2022). Crianças que cresceram expostas a pobreza, violência e doença mental parental foram o foco de estudos que demonstraram o caráter dinâmico,

interativo e multinível da resiliência, contrariando concepções mais estáticas (Amaral-Bastos et al., 2022). Na mesma linha, a epidemiologia confirma que perturbações psicológicas são mais frequentes entre pessoas com menos recursos económicos e menos escolaridade (CNS, 2019). São necessárias, por isso, respostas intersectoriais e abrangentes.

### ***III.3.2. Dimensões das Vulnerabilidades e Impacto na Saúde Mental***

Baixo nível socioeconómico, privações materiais, habitação degradada, desemprego, pouca escolarização e fraca coesão familiar não atuam de forma isolada. Estes fatores reforçam-se uns aos outros e acumulam os seus efeitos sobre a saúde mental (CNS, 2019; Fazenda, 2017; Observatório Nacional, 2021). Entre eles, a precariedade laboral merece particular atenção. Fazenda (2017) refere que as "condições de emprego incluindo segurança laboral, tipo de vínculo contratual e condições de trabalho influenciam fortemente a saúde mental" (p. 84), e que o desemprego está associado "a maiores níveis de ansiedade e depressão, traduzindo-se em taxas mais elevadas de suicídio" (p. 84). O Observatório Nacional (2021) aponta igualmente o desemprego como uma das influências negativas nas perturbações de humor e no suicídio.

Fazenda (2017) indica que a escolaridade constitui uma variável protetora face às perturbações mentais comuns, com uma relação inversa na sua incidência, facilitando igualmente o acesso a empregos mais bem remunerados e melhores condições de habitação. Condições de habitação essas que constituem também um fator relevante. Segundo Alves e Rodrigues (2010), "Uma habitação condigna proporciona abrigo, não só físico mas também psíquico, sendo tradutor do nível de proteção que a pessoa em causa possui (social, económica, física, psicológica)." (p. 129)

Estas vulnerabilidades materiais entrelaçam-se com as dificuldades nos laços sociais e acesso a cuidados. Alves e Rodrigues (2010) e Fazenda (2017) apontam uma associação entre o viver em cidades e o risco de doença mental. Os mesmos autores explicam esta observação com base no enfraquecimento dos laços interpessoais e familiares e as dificuldades específicas do contexto urbano. Já Caldeira et al. (1977) aponta especificamente o sistema desumanizador de produção/salário como o responsável pela fratura do sentimento de comunidade. Contudo a vivência em meios rurais isolados apresenta também risco de vulnerabilidades a nível de isolamento e falta de acesso a meios e oportunidades (Alves & Rodrigues, 2010).

Adicionalmente o acesso aos cuidados de saúde mental nos segmentos de população mais desfavorecidos é também uma significativa vulnerabilidade, quer por questões de assime-

tria geográfica com a concentração de recursos em centros urbanos, quer pela escassez de profissionais e falta de vagas com longas listas de espera, quer pelo custo elevado no setor privado (Observatório Nacional, 2021).

A privação socioeconómica, a dificuldade no acesso a cuidados e o risco de perturbações mentais associam-se de forma interdependente (Fazenda, 2017): cada fator atua simultaneamente como causa e consequência dos restantes, perpetuando um ciclo de exclusão e agravamento progressivo. Este ciclo compromete a capacidade funcional dos indivíduos, manifestando-se em taxas de absentismo laboral significativamente superiores, 42% nos casos severos e 28% nos moderados, comparativamente a 19% na população sem doença mental (CNS, 2019). O Observatório Nacional (2021) alerta que eventos extraordinários, como a pandemia, agravam estas fragilidades. A prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa duplicou neste período, com consequências desproporcionais para grupos já vulnerabilizados. A este cenário soma-se o atraso entre os primeiros sintomas e o acesso a tratamento adequado, estimado em 3 a 4 anos (CNS, 2019). Cuidadores e famílias acabam por absorver o peso desta espera, enfrentando "enorme desgaste físico e psicológico" (CNS, 2019, p. 38).

### ***III.3.3. Implicações para a Intervenção Psicológica***

A complexidade das vulnerabilidades psicossociais múltiplas descritas anteriormente exige uma resposta também ela complexa e que transcende o mero plano sintomatológico individual (Fazenda, 2017). A promoção da saúde mental requer estratégias abrangentes e intersectoriais que envolvam as áreas da saúde, setor social, educação, políticas de emprego e de trabalho, justiça e outros (CNS, 2019). A articulação a nível societal destas estratégias deve considerar uma proximidade dos cuidados de modo a garantir uma resposta atempada e culturalmente sensível às necessidades das populações vulneráveis (CNS, 2019).

A intervenção psicológica em contextos de vulnerabilidades múltiplas apresenta desafios específicos. A experiência de escassez, quer de dinheiro quer de outros bens, afeta a capacidade das pessoas de exercerem controlo sobre comportamentos impulsivos, impactando a capacidade de pensar a longo prazo (Observatório Nacional, 2021). Adicionalmente a dificuldade de acesso a cuidados de saúde mental, decorrentes das assimetrias geográfica e custo dos mesmos promove uma abordagem psicofarmacológica em lugar de intervenções não farmacológicas e psicossociais (CNS, 2019). Neste contexto, as respostas comunitárias e de proximidade assumem um papel principal, envolvendo todos os contextos presentes na vida quotidiana das pessoas para providenciar cuidados de saúde primários para as perturbações mais frequentes (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2023; Gaspar et al., 2020).

Face a estes desafios específicos, a ACP oferece um enquadramento particularmente adequado para a intervenção em contextos de vulnerabilidade psicossocial múltipla. Os cuidados devem reconhecer a individualidade, necessidades específicas e autonomia, posicionando os clientes como parceiros ativos num processo de *empowerment* e de fortalecimento da capacidade de tomar decisões sobre a própria vida (ERS, 2023; Fazenda, 2017). A relação não-diretiva, fundamentada em atitudes facilitadoras da relação, , permite ultrapassar barreiras e reconhecer o quadro de significações próprio de cada pessoa (Caldeira et al., 1977). A compreensão das vulnerabilidades deve articular-se com o conceito de resiliência, definida anteriormente. Importa sublinhar que a resiliência é predita por fatores protetores e não pela ausência de fatores de vulnerabilidade (Amaral-Bastos et al., 2022), reorientando o foco da intervenção dos défices para o trabalho com recursos e potencialidades, vendo para além da doença e reconhecendo as capacidades das pessoas (CNS, 2019).

A análise dos determinantes sociais estabeleceu que a compreensão do sofrimento psicológico exige atenção simultânea a fatores individuais, comunitários e estruturais. Contudo, a identificação destas vulnerabilidades contextuais não oferece, por si só, um enquadramento que permita aceder ao mundo subjetivo singular de cada cliente. Para aceder a esta dimensão fenomenológica, a ACP e o modelo desenvolvimental psicoafetivo (MDP) proposto por Hipólito (2011) revelam-se particularmente valiosos, oferecendo uma matriz compreensiva através da qual é possível apreender como experiências adversas, sejam padrões de parentificação, contextos de vulnerabilidade múltipla, ou exigências de cuidado desproporcional, se traduzem em estruturas do *self*, processos dissociativos e condições de valor. Esta compreensão fenomenológica, que será apresentada de seguida, não visa direcionar ou transformar, mas fundamentar a qualidade de presença empática e aceitação incondicional que caracteriza o acompanhamento psicológico centrado na pessoa.

### **III.4. ACP Como Modelo de Intervenção e Compreensão**

#### ***III.4.1. Introdução à ACP***

A psicologia humanista é frequentemente referida como a terceira força da psicologia, por se ter constituído como alternativa ao comportamentalismo e à psicanálise (Escoval, 1999; Hipólito, 1999). As suas origens remontam à segunda metade do século XX. Desenvolveu-se à margem da academia, em reação ao reducionismo que aí prevalecia, e colocou no centro da sua proposta a autorrealização e o desenvolvimento do potencial humano (Escoval, 1999). Carl

Rogers emergiu como figura central desta corrente. Barrett-Lennard (2015) sublinha que, enquanto o comportamentalismo se baseava na modelagem de padrões comportamentais através de reforços e a psicanálise tradicional enfatizava determinismos inconscientes, a abordagem rogeriana privilegiava a capacidade inerente do indivíduo para o crescimento e a mudança construtiva.

Rogers (1959) incorporou uma ênfase fenomenológica ao definir que "o quadro de referência interno é o mundo subjetivo do indivíduo. Apenas ele o conhece plenamente" (p. 210), concebendo a experiência como tudo aquilo que ocorre dentro do organismo em qualquer momento e que está potencialmente disponível à consciência.

A influência de Martin Buber revelou-se particularmente significativa no desenvolvimento do pensamento rogeriano. Buber (1958) estabeleceu a distinção fundamental entre duas formas de relação: a relação "Eu-Tu", caracterizada pelo encontro genuíno e pela presença total do ser, e a relação "Eu-Isso", marcada pela objetificação e instrumentalização do outro. Esta filosofia relacional, expressa na afirmação de que "toda a vida real é encontro" (Buber, 1958, p. 11), informou profundamente a conceptualização rogeriana da relação terapêutica como encontro existencial entre duas pessoas, sustentando a visão de cada cliente como uma entidade única e irreduzível (Cooper & McLeod, 2011).

A influência de Kurt Goldstein e da psicologia organísmica revelou-se particularmente significativa na formulação do conceito nuclear da teoria rogeriana. Brodley (1998) estabelece que "o conceito de Rogers sobre a tendência atualizante é quase idêntico ao impulso de auto-atualização, apresentado por Kurt Goldstein" (p. 41). Conceito que Rogers consolidaria como o único axioma motivacional da sua teoria (Brodley, 1998).

Hipólito (1999) sublinha que, embora Rank tenha marcado Rogers, mais pela prática terapêutica do que pelas teorias, foi Jessie Taft quem exerceu o maior impacto. Esta influência introduziu as noções de não-interferência e confiança no crescimento do indivíduo, princípios fundamentais que informariam o desenvolvimento da orientação não-diretiva (Hipólito, 1999; Rogers, 1959).

#### ***III.4.2. Evolução do Counseling Rogeriano***

Ao longo da sua carreira, Carl Rogers realizou transformações conceptuais significativas que transcenderam meras questões de nomenclatura. A progressão terminológica da abordagem, de terapia "não-directiva", para "centrada no cliente", até à conceptualização final "centrada na pessoa", constitui o reflexo visível de alterações mais profundas no entendimento do

que é verdadeiramente terapêutico. Mearns et al. (2013) esclarecem que cada uma destas redesignações respondeu a necessidades específicas: o primeiro termo estabeleceu uma oposição clara ao papel tradicionalmente diretivo do terapeuta, defendendo um acompanhamento que respeitasse a autonomia do cliente; o segundo surgiu para contrariar interpretações que equiparavam a ausência de direção a passividade terapêutica; o terceiro ampliou a aplicação dos princípios filosóficos subjacentes para domínios diversos como processos educativos, trabalho grupal e interação intercultural. Esta transformação progressiva traduziu uma reconceptualização dos elementos determinantes da eficácia terapêutica: onde inicialmente existia uma valorização de procedimentos metodológicos específicos, consolidou-se progressivamente a primazia das qualidades relacionais do terapeuta. Rogers expressou inequivocamente esta perspectiva ao afirmar que "as técnicas das várias terapias são relativamente sem importância exceto na medida em que servem como canais para preencher uma das condições" (Rogers, 1957, p. 102) relocando o fator curativo daquilo que o terapeuta *faz* ao cliente para a qualidade do modo como o terapeuta *é* com o cliente.

Na fase final da sua obra, Rogers adotou a expressão "maneira de ser" (*way of being*) para caracterizar a sua abordagem, rejeitando explicitamente a concepção das atitudes facilitadoras como competências técnicas mobilizadas circunstancialmente. Ao invés, propôs que estas constituem qualidades humanas fundamentais que permeiam a totalidade do ser do terapeuta, inseparáveis da sua forma de existir no mundo e de se relacionar com os outros. Esta conceitualização estabelece que a eficácia terapêutica não se fundamenta em desempenhos delimitados no tempo, mas numa autenticidade relacional contínua - uma forma de ser.

### ***III.4.3. Desenvolvimento Psicoafetivo e Processos de Acompanhamento***

O presente capítulo tem como propósito documentar o modelo desenvolvimental descrito por Hipólito (2011) que serve de quadro conceptual à compreensão das dinâmicas psicológicas dos clientes acompanhados durante o estágio. Importa sublinhar que esta teorização não contradiz nem compromete a primazia das atitudes facilitadoras anteriormente descritas; ao invés, complementa-as oferecendo ao técnico uma matriz compreensiva através da qual é possível apreender a complexidade desenvolvimental da experiência comunicada pelo cliente.

#### **III.4.3.1. Da Tendência Formativa ao Desenvolvimento Humano**

Rogers (1959) conceptualizou a tendência atualizante como a propensão natural de todo o organismo vivo para desenvolver as suas potencialidades de modo a preservar-se e valorizá-se, constituindo-a como o único conceito motivacional da sua teoria, aplicável universalmente

a todos os seres vivos (Brodley, 1998). Brodley (1998) sistematizou as características essenciais desta tendência, descrevendo-a como uma força presente em todos os organismos ainda que expressando-se de modo absolutamente único em cada um, organizada de forma holística e integrada num fluxo dinâmico que atravessa os vários níveis do funcionamento do organismo, atuando de forma onnipresente e constante em todos os momentos da existência independentemente das condições, ainda que a qualidade da sua expressão seja profundamente influenciada por estas, orientando-se de forma construtiva tanto para a preservação da integridade organizativa como para a realização das potencialidades latentes, gerando as tensões necessárias para impulsionar o organismo para além do seu estado presente e promovendo o desenvolvimento no sentido da autonomia e da auto-regulação.

Hipólito (2011) articula esta perspetiva recorrendo à distinção que Rogers (1983) estabeleceu entre tendência formativa, conceito mais abrangente, definido como a tendência “em direção a uma ordem crescente e a uma complexidade inter-relacionada” (p. 45) e a tendência atualizante, que designa a manifestação específica desta força em sistemas vivos, com propriedades próprias.

A compreensão do desenvolvimento humano exige distinguir dois aspetos interdependentes: as potencialidades que o organismo possui e as condições que facilitam ou dificultam a sua atualização. Hipólito (2011) estabelece que cada ser humano está dotado, desde a célula primordial, de um conjunto de informações geneticamente herdadas que determinam o horizonte das suas possibilidades desenvolvimentais, quer físicas, quer psíquicas. A mera presença dessas potencialidades não garante, no entanto, a sua manifestação: quando as condições apropriadas são inadequadas ou ausentes, as capacidades latentes podem não atingir expressão plena. Para conceptualizar as circunstâncias que comprometem este percurso, Hipólito (2011) recorre ao conceito de traumatismo, empregando-o com um significado que importa precisar: ao contrário do uso convencional na literatura psicológica, que tende a reservar o termo para eventos discretos de natureza catastrófica, o autor refere-se de forma mais ampla a qualquer condição, evento ou ausência que interfira com o processo de atualização. Neste quadro, distingue os traumatismos das potencialidades, que afetam as próprias bases genéticas do desenvolvimento como acontece nas anomalias cromossómicas, dos traumatismos das condições de atualização, nos quais as potencialidades permanecem intactas, mas as condições necessárias à sua expressão não são fornecidas, como sucede na privação nutricional ou na ausência de vinculação segura.

### **III.4.3.2. Fase Pré-Natal: Desenvolvimento Embrionário e Fetal**

O desenvolvimento humano inicia-se na fecundação, seguindo um processo de complexificação progressiva guiado pela tendência atualizante através da informação genética. Hipólito (2011) sublinha que “o embrião constitui, em si mesmo, o único 'gestor' da sua complexificação até ao momento do nascimento” (p. 150), operando segundo um locus interno de controlo. Não obstante esta autonomia, o embrião e o feto permanecem vulneráveis a traumatismos que podem comprometer as suas potencialidades (Hipólito, 2011). Com a maturação neurológica, as experiências sensoriais começam a integrar-se numa estrutura organizativa pré-reflexiva que estabelece os fundamentos do *Self* (Hipólito, 2011).

### **III.4.3.3. Nascimento e Primeiros Meses: Constituição das Fronteiras do Self**

A tendência atualizante permanece operante depois do nascimento, orientando o desenvolvimento simultâneo das capacidades físicas e psicológicas, agora, num contexto relacional que progressivamente adquirirá significado determinante.

Neste período inicial, emerge um dos desenvolvimentos psicológicos mais relevantes: a constituição gradual das fronteiras do *self*. Ao longo dos primeiros oito meses de vida, o bebé vai diferenciando aquilo que pertence ao seu próprio organismo daquilo que constitui a realidade externa, numa tomada de consciência progressiva das suas “fronteiras” em relação ao mundo (Hipólito, 2011). Rogers (1959) definiu o *self* ou autoconceito como “uma *gestalt* conceptual organizada e consistente, composta por perceções das características do 'Eu' ou 'Mim' e das perceções das relações do 'Eu' ou 'Mim' com os outros e com vários aspetos da vida” (p. 200), sublinhando o carácter simultaneamente estruturado e dinâmico desta organização perceptiva.

A característica distintiva deste período reside naquilo que Hipólito (2011) designa como *self* orgânico pleno: “o bebé não sente tristeza, ele é a tristeza” (p. 152). Esta integração total implica que todo o campo experiencial encontra representação no *self*, sem distorções defensivas, constituindo um estado de congruência plena a partir do qual se poderão compreender os processos dissociativos subsequentes. Paralelamente, a figura materna vai adquirindo um estatuto de Outro significativo, diferenciando-se progressivamente dos restantes elementos do ambiente e estabelecendo as fundações para os processos relacionais que se seguirão, nomeadamente a emergência das condições de valor.

#### **III.4.3.4. Emergência das Condições de Valor**

A diferenciação progressiva entre o *Self* e o Outro significativo, que se consolida aproximadamente aos 8 meses de idade, constitui o que Hipólito (2011) designa como "traumatismo fundamental e estruturante": o momento em que o bebé descobre que a aceitação materna não é incondicional. Esta diferenciação constitui condição necessária para a emergência das condições de valor, na medida em que apenas quando o bebé reconhece a mãe como uma entidade separada pode este experienciar a dependência vital relativamente ao seu amor e, consequentemente, a ameaça que a sua retirada representa (Hipólito, 2011).

Rogers (1959) designou por condições de valor (*conditions of worth*) o estado em que a estrutura do *self* leva o indivíduo a aceitar ou evitar experiências "unicamente porque discrimina essa experiência como sendo menos ou mais digna de auto-consideração" (p. 209). A génese desta incongruência psicológica reside na condicionalidade da consideração positiva: quando a figura significativa valoriza o bebé em alguns aspetos e noutros não, instala-se uma matriz relacional em que a aceitação depende da conformidade com expectativas externas. Confrontado com a rejeição de determinadas expressões das suas necessidades, o bebé aprende a modelar as suas perceções de acordo com os parâmetros de aceitação materna (Hipólito, 2011), num processo que não é mera conformidade comportamental, mas uma alteração ao nível da própria simbolização da experiência.

O mecanismo de internalização opera de forma gradual e aquilo que era inicialmente uma exigência externa passa a ser assimilado no complexo de auto-consideração, levando o indivíduo a valorizar positiva ou negativamente as suas próprias experiências com base em critérios que não são seus, mas que passou a tratar como se fossem (Rogers, 1959). O resultado é uma alienação do processo de valorização orgânico. Quando uma condição de valor está presente, o bebé simboliza no campo de consciência não o que sente, mas uma experiência concordante com essas condições, iniciando um padrão de distorção ou negação defensiva que, perpetuado ao longo do desenvolvimento, constitui a base das perturbações psicológicas subsequentes (Hipólito, 2011).

#### **III.4.3.5. Incongruência e Dissociação**

A diferenciação do *self* como subsistema percetivo organizado introduz simultaneamente a possibilidade de desarmonia entre diferentes dimensões da experiência humana. Rogers (1957) estabeleceu a incongruência como uma discrepância entre a experiência orgânica (i.e. aquilo que ocorre no organismo a um nível total, visceral e fisiológico) e a estrutura do

*self*, na medida em que esta deveria representar essa experiência mas falha em fazê-lo. Quando a estrutura do *self* não consegue integrar determinadas experiências orgânicas por estas serem incompatíveis com a imagem construída de si próprio, essas experiências são distorcidas, negadas ou simbolizadas de forma incongruente, preservando a coerência do autoconceito ao custo de alienar a pessoa da sua experiência real. Importa distinguir congruência de genuinidade ou sinceridade: um indivíduo pode descrever-se sinceramente como não tendo preconceitos e ainda assim comportar-se de forma contrária, pois descreve-se de acordo com a representação consciente, não com a experiência efetivamente vivida (Marques, 2000).

A discrepância fundamental entre a experiência orgânica e aquilo que pode ser simbolizado na consciência é caracterizado por Hipólito (2011) como dissociação, processo através do qual a criança, confrontada com condições de valor que contradizem o que sente, "simbolizará no seu campo de consciência uma experiência diferente, concordante com tais condições" (p. 154). Este movimento dissociativo não se limita a uma cisão simples, manifestando-se em múltiplos níveis de funcionamento psicológico que se consolidam ao longo do desenvolvimento.

#### ***III.4.3.5.1 Os Três Níveis de Dissociação***

Hipólito (2011) sistematiza três níveis fundamentais nos quais o movimento dissociativo se manifesta. O primeiro nível refere-se à cisão entre o **locus de controlo interno e o externo**. Sob a pressão das condições de valor, a criança aprende a desconfiar do seu próprio sistema de valorização orgânica, substituindo-o por critérios externos de avaliação. A experiência interna deixa de funcionar como bússola orientadora ("sinto fome", "isto assusta-me") para dar lugar ao que o Outro considera apropriado ("ainda não é hora de comer", "não há razão para teres medo"), numa transferência que constitui uma alienação fundamental da sabedoria orgânica (Hipólito, 2011).

O segundo nível manifesta-se na cisão entre o **Self percebido e o Self desejado**. Hipólito (2011) enfatiza a dimensão desenvolvimental desta incongruência na medida em que enquanto a criança cresce, a discrepância entre "quem sou" e "quem deveria ser" pode consolidar-se e ampliar-se, gerando uma estrutura de personalidade marcada por sentimentos de inadequação. A magnitude desta dissociação correlaciona-se inversamente com a estima de si, na medida em que o *Self* desejado funciona como padrão avaliativo através do qual a pessoa julga constantemente o seu *Self* percebido (Hipólito, 2011).

O terceiro nível concerne a cisão entre **cognição e emoção**, dimensões que, num funcionamento integrado, estariam unificadas numa mesma percepção experiencial. Quando certas

emoções ameaçam a consideração positiva das figuras significativas, a criança desenvolve mecanismos que separam o conhecimento cognitivo da experiência afetiva. Esta dissociação pode manifestar-se como a incapacidade de perceber as próprias emoções (alexitimia ao nível da percepção) ou como incapacidade de as exprimir (alexitimia ao nível da expressão), conseguindo reconhecer internamente o que sente, mas não conseguindo comunicá-lo (Hipólito, 2011).

#### ***III.4.3.5.2 Tensão, Sintomas e Campo Perceptivo Restrito***

Em qualquer destes níveis, "sempre que acontece uma dissociação, gera-se uma tensão entre os dois 'pólos' envolvidos; se o organismo não consegue equilibrar por si essa tensão, desenvolvem-se sintomas" (Hipólito, 2011, p. 155). Os sintomas constituem, assim, não um mero déficit, mas o melhor equilíbrio possível face às tensões geradas pela incongruência. A dissociação produz igualmente restrições significativas no campo perceptivo: aspetos fundamentais da experiência orgânica que contradizem a estrutura do *Self* são sistematicamente negados, distorcidos ou mantidos fora da consciência, empobrecendo a capacidade de simbolizar fielmente a realidade experienciada (Hipólito, 2011).

#### **III.4.3.6. Marcos Desenvolvementais**

O desenvolvimento da criança prossegue para além da emergência das condições de valor e dos processos dissociativos iniciais, alcançando dois marcos cognitivos particularmente significativos que Hipólito (2011) identifica como tendo implicações importantes para a compreensão da psicopatologia.

##### ***III.4.3.6.1 Percepção Distinta do "Eu" e do "Me"***

Por volta do ano e meio de vida, emerge uma percepção distinta do 'Eu' e do 'me' (Hipólito, 2011). Até este momento, a criança referia-se a si própria na terceira pessoa (e.g. "o bebé quer", "a Maria tem fome") mas não havia diferenciação clara entre o sujeito que experiencia e o objeto da experiência. Com este marco desenvolvimental, a criança adquire capacidade de se tomar a si própria como objeto de reflexão, distinguindo entre o "Eu" agente que percebe e age, e o "me" como objeto que pode ser percebido e avaliado. Esta diferenciação constitui fundamento necessário para o desenvolvimento subsequente da autoconsciência reflexiva, permitindo não apenas experienciar, mas experienciar-se a experienciar, capacidade distintivamente humana que possibilita níveis crescentes de complexidade psicológica, mas que introduz simultaneamente novas possibilidades de dissociação e conflito interno.

#### ***III.4.3.6.2 Capacidade de Discriminação entre Real e Imaginário***

Entre os quatro e os oito anos, a criança adquire a capacidade de discriminação entre real e imaginário (Hipólito, 2011). Antes desta idade, a indiferenciação é característica normal do funcionamento infantil, observável quando as crianças falam naturalmente de "amigos imaginários" sem distingui-los de pessoas reais.

#### **III.4.3.7. Integração: Dissociação como Processo Desenvolvidor**

A sistematização proposta por Hipólito (2011) dos três níveis de dissociação, das suas consequências para o funcionamento psicológico e da sua articulação com marcos desenvolvimentais específicos permite compreender a incongruência não como estado estático, mas como processo que se desenvolve, consolida e manifesta em diferentes dimensões ao longo da infância e que muito embora represente um afastamento do funcionamento pleno, constitui simultaneamente a melhor adaptação possível da criança a um ambiente relacional que não lhe oferece aceitação incondicional, manifestando assim a continuidade da tendência atualizante mesmo em condições que distorcem a sua expressão.

#### ***III.4.4. Atitudes Facilitadoras no Acompanhamento***

##### **III.4.4.1. Congruência**

Rogers (1957) definiu esta condição necessária e suficiente afirmando que "o terapeuta é congruente ou integrado na relação" (p. 96), significando que o profissional se apresenta genuinamente tal como é, com a sua vivência experiencial representada com precisão na sua autoconsciência. A precisão terminológica revela-se essencial para compreender a congruência como conceito distinto de noções aparentemente próximas. O trabalho de Marques (2000) demonstrou que Rogers abandonou o termo inicial "genuinidade" por este não corresponder às exigências conceptuais da teoria, adotando "congruência" para designar um fenómeno mais complexo. A distinção central reside no facto de autenticidade, genuinidade, transparência e espontaneidade poderem coexistir sem constituírem congruência. Um indivíduo pode expressar com total honestidade aquilo que conscientemente acredita (sendo, portanto, autêntico), mas permanecer incongruente se essa crença consciente não corresponder à sua experiência orgânica real.

Mearns et al. (2013) propuseram critérios orientadores para esta aplicação disciplinada da congruência. Primeiro, o terapeuta deve expressar apenas sentimentos que surgem direta-

mente na relação com o cliente, não quaisquer outros estados internos que possa estar a experienciar. Segundo, a experiência a comunicar deve relacionar-se com as preocupações do cliente, não com necessidades do próprio terapeuta. Terceiro, sentimentos transitórios ou ligeiros não requerem verbalização; apenas experiências que persistem ao longo da sessão ou que se manifestam com intensidade particular justificam expressão, pois estas tornam-se obstáculos à presença autêntica se permanecerem não comunicadas. Marques (2000) sintetizou estas orientações afirmando que a congruência deve subordinar-se ao contexto e aos objetivos do trabalho terapêutico, estabelecendo-a como capacidade sofisticada que requer tanto auto-conhecimento quanto julgamento clínico refinado.

#### **III.4.4.2. Cuidado Positivo Incondicional**

Rogers (1957) estabeleceu esta condição necessária e suficiente como a experiência pelo terapeuta de "consideração positiva incondicional pelo cliente" (p. 96). Esta atitude traduz-se num acolhimento caloroso de todos os aspetos da vivência do cliente, abrangendo tanto a expressão de dimensões negativas, dolorosas ou socialmente inaceitáveis como manifestações positivas, maduras e socialmente valorizadas (Rogers, 1957). A clarificação conceptual proposta por Mearns et al. (2013) distingue a valorização de afinidade, resolvendo uma fonte comum de confusão para terapeutas em formação. Enquanto gostar de alguém implica ressonância pessoal e compatibilidade, frequentemente influenciada por valores partilhados e características compatíveis, valorizar a humanidade fundamental de uma pessoa opera num plano distinto que transcende estas contingências.

O conceito de contra-condicionamento, desenvolvido por Lietaer (1984, citado em Mearns et al., 2013), oferece compreensão do mecanismo através do qual esta atitude exerce efeito terapêutico. Quando o terapeuta valoriza o cliente independentemente do cumprimento de expectativas ou normas estabelece-se um padrão relacional que contradiz diretamente a experiência histórica do cliente. Esta experiência de ser valorizado sem condições desencadeia um processo gradual através do qual o cliente começa a internalizar esta atitude, desenvolvendo a capacidade de se valorizar independentemente de corresponder a imperativos externos. Mearns et al. (2013) caracterizaram este processo como "contaminação" pela atitude aceitante do terapeuta, metáfora que sugere uma transmissão não-verbal e não-intencional de uma forma de relação com o *self* que substitui progressivamente os padrões condicionais introjetados.

### **III.4.4.3. Compreensão Empática**

Rogers (1957) definiu empatia como sentir "o mundo privado do cliente como se fosse o seu próprio, mas sem nunca perder essa qualidade de 'como se'" (Rogers, 1957, p. 99). O autor elaborou esta conceptualização especificando que implica sentir emoções como raiva, medo ou confusão tal como o cliente as sente, sem que as próprias emoções do terapeuta fiquem envolvidas neste processo (Rogers, 1957). Mearns et al. (2013) enfatizaram que ser compreendido desta forma constitui para muitos clientes uma vivência rara ou mesmo inédita, representando uma disponibilidade para oferecer atenção e cuidado que necessariamente lhes confere valor, restituindo ao indivíduo solitário e alienado um sentimento de pertença à humanidade.

A análise de Shlien (1998) introduziu uma diferenciação fundamental frequentemente ausente nas discussões sobre empatia. Caracterizando a empatia como capacidade cognitiva comum e inevitável (forma de inteligência essencial à sobrevivência social) o autor desafiou a sua elevação a estatuto de virtude terapêutica em si mesma. A observação central reside na neutralidade moral da capacidade empática: compreender a experiência interna do outro pode servir tanto objetivos compassivos quanto cruéis. Esta análise conduziu Shlien (1998) a estabelecer uma hierarquia moral onde a simpatia (entendida como compromisso emocional genuíno com o outro) ocupa uma posição superior à mera empatia. A advertência feita "a empatia sozinha, sem simpatia e, mais ainda, sem compreensão, pode ser prejudicial" (Shlien, 1998, p. 44) - estabelece que a eficácia terapêutica exige não apenas capacidade de apreender a experiência do outro, mas compromisso afetivo com essa pessoa e esforço cognitivo sustentado de compreensão do significado dessa experiência.

Elliott et al. (2018) propuseram uma taxonomia que distingue três formas de empatia coexistentes na prática clínica. O primeiro modo, centrado no estabelecimento de contexto relacional seguro através de demonstração de atitude compassiva, visa primariamente criar condições para o trabalho terapêutico. O segundo, designado sintonia comunicativa, enfatizado particularmente por terapeutas humanistas, consiste em atenção momento-a-momento ao fluxo experiencial emergente do cliente, manifestando-se através de respostas que acompanham este processo. O terceiro modo opera num plano temporal mais alargado, procurando compreender como a história e o contexto atual do cliente configuram o seu modo de perceber, sentir e agir. Esta diferenciação sugere que referências a "empatia" na literatura clínica podem designar fenómenos distintos, cuja eficácia terapêutica pode variar consoante o momento e as necessidades do processo.

### ***III.4.5. Implicações para o Acompanhamento Psicológico***

A compreensão psicopatológica apresentada nas secções anteriores possui implicações diretas para a prática clínica, embora a sua transposição exija uma ressalva fundamental: o conhecimento sobre desenvolvimento e psicopatologia não deve converter-se num sistema interpretativo que se sobreponha à experiência fenomenológica do cliente, nem comprometer a primazia das atitudes facilitadoras. Trata-se, antes, de cultivar uma sensibilidade clínica que permita ao profissional situar a narrativa do cliente num horizonte desenvolvimental mais vasto, sem que essa compreensão precise de ser interpretada (Hipólito, 2011).

Na prática, esta orientação traduz-se em três eixos complementares. O primeiro concerne à singularidade de cada apresentação clínica. Reconhecendo que cada pessoa constitui "uma configuração única resultante da história desenvolvimental singular daquele indivíduo específico" (Hipólito, 2011, p. 159), o profissional afasta-se de leituras nosológicas padronizadas e adota uma compreensão ideográfica, atenta ao modo particular como o processo de atualização se desenvolveu sob condições históricas concretas. O segundo eixo diz respeito à direção do processo terapêutico. À medida que a incongruência diminui, emergem as características que Rogers (1961) associou ao funcionamento pleno da pessoa (*fully functioning person*): abertura à experiência, confiança crescente no sistema orgânico como guia decisional e uma vivência existencial habitada no presente. Particularmente relevante é a progressiva deslocação do locus de avaliação para o interior do próprio indivíduo, num percurso que, como sublinhou Bozarth (1998, citado em Cooper & McLeod, 2011), permanece sempre idiossincrático e impossível de determinar a partir do exterior.

O terceiro eixo prende-se com a postura do terapeuta face à sintomatologia. Hipólito (2011) adverte que "os sintomas são o resultado do melhor equilíbrio possível para o organismo" e que "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" (p. 159). Longe de significar passividade, esta confiança nos processos naturais de amadurecimento e autocura sustenta uma postura que valoriza a sabedoria orgânica do cliente, resistindo à tentação de impor soluções externas. A tarefa do profissional consiste, assim, em estabelecer e manter as condições facilitadoras, confiando que a tendência atualizante, quando liberta das restrições impostas pela incongruência, orientará o processo na direção construtiva.

### **III.5. Ética e Deontologia na Prática Profissional**

A dimensão ética e deontológica constitui um pilar estruturante da formação e da prática em psicologia clínica e do aconselhamento. Num contexto de estágio curricular supervisionado, esta dimensão assume particular relevância, na medida em que o estagiário se encontra num processo de desenvolvimento de competências que exige não apenas o domínio de conhecimentos técnicos e teóricos, mas também a capacidade de reflexão crítica sobre os valores e princípios que orientam a intervenção psicológica. De seguida apresentaremos um enquadramento ético-deontológico que serviu de referência orientadora para a prática, abordando o Código Deontológico (CD) da OPP, os princípios éticos fundamentais na prática clínica e as questões éticas específicas relacionadas com a temática do altruísmo patológico.

#### ***III.5.1. Enquadramento Ético-Deontológico***

##### **III.5.1.1. O Código Deontológico da OPP como Referência Orientadora**

O CD da OPP constitui a referência normativa central para o exercício da profissão em Portugal. Partindo do princípio de que "a referência do exercício profissional é o máximo ético e não o mínimo aceitável" (OPP, 2024, p. 6), o Código não se esgota na prescrição de regras de conduta. Serve, acima de tudo, como instrumento de orientação para a reflexão e a tomada de decisão ética, integrando princípios aplicáveis a qualquer área da psicologia e direcionando os profissionais para práticas de excelência. Esta orientação para a excelência ética, revela-se particularmente relevante no contexto de formação. O Código assume-se assim como um instrumento de promoção do raciocínio ético, fornecendo as bases para pensar as respostas aos dilemas que emergem na prática e orientar a ação profissional.

A OPP (2024) identifica quatro pilares que sustentam a dimensão ética e deontológica da profissão: a legislação aplicável, incluindo o Estatuto da OPP (Lei n.º 57/2008, de 4 de setembro); o próprio CD; as linhas de orientação e recomendações específicas para áreas particulares de intervenção; e os Pareceres da Comissão de Ética. O Código é, portanto, apenas um dos elementos deste sistema mais amplo.

##### **III.5.1.2. Enquadramento Legal e Obrigatoriedade**

O enquadramento legal do Código encontra-se na Lei n.º 57/2008, que aprova o Estatuto da OPP. No seu artigo 77.º, determina-se que "a Ordem elabora, mantém e atualiza o CD dos psicólogos portugueses" (p. 21). A missão da Ordem, tal como prevista no artigo 3.º, consiste em "exercer o controlo do exercício e acesso à profissão de psicólogo, bem como elaborar as

normas técnicas e deontológicas respetivas e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros" (p. 5). Aos membros efetivos cabe, nos termos do artigo 62.º, alínea b), "respeitar escrupulosamente os princípios definidos no CD" (p. 18).

O Código estabelece algumas definições operacionais essenciais para a sua aplicação. O conceito de *cliente* abrange "qualquer pessoa, família, grupo, organização e/ou comunidade que é objeto da intervenção direta do/a psicólogo/a e com o/a qual estabelece a relação profissional vinculada por este código" (OPP, 2024, p. 6-7). De particular relevância assume, no contexto do presente estágio, a definição de *crianças e jovens* como "todas as pessoas menores de 18 anos que beneficiem da intervenção psicológica" (OPP, 2024, p. 7), dadas as especificidades éticas que caracterizam a intervenção com esta população.

### **III.5.1.3. Princípios Éticos Fundamentais na Prática Clínica**

Os princípios gerais do CD têm natureza aspiracional e derivam da moral comum da Psicologia, sendo conceptualizados como obrigações *prima facie* que orientam os profissionais para uma conduta centrada nos ideais da intervenção psicológica (OPP, 2024). Esta natureza implica que os princípios, apesar de vinculativos, podem conflitar entre si perante situações concretas. Quando surgem estes conflitos, o profissional tem de mobilizar o seu raciocínio ético. Para isso, dispõe do CD e do enquadramento legal, mas pode também consultar a Comissão de Ética da OPP, colegas ou superiores hierárquicos (OPP, 2024).

O CD da OPP prevê cinco categorias de princípios gerais: Respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa (Princípio A); Competência (Princípio B); Responsabilidade (Princípio C); Integridade (Princípio D); e Beneficência e Não-Maleficência (Princípio E). Estas categorias não surgem isoladas de um enquadramento teórico mais amplo. Beauchamp e Childress (2019) são os autores do modelo bioético mais usado nas profissões de saúde. O modelo tem quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Na prática clínica, estes princípios ajudam na análise das situações e na tomada de decisão. É a partir deles que a secção seguinte está organizada, articulando-os com o CD da OPP e a Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, sobre proteção de crianças e jovens em perigo.

#### **III.5.1.3.1 Autonomia**

No CD da OPP, a autonomia insere-se no Princípio A (Respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa). O que está em causa é o reconhecimento da pessoa como ser único, com vontade própria, cuja autodeterminação tem de ser respeitada e promovida (OPP, 2024). O consentimento informado é a forma mais habitual de pôr isto em prática e Pope e Vasquez (2016)

consideram-no uma das salvaguardas éticas fundamentais. Já no caso dos menores, a Lei n.º 147/99 prevê o direito à informação e à participação (artigo 4.º, alíneas i e j).

#### ***III.5.1.3.2 Beneficência e Não-Maleficência***

Os princípios da beneficência e não-maleficência, integrados no Princípio E, orientam os psicólogos para a promoção e proteção dos interesses legítimos dos clientes, abstendo-se de causar dano por ação ou omissão (OPP, 2024). A intervenção é considerada legítima desde que o balanço entre risco e benefício seja positivo, devendo evitar-se apenas o dano resultante de conduta negligente, infundada ou malévola (OPP, 2024). Na Lei n.º 147/99, estes princípios concretizam-se no interesse superior da criança (alínea a) e na intervenção mínima (alínea d).

#### ***III.5.1.3.3 Justiça***

O princípio da justiça, também no Princípio A, exige que os psicólogos não façam distinções entre clientes por critérios alheios aos problemas apresentados, aplicando a igualdade de forma diferenciada conforme as necessidades individuais (OPP, 2024). Pope e Vasquez (2016) ampliam esta reflexão para uma dimensão de responsabilidade social, incluindo a consciência crítica sobre estruturas de opressão e desigualdade.

#### ***III.5.2. Confidencialidade e Proteção de Dados***

A privacidade constitui um valor central na intervenção psicológica, sendo que o CD da OPP (2024) estabelece que os psicólogos têm a obrigação de assegurar a confidencialidade de toda a informação respeitante ao cliente, incluindo a própria existência da relação profissional. Pope e Vasquez (2016) sublinham que a informação partilhada em contexto terapêutico transporta simultaneamente um potencial curativo e, caso a confidencialidade seja violada, um potencial lesivo, alertando que mais de metade dos terapeutas num estudo reportaram ter violado inadvertidamente a confidencialidade dos seus pacientes.

No contexto do presente estágio, a gestão da confidencialidade assumiu um particular desafio, dada a natureza institucional do enquadramento e a articulação necessária com entidades externas, nomeadamente a CPCJ. A intervenção com populações vulneráveis e em processos de promoção e proteção exigiu uma reflexão aprofundada sobre os limites da confidencialidade e os procedimentos adequados para a sua gestão.

### **III.5.2.1. Limites da Confidencialidade**

O dever de confidencialidade, embora fundamental, não é absoluto. O CD da OPP (2024) prevê a sua quebra em situações de perigo grave para o cliente ou terceiros, incluindo maus-tratos a crianças, jovens ou adultos particularmente vulneráveis. Este princípio encontra enquadramento legal no dever de segredo profissional consagrado no Estatuto da OPP (Lei n.º 57/2008, art.º 79.º) e, de forma mais imperativa, na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, art.º 70.º), que impõe a comunicação obrigatória ao Ministério Público quando os factos configurem crime, sobrepondo-se ao dever de confidencialidade sem margem para apreciação discricionária do profissional.

Quanto aos procedimentos, o CD da OPP (Norma 2.7.1) determina que a informação confidencial deve ser transmitida apenas a quem de direito, restringindo-se ao estritamente imprescindível, e que o cliente deve ser previamente informado, salvo impossibilidade manifesta.

### **III.5.2.2. Articulação com Entidades Externas e Proteção de Dados**

A articulação com a CPCJ constituiu um aspeto relevante da prática durante o estágio. O CD da OPP (Normas 2.8 e 2.11) enquadra a transmissão de informação confidencial em contextos interinstitucionais, enquanto a Lei n.º 147/99 estabelece simultaneamente o carácter reservado dos processos de promoção e proteção (art.º 88.º) e o dever de colaboração com as comissões (art.º 13.º), incluindo o acesso à informação clínica mediante consentimento do titular ou representante legal.

No que respeita à proteção de dados, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e o CD da OPP (Norma 5.5) determinam que os registos clínicos são propriedade do cliente, cabendo ao psicólogo a responsabilidade pela sua segurança e conservação por um período mínimo de cinco anos. Pope e Vasquez (2016) alertam ainda para a possibilidade de reidentificação em bases de dados anonimizadas, sublinhando a importância de procedimentos rigorosos de proteção da identidade, particularmente em contextos académicos.

### **III.5.3. Consentimento Informado**

O CI constitui um dos pilares fundamentais da prática ética em psicologia, materializando o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa. O CD da OPP (2024) define-o como "a escolha de participação voluntária da pessoa num ato psicológico após ser-lhe dada informação sobre a natureza e curso previsível desse mesmo ato, os honorários (quando aplicável), a privacidade da informação dela decorrente, bem como os limites éticos e legais da mesma" (p. 17).

O processo de obtenção do consentimento é interpretado como instrumental na construção de uma relação de confiança, constituindo-se simultaneamente como expressão do princípio da beneficência ao potencializar os resultados da intervenção psicológica (OPP, 2024).

#### **III.5.3.1. Procedimentos Gerais**

A Norma 1.2 do CD da OPP (2024) estabelece que os psicólogos devem informar os clientes sobre as ações profissionais, procedimentos, consequências prováveis, registros, confidencialidade e respectivos limites éticos e legais. A Norma 1.5 determina que esta clarificação ocorre no início da relação profissional e é retomada continuamente sempre que se justifique, refletindo a conceção do consentimento como processo dinâmico e comunicacional. Pope e Vasquez (2016) alertam que o principal obstáculo à validade do consentimento é encará-lo como tarefa burocrática, quando deveria constituir uma conversa significativa e bidirecional.

#### **III.5.3.2. Especificidades com Menores e Representantes Legais**

A Norma 1.8 do CD da OPP (2024) estabelece que nas situações em que a autodeterminação é limitada em razão da idade, o consentimento é solicitado aos progenitores ou representante legal. Contudo, as crianças e jovens, de acordo com o seu nível de maturidade, devem ser envolvidas no processo de consentimento, promovendo a sua adesão à intervenção. A Lei n.º 147/99 reforça esta orientação, consagrando o direito da criança a ser informada e ouvida (artigo 4.º), estabelecendo no artigo 10.º que a intervenção depende da não oposição da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos.

#### **III.5.3.3. Consentimento para Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica, pela utilização de instrumentos psicométricos específicos e pela natureza dos dados recolhidos, constitui um procedimento que requer consentimento próprio, distinto do consentimento inicial para acompanhamento.

#### **III.5.3.4. Consentimento para Utilização de Casos**

A Norma 2.10 do CD da OPP (2024) estabelece que em situações com objetivos didáticos deve ser sempre protegida a identidade do cliente e, quando a partilha puder suscitar possibilidade de identificação por terceiros, deve ser obtido CI prévio. A Lei n.º 147/99, no artigo 89.º, determina que a divulgação de estudos deve ser feita de modo que torne impossível a identificação das pessoas.

### ***III.5.4. Competência Profissional e Supervisão***

No contexto de um estágio curricular supervisionado a dimensão ética da competência profissional assume contornos particulares, uma vez que o estagiário se encontra num processo de aquisição de competências ainda não plenamente desenvolvidas. Esta condição exige mecanismos específicos de salvaguarda ética, sendo a supervisão o mais relevante.

#### **III.5.4.1. Reconhecimento dos Limites de Competência**

O CD da OPP consagra a competência como princípio geral (Princípio B), conceptualizando-a como um processo dinâmico que integra formação teórica, prática supervisionada e atualização contínua (OPP, 2024). A Norma 5.2 determina que os psicólogos exercem a sua prática dentro dos limites da sua competência específica, cabendo a cada profissional fixar os seus próprios limites em função dos seus estudos, formação e experiência. A Lei n.º 57/2008 (artigo 76.º) reforça o dever de exercer a atividade apenas em áreas com formação específica.

#### **III.5.4.2. O Papel da Supervisão e Intervisão na Garantia Ética**

A supervisão constitui o mecanismo central de garantia ética neste processo. O CD reconhece-a como atividade fundamentada em conhecimento especializado, estabelecendo na Norma 6.5 que os supervisores partilham a responsabilidade pelo bem-estar dos clientes e pela confidencialidade da informação. A Norma 6.9 determina que devem ser proporcionadas condições para uma reflexão progressivamente aprofundada sobre questões éticas, complementada pela intervisão entre pares (Norma 5.3).

### ***III.5.5. Riscos de Patologização no Altruísmo e Parentificação***

A utilização de constructos como altruísmo patológico e parentificação na compreensão clínica levanta questões éticas sobre os riscos de patologizar comportamentos que podem constituir respostas adaptativas ou culturalmente normativas. Oakley et al. (2012) reconhecem esta tensão ao sublinhar que a mesma conduta de cuidado pode ser funcional num contexto e disfuncional noutro, dependendo das suas consequências funcionais e do sofrimento que gera. De modo semelhante, Hooper et al. (2011a) distingue entre parentificação destrutiva e adaptativa, argumentando que a assunção de papéis de cuidado pode constituir um fator de resiliência em contextos de adversidade.

Esta reflexão articula-se com o Princípio E do CD da OPP (Beneficência e Não-Maleficência), na medida em que a aplicação acrítica de categorias patológicas pode, paradoxalmente, constituir uma forma de dano. O risco é particularmente saliente na intervenção com populações vulneráveis, onde comportamentos de hiperresponsabilização podem ter raízes em condições estruturais de adversidade que exigem uma leitura contextualizada e não redutora (Pope & Vasquez, 2016).

## IV - Trabalho de Estágio

As 486 horas de atividades de estágio foram cumpridas ao longo de nove meses, entre outubro de 2024 e junho de 2025. As atividades principais foram distribuídas conforme a Tabela 1. Importa referir que o tempo contabilizado nos acompanhamentos psicológicos inclui não só a condução das sessões, mas também as horas dedicadas à preparação, estudo, elaboração de relatórios e supervisão. Adiante será descrito em maior detalhe cada uma destas áreas.

**Tabela 1**

*Distribuição de horas de estágio por área de atividade*

| Área de atividade            | Horas (h)    | Percentagem (%) |
|------------------------------|--------------|-----------------|
| Acompanhamentos psicológicos | 272.5        | 56.1%           |
| Cursos e palestras           | 68.0         | 14.0%           |
| Orientação vocacional        | 51.5         | 10.6%           |
| Ações de formação            | 72.0         | 14.8%           |
| Outras atividades            | 22.0         | 4.5%            |
| <b>Total</b>                 | <b>486.0</b> | <b>100%</b>     |

### IV.1. Contextualização do processo de estágio

O estágio académico no curso de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento constitui uma componente obrigatória que permite aos estudantes uma aplicação prática dos conceitos teóricos adquiridos durante a formação académica que o antecedeu. A Universidade Autónoma de Lisboa fundamenta esta experiência formativa numa metodologia onde "é privilegiada a aprendizagem experiencial que permite uma vivência integrada da forma de realizar uma intervenção psicológica" (UAL, 2024a, para. 2), alinhando-se com *standards* internacionais convergentes das principais organizações europeias e americanas que exigem períodos obrigatórios de prática supervisionada. A investigação demonstra que o estágio supervisionado é essencial a formação de qualidade, uma vez que providencia um espaço formador e transformador para o estudante de psicologia (Silva et al., 2017), onde este pode ter o primeiro contacto com a realidade da prática profissional de uma maneira sustentada, preparando-o para a futura integração no mercado de trabalho e para o posterior estágio profissional exigido pela OPP.

O estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento estabelece, através do seu regulamento académico, os objetivos seguintes:

Sustentados no conhecimento teórico-prático adquirido ao longo da formação acadêmica, desenvolver e aprofundar as atitudes relacionais e as competências necessárias para o desempenho da profissão. Especificamente, o domínio de técnicas de entrevista (ex. anamnese, diagnóstico), de procedimentos de aplicação, cotação e interpretação de testes psicológicos adequados às situações reais, de análise de casos e ainda a elaboração e discussão de programas de prevenção e promoção da saúde.” (UAL, 2024b, p. 1).

Para além destes objetivos institucionais, estabeleceram-se cinco objetivos pessoais fundamentais para o desenvolvimento de competências em psicologia clínica: i) observar e compreender a dinâmica de funcionamento de uma instituição vocacionada para a saúde mental; ii) desenvolver competências de avaliação psicológica; iii) adquirir competência na condução de intervenções de acompanhamento psicológico sob supervisão; iv) consolidar os conhecimentos teóricos através da sua aplicação prática e v) desenvolver a identidade profissional e competências éticas da profissão de psicólogo na sua vertente clínica.

Desde o primeiro dia na instituição houve uma integração completa nas atividades profissionais e cerimoniais da mesma, o que constituiu um contraste significativo entre a realidade civil familiar e o contexto militar. A adaptação inicial ao contexto militar evoluiu progressivamente para uma compreensão da importância destes momentos cerimoniais, que servem simultaneamente propósitos informativos, celebratórios e pró-sociais, promovendo a camaradagem, união e moral elevada, fundamentais para a instituição. Este esforço de integração do estagiário estendeu-se a todos os gabinetes da instituição e em particular ao gabinete de orientação e apoio psicopedagógico que seria atribuído como “residência” até ao final do estágio.

De acordo com o protocolo estabelecido entre a UAL e a instituição de estágio, foi atribuída uma psicóloga orientadora de estágio que visou acompanhar, orientar e supervisionar o trabalho e o desenvolvimento das competências práticas do estagiário. Esta supervisão teve como objetivos não só a facilitação da integração do estagiário, mas também o de providenciar *feedback* construtivo sobre as intervenções realizadas e promover a reflexão crítica sobre as práticas clínicas, tudo sob um rigoroso enquadramento ético e deontológico.

Neste contexto supervisionado desenvolveram-se várias atividades que serão agora detalhadas, e organizadas por áreas de intervenção.

## **IV.2. Cursos e palestras**

Durante o estágio foi proporcionada formação estruturada com outros formandos militares, cuja componente prática foi determinante para o desenvolvimento das competências ministradas.

#### ***IV.2.1. Curso de gestão de stress***

Uma formação de quatro dias (27h) ministrada pelos profissionais da instituição que apresenta uma abordagem multidisciplinar e científica para a compreensão e gestão do stress em diversos contextos. Do ponto de vista teórico, o programa apoiou-se em dois modelos consolidados da psicologia do stress. O primeiro, o modelo de Síndrome Geral de Adaptação de Hans Selye, conceptualiza o stress enquanto resposta biológica adaptativa. O segundo, a Perspetiva Transacional de Lazarus e Folkman, destaca a importância da avaliação cognitiva individual na perceção e gestão das situações stressantes. O curso abordou as diferentes tipologias de stress (agudo, crónico e traumático) e os seus mecanismos neurobiológicos, tendo explorado contextos específicos como o stress laboral, familiar e militar, incluindo o *burnout* e os incidentes críticos.

A componente prática contemplou técnicas de comunicação assertiva, exercícios de relaxamento e respiração, ferramentas de gestão do tempo e simulações com base em casos reais. Foram integradas estratégias preventivas e interventivas nos planos cognitivo, emocional, comportamental e relacional, com aplicabilidade tanto no contexto profissional como pessoal. O curso abordou ainda a gestão sistémica do stress, tendo em conta as dinâmicas familiares e organizacionais, uma vertente com especial relevância no meio militar, onde o modo como se gere o stress tem consequências diretas no desempenho operacional e no bem-estar dos militares e das suas famílias.

#### ***IV.2.2. Curso de Primeiros Socorros Psicológicos***

Os profissionais da instituição ministraram esta formação ao longo de quatro dias (28h), com o objetivo de desenvolver competências práticas de intervenção em situações de crise psicológica. Foi usada a mesma base teórica de Hans Selye sobre o Síndrome Geral de Adaptação e adicionalmente foi usado o modelo estruturado SAFER-R (*Stabilize, Acknowledge, Facilitate, Encourage, Recovery/Referral*) como base metodológica. A formação visou capacitar os participantes como "pares", isto é, elementos preparados para prestar apoio psicológico de primeira linha a outros militares expostos a incidentes críticos. Importa referir que esta intervenção se distingue claramente da psicoterapia formal, posicionando-se como um processo de ajuda ativa de curto prazo, focado no "aqui e agora".

A componente prática incluiu exercícios de *role-play* e simulações de cenários críticos, nomeadamente situações de ansiedade, crises psicóticas, comportamentos agressivos e tentativas de suicídio. Os participantes treinaram ainda técnicas de comunicação terapêutica como a escuta ativa, a paráfrase, a reflexão de sentimentos e a gestão do silêncio.

Os formandos aplicaram protocolos de estabilização emocional e mobilização de recursos de *coping*, sendo preparados para identificar sinais de alerta, prestar apoio imediato e reconhecer os limites da sua intervenção, encaminhando para profissionais especializados quando necessário.

#### ***IV.2.3. Palestras sobre Processo de Luto e Dependências***

A convite da instituição, dois palestrantes dirigiram-se a uma plateia de militares e estagiários. A primeira palestra, subordinada ao tema "Processo de Luto", ficou a cargo de um psicólogo clínico com reconhecida experiência em luto parental e em associações de apoio a famílias enlutadas. Foram abordadas as fases do luto, os aspetos fundamentais da elaboração da perda e as estratégias de apoio psicológico. A segunda palestra, sobre "Dependências - Jogo Patológico", coube a uma psicóloga clínica da UTITA (Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo) do Hospital das Forças Armadas. Esta sessão incidiu sobre as características do jogo patológico enquanto dependência comportamental, as suas fases evolutivas, critérios de diagnóstico e estratégias terapêuticas, com particular atenção à contextualização desta problemática no âmbito militar. Ambas as sessões forneceram conhecimentos especializados essenciais para a intervenção em situações de crise específicas, complementando a formação prática dos participantes.

#### **IV.3. Tarefas do Gabinete de Orientação Vocacional**

Durante o período de estágio na instituição, foi atribuída colocação no gabinete de orientação e apoio psicopedagógico, constituindo este o local onde se desenvolveu a maior parte das atividades, particularmente as relacionadas com a OV. Este gabinete é composto por dois profissionais especializados, sendo um deles o orientador institucional atribuído ao estágio. Contudo, ambos os profissionais desempenharam um papel fundamental no processo de integração e aprendizagem, proporcionando orientação, formação e supervisão contínua do trabalho executado. O público-alvo deste serviço é constituído predominantemente pelos filhos dos militares e pelos alunos do estabelecimento de ensino militar.

O período inicial de integração no gabinete centrou-se no estudo aprofundado dos referenciais teóricos da OV, para o qual foi desenvolvido um trabalho escrito com o título *Orientação Vocacional: Teorias, Práticas e Desafios no Desenvolvimento de Carreiras*, que integrou as principais abordagens teóricas da OV, analisou as práticas de avaliação quantitativas e qualitativas utilizadas no processo de aconselhamento, e explorou o papel fundamental do psicólogo na facilitação do autoconhecimento e tomada de decisão profissional, particularmente no contexto das transições de carreira na idade adulta. Este trabalho revelou particular pertinência por proporcionar uma análise teórica e prática dos processos de mudança de carreira que espelhavam a minha própria experiência de transição profissional para a área da psicologia.

#### ***IV.3.1. Preparação de Materiais Formativos***

Em seguida e já integrado nas atividades regulares do gabinete, foi validado o material pré-existente a ser usado em dois *workshops* de OV para alunos do 9º e 12º anos de maneira a garantir a qualidade e atualidade da informação prestada. O material cobre as três principais alternativas formativas pós-ensino secundário (Cursos Superiores, CTeSP e CET), o protocolo estruturado de OV, informações atualizadas sobre os exames nacionais e os requisitos de acesso, bem como estratégias de promoção do autoconhecimento relativamente a interesses, aptidões e valores pessoais. Ao mesmo tempo foram desenvolvidas atividades dinamizadoras do *workshop* que poderão ser consultadas no Anexo B, com o duplo objetivo de promover o autoconhecimento dos participantes e de quebrar a sequência expositiva de informação, tornando as sessões mais interativas e envolventes para os jovens.

#### ***IV.3.2. Protocolo de Avaliação Psicológica***

Posteriormente desenvolveram-se atividades no âmbito do procedimento completo de OV desenvolvido pelo gabinete. O processo iniciou-se com o preenchimento pelos alunos e seus pais de questionários que visam a recolha de informação sociodemográfica; percurso, preferências e desempenho escolar; hábitos e métodos de estudo; informação qualitativa sobre atividades, valores e características e outras informações que permitem uma análise vocacional holística e não apenas assente nos instrumentos psicométricos.

Os alunos foram depois submetidos a testes psicométricos na instituição. Aos do 12º ano aplicaram-se os Interesses e Preferências Profissionais (IPP-R), o Inventário de Valores Pessoais (SPV) e as Aptidões Mentais Primárias (PMA); aos do 9º ano, em vez do PMA foi aplicada a Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD+). No conjunto, estes instrumentos possibilitaram uma avaliação abrangente do perfil vocacional de cada aluno, cruzando

interesses profissionais, valores pessoais e aptidões cognitivas, o que contribuiu para uma tomada de decisão mais informada sobre o percurso acadêmico e profissional.

Foram depois dinamizados os dois *workshops*, mencionados anteriormente, onde foi partilhada toda a informação relativa ao processo e as escolhas possíveis para os jovens. Ao mesmo tempo decorreu o procedimento de classificação das provas usando um *software* disponibilizado para o efeito.

Já na reta final do estágio, foram marcadas as entrevistas de OV com os jovens e seus responsáveis para partilha dos resultados do procedimento avaliativo. Foi possível a participação como observador em três destas e intervir ativamente em uma. Estas entrevistas seguiram uma estrutura sistemática que se iniciava com a apresentação detalhada dos resultados obtidos nas diversas provas aplicadas, procedendo-se à explicação individual de cada instrumento e respetivos resultados. Em sequência articulou-se a conexão entre os resultados psicométricos e as áreas profissionais correspondentes, explorando-se as possibilidades vocacionais que emergiam do perfil identificado. Durante este processo, foi dada particular atenção aos interesses manifestos pelos jovens nas áreas exploradas. A sessão contemplou ainda a discussão das possibilidades formativas disponíveis, incluindo a clarificação das diferenças entre os percursos científico-humanísticos e os cursos profissionais, bem como a exploração das disciplinas específicas dos cursos que despertaram interesse. Para complementar a informação, foram apresentados recursos digitais de apoio à decisão vocacional, fornecendo aos jovens ferramentas adicionais para o aprofundamento da sua reflexão vocacional.

#### **IV.4. Preparação e Apresentação de Formações**

Durante o período de estágio, foi possível participar no desenvolvimento e preparação de diversas atividades formativas, contribuindo para o enriquecimento da oferta de intervenções psicológicas da instituição a parceiros e à população servida. Esta experiência relevou-se importante no desenvolvimento de competências de conceção, planeamento, e implementação de ações de formação na área da psicologia, bem como a importância de adaptar os conteúdos aos participantes alvo.

##### ***IV.4.1. Teste de Conteúdo Didático para Workshop sobre Alto Desempenho***

Esta atividade consistiu na participação no teste piloto de jogos destinados a integrar um *workshop* sobre alto desempenho de equipas, desenvolvido por uma empresa externa, da área. O processo iniciou-se com uma sessão formativa, na qual foram apresentados os fundamentos teóricos e os objetivos específicos do *workshop*.

Subsequentemente, procedeu-se ao teste prático de dois jogos, em que o objetivo principal consistiu na avaliação da viabilidade das regras estabelecidas para cada jogo, bem como na análise da sua adequação aos objetivos pedagógicos. Durante o processo de testagem, foi possível observar as dinâmicas geradas pelos diferentes exercícios, identificar potenciais dificuldades de implementação e avaliar o grau de envolvimento dos participantes.

A contribuição fundamental desta atividade centrou-se no *feedback* estruturado quanto à adaptabilidade dos jogos ao propósito formativo, clareza das instruções, a adequação do tempo necessário para cada exercício, o potencial de transferência das aprendizagens para contextos reais de trabalho e a capacidade dos jogos para a promoção das competências-alvo relacionadas com o trabalho colaborativo eficaz.

Esta experiência proporcionou uma perspetiva valiosa sobre a importância dos processos de validação de ferramentas formativas, como garantia da qualidade e eficácia das intervenções psicoeducativas.

#### ***IV.4.2. Workshop sobre Autorregulação Emocional, Ansiedade e Stress***

O *workshop* foi estruturado para responder às necessidades específicas de profissionais que enfrentam situações de stress intenso, tendo sido direcionado aos bombeiros parceiros do instituto de estágio e combinou conteúdos teóricos fundamentais com uma componente prática que pudesse ser útil no quotidiano profissional dos participantes.

Após um breve enquadramento do conteúdo do *workshop* à realidade dos bombeiros, abordaram-se os fundamentos teóricos centrais sobre ansiedade e stress, autorregulação, espectro de adaptabilidade-disfuncionalidade e janela de tolerância, para posteriormente alicerçá-los na sua componente neurofisiológica, descrevendo as componentes do sistema nervoso autónomo, sistema límbico e os demais circuitos cerebrais envolvidos.

A segunda parte do *workshop* parte focou-se na prática de técnicas de gestão de stress e ansiedade, tendo abordado técnicas respiratórias, *mindfulness*, visualização, reestruturação cognitiva, sensibilização corporal e relaxamento muscular progressivo. Incluiu-se ainda psicoeducação sobre sinais de alerta e os momentos mais adequados para colocar em prática as técnicas apresentadas. O *workshop* foi enriquecido com a partilha de experiências reais por parte dos participantes que ilustravam as ideias e conteúdos ministrados.

Esta experiência permitiu participar na construção colaborativa do conteúdo formativo e na sua subsequente apresentação perante uma audiência constituída por profissionais com necessidades específicas de formação na área. No âmbito desta colaboração entre os estagiários

de psicologia, foi atribuída a responsabilidade pela concepção e implementação da secção relativa ao relaxamento muscular progressivo.

#### ***IV.4.3. Workshop Prevenção do Suicídio***

Este *workshop* foi desenvolvido especificamente para adolescentes dos 15 aos 18 anos, com o objetivo de promover a literacia em saúde mental, desenvolver as competências de apoio entre pares e fortalecer os fatores de proteção. A concepção da intervenção partiu da evidência científica disponível sobre prevenção do suicídio em populações juvenis. Privilegiou-se uma abordagem centrada no esclarecimento de mitos e concepções erradas sobre o suicídio, na identificação de fatores de proteção, no desenvolvimento de competências práticas e na promoção de mensagens de esperança. Recorrendo a modelos como a Teoria Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2007), o Modelo Biopsicossocial do comportamento suicida, a Teoria dos três passos (Klonsky & May, 2015), o *Cry of Pain* (O'Connor, 2003) e a Teoria da dor psíquica (Shneidman, 1998), organizou-se o *workshop* em seis secções: educação sobre saúde mental; desmistificação do suicídio; reconhecimento de sinais de alerta; estratégias de procura de ajuda; competências de apoio entre pares; e desenvolvimento de fatores de proteção. Cada secção combinou apresentações interativas com atividades práticas estruturadas, incluindo *role-play* baseado em cenários reais sobre comunicação, demonstração de técnicas de regulação emocional e reflexões orientadas em grupo.

A abordagem seguiu as linhas de orientação da OPP (2025), Manual para Profissionais de Saúde do SNS (2021), Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013) e princípios da *American Psychological Association* (2025) para comunicação responsável sobre suicídio, incluindo o uso de linguagem apropriada, presença obrigatória de psicólogos qualificados durante o *workshop* com protocolos definidos para a identificação e gestão de situações de risco e CI dos participantes e responsáveis legais. Particular cuidado foi dedicado à proteção contra efeitos iatrogénicos, claros limites na confidencialidade para situações de risco, prevenção de estigmatização ou rotulagem e respeito pela autonomia dos jovens dentro dos parâmetros de segurança estabelecidos.

No âmbito desta atividade, foi atribuída a responsabilidade principal por três secções “Compreender o Suicídio”, “Competências de Apoio entre Pares” e “Fatores de Proteção”. Esta contribuição envolveu uma revisão detalhada da literatura existente sobre a prevenção do suicídio juvenil, a concepção de atividades baseadas em evidência científica, a adaptação dos conceitos científicos para o público-alvo adolescente, a criação de dinâmicas de *role-play* e a elaboração de materiais de apoio. A experiência proporcionou o aprimoramento de competências

na tradução de conhecimento científico para contextos educativos, bem como uma compreensão aprofundada da importância das diretivas éticas e do papel fundamental do trabalho de prevenção primário em saúde mental.

#### **IV.5. Outras Atividades**

##### ***IV.5.1. Exercício de Simulação de Catástrofe***

Em novembro de 2024, observaram-se as atividades dos psicólogos da instituição no exercício de simulação de Catástrofe que, durante uma semana, reuniu duas centenas de operacionais e mais de setenta viaturas de várias entidades: ANEPC, INEM, Cruz Vermelha, bombeiros e agentes da proteção civil numa simulação de cenário de emergência de um sismo de grande magnitude.

Esta oportunidade constituiu-se fundamental para a compreensão do papel específico do psicólogo em contextos não convencionais e da adaptabilidade necessária para atuar nestas situações. Durante a visita ao posto avançado de campanha foram apresentadas as principais situações psicológicas emergentes nestes cenários, incluindo reações de stress agudo, estados dissociativos, episódios de ansiedade extrema e manifestações de stress pós-traumático, quer na própria altura dos eventos, quer nas semanas seguintes. Foi também evidenciado que o cuidado se deve estender, além das vítimas primárias e secundárias, também aos profissionais de emergência e mesmo os próprios psicólogos. Esta atividade constituiu um prelúdio fundamental ao curso de Primeiros Socorros Psicológicos realizado posteriormente, permitindo uma melhor contextualização e compreensão da importância das competências desenvolvidas nessa formação específica.

##### ***IV.5.2. Exercício Noturno - Mestrado de Psicologia de Emergência***

Em maio de 2025 participou-se no exercício prático noturno organizado pelo mestrado em Psicologia na Crise e na Emergência de uma universidade de psicologia de Lisboa que tem como objetivo testar as competências adquiridas pelos formandos, através da exposição a cenários simulados de emergência. A atividade contou com a colaboração da instituição de estágio, dos Bombeiros e dos estagiários, que desempenharam simultaneamente os papéis de vítimas nos cenários simulados e de observadores das intervenções realizadas pelos formandos.

A experiência possibilitou a aplicação prática dos conhecimentos teóricos de psicopatologia, através da simulação de sintomas característicos das várias perturbações psicológicas que emergem em contextos de crise e emergência. O exercício evidenciou como os ambientes

caóticos podem constituir um fator de stress adicional para os profissionais, podendo comprometer a sua eficácia. A atividade consolidou a compreensão da distância existente entre o conhecimento teórico e a sua prática em contextos de elevada exigência emocional e operacional.

## IV.6. Acompanhamentos Psicológicos

As atividades de acompanhamento psicológico constituíram a maioria das horas de estágio, abrangendo quatro casos distintos, dos quais dois serão detalhados em pormenor na Apresentação e Discussão de Casos. De seguida procede-se à caracterização resumida de todos os acompanhamentos realizados.

### IV.6.1. Caracterização Geral dos Acompanhamentos

Durante o período de estágio na instituição foram realizados quatro acompanhamentos psicológicos individuais a clientes encaminhados pelas instituições descritas na secção Inserção do Estagiário deste relatório, totalizando 58 sessões distribuídas ao longo de oito meses nas modalidades presenciais e telefónicas. Os clientes incluem dois adolescentes e duas adultas. A Tabela 2 faz um resumo das informações dos acompanhamentos.

**Tabela 2**

*Síntese geral dos acompanhamentos*

| Caso             | Sexo | Idade | Motivos de encaminhamento                          | Sessões   | Duração (meses) | Modalidade | Encaminhado por:   | Assiduidade      |
|------------------|------|-------|----------------------------------------------------|-----------|-----------------|------------|--------------------|------------------|
| “F” <sup>2</sup> | F    | 32    | Gestão ansiedade materna<br>Dificuldades parentais | 21        | 8               | Telef.     | Junta de Freguesia | 75%              |
| “D”              | F    | 16    | Absentismo escolar<br>Dificuldades socialização    | 16        | 6.5             | Presen.    | CPCJ               | 94%              |
| “H”              | M    | 17    | Abandono escolar<br>Comportamentos delinquentes    | 11        | 6.5             | Presen.    | CPCJ               | 69%              |
| “C”              | F    | 45    | Maus-tratos aos filhos<br>Perturbação ansiedade    | 10        | 7               | Presen.    | CPCJ               | 62.5%            |
| <b>TOTAL</b>     |      |       |                                                    | <b>58</b> | $\bar{x} = 7$   |            |                    | $\bar{x} = 75\%$ |

<sup>2</sup> Os clientes serão referenciados ao longo do presente relatório pelas iniciais dos nomes fictícios “F”, “D”, “H” e “C” tendo todos os dados de identificação pessoal sido alterados, em cumprimento do RGPD e do Código Deontológico da OPP.

Embora um dos casos tenha sido encaminhado pela junta de freguesia, todos envolviam processos de proteção de menores. Dois relacionavam-se com absentismo e abandono escolar, enquanto os restantes se centravam em dificuldades parentais ou maus-tratos infantis. Em ambas as clientes adultas identificou-se uma componente ansiosa significativa. Somente “D” manifestou vontade expressa de acompanhamento psicológico o que poderá se relacionar com a maior assiduidade verificada durante o processo. A assiduidade da “F” e “C” foi também condicionada por múltiplas exigências de ordem pessoal e profissional. Globalmente, observou-se uma boa adesão aos processos de acompanhamento psicológico.

#### ***IV.6.2. Principais problemáticas abordadas***

Sendo os processos da CPCJ comuns a todos os clientes, eles são o resultado de problemas sistémicos mais profundos e, não obstante adicionarem dificuldades acrescidas e exigências aos sistemas familiares, não constituíram em si uma razão primária do acompanhamento. Nos acompanhamentos foram surgindo problemáticas com diferentes intensidades, com destaque para a prevalência universal de sintomatologia ansiosa e a predominância das dificuldades parentais nos casos “F” e “C”. Os problemas escolares concentraram-se exclusivamente nos casos “D” e “H”, enquanto as dinâmicas familiares disfuncionais se manifestaram transversalmente. As questões de trauma e luto, embora presentes em todos os casos, assumiram particular relevância no acompanhamento de “C”.

#### ***IV.6.3. Metodologia e técnicas implementadas***

Apesar de haver uma predominância da abordagem Cognitiva-Comportamental na instituição e da orientadora seguir preferencialmente esta linha teórica, foi concedida total liberdade na escolha da metodologia a implementar. Assim os processos de acompanhamento psicológico desenvolveram-se consistentemente segundo a ACP de Carl Rogers, na sua vertente de relação de ajuda, privilegiando as três atitudes relacionais de congruência, compreensão empática e consideração positiva incondicional com o intuito da criação de um ambiente propício ao crescimento pessoal (Leal, 2018).

As intervenções adaptaram-se às características desenvolvimentais dos clientes, tendo sido adaptada a linguagem à faixa etária dos mesmos. Nos acompanhamentos com os menores estabeleceu-se um protocolo específico de incluir o adulto responsável na primeira metade da sessão inicial para permitir a recolha da perspetiva parental e estabelecer um enquadramento familiar da situação, mantendo posteriormente o foco no trabalho individual com o jovem.

O processo inicial de avaliação baseou-se numa entrevista semiestruturada que visou a recolha da informação anamnética e a compreensão aprofundada da problemática apresentada. Em um caso específico esta avaliação foi complementada pela aplicação de instrumentos psicométricos formais que iremos detalhar na Apresentação e Discussão de Casos.

Foram também utilizadas algumas técnicas psicoeducativas para endereçar algumas das problemáticas verificadas como estratégias de regulação emocional, nomeadamente a respiração diafragmática e a técnica 4-7-8, bem como competências de comunicação assertiva específicas de gestão de conflitos, como a técnica do disco riscado ou método DESC e Acordo Assertivo, adquiridas durante a formação em gestão de stress. Estas intervenções foram ainda complementadas com indicação para a implementação no quotidiano, reforçando e consolidando as competências desenvolvidas.

As intervenções foram ainda sujeitas a escrutínio através de relatórios escritos das sessões e de um modelo de supervisão regular, cuja organização se descreve na subsecção seguinte.

#### ***IV.6.4. Procedimentos Éticos e de Supervisão***

Na prática do estágio, os clientes foram informados, no momento da assinatura do CI inicial, do enquadramento do acompanhamento, da condição de estagiário e da identidade da supervisora, cumprindo o requisito de transparência sobre a relação de supervisão.

A supervisão organizou-se em dois níveis complementares. O primeiro consistiu numa supervisão direta e frequente por parte da orientadora de estágio, que acompanhou de perto a evolução de cada caso. O segundo materializou-se em reuniões semanais de supervisão em grupo, sob a coordenação de uma psicóloga responsável por esta componente formativa. As reuniões de grupo caracterizaram-se por uma dinâmica informal, mas focada na discussão de casos e dificuldades. Estagiários e orientadores comentavam, corrigiam e propunham estratégias, num ambiente de aprendizagem colaborativa orientada para as soluções. Várias discussões revelaram-se particularmente edificantes, incluindo a análise de casos de ideação suicida, dinâmicas familiares complexas que comprometiam a evolução terapêutica, e aspetos técnicos como a realização de acompanhamentos remotos, onde foram discutidas as condições de privacidade necessárias e as ferramentas tecnológicas a utilizar.

##### **IV.6.4.1. Consentimento Informado**

O CI foi obtido sistematicamente na primeira sessão de todos os acompanhamentos, utilizando dois modelos de declaração: um para clientes adultos (Anexo C) e outro a ser assinado pelo adulto responsável no caso de menores (Anexo F). Ambos os documentos foram

coassinados pela supervisora de estágio. O processo não se limitou à assinatura do documento, tendo sido conduzido como momento de diálogo que assegurou a compreensão dos elementos essenciais: natureza e objetivos do acompanhamento, metodologia, duração das sessões, limites da confidencialidade e obrigações de articulação institucional.

No estágio, dois dos quatro acompanhamentos envolveram adolescentes de 16 e 17 anos. O consentimento formal foi obtido junto do adulto responsável, mas foi dada particular atenção ao envolvimento dos jovens no processo, com adaptação da linguagem ao seu nível de compreensão. O documento de consentimento incluía um campo específico para assinatura do jovem, formalizado como assentimento, que ambos assinaram após manifestarem compreensão e concordância. Em ambos os casos, o consentimento foi obtido junto do cuidador principal presente em Portugal, a avó materna com guarda atribuída num caso, e a mãe noutro, não se tendo verificado situações de conflito parental quanto à autorização para a intervenção, nem discordâncias entre os jovens e os seus representantes legais.

A utilização dos casos clínicos no presente relatório foi objeto de consentimento específico, obtido no final dos acompanhamentos (Anexos D e H). O documento explicitava a natureza da utilização pretendida, os procedimentos de anonimização, a disponibilização do relatório no arquivo eletrónico institucional e a possibilidade de retirar o consentimento a qualquer momento. Todos os representantes legais manifestaram o seu consentimento, não se tendo verificado recusas.

#### **IV.6.4.2. Confidencialidade e Proteção de Dados**

A gestão da confidencialidade assumiu um particular desafio, dada a natureza institucional do enquadramento e a articulação necessária com entidades externas. A intervenção com populações vulneráveis e em processos de promoção e proteção exigiu uma reflexão aprofundada sobre os limites da confidencialidade e os procedimentos adequados para a sua gestão.

Na prática do estágio, a discussão dos limites da confidencialidade constituiu um elemento estruturante do processo de CI. Desde o início de cada acompanhamento, foram clarificadas as circunstâncias em que a confidencialidade poderia ser quebrada, nomeadamente situações de risco para o próprio cliente ou para terceiros, e as obrigações de comunicação decorrentes do enquadramento institucional.

A proteção de dados foi assegurada através de procedimentos específicos, a par do CI. O material clínico foi mantido em formato eletrónico durante o período de estágio. Toda a informação utilizada neste relatório foi submetida a procedimentos de anonimização rigorosos,

em conformidade com o RGPD, incluindo a alteração de nomes, datas e outros elementos identificadores. Após a conclusão do estágio, os dados serão armazenados em formato encriptado e protegido por palavra-passe, num dispositivo externo mantido *offline* e em local seguro, durante o período mínimo de cinco anos estabelecido pelo CD da OPP (2024), findo o qual serão definitivamente eliminados.

#### ***IV.6.5. Competências desenvolvidas***

O percurso de estágio académico proporcionou um contexto privilegiado para a consolidação e ampliação de competências profissionais, evidenciando-se uma evolução significativa nas dimensões técnica, ética e principalmente relacional da intervenção psicológica.

O desenvolvimento inicial caracterizou-se por um período de questionamento técnico, que aos poucos deu lugar a uma compreensão prática dos fundamentos da ACP, principalmente na confiança da tendência atualizante dos clientes e do respeito pelos *timings* destes. Essa evolução manifestou-se particularmente na capacidade crescente de tolerar e valorizar os silêncios terapêuticos. A questão reflexiva interna "porque vou falar agora?" tornou-se um mecanismo de autorregulação que permitiu desenvolver uma postura mais respeitosa dos ritmos internos do cliente. Registaram-se momentos de profunda sintonia, confirmando a possibilidade de estabelecer ligações genuinamente transformadoras.

A supervisão e a intervisão revelaram-se instrumentos valiosos, proporcionando perspectivas que dificilmente emergiriam apenas de uma reflexão pessoal, particularmente na gestão objetiva de casos complexos onde a proximidade emocional poderia comprometer o discernimento terapêutico. A título de exemplo, perante uma reação emocional desproporcional aos atrasos recorrentes de um cliente, a supervisão permitiu identificar a componente contratransferencial da resposta e orientar uma gestão adequada, manter firmemente os horários combinados como estrutura de contenção, em vez de atuar a frustração sentida.

#### ***IV.6.6. Análise crítica dos resultados***

A análise dos quatro casos acompanhados revela uma evolução globalmente positiva. Destacam-se a redução sintomatológica da ansiedade e desenvolvimento de *insight* como indicadores principais, juntamente com melhoria na comunicação ou estabelecimento de limites relacionais claros. Ao mesmo tempo, foram identificadas várias limitações durante os acompanhamentos que dificultavam o processo de atualização dos clientes. Contudo, estes têm de ser percebidos como fazendo parte do contexto do cliente e não obstáculos que possam simples-

mente ser colocados de parte. A análise revela que três dos quatro casos acompanhados requerem continuidade terapêutica. Uns porque não houve avanço suficiente no seu processo, outros para sustentação das mudanças implementadas e a consolidação das competências desenvolvidas, o que constitui um constrangimento ético na medida em que o fim do estágio compromete a continuidade dos cuidados necessários.

A modalidade *online* revelou dificuldades significativas na implementação de intervenções psicoeducativas e na construção da relação terapêutica. A impossibilidade de observação da comunicação não-verbal dificultou o estabelecimento da congruência do técnico e a compreensão empática, comprometendo a comunicação destas competências à cliente. Verificaram-se ainda resistências significativas, particularmente no que se refere a mudanças estruturais profundas, padrões cognitivos e dinâmicas relacionais cristalizadas indicando também a necessidade de continuidade do processo para acomodar os *timings* do cliente. Na Tabela 3 resumem-se os progressos e limitações verificados nos casos.

**Tabela 3**

*Progressos e limitações dos acompanhamentos*

| <b>Caso</b> | <b>Progressos Principais</b>                                                                                            | <b>Limitações do processo</b>                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| “F”         | Redução dos ataques de pânico; Maior estabilidade emocional                                                             | Rigidez nos padrões cognitivos; Manutenção de locus de controlo externo; Modalidade online limitativa |
| “D”         | Desenvolvimento de <i>insight</i> ; Melhoria na expressão emocional; Maior autonomia e assertividade                    | Absentismo escolar persistente; Resistência a intervenções sistémicas; Controlo materno inalterado    |
| “H”         | Estabilidade emocional consolidada; Recuperação da assiduidade escolar; Desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> | Expressão emocional limitada; Padrões defensivos                                                      |
| “C”         | Remissão sintomatológica; Estabelecimento de limites; Melhoria das competências parentais                               | Frequência irregular; Trauma de abuso sexual não elaborado; Múltiplos stressores contextuais          |

A Tabela 4 resume os fatores facilitadores do acompanhamento psicológico observados durante o estágio. A aliança terapêutica sólida e a motivação intrínseca dos clientes constituíram

os principais fatores facilitadores. A maior facilidade de *insight* verificada nos clientes mais jovens facilitou o trabalho de autorreflexão. O suporte familiar, mesmo quando ambivalente, proporcionou estabilidade exceto no caso de “D” em que havia um controle maternal extremo e era em si um fator de bloqueio.

**Tabela 4**

*Fatores facilitadores identificados*

| <b>Categoria</b>          | <b>Fatores Específicos</b>                                                                                        |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características Pessoais  | Capacidade de <i>insight</i> ; Motivação terapêutica consistente; Resiliência demonstrada                         |
| Recursos de Apoio         | Suporte familiar significativo; Rede social funcional (mesmo que limitada); Figuras de vinculação estabilizadoras |
| Contexto Terapêutico      | Aliança terapêutica sólida; Flexibilidade metodológica; Ambiente percebido como seguro; ACP                       |
| Oportunidades Contextuais | Mudanças de vida positivas; Estabilização socioeconômica; Emergência de oportunidades significativas              |

Outros obstáculos sistêmicos revelaram-se importantes como os processos judiciais da CPCJ e a instabilidade socioeconômica. A Tabela 5 resume os obstáculos observados nos acompanhamentos.

**Tabela 5**

*Obstáculos identificados*

| <b>Categoria</b> | <b>Obstáculos Identificados</b>                                                                                   |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sistêmicos       | Processos judiciais prolongados; instabilidade habitacional; pressões socioeconômicas; multiplicidade de técnicos |
| Relacionais      | Dinâmicas familiares disfuncionais; padrões de conflito crônicos; ausência de fronteiras saudáveis; triangulações |
| Individuais      | Padrões defensivos rígidos; dependência terapêutica; baixa tolerância à incerteza                                 |

---

|             |                                                                                              |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contextuais | Stressores múltiplos simultâneos; estigmatização social; limitações de recursos comunitários |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

---

A análise crítica dos acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio revela a complexidade inerente ao exercício da psicologia clínica e a necessidade de uma abordagem integrativa que enderece as dimensões individual, relacional e sistêmica da experiência humana. Os progressos observados nos clientes demonstram a eficácia da ACP enquanto modelo terapêutico e de aconselhamento promotor da tendência atualizante. Contudo, as limitações identificadas, especialmente a duração condicionada pelo período de estágio e a complexidade dos fatores sistêmicos, evidenciam que o processo de mudança psicológica requer tempos próprios que transcendem os constrangimentos institucionais.

## V - Apresentação e Discussão de Casos

### V.1. Apresentação de um Caso de Acompanhamento Psicológico “C”

A compreensão profunda de qualquer pessoa em processo de acompanhamento psicológico exige que se situe a sua experiência presente num horizonte temporal mais vasto. As secções seguintes não visam estabelecer relações causais deterministas entre passado e presente, nem identificar "origens" dos sintomas atuais segundo uma lógica linear. Ao invés, procura reconstituir o contexto relacional e desenvolvimental no qual “C” cresceu, permitindo compreender como as condições que encontrou, favoráveis ou desfavoráveis à atualização das suas potencialidades, moldaram a organização da sua personalidade, as dissociações que desenvolveu, e os padrões relacionais que perpetua.

A informação apresentada foi recolhida tanto através de anamnese estruturada na sessão inicial, estabelecendo o enquadramento contextual básico, como através da emergência natural de material mais significativo nas sessões subsequentes, à medida que “C” se sentia progressivamente mais segura para partilhar aspetos íntimos da sua história.

#### *V.1.1. Identificação da cliente e consentimento informado<sup>3</sup>*

“C”, nascida em 1983, tinha 42 anos à data da primeira consulta. Natural de um país africano, onde residiu durante grande parte da infância e adolescência, vivia em Portugal num bairro social na periferia de Lisboa. Residia na casa do irmão N, coabitando com a mãe T, os três filhos mais novos e a restante família do irmão.

O encaminhamento para acompanhamento psicológico foi efetuado pela assistente social no final de 2024, no contexto de um processo de promoção e proteção instaurado pela CPCJ a favor do filho T. Este processo teve origem numa situação de maus-tratos físicos perpetrados pela mãe, tendo o menor apresentado marcas de violência física que “C” admitiu ter causado em contexto de comportamento de oposição continuada do filho.

---

<sup>3</sup> Este caso é apresentado com pleno consentimento da cliente, obtido conforme os procedimentos descritos na secção de Ética e Deontologia: Consentimento Informado para o acompanhamento na sessão inicial de janeiro de 2025 (Anexo C) e consentimento específico para utilização académica na sessão final de julho de 2025 (Anexo D). Todos os detalhes identificativos específicos foram modificados.

### ***V.1.2. Motivo da Consulta***

A cliente expressou de forma particularmente intensa a sua frustração face às dificuldades na gestão comportamental do seu filho T. A queixa inicial centrou-se predominantemente nos problemas comportamentais do filho na escola, caracterizados por baixo rendimento académico (apesar de reconhecidas capacidades intelectuais), dificuldades significativas no cumprimento de regras e normas escolares, e episódios de violência física em resposta a provocações de colegas. A cliente relatou que recebia queixas escolares com regularidade semanal, situação que vivenciava com acentuada ansiedade e sentimento de fracasso parental.

Para além da preocupação primária com o filho T, “C” apresentou queixas relativas a sintomatologia ansiosa significativa, incluindo episódios de choro intenso e ataques de pânico que se manifestavam particularmente em contextos laborais e em espaços fechados ou com aglomerações de pessoas. Estas manifestações tinham-se agravado após o falecimento do pai, ocorrido aproximadamente dois anos antes do início do acompanhamento, evento que a cliente identificou como ponto de inflexão significativo no seu funcionamento emocional. A cliente descreveu ainda manifestações somáticas do mal-estar psicológico, incluindo desregulação menstrual significativa caracterizada por hemorragias em resposta a eventos stressantes, que a cliente atribuía explicitamente ao seu estado emocional, perturbações alimentares caracterizadas por inapetência prolongada (3 meses) em períodos de stress elevado, e sentimentos de anedonia generalizada que comprometiam inclusivamente a capacidade de experienciar afeto pelos filhos. Este quadro de luto desenvolvia-se simultaneamente com outras adversidades familiares significativas, incluindo o adoecimento e posterior falecimento da avó materna, a degradação progressiva da saúde da mãe (acometida por epilepsia, acidentes vasculares cerebrais e mobilidade reduzida), as dificuldades crescentes no comportamento do filho T e mais tarde o internamento psiquiátrico do filho L, e a saída forçada de uma habitação anterior que resultou em período de situação de sem-abrigo. Em conjunto, configuravam uma situação de sobrecarga cumulativa onde a cliente se encontrava simultaneamente a processar múltiplas perdas, a gerir crises agudas, e a responder a exigências quotidianas de cuidado que excediam os seus recursos.

As expectativas de “C” relativamente ao acompanhamento psicológico organizavam-se primariamente em torno da parentalidade, manifestando preocupação central com a compreensão dos seus alegados fracassos educativos e com a identificação de estratégias mais eficazes para a gestão comportamental dos filhos. A cliente expressou repetidamente o desejo de compreender "onde estava a falhar", revelando atribuição causal interna para as dificuldades dos

filhos e procura ativa de modificação das suas próprias práticas parentais. Esta orientação refletia simultaneamente um sentido de responsabilidade acentuado e uma tendência para autoculpabilização que seria subsequentemente explorada no processo de acompanhamento.

Para além do foco parental, “C” manifestou expectativa de que o acompanhamento pudesse auxiliá-la na gestão da ansiedade sem recurso a medicação, preferência que tinha conduzido à descontinuação anterior de psicofármacos devido aos efeitos secundários indesejados. A cliente demonstrava já ter desenvolvido autonomamente algumas estratégias de autorregulação (exercício físico regular e técnicas de respiração), procurando no acompanhamento a consolidação e ampliação deste repertório de competências.

A motivação de “C” para o acompanhamento psicológico revelou-se consistentemente elevada ao longo de todo o processo, manifestando-se tanto na adesão às sessões como na qualidade do envolvimento. A cliente expressou que tinha desejado receber apoio psicológico já há algum tempo, mas que as condições económicas o tinham impossibilitado. A qualidade do envolvimento caracterizou-se por uma abertura significativa à exploração das suas dificuldades, capacidade reflexiva sobre os seus padrões relacionais e parentais e disponibilidade para experimentar formas alternativas de resposta às situações problemáticas.

### ***V.1.3. Anamnese Biográfica***

A presente anamnese integra informações recolhidas ao longo das 10 sessões de acompanhamento psicológico realizadas entre janeiro e julho de 2025. As primeiras sessões foram especificamente orientadas para a recolha de dados anamnésicos, tendo as sessões subsequentes permitido o aprofundamento e complemento desta informação à medida que emergia naturalmente no decorrer do processo.

#### **V.1.3.1. Sintomas e Queixas Principais**

“C” apresentou um quadro de ansiedade com ataques de pânico desenvolvidos após o falecimento do pai: “às vezes chorava, não conseguia atender os clientes [...] tinha que ir lá para trás a chorar, para aliviar”. Referia evitamento de espaços com aglomerações ou ambientes fechados. O luto paterno foi descrito como profundamente desorganizador: “quando o meu pai morreu, parecia que nada fazia sentido. Nem amor para os meus filhos. Nada, nada, nada.” Este período associou-se a perturbação alimentar severa: “fiquei seca, seca, seca mesmo. Magra, não comia. Tive três meses sem comer. Só bebia água, bebia sumo ou comia uma bolacha só para manter.”

A nível somático, descreveu hemorragias em resposta a stress: "qualquer coisa que eu me aflijo e já tem hemorragia. Já vou ao hospital", bem como alterações do apetite: "qualquer preocupação me afeta o estômago, não sinto fome." Relativamente à sobrecarga familiar, expressou: "ninguém se lembra da “C”". A “C” tem que estar sempre firme. Sempre calma." Descreveu dificuldade em aceitar ajuda. E no domínio relacional, identificou padrão de disponibilidade excessiva: "posso ajudar quem me fez mal. Ajudar mesmo [...] Não consigo dizer não. Estou lá sempre."

#### **V.1.3.2. História Clínica**

**Doenças crónicas:** Sinusite crónica, com historial de duas intervenções cirúrgicas (primeira há aproximadamente 20 anos, durante gravidez).

**Doenças recentes:** Apendicite (submetida a apendicectomia).

**Acompanhamento médico:** Seguida pelo médico de família para ansiedade; foi prescrita medicação ansiolítica, descontinuada por efeitos secundários (edema). Sem medicação regular à data do acompanhamento.

**Antecedentes familiares relevantes:** Predisposição genética para diabetes, colesterol elevado e hipertensão (presentes na avó materna e em ambos os progenitores).

Sem registo de outra patologia física prévia significativa.

#### **V.1.3.3. Acontecimentos Importantes**

**Nascimento e primeira infância:** "C" nasceu em Portugal em 1983, sendo a quarta numa fratria de cinco. A gravidez foi descrita pela mãe como "normal", embora a progenitora demonstrasse reserva em partilhar detalhes: "não fala muito disso". Iniciou a escolaridade aos cinco anos, frequentando os dois primeiros anos num país africano onde a família tinha raízes. Regressou a Portugal para o terceiro e quarto anos, tendo reprovado neste último. Aos nove anos retornou ao país africano onde permaneceu durante a maior parte da sua infância e adolescência, regressando a Portugal apenas durante as férias escolares.

**Infância no país africano:** Cresceu num ambiente economicamente favorável, com acesso a recursos materiais significativos: "cresci com a empregada", "sempre tive o que quis". Descreveu ter sido "muito mimada". A dinâmica familiar caracterizava-se pela ausência frequente da mãe devido a viagens de trabalho relacionadas com o negócio familiar. A progenitora realizava múltiplas viagens mensais para diversos países, ausentando-se por períodos variáveis. Durante estas ausências, "C" e os irmãos ficavam aos cuidados das tias, madrinha e avó materna: "criei no meio das minhas tias porque a minha mãe viajava muito".

**Abuso sexual aos 6 anos:** Foi vítima de abuso sexual por um vizinho adulto no país africano de origem. Relatou “nós íamos muito à loja comprar sumo e me lembro de um senhor que é meu vizinho... me pôs no colo dele. Ficou a brincar com as minhas partes íntimas.” Este acontecimento permaneceu em segredo durante a maior parte da sua vida, tendo sido partilhado apenas com duas pessoas antes do processo de acompanhamento psicológico. Descreveu: “é uma coisa que eu não contei a ninguém”. Identificou impactos deste trauma na sua vida: “Sinto que ficou difícil dar muita confiança às pessoas. Ou então, conhecer uma pessoa nova para ir me tocar assim, já não...” e ao mesmo tempo referiu ter “ultrapassado” o trauma: “é uma coisa que já atravessei, acho”. O perpetrador permanecia vivo, mantendo residência entre Portugal e o país africano, situação que a cliente geria através de postura confrontativa: “lhe encaro mesmo, lhe olho nos olhos”.

**Acidente aos 7 anos:** Sofreu um acidente que resultou em cicatriz visível na testa, descrito de forma fragmentada devido às limitações de memória da experiência.

**Adolescência e início da vida adulta:** Durante a adolescência, desenvolveu a aspiração de seguir carreira em jornalismo: “a minha brincadeira era só apresentar”. Iniciou a licenciatura nesta área no país africano de origem, completando quatro anos sem, contudo, concluir. Trabalhou inicialmente como comercial, progredindo rapidamente para funções de supervisão com a responsabilidade de uma numerosa equipa. O percurso neste contexto terminou devido a uma reestruturação empresarial.

**Primeira relação e constituição de família:** Iniciou aos 17 anos o que descreveu como primeiro e único relacionamento sério significativo, que duraria 25 anos.

**Migração para Portugal e percurso profissional:** Migrou para Portugal procurando independência e desenvolvimento profissional. Trabalhou em diversos contextos, incluindo limpezas, distribuição alimentar, apoio domiciliário a idosos, e temporariamente no negócio familiar. A saída do emprego de distribuição alimentar, há cinco meses do início do acompanhamento, ocorreu por acordo mútuo, associando-se a sentimentos de injustiça pela perceção de falta de reconhecimento profissional apesar de significativa dedicação.

**Separação conjugal (há três anos):** Após 25 anos de relação, tomou decisão definitiva da separação. O processo foi conflituoso, gerando situações de violência que envolveram a mãe da cliente.

**Morte do pai (2022):** Falecimento do pai aos 70 anos por leucemia constituiu evento traumático central com impacto profundo. Este período revelou também perceção de falta de

reciprocidade em amizades consideradas significativas, desencadeando reavaliação das relações interpessoais.

**Primeiro episódio psiquiátrico do filho L (há dois anos):** Aos 15 anos, L teve primeiro episódio de bipolaridade resultando em internamento hospitalar. A cliente experienciou episódio depressivo consequente que resultou em quatro meses de incapacidade laboral: "eu fui à cama e tomei medicação também", "4 meses de baixa por causa disso, não me levantava".

**Morte da avó materna (dois meses depois do início do acompanhamento):** Falecimento recente da avó, figura central da infância. Este luto foi descrito como processado de forma diferente do luto paterno: "a minha avó tocou na ferida, mas agora levei de outra forma", sugerindo desenvolvimento de capacidades adaptativas.

**Conflitos relacionais significativos (período recente):** Dois conflitos relacionais marcaram o período do acompanhamento. Primeiro, com um amigo com quem tinha histórico de envolvimento romântico e por quem mantinha "carinho especial", resultando em cessação de comunicação após confronto físico durante a celebração do seu aniversário. Segundo, com uma pessoa identificada como comadre, a quem tinha prestado apoio em momentos críticos, mas que demonstrou indiferença durante o velório da avó, consolidando a decisão de não considerar excessivamente o julgamento alheio.

**Início de novo emprego (2025):** Após período de desemprego e espera de documentação administrativa, iniciou funções como vigilante de segurança em regime de turnos incluindo trabalho noturno. Esta transição profissional representou um recomeço após período de vulnerabilidade financeira significativa.

#### **V.1.3.4. História Familiar**

O genograma familiar de "C" encontra-se disponibilizado no Anexo E para referência detalhada. A presente secção sintetiza os elementos com relevância clínica direta.

**Dinâmica familiar:** A cliente assume o papel central de cuidadora de múltiplos elementos (mãe com múltiplas comorbilidades e possível declínio cognitivo, filho com perturbação bipolar, três filhos menores, responsabilidades com família alargada). As relações familiares manifestam padrões de triangulação, comunicação disfuncional e fronteiras difusas entre subsistemas.

#### **Progenitores:**

**Mãe (T):** Aproximadamente 70 anos, apresenta múltiplas condições médicas crónicas incluindo epilepsia, diabetes, sequelas de múltiplos acidentes vasculares cerebrais com compromisso do hemisfério esquerdo e visão, e possível processo demencial em fase inicial ("a

cabeça já não está", "está a ter Alzheimer mesmo"). Foi recentemente submetida a tratamento prolongado de dois meses de internamento por ferida grave na perna, encontrando-se em recuperação de mobilidade através de fisioterapia.

Caracterizada como emocionalmente reservada, ("é muito estranha, uma pessoa que tem sentimentos, mas não mostra"), com dificuldade em exteriorizar sentimentos. Profissionalmente, trabalhou inicialmente como vendedora, posteriormente desenvolvendo um negócio de comércio grossista que envolvia viagens internacionais frequentes. O historial inclui envolvimento em atividades ilícitas relacionadas com tráfico, resultando em cumprimento de pena de prisão de aproximadamente seis anos. A relação mãe-filha caracteriza-se por atritos frequentes e "constante oposição". Apresenta atualmente declínio cognitivo com manifestações de comportamento infantilizado e desorientação ocasional. Apesar das tensões relacionais, a cliente assume responsabilidades de cuidado significativas.

*Pai (A, falecido em 2022):* Faleceu aos 70 anos na sequência de leucemia (comorbilidades: diabetes, colesterol elevado, hipertensão). A relação pai-filha era particularmente próxima, caracterizada por elevada sintonia afetiva ("tínhamos mais afinidades. Tivemos sempre. Muito, muito mesmo"). O progenitor exercia uma função orientadora no desenvolvimento da cliente, demonstrando sensibilidade às suas necessidades emocionais. A cliente assumiu o papel de cuidadora principal durante o período terminal da doença.

### **Filhos:**

*M (24 anos):* Filha mais velha, casada, tem uma filha de um ano e meio. Reside com os sogros, tendo saído recentemente da residência materna, o que permitiu uma maior autonomia. Experimentou abuso sexual durante a infância por rapaz mais velho, situação que permaneceu não partilhada entre mãe e filha até revelação recente da cliente sobre a própria experiência traumática.

*L (20 anos):* Apresenta diagnóstico de perturbação bipolar com padrão de episódios recorrentes de carácter sazonal. Primeiro episódio aos 15 anos, inicialmente confundido com consumo de substâncias, resultou em internamento de duas semanas. Apresenta resistência ao tratamento medicamentoso, descontinuando frequentemente a terapêutica. Os episódios de mania caracterizam-se por ideação grandiosa, comportamentos desorganizados e confusão entre realidade e fantasia. Durante o período do acompanhamento psicológico materno, L teve internamento compulsivo de três semanas com diagnóstico formal.

*T (12 anos):* Apresenta dificuldades comportamentais significativas no contexto escolar e familiar: oposição a regras, dificuldade em aceitar autoridade, comportamentos disruptivos

incluindo ameaças a pares e dificuldades de regulação emocional. Antecedentes de diagnóstico de PHDA e medicação prévia descontinuada. O comportamento inclui triangulação entre progenitores, utilizando contacto telefónico com o pai para criar conflitos: "liga para o pai e põe o telefone escondido para o pai ouvir as conversas". Marcas físicas de disciplina materna resultaram em intervenção da CPCJ, que desencadeou reavaliação dos métodos educativos. Aguarda acompanhamento psicológico há dois anos.

*D (8 anos):* Perfil marcado por introversão acentuada, dificuldade em expressar emoções e tendência para acumular frustrações até explosões emocionais ("um livro fechado", "muito sensível"). Ocorreu episódio grave há dois anos no qual, em resposta a provocações de T, reagiu com ameaça violenta utilizando uma faca. Apresenta dificuldades de aprendizagem, particularmente na leitura, para o qual dispõe de apoio individualizado. Observou-se regressão de competências após visita ao pai no estrangeiro. A prática desportiva regular constitui fator regulador importante.

**Ex-cônjuge (A, 46 anos):**

Reside há três anos no estrangeiro. A separação definitiva ocorreu há dois anos após processo contínuo conflituoso com situações de violência. A cliente atribuiu à relação um efeito limitador do próprio desenvolvimento ("tinha que separar dele porque se não, não ia para frente"). A coparentalidade caracteriza-se por disfuncionalidade significativa: intervenções à distância que sabotam regras educativas maternas, envio irregular de valores monetários, e manipulação psicológica dos filhos. A visita dos filhos ao pai gerou consequências desenvolvimentais negativas, particularmente em D.

**Situação Habitacional:**

A família reside em bairro social em situação de sobrelotação. No período do acompanhamento estava prevista mudança para habitação da avó materna, visando também afastar T de influências negativas do bairro. A cliente tem em seu nome um apartamento que não utiliza, colocado pela mãe, o que impede o acesso a apoios habitacionais municipais. A família experienciou um período de sem-abrigo de uma semana. ("ficámos na rua [...] uma semana").

**V.1.3.5. Padrões de Comunicação e Estratégias Adaptativas**

"C" desenvolveu um repertório de estratégias adaptativas para gestão das múltiplas exigências. Evidencia-se a restrição na partilha emocional com a mãe, desenvolvida após experiências de instrumentalização das vulnerabilidades partilhadas durante conflitos: "então eu já não falo nada, para ela não me falar, para me repreender". Esta restrição estende-se a outros

elementos familiares. Como gestão emocional, apresenta tendência para intelectualização e minimização do próprio sofrimento (“não tenho tempo para sofrer”), utilizando humor e ironia como mecanismos de distanciamento. Na gestão de conflitos, demonstra padrão dual: assertividade direta em confrontos, mas evitamento de conflitos prolongados através de aquiescência ou distanciamento.

#### **V.1.3.6. Rede de Apoio da Família**

As tias maternas constituem recurso ambivalente (apoio material/emocional, mas tensões em contexto laboral). A amiga D (ex-cunhada, residente no estrangeiro) representa a fonte primária de apoio emocional (“é a minha rede de segurança”). Esta amizade distingue-se pela reciprocidade e disponibilidade consistente, contrastando com outras relações que revelaram falta de reciprocidade. O sistema de apoio formal revelou-se limitado: sem subsídio de desemprego, dificuldades em aceder a apoio habitacional, e filhos a aguardar acompanhamento psicológico prolongado.

#### **V.1.3.7. História Social**

**Amigos e vida social:** Padrão relacional caracterizado por um maior número de amizades masculinas que femininas. Mantém algumas amizades significativas selecionadas, incluindo um amigo de infância (D) que reapareceu recentemente e com quem partilha confidências não reveladas sequer ao ex-cônjuge durante os 25 anos de relação.

A morte do pai constituiu um marco de transformação relacional. Previamente descrevia-se como "dependente dos meus amigos", com ansiedade e insónia perante conflitos interpessoais. O período de luto revelou uma perceção de falta de reciprocidade, desencadeando uma reavaliação profunda: "Quando ela precisou, eu estava lá. E eu nem podia estar [...] quando a “C” precisou... [nada]".

No contexto comunitário, desenvolveu um papel de porta-voz através de transmissões em redes sociais (violência doméstica, depressão, racismo, direitos dos moradores), com alcance significativo e capacidade de mobilização, exemplificada pela organização de um "cordeão humano" que impediu um despejo na comunidade. Atividade interrompida desde a morte da avó.

**Relacionamentos românticos:** A cliente manteve um único relacionamento significativo. Expressava resistência a novos envolvimento, protegendo-se de potencial sofrimento: "o meu coração não quer ter enfartes". Reconhecia dificuldade em estabelecer confiança relacional após experiências de vida, incluindo abuso sexual infantil e a relação conjugal anterior.

**Padrões sociais específicos:** Padrão de disponibilidade excessiva para ajudar outros, mesmo aqueles que lhe causaram sofrimento com dificuldade simultânea em aceitar ajuda: "não gosto das pessoas me ajudarem, para [depois] me atirarem algo na cara". Assume frequentemente papel de conselheira/orientadora, utilizando experiências próprias para apoiar outros. Descreve-se como brincalhona, traço que atribui à cultura do país de origem: "em [país de origem] é só brincadeira de manhã à noite e essas respostas é um tom de brincadeira." Que reconhece poder ser desafiante para quem a rodeia.

**Atividades de lazer:** Pratica desporto regularmente, identificado como estratégia essencial de regulação emocional: "se não fosse isso, não sei", "quando eu não vou ao ginásio, fico doente".

#### **V.1.3.8. Hábitos Tóxicos**

Não há registo de consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias. A cliente referiu consumo apenas ocasional de álcool em contexto social.

#### **V.1.3.9. Hábitos Alimentares**

No período do acompanhamento psicológico, os hábitos alimentares encontravam-se normalizados, embora persistisse um padrão de inapetência em situações de stress. Identificou igualmente hábito de alimentação rápida aprendido com a mãe, bem como tendência para omissão de refeições quando em sobrecarga de responsabilidades. Reconhecia diminuição do prazer associado à alimentação comparativamente a períodos anteriores.

#### **V.1.3.10. Avaliação do Estado Mental**

**Apresentação e comportamento:** Apresentação adequada, com contacto visual apropriado e postura aberta. Expressividade facial e gestual congruente com o discurso. Vestuário casual, por vezes inadequado ao contexto. O *rapport* estabeleceu-se com facilidade, com abertura crescente por parte da cliente ao longo das sessões.

**Discurso e linguagem:** Fluente, organizado e coerente, com vocabulário adequado. Utiliza ocasionalmente expressões idiomáticas do país de origem, refletindo a sua biculturalidade. Ritmo variável conforme conteúdo emocional. Recurso ao humor e ironia como estratégia de distanciamento de conteúdos dolorosos.

**Orientação:** Orientada no tempo, espaço e pessoa. Cronologia de eventos preservada com incerteza ocasional sobre datas específicas de acontecimentos ocorridos há vários anos.

**Humor e afeto:** Humor inicialmente deprimido, reativo a luto e stress acumulado, com episódios de choro e sensação de sobrecarga. Melhoria progressiva ao longo do acompanhamento. Capacidade de expressar prazer preservada (atividade física, interação social). Afeto com gama ampla e congruente com discurso. Tendência para minimização emocional por intelectualização ou humor. Sem embotamento afetivo ou labilidade patológica.

**Pensamento:** Processo lógico e organizado, sem alterações formais. Conteúdo centrado em preocupações realistas (filhos, finanças, saúde materna, futuro profissional). Ruminação ocasional sobre luto paterno e conflitos relacionais, com capacidade de redirecionamento. Sem ideação delirante, obsessiva ou sobrevalorada. Capacidades de pensamento abstrato e reflexão metacognitiva preservadas.

**Percepção e Cognição:** Sem alterações perceptivas, despersonalização ou desrealização. Inteligência estimada normativa. Atenção e concentração preservadas em sessão (com dificuldades relatadas sob stress elevado). Memória e funções executivas aparentemente preservadas.

**Insight e discernimento crítico:** Progressivamente crescente. Reconhece conexões entre experiências passadas (abuso sexual, ausências maternas, luto) e dificuldades atuais (recusa de ajuda, hiper-responsabilização). Discernimento crítico preservado. Capacidade crescente de estabelecer limites relacionais.

**Riscos:** Sem ideação suicida ou auto-lesiva atual ou passada. Episódio de agressão física ao filho T reconhecido como inadequado, com desenvolvimento de estratégias alternativas de gestão comportamental. A situação de sobrecarga representa fator de risco para *burnout* do cuidador. Risco de recaída ansiosa-depressiva em contexto de stress agudo adicional (e.g., descompensação do filho L, agravamento de saúde materna).

#### **V.1.3.11. Fatores de Adesão Terapêutica**

**Adesão às consultas:** A cliente manifestou desde o início disponibilidade para o acompanhamento psicológico. Compareceu com regularidade elevada às consultas agendadas ao longo do período de acompanhamento. Desmarcou duas consultas por motivos justificados, tendo sempre contactado antecipadamente para reagendar. Faltou a duas consultas sem aviso prévio, mas retomou o acompanhamento nas sessões subsequentes. Demonstrou abertura crescente para explorar dificuldades emocionais, desenvolvendo uma aliança terapêutica sólida caracterizada por confiança e autenticidade.

**Adesão à terapêutica prescrita:** No período do acompanhamento, desenvolveu estratégias não farmacológicas de gestão sintomática (exercício físico, técnicas de respiração, utilização de gelo para gestão de ansiedade aguda) que manteve de forma consistente.

**Comportamentos de saúde:** Mantém seguimento médico irregular, condicionado por limitações financeiras e de calendário. Prioriza o acompanhamento médico da mãe e do filho L em detrimento das suas próprias necessidades de saúde.

**Estilo de vida:** O estilo de vida caracteriza-se por uma sobrecarga significativa de responsabilidades. Um padrão de sono irregular devido a turnos de trabalho, mas sem inversão patológica do ciclo sono-vigília. Alimentação por vezes irregular. Mantém a prática desportiva regular como prioridade reconhecida.

**Dificuldades à adesão:** As principais barreiras identificadas relacionam-se com limitações de tempo devido a múltiplas responsabilidades, dificuldades de transporte (dependência de transportes públicos), e ocasionalmente questões financeiras que condicionam a disponibilidade para deslocações. Adicionalmente, a tendência para minimizar as próprias necessidades e de priorizar os cuidados a outros representa uma barreira à procura e manutenção de apoio para si.

#### **V.1.3.12. Antecedentes Psiquiátricos e Psicológicos Pessoais**

A cliente nunca teve acompanhamento psiquiátrico formal. Foi seguida pelo médico de família que diagnosticou perturbação de ansiedade com ataques de pânico na sequência da morte do pai. Teve um episódio depressivo após primeiro internamento psiquiátrico do filho L, resultando em quatro meses de incapacidade laboral. Não foi medicada para depressão, tendo recuperado naturalmente. Nunca teve acompanhamento psicológico anteriormente.

#### ***V.1.4. Dados de Observação***

A presente secção complementa os dados anamnésticos e a avaliação do estado mental, sistematizando os elementos observacionais específicos do contexto das sessões.

##### **V.1.4.1. Comportamento em sessão e compromisso com o processo**

Em períodos de crise familiar, particularmente durante o internamento do filho L, "C" manifestou ambivalência quanto a permanecer na sessão, expressando urgência em cuidar do filho, mas optando por manter a consulta, evidenciando a valorização atribuída ao processo. O mesmo nível de compromisso foi mantido em outras alturas de crise significativa.

##### **V.1.4.2. Expressão emocional em contexto clínico**

Observou-se um padrão de intensidade afetiva coexistindo com mecanismos de contenção, nomeadamente evitamento da expressão emocional perante os filhos: "Não deixo eles me

vejam a chorar". Em períodos de maior sobrecarga, registou-se a dificuldade em aceder ao choro como descarga emocional: "Eu já nem choro. Só choro se tiver muito, muito aflita." Paralelamente, observaram-se indicadores de sobrecarga cognitiva: "fico, tipo bloqueada mesmo fisicamente, fico só em cima da cama, a pensar".

#### **V.1.4.3. Recursos e pontos fortes**

A capacidade de reflexão e *insight* revelou-se recurso fundamental. A cliente demonstrou resiliência que ela própria reconheceu: "Esse pensamento e esta autoestima [referindo-se a si]. Porque acho que se eu não tivesse, eu não estava aqui." Evidenciou determinação: "Eu não fico à espera das coisas acontecerem. Eu vou lutar para que as coisas aconteçam", e mentalidade de crescimento: "cada vez que vier, [situações más] vamos ultrapassar porque vamos aprender e aprender." O exercício físico foi consistentemente observado como recurso central de regulação emocional, conscientemente utilizado e transmitido ao filho L.

#### **V.1.4.4. Qualidade da relação de acompanhamento**

A confiança progressivamente consolidada evidenciou-se pela partilha espontânea de informação sensível e pela abertura em explorar temas difíceis. A revelação do episódio de abuso sexual, partilhado numa fase avançada do acompanhamento, constituiu indicador significativo da qualidade da relação. O reconhecimento do valor do acompanhamento foi verbalizado em múltiplas ocasiões, culminando na sessão final: "Agradeço a atenção mesmo. E por tudo" e "é uma coisa que ajudou muito".

### ***V.1.5. Compreensão do Caso***

#### **V.1.5.1. Primeiros anos e contexto familiar de origem**

A informação disponível sobre o período pré-natal e os primeiros anos de vida é limitada, em parte devido à reserva emocional da progenitora, que "não fala muito disso". Esta reserva materna, que se revelará um padrão consistente ao longo da história familiar, constitui já um primeiro indicador do ambiente relacional no qual "C" viria a desenvolver-se.

Aos nove anos, "C" regressou ao país de origem da família, onde permaneceu durante grande parte da infância e adolescência, regressando a Portugal apenas durante as férias. Esta experiência de separação geográfica da mãe, que já antes se manifestava através das frequentes ausências por viagens de trabalho, constitui um elemento central na compreensão do seu desenvolvimento. Embora o ambiente material fosse favorável, esta configuração relacional parece

ter estabelecido condições de valor específicas. A cliente expressou esta experiência de forma reveladora: "Sou uma pessoa sempre, desde criança, sempre insignificante. Fico para trás sempre". A mensagem relacional parece ter sido que "C" seria valorizada enquanto não exigisse presença ou disponibilidade emocional, aprendizagem que se cristalizou na vida adulta como dificuldade em aceitar ajuda.

A progenitora, para além das ausências físicas, era caracterizada como emocionalmente reservada. Este padrão materno de contenção emocional, conjugado com as ausências repetidas, terá comunicado à criança que certas expressões de necessidade não seriam acolhidas, consolidando as condições de valor que moldaram a organização do seu *Self*.

#### **V.1.5.2. O trauma de abuso sexual: fragmentação e silenciamento**

O silenciamento do abuso sexual sofrido aos seis anos pode ser compreendido à luz do modelo centrado na pessoa (2011) como manifestação de processos dissociativos precoces. Quando a criança experiencia algo que antecipa ser inaceitável ou incompreensível para as figuras significativas, pode desenvolver mecanismos que separam o conhecimento cognitivo da experiência afetiva. Hipólito (2011) descreve como percepções que não podem ser simbolizadas ficam fora da consciência ou são "travestidas para poderem ser aceites" (p. 154). O facto de "C" nunca ter partilhado esta experiência com familiares, sugere uma avaliação precoce de que tal revelação não encontraria acolhimento adequado no ambiente familiar disponível.

Esta experiência traumática, conjugada com a reserva emocional materna e as ausências frequentes, terá consolidado um padrão de autossuficiência emocional que se manifestaria ao longo de toda a vida adulta. A criança aprendeu que certas experiências, particularmente as mais dolorosas, deveriam ser geridas internamente, sem recurso ao apoio de outros.

#### **V.1.5.3. Responsabilização precoce e parentificação**

A análise da infância de "C" revela indicadores consistentes de parentificação, processo relacional no qual as crianças são forçadas a assumir papéis e responsabilidades de natureza parental ou adulta que excedem as suas capacidades desenvolvimentais (Dariotis et al., 2023; Tomek et al., 2024). A cliente descreveu como "limpava as casas das tias desde criança" e assumiu precocemente responsabilidades de cuidado que transcendiam o expectável para a sua idade. Tal como descrito na secção de revisão de literatura, duas dimensões de parentificação existem: a instrumental, que envolve responsabilidades físicas de manutenção doméstica, e a emocional, que requer que a criança responda às necessidades emocionais dos membros da

família (Borchet et al., 2021; Hooper et al., 2011b). No caso de “C”, ambas as dimensões parecem ter coexistido. A nível instrumental, assumiu tarefas domésticas e de cuidado desde tenra idade. A nível emocional, a configuração familiar, com uma mãe emocionalmente reservada e frequentemente ausente, terá exigido que desenvolvesse precocemente competências de autorregulação e contenção das próprias necessidades afetivas.

Domínguez et al. (2019) identificam a transmissão intergeracional como mecanismo perpetuador significativo da parentificação, com progenitores tendendo a replicar padrões que experienciaram. Esta observação adquire particular relevância quando consideramos que a própria mãe de “C” apresentava um estilo relacional caracterizado por priorização do trabalho e distanciamento emocional, padrão que “C” reconheceu ter inicialmente reproduzido.

A experiência de parentificação pode ser conceptualizada, no quadro teórico de Hipólito (2011), como a consolidação de condições de valor específicas: a criança aprende que o seu valor pessoal deriva da utilidade para outros, desenvolvendo um *Self* cuja consideração positiva depende do desempenho de funções de cuidado. Esta aprendizagem relacional precoce não permaneceu circunscrita à infância; consolidou-se na vida adulta num funcionamento consistente com altruísmo patológico. O *Self* de “C” organizou-se de tal modo em torno da função de cuidadora que a consideração positiva de si mesma se tornou dependente do desempenho deste papel. A dualidade motivacional característica do altruísmo defensivo manifesta-se neste caso: o comportamento de cuidado compulsivo serve simultaneamente o ideal internalizado de boa mãe/filha/amiga e a necessidade de manutenção de um autoconceito coerente, ainda que a custo significativo do seu bem-estar. A dificuldade em aceitar ajuda — “não gosto das pessoas me ajudarem, para [depois] me atirarem algo na cara” — funciona como defesa contra a vulnerabilidade que a posição de recetora implicaria, posição incompatível com o *Self* organizado em torno da função de cuidadora.

#### **V.1.5.4. Dissociações desenvolvimentais**

A história desenvolvimental de “C” permite identificar manifestações dos três níveis de dissociação sistematizados por Hipólito (2011). No primeiro nível, a cisão entre locus de controlo interno e externo, as ausências maternas e a necessidade de adaptação a múltiplos cuidadores exigiram uma leitura constante do ambiente para antecipar expectativas, deslocando progressivamente o locus de controlo para o exterior e dificultando, na vida adulta, o reconhecimento e a legitimação das próprias necessidades: “ninguém se lembra da ‘C’”. A ‘C’ tem que estar sempre firme.” No segundo nível, a cisão entre *Self* percecionado e *Self* desejado, cuja magnitude se correlaciona inversamente com a estima de si (Hipólito, 2011), observa-se na tensão

entre a pessoa frequentemente sobrecarregada e com recursos limitados que "C" se percebe como sendo e a cuidadora onnipresente que sente que deveria ser, gerando sentimentos de inadequação quando não consegue corresponder a esse ideal internalizado. No terceiro nível, a cisão entre cognição e emoção, "C" desenvolveu padrões de contenção emocional que lhe permitem reconhecer internamente estados afetivos sem conseguir expressá-los, particularmente quando a vulnerabilidade poderia ser percebida como fraqueza: "Não deixo eles me vejam a chorar."

#### **V.1.5.5. A relação com o pai: vinculação segura e figura reparadora**

A relação com o pai constitui um elemento distintivo na história desenvolvimental de "C", contrastando significativamente com o padrão relacional materno. O progenitor demonstra sensibilidade às necessidades emocionais da filha e capacidade para as antecipar, exercendo uma função orientadora enquanto respeitava a sua autonomia. Esta relação parece ter funcionado como fator protetor parcial, proporcionando experiências de validação que contrabalançaram parcialmente as condições de valor mais restritivas do ambiente materno.

A morte do pai, ocorrida após período de doença prolongada durante o qual "C" assumiu papel de cuidadora principal, pode ser compreendida como perda da figura que mais consistentemente oferecia aceitação positiva, deixando "C" mais exposta às condições de valor internalizadas que exigem funcionamento autossuficiente. A reação de luto profundamente desorganizadora descrita na anamnese, (anedonia, perturbação alimentar, paralisia funcional) adquire assim um significado que excede a perda relacional em si mesma.

#### **V.1.5.6. Vulnerabilidades psicossociais múltiplas e crise atual**

A situação que motivou o encaminhamento de "C" para acompanhamento psicológico deve ser compreendida no contexto de vulnerabilidades psicossociais múltiplas que se acumularam e interagiram ao longo do tempo. A acumulação de stressores presentes à data do início do acompanhamento configura aquilo que a literatura designa como risco cumulativo, onde o número de fatores adversos constitui preditor mais significativo do que a natureza específica de cada um (Campos et al., 2019).

A sobrecarga resultante pode ser compreendida, no quadro teórico de Hipólito (2011), como expressão das tensões geradas pelas dissociações crônicas. Hipólito (2011) estabelece que "sempre que acontece uma dissociação, gera-se uma tensão entre os dois 'pólos' envolvidos; se o organismo não consegue equilibrar por si essa tensão, desenvolvem-se sintomas" (p. 155). A sintomatologia ansiosa, as somatizações e os episódios de paralisia funcional que "C"

apresentava constituem manifestações desta dinâmica, agravadas pela acumulação de stressores que esgotaram os recursos compensatórios que até então permitiam manter um equilíbrio precário.

#### ***V.1.6. Processo de Acompanhamento***

##### **V.1.6.1. Enquadramento e Objetivos**

O acompanhamento psicológico de "C" decorreu durante seis meses, compreendendo 10 sessões presenciais com frequência aproximadamente quinzenal, condicionada por circunstâncias de vida da cliente e pelo calendário institucional. O processo foi conduzido no âmbito do estágio curricular, sob supervisão da orientadora institucional, tendo sido concebido desde o início como intervenção de duração limitada pelo período do estágio.

A formulação dos objetivos do acompanhamento emergiu progressivamente da compreensão do caso, articulando as queixas apresentadas pela cliente com a análise das dinâmicas subjacentes identificadas nas secções anteriores. Os objetivos imediatos, orientados para a estabilização sintomática, incluíam a redução da sintomatologia ansiosa e dos episódios de pânico, o desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional, e o apoio na gestão das múltiplas crises familiares concomitantes. Os objetivos processuais, orientados para a facilitação do desenvolvimento pessoal, visavam proporcionar uma experiência relacional caracterizada por aceitação incondicional que permitisse a exploração de padrões relacionais disfuncionais, facilitar a consciencialização sobre as condições de valor internalizadas, particularmente as relacionadas com o papel de cuidadora, e promover a reconexão com as suas próprias necessidades.

##### **V.1.6.2. Abordagem Teórica**

O acompanhamento psicológico foi conduzido segundo a ACP. O CD da OPP estabelece que os psicólogos exercem a sua prática dentro dos limites da sua competência específica, princípio que se aplica igualmente aos estagiários. A utilização desta abordagem decorre, assim, de um imperativo deontológico e formativo, não apenas de uma seleção entre alternativas disponíveis.

Estabelecido este enquadramento, importa notar que a ACP se revelou, na prática do acompanhamento, especialmente adequada às especificidades do caso. Como documentado na secção anterior, "C" apresentava padrões de parentificação e altruísmo patológico que se mani-

festavam precisamente na dificuldade em receber cuidado. A experiência relacional proporcionada pela ACP, caracterizada pela aceitação incondicional e não-diretividade, ofereceu um contexto onde a cliente pôde experienciar ser cuidada sem exigência de reciprocidade ou julgamentos de valor.

### **V.1.6.3. Evolução do Processo**

#### ***V.1.6.3.1 Fase Inicial: Estabelecimento da Aliança (Sessões 1-2)***

As duas primeiras sessões centraram-se no estabelecimento das condições para o trabalho subsequente. Na sessão inicial, foram explicadas as condições do acompanhamento, obtido o CI, e iniciada a recolha de dados anamnéticos. A cliente apresentou-se colaborante, manifestando as queixas descritas na secção V.1.2.

A segunda sessão permitiu aprofundar a compreensão da história familiar e do funcionamento atual. A cliente descreveu os episódios de ansiedade que se tinham agravado após a morte do pai. Foram introduzidas técnicas de respiração diafragmática como estratégia de autorregulação, respondendo à necessidade expressa pela cliente de desenvolver competências de gestão da ansiedade sem recurso a medicação. Simultaneamente, iniciou-se a exploração da rede de apoio disponível, identificando-se a amiga D como recurso relacional significativo.

Nesta fase, a postura do estagiário orientou-se primariamente para o estabelecimento de um clima de segurança e confiança. A escuta ativa e a compreensão das experiências comunicadas pela cliente predominaram sobre qualquer orientação ou interpretação, permitindo que emergisse naturalmente informação relevante sobre a sua história e funcionamento atual.

#### ***V.1.6.3.2 Fase Intermédia Inicial: Crises e Contenção (Sessões 3-5)***

O período entre fevereiro e março foi marcado pela intensificação de múltiplos stressores familiares que testaram significativamente os recursos adaptativos da cliente. A terceira sessão centrou-se nas dificuldades na gestão dos filhos, particularmente de T, cujo comportamento escolar se tinha deteriorado significativamente, e nas interferências do ex-cônjuge na educação dos filhos a partir do estrangeiro.

A quarta sessão ocorreu num contexto de crise familiar aguda: o filho L tinha recaído da perturbação bipolar e encontrava-se em processo de internamento compulsivo, a avó materna tinha falecido recentemente, e a mãe da cliente encontrava-se em recuperação de hospitalização prolongada. A cliente apresentou-se em estado de elevada ansiedade e exaustão emocional. A

sessão foi orientada para a escuta e compreensão do sofrimento, mantendo uma postura de acompanhamento sem oferecer soluções ou direcionamento.

A quinta sessão permitiu aprofundar a compreensão do impacto do luto paterno e foi também informado pela cliente do diagnóstico formal de perturbação bipolar do filho L, estabelecido durante o internamento recente. Observou-se nesta fase a tensão entre a necessidade de cuidado e a dificuldade em aceitá-lo. Apesar da intensidade das crises, a cliente manifestava já sinais de maior resiliência face à situação do filho L: "eu acho que eu já estou a aliviar um bocado, com a situação dele, que [já] não me afeta tanto."

#### ***V.1.6.3.3 Fase Intermédia Avançada: Aprofundamento e Mudança (Sessões 6-8)***

A partir de abril, o processo entrou numa fase qualitativamente distinta, caracterizada pelo aprofundamento da aliança terapêutica e pela emergência de material significativo que permanecera não partilhado.

A sexta sessão constituiu um marco no processo. A cliente revelou pela primeira vez em contexto clínico o episódio de abuso sexual sofrido aos seis anos, indicador significativo do aprofundamento da confiança na relação de acompanhamento. Emergiu igualmente nesta sessão a consciência de padrões comportamentais aprendidos da mãe, particularmente a priorização do trabalho em detrimento da presença familiar, e o reconhecimento de que pretendia fazer diferente: "A minha mãe só se preocupava em trabalhar... às vezes o meu filho tinha febre em casa. Eu dava medicação e ia para o trabalho... Deixei o dinheiro de parte."

A sétima sessão trouxe notícias de mudanças positivas no contexto de vida. A cliente tinha iniciado novo emprego como vigilante de segurança, o filho L encontrava-se em recuperação após a alta hospitalar, e estava iminente a mudança para habitação mais adequada. A consciencialização sobre os padrões relacionais aprofundou-se: "acho que isso é parte da aprendizagem que tem que fazer, de pedir ajuda."

A oitava sessão aprofundou a elaboração do trauma de abuso e a exploração de padrões relacionais. A cliente descreveu como a morte do pai revelou a falta de reciprocidade em relações que considerava significativas, desencadeando uma reavaliação das suas dinâmicas interpessoais. Simultaneamente, observaram-se indicadores de mudança na capacidade de estabelecer limites.

#### ***V.1.6.3.4 Fase de Consolidação: Estabilização e Término (Sessões 9-10)***

As duas sessões finais orientaram-se para a consolidação das mudanças observadas e a preparação do término do acompanhamento.

A nona sessão decorreu num contexto de maior estabilização. A cliente encontrava-se adaptada ao trabalho noturno, acompanhava a recuperação da mãe, e geria de forma mais equilibrada as exigências parentais. Abordou-se a ida ao tribunal relacionada com o filho T, manifestando a cliente postura determinada. Foi iniciada a preparação para o término do acompanhamento, reconhecendo-se a evolução alcançada e discutindo-se as possibilidades de continuidade.

A décima e última sessão constituiu um momento de avaliação conjunta do processo. A cliente apresentou-se com estado emocional estável, reportando remissão significativa da sintomatologia ansiosa: "a ansiedade já parou. Sem tomar nenhuma medicação." A mudança mais significativa relacionou-se com a capacidade de estabelecer limites: "foquei em dizer não. Tipo, sem me preocupar com o que é que os outros vão pensar" e "Estou sem medo de perder pessoas. Porque eu sei do meu valor, sei a capacidade que eu tenho." O choro, anteriormente bloqueado em períodos de maior sobrecarga, evoluiu para incluir expressão de emoções positivas: "Estes dias tenho ataque de choro, mas choro de alegria." A cliente reconheceu explicitamente a evolução alcançada: "quando a gente se conheceu a coisa estava um bocado caótica... eu estava mesmo um caos" e "Sinto a evolução. Sinto mesmo." A relação com os filhos, particularmente com T, apresentou evolução positiva: "eu acho que foi bom para mim... eu consigo controlar... Já não lhes bato. Só falar." Quanto à gestão emocional quotidiana: "Paro, respiro fundo, tento resolver aos poucos."

#### **V.1.6.4. Atitudes e Técnicas Utilizadas**

A intervenção manteve-se fundamentalmente ancorada nas atitudes facilitadoras rogerianas, constituindo estas não técnicas no sentido convencional, mas qualidades relacionais que permearam todo o processo. Não obstante, identificam-se elementos específicos que caracterizaram a prática. A escuta ativa e a reformulação empática constituíram o veículo principal da compreensão empática, tendo operado como contraponto às mensagens relacionais do seu passado que introduziam condições de valor nas suas experiências. Quando a cliente expressava culpa por sentir raiva, frustração por não conseguir "aguentar tudo", ou vergonha por necessitar de apoio, estas experiências foram acolhidas sem julgamento, facilitando a sua integração no campo perceptivo.

As técnicas de respiração introduzidas na fase inicial responderam a uma necessidade expressa pela cliente e demonstraram-se úteis na gestão de episódios ansiosos agudos. A sua introdução foi contextualizada não como solução para o problema subjacente, mas como ferramenta de autorregulação que a cliente poderia utilizar autonomamente.

A psicoeducação sobre processos emocionais foi integrada de forma contextualizada, particularmente em relação à compreensão da perturbação bipolar do filho. Esta dimensão informativa foi sempre subordinada ao processo relacional, oferecida apenas quando solicitada ou claramente pertinente, evitando assumir postura de perito que comprometesse a horizontalidade da relação.

#### **V.1.6.5. Obstáculos e Desafios**

O processo de acompanhamento enfrentou obstáculos de natureza diversa que exigiram adaptação e flexibilidade.

##### ***V.1.6.5.1 Obstáculos Contextuais***

As condicionantes das circunstâncias de vida da cliente (problemas de saúde, imprevistos laborais, dificuldades de transporte) e pelo calendário institucional, constituiu desafio à continuidade do trabalho. A gestão deste obstáculo passou pela aceitação das limitações reais impostas pelo contexto, evitando comunicar desaprovação ou frustração que pudesse ser experienciada pela cliente como mais uma exigência a que deveria corresponder.

A multiplicidade de crises concomitantes ao longo do processo, particularmente no período entre março e abril, exigiu constante reavaliação das prioridades. A tentação de "resolver" as crises através de orientação diretiva foi conscientemente resistida, mantendo-se a confiança de que a cliente possuía recursos para encontrar as suas próprias soluções quando proporcionadas condições facilitadoras adequadas.

A intervenção da CPCJ constituiu um obstáculo contextual de natureza diferente. A cliente viveu inicialmente o processo institucional como intrusivo e punitivo, gerando ansiedade adicional num contexto já marcado por sobrecarga. Os próprios processos de proteção, concebidos para salvaguardar o bem-estar das crianças, podem paradoxalmente constituir fonte de sofrimento adicional para famílias já vulnerabilizadas. A gestão desta tensão no acompanhamento passou por acolher a experiência da cliente face ao processo institucional sem a julgar, validando simultaneamente o sofrimento causado e a legitimidade da intervenção protetiva. Importa notar que esta tensão não se traduziu em conflito direto com a condução do acompanhamento, não houve pressão para comprometer o ritmo terapêutico em função de prazos externos.

#### ***V.1.6.5.2 Obstáculos Processuais***

O padrão de hiperresponsabilização e dificuldade em aceitar ajuda manifestou-se também na relação de acompanhamento. A cliente demonstrava uma tendência para minimizar o próprio sofrimento, redirecionar o foco para as necessidades dos outros, e apresentar-se como mais funcional do que efetivamente se encontrava. Para este padrão foi importante a qualidade da presença oferecida, evitando inadvertidamente reforçar a mensagem de que o seu valor dependia de manter uma fachada de competência.

A revelação tardia do trauma de abuso sexual, ilustra tanto a profundidade da aliança eventualmente estabelecida quanto o tempo necessário para o material significativo emergir num contexto de segurança relacional. Este *timing* sublinhou a importância de não pressionar a exploração de conteúdos antes de o cliente estar preparado para o fazer.

#### ***V.1.6.5.3 Obstáculos do Estagiário***

A supervisão revelou-se essencial para a gestão de reações contratransferenciais, particularmente a identificação com a cliente em momentos de maior vulnerabilidade e a tentação de assumir postura protetora que reproduziria inadvertidamente dinâmicas de dependência. A consciência destas tendências permitiu a sua modulação, mantendo uma presença genuinamente empática sem comprometer a autonomia da cliente.

#### ***V.1.6.5.4 Resultados Obtidos***

A avaliação dos resultados fundamenta-se na triangulação entre o auto-relato da cliente, as observações clínicas ao longo do processo, e a comparação entre a apresentação inicial e final. Identificam-se quatro domínios de mudança significativa.

No plano sintomático, a cliente reportou remissão dos episódios de ansiedade e ataques de pânico, acompanhada pelo desenvolvimento de estratégias autónomas de regulação emocional. No domínio relacional, evoluiu de um padrão de disponibilidade compulsiva para uma postura mais diferenciada na capacidade de estabelecer limites interpessoais, transformação que reflete o contra-condicionamento facilitado pela experiência de aceitação incondicional no contexto terapêutico. No domínio parental, a intervenção da CPCJ, retrospectivamente reconhecida como facilitadora, conjugou-se com o trabalho desenvolvido em sessão para produzir mudanças nas práticas educativas, com redução das punições físicas. Finalmente, no domínio da expressão emocional, observou-se uma maior integração entre cognição e emoção, uma das dimensões de

dissociação identificadas no modelo de Hipólito (2011) evidenciada pela evolução do choro bloqueado para a expressão de emoções positivas.

#### **V.1.6.6. Considerações Finais**

O prognóstico para "C" apresenta-se cautelosamente favorável, sustentado pela presença de fatores protetores significativos: resiliência demonstrada face a adversidades múltiplas, capacidade reflexiva desenvolvida, recursos de autorregulação consolidados, e rede de apoio presente. A cliente demonstrou capacidade de utilizar o espaço terapêutico de forma construtiva, evidenciada pela evolução observada ao longo do processo e pelo reconhecimento explícito das mudanças alcançadas.

Não obstante, identificam-se fatores de vulnerabilidade que justificam atenção continuada: a persistência de stressores contextuais significativos (situação financeira precária, exigências de cuidado múltiplas, filho com perturbação bipolar), a tendência para a hiperresponsabilização que, embora atenuada, permanece como um padrão, e o trauma de abuso sexual que, embora abordado no processo, beneficiaria de elaboração mais aprofundada.

Recomendou-se a continuidade do acompanhamento psicológico com outro profissional, permitindo a consolidação das mudanças iniciadas e o trabalho continuado com os padrões identificados. A cliente expressou abertura para esta continuidade, demonstrando valorização do processo terapêutico e consciência da utilidade do apoio profissional.

O processo de acompanhamento de "C" ilustra simultaneamente as potencialidades e os limites da intervenção psicológica em contextos de vulnerabilidade psicossocial múltipla. A mudança observada não residiu na resolução das circunstâncias adversas que continuam a marcar a vida da cliente, mas na transformação da forma como se relaciona consigo própria e com essas circunstâncias. Esta distinção, central à ACP, sublinha que o objetivo do acompanhamento não consiste em produzir um indivíduo adaptado às expectativas externas, mas em facilitar o desenvolvimento de uma pessoa mais integrada, mais consciente das suas necessidades e mais capaz de se autodeterminar, ainda que num contexto que permanece desafiante.

#### ***V.1.7. Reflexão Crítica***

A reflexão sobre o acompanhamento de "C" exige um exercício que transcenda a mera descrição dos resultados obtidos. Se a secção anterior documentou uma evolução globalmente positiva, importa agora examinar criticamente o processo, identificando tanto os elementos que contribuíram para essa evolução quanto as limitações, hesitações e oportunidades não aproveitadas que o caracterizaram.

O processo terapêutico desenvolveu-se sob tensões que nem sempre foram adequadamente resolvidas. A mais fundamental residuiu na gestão entre a urgência das crises que pontuaram o acompanhamento e o desenvolvimento mais lento que o trabalho com padrões requer. Nas sessões marcadas por crises agudas, a tentação de abandonar a postura não-diretiva em favor de orientação mais concreta foi recorrente. Retrospectivamente, reconheço que nem sempre consegui manter o equilíbrio adequado: em alguns momentos, a contenção empática deu lugar a uma passividade que pode ter sido experienciada pela cliente como distância ou desinteresse; noutros, a preocupação genuína traduziu-se em sugestões que, embora bem-intencionadas, comprometeram a não-diretividade que deveria caracterizar a intervenção.

A irregularidade na frequência das sessões, em algumas alturas, constituiu uma limitação significativa que afetou a continuidade do trabalho. Embora esta irregularidade tenha decorrido de circunstâncias objetivas da vida da cliente, questiono-me se uma postura mais proativa da minha parte, como uma maior flexibilidade horária, ou contactos entre sessões, ou simplesmente uma comunicação mais clara sobre a importância da regularidade, poderia ter atenuado este obstáculo. Simultaneamente, reconheço que insistir excessivamente na regularidade poderia ter sido experienciado por "C" como mais uma exigência a satisfazer.

O término do processo foi determinado pelo limite temporal do estágio, não por uma avaliação de que os objetivos terapêuticos tinham sido alcançados ou de que a cliente se encontrava preparada para a conclusão. Esta circunstância, embora inevitável no contexto do estágio curricular, levanta questões sobre a ética de iniciar processos terapêuticos com duração pré-determinada, particularmente com clientes cujas dificuldades requerem trabalho prolongado. A preparação para o término, embora tenha sido iniciada com antecedência, pode não ter sido suficiente para uma cliente cuja história relacional incluía experiências de abandono e descontinuidade.

#### **V.1.7.1. Desafios Enfrentados**

O desafio mais exigente do ponto de vista pessoal relacionou-se com a gestão de reações contratransferenciais que emergiram ao longo do processo. A história de "C", marcada por silenciamento das próprias necessidades e dedicação exaustiva aos outros, ressoou com aspetos da minha própria experiência, gerando uma identificação que por vezes dificultou a manutenção da distância necessária. Ao mesmo tempo despoletou um processo de reconhecimento de padrões semelhantes na minha própria vida: a propensão para ajudar os outros para além do razoável, o ressentimento quando a ajuda não era reconhecida e a remoção inadvertida de agência

aos outros. Esta identificação manifestou-se numa tendência para assumir uma postura protetora, querendo poupar a cliente de sofrimento adicional, e numa dificuldade em confrontar certos padrões disfuncionais que, precisamente por me serem familiares, eu próprio tendia a normalizar.

A supervisão e o meu próprio processo terapêutico revelaram-se essenciais para a consciencialização e gestão destas dinâmicas. As sessões de supervisão permitiram identificar momentos em que a minha intervenção estava a ser guiada mais pelas minhas próprias necessidades do que pelas da cliente, e desenvolver estratégias para recuperar a centralidade necessária. Não obstante, reconheço que este trabalho permanece incompleto: a contratransferência é uma dimensão do trabalho terapêutico que requer vigilância e elaboração contínuas.

#### **V.1.7.2. O Equilíbrio entre Validação e Desafio**

Um segundo desafio significativo residuiu na dificuldade em encontrar o equilíbrio adequado entre validação empática e questionamento. A ACP enfatiza o cuidado incondicional como condição facilitadora da mudança, mas esta ênfase pode ser mal interpretada como injunção para evitar qualquer forma de confrontação. No caso de "C", cujos padrões de altruísmo patológico eram frequentemente apresentados como virtudes ("sou muito prestável", "nunca digo não a ninguém"), a validação empática arriscava reforçar precisamente aquilo que deveria ser questionado.

Retrospectivamente, identifico momentos em que a minha preocupação em não parecer crítico ou julgador me levou a abdicar de explorações que poderiam ter sido produtivas. Quando a cliente descrevia situações em que claramente se prejudicava para beneficiar outros, a minha resposta tendeu a centrar-se na validação do sofrimento resultante, sem suficientemente explorar a função que esse comportamento desempenhava ou as crenças subjacentes que o sustentavam. O cuidado incondicional não significa concordância com tudo o que o cliente faz ou pensa; significa aceitar a pessoa independentemente do que faz ou pensa. Esta distinção, teoricamente clara, revelou-se difícil de operacionalizar na prática.

#### **V.1.7.3. Dilemas Éticos Emergentes**

Um dilema concreto ilustrou esta tensão entre validação e proteção durante o acompanhamento. A cliente descreveu o seu ativismo em redes sociais, onde realizava transmissões em direto abordando temas como violência doméstica e direitos dos moradores, atividade que representava um retorno às suas raízes no jornalismo e constituía fonte de propósito e reconheci-

mento comunitário. Contudo, mencionou que nestas transmissões abordava também os problemas dos seus filhos, o que gerou tensão entre o respeito pela autonomia da cliente e a postura não-diretiva da ACP, por um lado, e a preocupação com a proteção dos menores, que não teriam consentido à exposição pública das suas dificuldades, por outro. Durante a exploração do tema, a cliente informou que já não realizava estas transmissões, tendo interrompido a atividade após o falecimento da avó. Face a esta informação, a opção foi não confrontar um comportamento passado e já descontinuado, priorizando a validação das forças envolvidas: o propósito, a capacidade de mobilização comunitária, o retorno a uma identidade profissional valorizada. Esta escolha refletiu uma avaliação de proporcionalidade: o potencial benefício de uma confrontação não justificava o risco de comprometer a aliança terapêutica ou de a cliente experienciar mais um julgamento externo.

Um segundo dilema, de natureza diferente, atravessou todo o acompanhamento. A cliente apresentava um padrão de disponibilidade excessiva para cuidar de outros e dificuldade em estabelecer limites, características consistentes com a literatura sobre altruísmo patológico. Contudo, apresentava simultaneamente uma resiliência notável, tendo atravessado adversidades múltiplas mantendo funcionalidade significativa, o que levantou a questão de saber se o enquadramento patológico era adequado ou se estava a aplicar categorias clínicas a comportamentos que, no contexto específico desta cliente, constituíam adaptações funcionais. A distinção entre adaptativo e patológico não pode ser estabelecida em abstrato: o mesmo padrão de hiperresponsabilização pode constituir recurso de sobrevivência num contexto e fonte de sofrimento noutra. A abordagem adotada passou por facilitar a consciencialização sobre os padrões identificados sem os rotular como patológicos, permitindo que a própria cliente avaliasse as suas consequências e decidisse sobre eventuais mudanças. Postura alinhada com a não-diretividade da ACP e eticamente mais adequada do que a imposição de categorias diagnósticas.

#### **V.1.7.4. A Revelação Traumática**

A revelação do abuso sexual constituiu simultaneamente um momento de aprofundamento da aliança terapêutica e uma experiência que expôs as minhas limitações enquanto terapeuta em formação. Perante o inesperado da partilha, recuei para o porto seguro de respostas empáticas formuladas, sem que estas traduzissem uma presença genuinamente empática. Esta incongruência representou precisamente o oposto das condições facilitadoras que a ACP preconiza.

Quando a cliente acrescentou que apenas duas outras pessoas conheciam esta experiência, a magnitude da confiança depositada exigia uma resposta autêntica que não consegui oferecer. Na sessão seguinte, agradei a confiança, mas questiono-me se este gesto diferido terá reparado a falha relacional do momento original.

#### **V.1.7.5. Aprendizagens Retiradas**

O acompanhamento de "C" proporcionou aprendizagens que transcendem o domínio técnico para tocar dimensões mais fundamentais do que significa ser psicólogo. A primeira e mais significativa relaciona-se com a compreensão vivida, não apenas intelectual, de que a mudança terapêutica não é algo que o terapeuta faz ao cliente, mas algo que emerge da qualidade da relação estabelecida. Nos momentos em que consegui estar genuinamente presente, sem agenda própria sobre o que a cliente deveria sentir ou fazer, observei movimentos de abertura e exploração que nenhuma técnica poderia ter produzido. Inversamente, nos momentos em que me deixei capturar pela ansiedade de "ajudar" ou de produzir resultados visíveis, a qualidade do encontro deteriorou-se visivelmente.

Uma segunda aprendizagem relaciona-se com a importância da paciência e da tolerância à incerteza. O trabalho com padrões profundamente enraizados não produz mudanças dramáticas de sessão para sessão; frequentemente, as sessões terminavam sem que eu conseguisse identificar claramente o que tinha sido "alcançado". Aprendi a confiar no processo mesmo quando este não era visível, a valorizar pequenos movimentos que inicialmente me pareciam insignificantes, e a resistir à tentação de forçar *insights* ou conclusões que satisfizessem a minha necessidade de ver progresso.

Uma terceira aprendizagem, particularmente relevante para o trabalho em contextos de vulnerabilidade psicossocial, relaciona-se com os limites do que a intervenção psicológica pode alcançar. As circunstâncias de vida de "C", precariedade habitacional, instabilidade financeira, sobrecarga de responsabilidades de cuidado, não se alteraram significativamente ao longo do acompanhamento. O que mudou foi a forma como a cliente se relacionava consigo própria e com essas circunstâncias. Esta distinção, central à ACP, adquiriu para mim um significado concreto que a formação teórica não conseguira transmitir.

#### **V.1.7.6. Nota Final**

A reflexão crítica sobre este caso deixa-me com mais consciência das minhas limitações do que certezas sobre as minhas competências. Paradoxalmente, considero que este é um resultado adequado para um estágio de formação. A competência profissional constrói-se sobre o

reconhecimento honesto daquilo que não sabemos e do muito que temos ainda a aprender. O acompanhamento de "C", e dos outros clientes, ensinou-me que ser psicólogo é, fundamentalmente, uma forma de estar com outro ser humano. Uma presença genuína, humildade face ao mistério que cada pessoa constitui, e coragem para nos deixarmos tocar pelo sofrimento alheio sem nos perdermos nele. Estas são qualidades que não se adquirem através de formação académica, mas que se desenvolvem ao longo de uma vida de prática, reflexão e crescimento pessoal. O caso de "C" constitui um primeiro passo, necessariamente imperfeito, mas genuinamente formativo, nesse percurso.

## **V.2. Apresentação de caso de Avaliação Psicológica de “D”.**

As competências em avaliação psicológica constituem um pilar fundamental na formação do psicólogo clínico, articulando o conhecimento teórico, competências técnicas de observação, entrevista, aplicação de instrumentos e sensibilidade clínica. O desenvolvimento destas competências exige a realização de processos avaliativos completos, desde a sua conceptualização inicial até à comunicação de resultados.

O presente caso envolve uma adolescente encaminhada pela CPCJ por motivo de absentismo escolar persistente e que colocou desafios específicos na articulação entre as necessidades de proteção institucional e o respeito pela autonomia e privacidade da jovem, permitindo simultaneamente o desenvolvimento de competências na aplicação dos instrumentos psicométricos utilizados, cotação e interpretação integrada dos resultados com base na teoria do desenvolvimento psicoafectivo (Hipólito, 2011), contribuindo significativamente para o desenvolvimento profissional do estagiário.

### ***V.2.1. Identificação da cliente e consentimento informado***

“D” é uma adolescente de 16 anos de nacionalidade portuguesa e de ascendência africana, solteira, que frequenta o 10.º ano pela segunda vez devido a retenção por excesso de faltas (no ano anterior). Reside na área metropolitana de Lisboa, em coabitação com a avó materna, que assume o papel de responsável legal.

O pedido de avaliação e acompanhamento psicológico foi efetuado no final de 2024 pela CPCJ devido a absentismo escolar prolongado ao abrigo das medidas de apoio junto dos pais. O processo de avaliação decorreu nas primeiras 4 sessões do acompanhamento que se estendeu de janeiro a julho de 2025, num total de seis meses e meio, tendo sido realizadas 16 sessões presenciais de aproximadamente 50 minutos.

Foram obtidos os consentimentos conforme procedimentos descritos na secção de Procedimentos Éticos e de Supervisão: consentimento da avó materna (Anexo F), consentimento específico para instrumentos YSR 11-18 e CAQ (Anexo G), e para utilização académica (Anexo H).

### ***V.2.2. Motivo da Avaliação***

A “D” foi referenciada pela CPCJ para acompanhamento psicológico devido ao absentismo escolar prolongado, no âmbito das medidas de apoio junto dos pais, uma vez que havia reprovado por excesso de faltas no 10º ano e estava a repetir o mesmo padrão de comportamento no corrente ano letivo.

Nas primeiras consultas foram identificadas algumas dificuldades comportamentais como embotamento afetivo; dificuldades atencionais autoreferidas; inversão completa do ciclo de sono e dificuldades nas interações sociais. Ao mesmo tempo a jovem referiu um diagnóstico prévio, por um psicólogo que a acompanhou durante o 8º ano, de “fobia social” e de na 1ª classe a psicóloga educativa ter indicado “problemas de atenção”.

Dada a complexidade sintomatológica e diagnósticos prévios não fundamentados considerou-se necessário, em coordenação com a orientadora, de complementar a observação clínica com a aplicação de instrumentos padronizados com vista a objetivar dados para enquadramento do acompanhamento psicológico e eventual necessidade de comunicação institucional multiprofissional.

### ***V.2.3. Questões de Avaliação e Objetivos Específicos***

A articulação entre as observações clínicas e a necessidade de avaliação objetiva conduziu à formulação de questões específicas que, à luz do MDP (Hipólito, 2011), permitissem uma compreensão integrada do caso:

1. Qual o perfil emocional atual da adolescente? Existe presença de sintomatologia depressiva, ansiosa ou outras perturbações internalizantes?
2. Em que medida as dificuldades atencionais relatadas impactam o funcionamento global?
3. Quais as competências preservadas que podem funcionar como recursos terapêuticos?
4. Que padrões de comportamento específicos caracterizam o funcionamento atual?
5. Qual o nível de risco psicopatológico e necessidade de intervenção especializada?

Os objetivos estabelecidos para este processo avaliativo centraram-se no estabelecimento de uma base psicométrica que permitisse fundamentar estratégias de intervenção através de dados objetivos. Procurou-se igualmente clarificar as hipóteses diagnósticas emergentes da observação clínica, identificar recursos pessoais e fatores protetivos, e orientar eventuais recomendações para os contextos escolar e familiar.

#### ***V.2.4. Anamnese Biográfica***

A presente anamnese integra informações recolhidas nas duas primeiras sessões, especificamente orientadas para este propósito, bem como dados complementares que emergiram durante as sessões subsequentes de acompanhamento psicológico.

##### **V.2.4.1. Sintomas**

A "D" apresentou um quadro sintomatológico que se manifestou em múltiplos domínios do funcionamento psicológico. No âmbito da regulação circadiana, evidenciou inversão significativa do ciclo sono-vigília, deitando-se entre as 5-6h da manhã e acordando após as 16h, padrão que se acompanhou de deambulação noturna com uso compulsivo de dispositivos eletrónicos. O funcionamento académico encontrava-se severamente comprometido, caracterizado por desmotivação escolar acentuada, dificuldades persistentes de concentração e atenção, e fadiga psíquica significativa. A nível emocional, observou-se um padrão de embotamento afetivo e apatia generalizada, intercalado com episódios de lacrimejo involuntário sem consciência afetiva correspondente. Na esfera social, revelou ansiedade marcada no contexto escolar, sensação persistente de estar sob observação e avaliação pelos pares e consequente evitamento de situações sociais prolongadas. Manifestaram-se também comportamentos adaptativos complexos, nomeadamente a criação de "personagens" distintas conforme o interlocutor, necessidade compulsiva de manter estimulação tátil constante nas mãos e padrões de ruminação excessiva sobre experiências passadas. Reportou ainda experiências perceptivas ocasionais de natureza auditiva, especificamente ouvir a mãe a chamar quando esta não se encontrava presente.

No domínio familiar, constatou-se uma dinâmica relacional disfuncional particularmente acentuada na relação com a mãe, acompanhada de um padrão de parentificação caracterizado pelo sentimento de responsabilidade excessiva pelo bem-estar emocional e financeiro da família, inadequado para o estágio de desenvolvimento da adolescente. Na esfera interpessoal, evidenciou-se um padrão complexo de busca constante por validação externa, conjugado com dinâmicas relacionais caracterizadas por ciclos de dependência emocional intensa seguida de

desinteresse súbito, sugerindo dificuldades na regulação da proximidade afetiva. Como estratégias de *coping*, a cliente desenvolveu elaborados mecanismos de mentira, utilizados sistematicamente como forma de contornar restrições familiares e obter autonomia, revelando a discrepância entre as necessidades desenvolvimentais normais da adolescência e as limitações impostas pelo ambiente familiar.

#### **V.2.4.2. História Clínica**

Sem antecedentes médicos, medicamentosos ou cirúrgicos relevantes.

##### **Acontecimentos Importantes**

**Primeiros anos:** Nasceu num país africano em 2008, onde viveu com os pais biológicos e os avós maternos até aos 4 anos de idade. Nesta altura vivenciou conflitos parentais frequentes, nos quais ela era muitas vezes instrumentalizada e dos quais guarda memória específica: “O meu pai limpou o quintal para brincarmos e a minha mãe, por ciúmes, mandou água suja para o quintal para impedir a brincadeira”. Desenvolveu desde cedo uma relação conflituosa com a mãe e uma ligação mais próxima com o pai, embora este apresentasse problemas com álcool: “ele sempre bebeu muito”. Aos 4 anos veio viver com os avós maternos para Portugal, que representou uma transição cultural e geográfica significativa. Os Pais acompanharam esta mudança inicialmente, mas acabaram por regressar ao país de origem. Nesta altura “D” desenvolveu uma proximidade grande com os Avós, aos quais tratava por pai e mãe, tendo preferido ficar com estes em Portugal em detrimento de voltar para junto dos pais. Os pais acabaram por se separar quando “D” tinha 8 anos.

**Período escolar inicial:** Na primeira classe, aos 6 anos, foi identificada pela psicóloga educativa como tendo problemas de atenção. Nesta altura demonstra também dificuldades em iniciar conversas com estranhos e a fazer amigos. Mantinha um contacto telefónico esporádico com o pai, que descreve como “artificial” e “imprevisível” e com o qual não mantém um contacto pessoal desde a terceira classe.

**Pré-adolescência:** Durante o 6º ano, coincidindo com o período de quarentena da COVID-19, iniciou um período de isolamento social progressivo. Subsequentemente, no 8º ano, foi diagnosticada com fobia social por um psicólogo que a acompanhou durante aproximadamente um ano. Este acompanhamento foi abruptamente terminado pela mãe após esta descobrir mensagens trocadas entre “D” e o psicólogo no telemóvel da filha. A mãe sentiu-se preterida como confidente da filha e reagiu com ameaças de envolver a polícia para obter acesso ao dispositivo. Esta situação resultou numa deterioração significativa da comunicação entre mãe e

filha, uma vez que a progenitora passou a instrumentalizar o diagnóstico e outras vulnerabilidades partilhadas pela filha como argumentos durante as discussões: “quando eu falei para ela que eu tinha fobia social, em todas as discussões quando eu evito fazer alguma coisa que ela quer, ela fala que é por causa da fobia social.” e “Então eu já não falo nada, para ela não me falar, para me repreender, porque os argumentos dela são só as coisas que eu conto para ela.”. Isto fez com que “D” desenvolvesse estratégias de evitamento comunicacional e restrições na partilha de informações pessoais.

**Adolescência:** Aos 13 anos o avô sofreu um enfarte e acabou por falecer. A morte do avô representou a perda da sua principal figura de referência paterna e do adulto que lhe “fazia todas as vontades.”. Nesta altura serviu de suporte emocional para a avó: “quando o meu avô morreu, a minha avó não entrava no seu quarto por nada [...] então a minha avó disse que eu fui a força dela para ela conseguir continuar.”, desenvolvendo um padrão de parentificação, assumindo a responsabilidade de equilíbrio emocional da família.

Pouco depois a avó foi diagnosticada com cancro da mama, que “D” descreve como uma altura muito difícil, pela possibilidade de perder, em pouco mais de um ano, os dois adultos de referência. Nesta altura ela refere que começou a exibir um padrão de embotamento afetivo reativo em que descreve a metacognição de não sentir emoções quando o contexto assim o exigiria: “era como se eu não me importasse e isso revolta os meus pais.”.

Aos 15 anos, por exigência da mãe, transferiu-se para uma escola de que não gostava, coincidindo com a passagem ao 10.º ano. A partir dessa altura começou a faltar às aulas e instalou-se progressivamente um padrão de sono invertido, em que adormecia pelas 5-6h da manhã e só acordava depois das 16h. Surgiram também comportamentos que interferiam com o sono, como o uso excessivo de dispositivos eletrónicos e a deambulação noturna: “eu estou sempre a andar pela casa quando estou a fazer coisas (...) eu mexo no móvel a andar pela casa, eu não sei o que eu vou fazer, eu só estou a andar de um lado para o outro, um monte de tempo.” Em consequência reprovou o ano e atualmente frequenta pela segunda vez o 10º ano, continuando a repetir o mesmo padrão e com o mesmo resultado. Nesta altura desenvolve relacionamentos digitais com rapazes brasileiros cujas longas conversas noturnas pioram a desregulação do padrão de sono-vigília.

#### **V.2.4.3. História Familiar**

O genograma familiar de “D” é disponibilizado no (Anexo I) para referência.

**Dinâmica familiar:** “D” foi criada pelos avós maternos desde bebé. Aos quatro anos veio de um país africano para Portugal. Trata os avós por “Pai” e “Mãe”, evidenciando um forte

vínculo afetivo com estes. A estrutura familiar caracteriza-se por dinâmicas triangulares complexas, com padrões de comunicação disfuncionais e fronteiras difusas entre os subsistemas familiares.

**Avós Paternos:** Ambos os avós paternos faleceram antes de “D” nascer. A jovem não tem qualquer referência a estes.

**Avós Maternos:**

**Avô** (já falecido): Era ex-piloto de uma companhia de aviação. Após a reforma, reduziu significativamente a atividade física e passou a ficar muito tempo em casa, sendo descrito por “D” como depressivo e passando muito tempo a dormir. Fazia todas as vontades à “D”, assumindo uma figura paternal substituta. Existe um histórico de comportamentos violentos do avô contra a avó a mãe e o tio, informação que só foi revelada à cliente após o falecimento deste. Este padrão de violência doméstica representa um trauma intergeracional que influenciou as dinâmicas relacionais familiares.

**Avó:** Teve cancro de mama, mas está em recuperação, sendo seguida medicamente. É a principal cuidadora de “D”, mas manifesta dificuldades em impor regras e limites, particularmente quanto à frequência escolar. Expressa preocupação com o impacto emocional da morte do avô e da sua própria doença na neta. Apresenta comportamentos socialmente inadequados, fazendo comentários impróprios sobre pessoas, especificamente de origem africana, e demonstra falta de consciência social: “tem zero medo do cancelamento”. Partilha informações confidenciais da neta de forma inadequada, utilizando-as como entretenimento social.

**Pais:** Os pais de “D” estão separados há 8 anos e ambos residem atualmente num país africano.

**Pai:** Não mantém contacto presencial com “D” desde os 8 anos de idade. A comunicação telefónica é esporádica e descrita como artificial e “extremamente imprevisível”, proferindo “ideias absurdas” nas conversas. Existe um histórico de consumo excessivo de álcool.

A relação com “D” é caracterizada por ausência física e emocional, com momentos esporádicos de conexão que a cliente valoriza intensamente. “D” demonstra um padrão emocional complexo de desejo de aprovação paterna, tendendo a desculpar comportamentos negativos quando recebe a mínima atenção: “quando ele liga para mim, eu atendo (...) Porque de alguma forma ele está me dando atenção.” e “só o fato de ele ter falado comigo, eu já quero retirar tudo o que eu falei mal dele, antes.”. Ao mesmo tempo ressentido ser comparada com o pai “A minha mãe disse que nós temos um jeito muito parecido (...) porque sempre falava que eu era parecida com meu pai e eu nunca gostei. Quando eu era criança, eu até chorava.”. O pai mantém uma postura passiva, por vezes invertendo papéis e esperando atenção da filha.

**Mãe:** Trabalha como comissária de bordo e visita Portugal frequentemente, mas reside em África. Apresenta padrões de controlo excessivo, exemplificados através das 70-80 mensagens diárias à filha e videochamadas prolongadas e intrusivas. A dinâmica relacional é caracterizada por comportamento emocionalmente instável (alternância entre agressividade e afeto, descrito pela cliente como “bate e sopra”), episódios de ameaças e manipulação emocional. Há um padrão de projeção dos seus medos e experiências traumáticas na filha, com desejo explícito de que “D” viva experiências que a mãe não viveu, no entanto, restringindo severamente as atividades normais para a idade quando não correspondem às suas expectativas. A mãe utiliza frequentemente temas espirituais ou religiosos para explicar comportamentos da filha e demonstra comportamentos de evitamento social (evita ser vista por conhecidos, vai ao centro comercial apenas à noite). Apresenta um padrão cíclico de bloqueio e desbloqueio do pai nas redes sociais, envolvendo a filha nestes conflitos relacionais.

**Prima “N”:** Figura de identificação significativa, descrita pela cliente como "irmã" e "personagem principal" na sua vida. Mantiveram coabitação intermitente durante três anos, desenvolvendo uma relação de forte cumplicidade. A prima apresenta histórico de autolesão (cortes no braço, queimaduras) e duas tentativas de suicídio. Experienciou parentificação precoce, assumindo responsabilidades de cuidadora dos irmãos mais novos. A prima identifica-se como pansexual, enfrentando dificuldades de aceitação familiar, com o seu pai demonstrando confusão entre orientação sexual e identidade de género. Recentemente engravidou e terminou voluntariamente a gravidez, episódio em que a cliente forneceu apoio emocional significativo. A mãe de “D” utiliza inconsistentemente a prima como exemplo comparativo, valorizando ou desvalorizando comportamentos conforme a conveniência argumentativa.

#### **V.2.4.4. Padrões de Comunicação e Estratégias Adaptativas**

“D” desenvolveu diversas estratégias adaptativas para lidar com esta dinâmica familiar, incluindo: um sistema elaborado de histórias alternativas com apoio dos amigos para contornar restrições maternas, avaliação prévia do estado emocional materno antes das interações com esta, aquiescência para o evitar de conflitos e a ocultação sistemática de atividades normais para a idade. Desenvolveu com a prima um sistema de códigos de comunicação secretos, alterando nomes e géneros dos familiares para discussão de assuntos sensíveis. A cliente utiliza estratégias de mentira elaboradas, incluindo fotografias falsas de localização, como mecanismo adaptativo para a obtenção de autonomia.

**Parentificação:** A cliente assume consistentemente responsabilidades emocionais inadequadas à sua idade, funcionando como suporte emocional principal da avó após a morte do

avô: “a minha avó disse que eu fui a força dela para ela conseguir continuar.”, como mediadora de conflitos familiares, e como “lado racional” do sistema familiar em contraste com a emotividade excessiva da mãe e avó. Expressa preocupação com o bem-estar financeiro familiar desde a infância “desde criança eu sempre me imaginei fazer uma coisa que desse dinheiro para poder suportar a minha mãe.”

#### **V.2.4.5. Rede de Apoio da Família**

A avó constitui a principal figura de apoio, embora a relação seja complexa devido à triangulação com a mãe e aos comportamentos socialmente inadequados da própria avó. A cliente refere que quando a avó e a mãe estão juntas, tendem a formar uma aliança “como se partilhassem um cérebro”, dificultando a comunicação aberta e criando isolamento emocional. A prima representa uma fonte significativa de apoio mútuo e identificação, apesar dos seus próprios desafios de saúde mental. O sistema de apoio caracteriza-se por relacionamentos intensos e instáveis, com fronteiras difusas e expectativas inadequadas ao desenvolvimento da cliente.

#### **V.2.4.6. História Social**

**Amigos / vida social:** “D” relata dificuldade em fazer amigos e iniciar conversas com pessoas desconhecidas, descrevendo-se como tímida. No entanto, mantém alguns relacionamentos significativos com amigos selecionados, incluindo amigos no Brasil com quem mantém uma comunicação regular.

Desenvolveu em conjunto com os amigos um sistema elaborado de comunicação onde estes auxiliam ativamente na criação de narrativas aceitáveis para a mãe, permitindo a sua participação em atividades sociais normais para a idade.

No contexto escolar, evidencia dificuldades mais significativas na socialização, com tendência ao isolamento e preocupação excessiva com o julgamento dos pares “fico com essa impressão de que todo mundo, o tempo todo, está a ver o que eu estou a fazer.”

**Relacionamentos Românticos:** “D” apresenta padrão consistente de dependência emocional seguida de desinteresse em relacionamentos românticos, sendo que, à exceção de “G”, são todos relacionamentos digitais sem contacto direto:

- **G:** Primeira relação onde a própria identifica que existia uma dependência emocional.
- **F:** Dinâmica de atenção/abandono onde inicialmente não havia uma correspondência da atenção dada pelo pretendente, mas quando este parou de contactar, a “D” passou a responder com maior intensidade.

- **C:** Relação de forte identificação mútua “ele é eu.” onde suspende normas de trato e cordialidade habituais, tratando-o da mesma forma que se trata a si própria.

Reconhece que “não queria ninguém, eu queria atenção.”, evidenciando *insight* sobre as motivações subjacentes do seu comportamento.

**Padrões Sociais Específicos:** “D” relata que assume muitas vezes o papel de conselheira/orientadora nas relações dos amigos e que estes a intitulam de “ChatGPT” por ter sempre uma resposta para tudo. Ela assume também que tende a modular o seu comportamento e respostas conforme os interlocutores e que prioriza conhecidos casuais aos amigos próximos nas respostas às comunicações. A “D” tem preferência por ambientes com desconhecidos e tende a evitar pessoas conhecidas em contextos públicos desenvolvendo estratégias específicas para evitar interações, (fingir estar ocupada com telemóvel, atravessar rua, manter mãos ocupadas).

**Atividades de lazer:** Manifesta um gosto pela escrita como forma de expressão pessoal. Apresenta competências criativas em desenhar, escrever e ler.

#### **V.2.4.7. Hábitos Tóxicos**

Não há informação registada sobre consumo atual de álcool, drogas ou tabaco por parte da cliente.

#### **V.2.4.8. Hábitos Alimentares**

Sem informações específicas registadas.

#### **V.2.4.9. Avaliação do Estado Mental**

**Apresentação e comportamento:** Apresenta-se adequadamente para a idade. Mantém contacto visual com facilidade. Alterna entre estados de apatia emocional e momentos de expressividade adequada. Demonstra comportamentos compulsivos relacionados com necessidade de estimulação tátil constante.

**Discurso e linguagem:** Expressa-se verbalmente com facilidade e clareza, utilizando vocabulário adequado à idade e demonstrando boa capacidade de articulação verbal. No entanto apresenta um sotaque brasileiro que justifica como gosto pessoal e hábito por falar tanto com amigos do Brasil. Por vezes usa um discurso continuado como mecanismo de evitamento emocional. Refere que tem “opiniões que quando falo choco as pessoas.”, e que o faz propositadamente “pelo *plot*”, ou seja, para manter a conversa interessante.

**Orientação:** Orientada no tempo, espaço e pessoa.

**Humor e afeto:** Relatou instâncias de embotamento afetivo reativo, com dificuldade em sentir ou demonstrar reações emocionais apropriadas diante de situações de stress. Em sessão, no entanto, demonstrou capacidade de expressão emocional, particularmente frustração com o controlo familiar. Relata episódios de lacrimejo involuntário sem consciência emocional correspondente. Descreve-se como “uma pessoa calma, mas eu penso demais.”.

**Pensamento:** Sem alterações formais do pensamento. Demonstra funcionamento predominantemente racional, com capacidade de reflexão metacognitiva sobre as suas próprias dificuldades emocionais. Utiliza a intelectualização e racionalização como defesas principais. Apresenta um padrão de pensamentos ruminantes significativo: “fico muito presa no passado.”

**Percepção:** Relata ocasionalmente ouvir “a minha mãe a chamar” quando esta não está presente.

**Cognição:** Apresenta capacidade intelectual aparentemente adequada à idade, confirmado pelos resultados académicos até ao 9º ano. Refere dificuldades de atenção e concentração, particularmente em contexto escolar e durante o estudo. Relata também ser “muito esquecida”. Conceptualiza a vida como “série televisiva” como mecanismo organizador da experiência social.

**Insight e crítica:** Demonstra boa capacidade de *insight* e autorreflexão, questionando os seus próprios padrões emocionais e comportamentais. Apresenta preocupação e consciência da sua desconexão emocional.

#### **V.2.4.10. Fatores de Adesão Terapêutica**

**Adesão às consultas:** A cliente desde o início manifestou interesse em ter o acompanhamento psicológico. Demonstra abertura para explorar as suas dificuldades emocionais no contexto terapêutico, embora mantenha um certo distanciamento afetivo. Ao longo das sessões, evidenciou disponibilidade para abordar temas emocionalmente difíceis com autenticidade e desenvolveu uma aliança terapêutica sólida, comparecendo com uma regularidade quase total às consultas agendadas.

**Estilo de vida:** Apresenta um padrão de sono significativamente alterado, o que interfere diretamente com a frequência escolar. Este padrão é influenciado parcialmente pela comunicação com amigos no Brasil e comportamentos compulsivos noturnos (deambulação, uso de dispositivos eletrónicos).

**Dificuldades:** Manifesta dificuldades significativas na adesão à rotina escolar e na manutenção de um padrão de sono regular. Desenvolveu estratégias elaboradas de evitamento e mentira para lidar com restrições familiares.

#### **V.2.4.11. Antecedentes Psiquiátricos e Psicológicos Pessoais**

Foi identificada com problemas de atenção pela psicóloga educativa na 1ª classe e foi-lhe feito um diagnóstico de fobia social no 8º ano. Teve acompanhamento psicológico durante aproximadamente um ano no 8º ano, terminado abruptamente.

#### **V.2.4.12. Antecedentes Psiquiátricos e Psicológicos Familiares**

Avô descrito como "depressivo" após a reforma, passando muito tempo na cama e a dormir. Segundo o relato da cliente, a mãe apresenta comportamentos de instabilidade emocional acentuada (descrito como "bate e sopra"), alternância rápida entre estados emocionais, comportamento controlador e intrusivo, preocupação excessiva e tendência à dramatização de situações quotidianas. Estes comportamentos são compatíveis com traços de perturbação de personalidade *borderline*, embora não seja possível estabelecer um diagnóstico formal sem avaliação direta. O padrão comportamental relatado tem impacto significativo na dinâmica familiar e no desenvolvimento emocional da cliente. A prima "N" tem um histórico de autolesão grave e duas tentativas de suicídio. O Pai tem um historial de consumo excessivo de álcool. Existem padrões familiares de dependência emocional e dificuldades na regulação afetiva.

#### **V.2.5. Plano de Avaliação**

O protocolo de avaliação psicológica foi estruturado usando uma abordagem metodológica mista, integrando métodos qualitativos e quantitativos para uma compreensão holística do funcionamento da adolescente. Pretendeu-se aliar a riqueza da observação clínica com a objetividade dos dados psicométricos, essencial para fundamentar tanto o processo de acompanhamento como a comunicação institucional.

O protocolo privilegiou o estabelecimento da relação terapêutica como condição à aplicação dos instrumentos psicométricos, visando maximizar a colaboração da cliente e fundamentar a seleção instrumental numa compreensão clínica inicial sólida.

##### **V.2.5.1. Adequação às Questões de Avaliação**

Esta estrutura metodológica responde especificamente às questões formuladas, permitindo tanto a quantificação do perfil emocional e sintomatologia como a avaliação objetiva do impacto das dificuldades atencionais no funcionamento global. A integração dos dados anamnésticos com a avaliação psicométrica facilita a identificação de competências preservadas e recursos terapêuticos, enquanto a análise de padrões comportamentais específicos contribui

para uma avaliação fundamentada do nível de risco psicopatológico e necessidade de intervenção especializada.

#### **V.2.5.2. Justificação dos Instrumentos Selecionados**

A seleção dos instrumentos psicométricos orientou-se por critérios de validade, adequação cultural à população portuguesa e adequação desenvolvimental à faixa etária adolescente. Privilegiaram-se instrumentos com propriedades psicométricas robustas e de fácil aplicação no contexto de estágio, que abrangessem as áreas identificadas nas questões de avaliação, nomeadamente o funcionamento emocional, os padrões comportamentais, as dificuldades atencionais e as competências preservadas, permitindo uma avaliação multidimensional sem recurso a protocolos extensos. Esta seleção alinou-se com uma perspetiva não exclusivamente patologizante, valorizando tanto a identificação de dificuldades como de recursos adaptativos.

#### **V.2.5.3. Sequência e Planificação do Processo**

A avaliação compreendeu cinco fases. A recolha de informação anamnésica (2 sessões) permitiu contextualizar os dados psicométricos posteriores e estabelecer uma base relacional facilitadora da colaboração da cliente. Seguiu-se a análise e planeamento instrumental, realizada em supervisão, onde se discutiram hipóteses clínicas e se fundamentaram as escolhas instrumentais em função das áreas prioritárias de avaliação. A aplicação dos instrumentos (2 sessões) foi precedida pela obtenção de consentimento específico (Anexo G), que explicitava a natureza, objetivos, procedimentos e utilização dos dados, com campos para assinatura do encarregado de educação, da jovem, do estagiário e da supervisora. A distribuição por duas sessões, primeiro o CAQ e depois o YSR, respeitou o ritmo da cliente e minimizou efeitos de fadiga cognitiva, aspeto particularmente relevante dadas as dificuldades atencionais referidas. Na fase de análise e integração, a cotação seguiu rigorosamente as normas técnicas e os resultados foram devolvidos de forma integrada nas sessões de acompanhamento, preparando-se simultaneamente os dados para eventuais comunicações institucionais. Por fim, a comunicação institucional consistiu na integração dos achados psicométricos no relatório final para a CPCJ, redigido em articulação com a supervisora e previamente analisado com a "D" e a sua avó enquanto representante legal, assegurando transparência e fornecendo apenas a informação estritamente necessária. O caso foi igualmente utilizado no presente relatório de estágio, respeitando os princípios de anonimização e confidencialidade.

## ***V.2.6. Instrumentos Utilizados***

### **V.2.6.1. CAQ - Questionário de Análise Clínica**

O Questionário de Análise Clínica (CAQ) constitui um instrumento de autorrelato desenvolvido por Krug et al. (1980) no enquadramento da teoria da personalidade de Cattell, concebido originalmente para avaliar traços normais e patológicos simultaneamente. Na versão portuguesa foi limitada a avaliação dos 12 traços clínicos ou patológicos (Krug et al., 1995). O instrumento é constituído por 144 itens de autorrelato que medem dimensões psicopatológicas relevantes, incluindo múltiplas facetas de depressão, ansiedade e outros indicadores de funcionamento clínico (Krug et al., 1980).

A versão portuguesa do CAQ apresenta consistência interna moderada, com valores de alfa de Cronbach situados entre .51 e .78 para as diferentes escalas (Krug et al., 1995). O manual técnico inclui estudos de validade de constructo e relativa ao critério, através de análise fatorial exploratória e análise dos resultados obtidos por grupos clínicos específicos (Krug et al., 1995).

### **V.2.6.2. YSR - Youth Self-Report (ASEBA)**

O *Youth Self-Report* (YSR) é parte integrante do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado de Achenbach (ASEBA - *Achenbach System of Empirically Based Assessment*), constituindo um instrumento de autorrelato especificamente desenvolvido para avaliação de problemas comportamentais e emocionais em adolescentes entre os 11 e os 18 anos (Achenbach & Rescorla, 2001). Na sua estrutura, os 112 itens distribuem-se por duas partes: competências sociais, escolares e em atividades na primeira; itens de problemas na segunda, que contemplam oito síndromes empiricamente validados, uma escala de problemas totais e uma escala de banda larga com as dimensões de Internalização e Externalização (Achenbach et al., 2022).

O instrumento encontra-se validado para a população adolescente portuguesa, apresentando valores de consistência interna adequados tanto na amostra normativa como na amostra clínica (Achenbach et al., 2022).

No âmbito do sistema ASEBA, optou-se pela aplicação exclusiva do YSR, não se tendo recorrido ao CBCL nem ao TRF, dada a complexidade da dinâmica familiar, ainda em processo de compreensão clínica, e o absentismo escolar significativo da cliente, que limitaria a fiabilidade da avaliação pelos professores.

### V.2.6.3. Complementaridade do CAQ e YSR

A utilização conjunta dos instrumentos CAQ e YSR visou complementar o foco clínico e dimensões psicopatológicas do CAQ, com particular ênfase na diferenciação de subtipos depressivos, (Krug et al., 1995) com uma perspectiva mais ampla e desenvolvimental do YSR, integrando tanto problemas como competências. Esta triangulação, junto com a observação clínica, permitiu uma compreensão mais abrangente do perfil clínico da jovem.

### V.2.7. Resultados e Interpretação

#### V.2.7.1. Resultados do Questionário de Análise Clínica (CAQ)

A Tabela 6 apresenta os resultados obtidos nas diferentes escalas do CAQ, incluindo as pontuações brutas (PB) e os respectivos decatipos (DE) (Anexo J).

**Tabela 6**

*Resultados do teste CAQ*

| Escala | Designação                  | PB | DE | Interpretação              |
|--------|-----------------------------|----|----|----------------------------|
| D1     | Hipocondria                 | 8  | 7  | Normativo                  |
| D2     | Depressão Suicida           | 15 | 10 | Clinicamente significativo |
| D3     | Agitação                    | 14 | 6  | Normativo                  |
| D4     | Depressão Ansiosa           | 12 | 7  | Normativo                  |
| D5     | Depressão Baixa-Energia     | 20 | 10 | Clinicamente significativo |
| D6     | Culpabilidade-Ressentimento | 13 | 7  | Normativo                  |
| D7     | Apatia-Retirada             | 15 | 10 | Clinicamente significativo |
| Pa     | Paranoia                    | 13 | 8  | Clinicamente significativo |
| Pp     | Desvio Psicopático          | 11 | 4  | Normativo                  |
| Sc     | Esquizofrenia               | 14 | 9  | Clinicamente significativo |
| As     | Psicastenia                 | 18 | 10 | Clinicamente significativo |
| Ps     | Desajuste Psicológico       | 7  | 6  | Normativo                  |

*Nota.* PB = Pontuação Bruta; DE = Decatipo. Valores de decatipo  $\geq 8$  são considerados clinicamente significativos (Krug et al., 1995).

#### ***V.2.7.1.1 Perfil Depressivo de Baixa Energia***

A análise revelou elevações máximas (DE=10) em três escalas depressivas: Depressão Suicida (D2), Depressão Baixa-Energia (D5) e Apatia-Retirada (D7), configurando um quadro depressivo de intensidade significativa.

A escala D2, depressão suicida, centra-se em pensamentos de autodestruição, com os sujeitos a afirmarem estar fartos e desgostosos com a vida, que lhes parece vazia e sem sentido, e a percecionarem a morte como fim dos problemas (Krug et al., 1995). É, no entanto, importante considerar a relação com D3 (Agitação, DE=6) já que Krug et al. (1995) documentam que a combinação D2 elevado com D3 baixo indica ideação suicida passiva, reduzindo substancialmente a probabilidade de passagem ao ato. O risco aumenta apenas quando ambas as escalas se apresentam elevadas simultaneamente, situação que não se verifica.

A elevação de D2 foi discutida em supervisão, que orientou uma leitura cautelosa: o instrumento sinaliza uma possibilidade, não uma certeza, e necessitava de ser complementado pelos dados observacionais, que não corroboravam a hipótese de ideação suicidária ativa. A aplicação subsequente do YSR veio validar esta interpretação mais prudente. Esta discussão permitiu ainda “calibrar” a sensibilidade do estagiário ao tema do risco suicidário, traduzindo-se numa maior preparação para o abordar caso surgisse em sessão.

A escala D5, depressão baixa-energia, indica fadiga, manifestando-se através de tristeza persistente, despertar sem energia, perturbações do sono e esgotamento generalizado (Krug et al., 1995). A escala D7, Apatia-retirada, caracteriza-se pela perceção da vida como absurda e sem sentido, associada a isolamento social (Krug et al., 1995). A elevação máxima indica preferência por estar sozinha e retirada do contacto interpessoal.

Este padrão (D2, D5, D7 elevados com D3 baixo) configura um perfil depressivo inibido, caracterizado por baixa energia, pensamentos negativos e isolamento social, sem componente de agitação ou impulsividade.

#### ***V.2.7.1.2 Alterações Cognitivo-Perceptivas e Relacionais***

Para além do núcleo depressivo, o perfil evidencia elevações em três escalas relacionadas com o processamento cognitivo e o funcionamento interpessoal: Esquizofrenia (Sc, DE=9), Psicastenia (As, DE=10) e Paranoia (Pa, DE=8).

Para a escala Sc importa clarificar que, apesar da designação, as pontuações elevadas não significam diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação psicótica (Krug et al., 1995). Esta

dimensão refere-se a dificuldades na expressão de ideias, presença de impulsos estranhos, sentimentos de incompreensão por parte dos outros, sensação de ser evitada sem razão aparente, possíveis lapsos de memória e experiências de desrealização (Krug et al., 1995).

A pontuação máxima em As (Psicastenia) indica sintomatologia obsessivo-compulsiva com pouco autocontrolo. Comportamentos como contar objetos, ideias ou palavras que permanecem na mente durante dias, e preocupação excessiva com questões menores (Krug et al., 1995).

A escala Pa apresenta-se ligeiramente acima do limiar clínico. Krug et al. (1995) caracterizam esta dimensão através de receios, sensação de injustiça, ciúmes e algum cinismo sobre a natureza humana.

A configuração conjunta destas três escalas indica que, para além do quadro depressivo, existem alterações ao nível do processamento cognitivo (pensamentos intrusivos, possível desorganização), dificuldades na expressão e comunicação, e desconfiança nas relações interpessoais.

#### **V.2.7.2. Resultados do *Youth Self-Report* (YSR)**

A Tabela 7 e a Tabela 8 apresentam os resultados obtidos nas escalas de competências e de síndromes respetivamente da YSR (Anexo K).

**Tabela 7**

*Resultados das Escalas de Competências da YSR*

| <b>Escala</b>         | <b>Pontuação</b> |
|-----------------------|------------------|
| Atividades            | 3.5              |
| Social                | 5.5              |
| Rendimento Académico  | 1.75             |
| Total de Competências | 10.75            |

A pontuação total de competências (10.75) situa-se abaixo da média para jovens do mesmo género e faixa etária (Achenbach et al., 2022). “D” não reportou envolvimento em desportos ou tarefas, apenas atividades criativas e expressivas (desenhar, escrever, ler), avaliando-se nestas áreas com competência “média” a “mais do que a média”. No funcionamento social apresentou-se dentro dos parâmetros normativos, mantendo quatro ou mais amigos íntimos, embora tenha avaliado que consegue trabalhar e divertir-se sozinha melhor que outros rapazes

e raparigas da sua idade. O rendimento académico revelou alguma discrepância, com desempenho excelente em Português (acima da média), Inglês e História (média), contrastando com dificuldades marcadas em Matemática ("maus resultados"), o que poderá sugerir uma preferência ou estar relacionado com as dificuldades atencionais.

**Tabela 8**

*Resultados das Escalas de Síndromes e Escalas Amplas da YSR*

| <b>Escala</b>                      | <b>Pontuação</b> | <b>Classificação</b> |
|------------------------------------|------------------|----------------------|
| <b>Síndromes de Internalização</b> |                  |                      |
| Ansiedade/Depressão                | 11               | Normativo            |
| Isolamento/Depressão               | 9                | Normativo            |
| Queixas Somáticas                  | 6                | Normativo            |
| <b>Síndromes Intermédias</b>       |                  |                      |
| Problemas Sociais                  | 10               | <b>Clínico</b>       |
| Problemas de Pensamento            | 8                | Normativo            |
| Problemas de Atenção               | 14               | <b>Clínico</b>       |
| <b>Síndromes de Externalização</b> |                  |                      |
| Comportamento Delinquente          | 8                | Normativo            |
| Comportamento Agressivo            | 15               | <b>Borderline</b>    |
| <b>Escalas Amplas</b>              |                  |                      |
| Internalização                     | 26 (T=65)        | <b>Clínico</b>       |
| Externalização                     | 23 (T=66)        | <b>Clínico</b>       |
| Total de Problemas                 | 92 (T=70)        | <b>Clínico</b>       |

As escalas de síndromes revelaram elevações a nível clínico nos domínios social e de atenção, e *borderline* na escala de comportamento agressivo. As síndromes individuais de Internalização e Externalização situaram-se no intervalo normativo, indicando ausência de sintomatologia ansiosa, depressiva, somática ou delinquente clinicamente significativas.

Duas áreas emergem como preocupações primárias. Os Problemas de Atenção refletem dificuldades significativas de concentração e atenção sustentada, corroboradas pela identificação explícita de “D” dos "problemas de atenção" como uma das suas principais dificuldades escolares. Os Problemas Sociais evidenciam dificuldades significativas no funcionamento interpessoal. “D” reportou ter "problemas na convivência com os meus colegas e timidez para falar com professores." A preocupação constante sobre "o que as pessoas vão pensar a todo o

momento sobre mim." sugere sensibilidade aumentada à avaliação social, potencialmente limitante do funcionamento interpessoal.

O Comportamento Agressivo situou-se no intervalo *borderline*, refletindo comportamentos de oposição e instabilidade emocional, incluindo ser "desobediente em casa", "teimosa" e apresentar "mudanças repentinas de disposição ou sentimentos", bem como padrões de sono irregulares.

As escalas amplas de Internalização, Externalização e Total de Problemas situam-se no intervalo clínico. Contudo, encontram-se nos limiares inferiores deste intervalo (dois a três pontos acima do ponto de corte para as primeiras, e sete pontos para a última), sugerindo dificuldades significativas, mas não severas.

### **V.2.7.3. Integração dos Resultados**

A análise conjunta dos resultados obtidos nos testes CAQ e YSR revelou padrões de convergência e divergência que merecem discussão específica, na medida em que informam a compreensão clínica do caso.

#### ***V.2.7.3.1 Áreas de Convergência***

Os dois instrumentos convergiram na identificação de dificuldades em domínios específicos. Ambos os testes evidenciaram problemas ao nível do funcionamento atencional, com o CAQ sugerindo possível desorganização cognitiva e pensamentos intrusivos, e o YSR identificando dificuldades de atenção clinicamente significativas. Esta convergência reforça a validade dos relatos subjetivos de "D" sobre dificuldades de concentração e confirma o impacto destas limitações no funcionamento global.

Ambos os instrumentos identificaram igualmente dificuldades no domínio interpessoal e social. A elevação em Pa no CAQ e a pontuação clínica em Problemas Sociais na YSR convergem na identificação de desconforto significativo em situações sociais, sensibilidade à avaliação dos pares, e dificuldades nas interações interpessoais. Esta convergência valida as observações clínicas sobre ansiedade em contexto escolar e tendência ao isolamento social.

#### ***V.2.7.3.2 Divergência Central: O Paradoxo Depressivo***

A divergência mais significativa entre os instrumentos manifestou-se no domínio da sintomatologia depressiva. O CAQ identificou um quadro depressivo de severidade marcada, com pontuações máximas em três das sete escalas depressivas: D2 (Depressão Suicida), D5

(Depressão Baixa-Energia) e D7 (Apatia-Retirada). Em contraste, a escala de Ansiedade/Depressão da YSR apresentou pontuação normativa, não indicando sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Três fatores, não mutuamente exclusivos, podem contribuir para explicar esta discrepância:

À luz do MDP (Hipólito, 2011), a divergência pode refletir dissociação fundamental entre o que "D" experiencia organicamente e o que consegue simbolizar na consciência. Na presença de condições de valor que tornaram inaceitável reconhecer sofrimento emocional, particularmente considerando a instrumentalização pela mãe das vulnerabilidades partilhadas e a expectativa familiar de que seja "forte", o organismo pode desenvolver mecanismos dissociativos que impedem a simbolização consciente de estados depressivos.

O CAQ, através de itens mais indiretos e de significado implícito, pode captar experiências que permanecem fora da esfera consciente. Itens relacionados com fadiga (D5), percepção de vida sem sentido (D7), ou pensamentos sobre morte (D2) podem ser endossados por alguém que não se reconhece conscientemente como "deprimido". Em contraste, o YSR utiliza itens mais diretos ("Choro muito", "Sinto-me infeliz, triste ou deprimido") que requerem reconhecimento e nomeação explícita de estados emocionais. Se "D" desenvolveu dissociação entre o *self* orgânico que experiencia depressão e o *self* percebido que não a reconhece, responderia diferentemente conforme a estrutura dos itens. Esta hipótese é sustentada pelo relato de embotamento afetivo: "era como se eu não me importasse". A descrição de não sentir emoções quando o contexto as exigiria sugere precisamente desconexão entre experiência orgânica e consciência de si.

Hipólito (2011) conceptualiza a alexitimia como dissociação específica entre cognição e emoção, manifestando-se através de dificuldade em perceber e expressar estados emocionais. No caso de "D", o contexto familiar que punitivamente instrumentaliza as vulnerabilidades partilhadas pode ter conduzido ao desenvolvimento de alexitimia secundária – dificuldade em identificar e nomear emoções como estratégia defensiva.

Finalmente as diferenças metodológicas entre instrumentos podem ajudar também a explicar esta divergência. O CAQ avalia a depressão através de sete escalas específicas, cada uma capturando subtipos diferenciados (hipocondríaca, suicida, agitada, ansiosa, baixa-energia, culpabilidade-ressentimento, apatia-retirada), permitindo identificar padrões depressivos que não incluem todas as manifestações normais. A escala Ansiedade/Depressão da YSR é mais ampla e mista, incluindo itens de ansiedade e depressão numa única escala. O perfil depressivo específico de "D", caracterizado por baixa energia, ideação passiva, e retraimento, sem componente

expressiva acentuada (choro, verbalização de tristeza), pode não ser adequadamente capturado pela estrutura da YSR, que parece privilegiar manifestações mais exteriorizadas.

### ***V.2.8. Discussão Clínica e Conclusões***

A análise integrativa dos dados anamnésicos, observação clínica e instrumentos psicométricos revela um perfil psicológico caracterizado pela coexistência de dificuldades significativas e recursos adaptativos preservados.

#### **V.2.8.1. Síntese dos Achados Psicométricos**

O CAQ evidenciou um quadro depressivo significativo configurando um perfil depressivo internalizante caracterizado por fadiga psíquica persistente, ideação negativa e isolamento social, sem componente de agitação ou impulsividade. Adicionalmente, identificaram-se elevações em Esquizofrenia, Psicastenia, e Paranoia, sugerindo alterações ao nível do processamento cognitivo (pensamentos intrusivos, possível desorganização) e desconfiança nas relações interpessoais.

A YSR convergiu na identificação de dificuldades atencionais clinicamente significativas e Problemas Sociais, validando os relatos subjetivos de "D" e as observações clínicas. Contudo, apresentou pontuação normativa em Ansiedade/Depressão, contrastando com os achados do CAQ. A análise qualitativa dos comentários revelou capacidade notável de *insight* e autocohecimento, padrão de pensamento ruminativo marcado ("pensa demais", "muito presa no passado"), e preocupação intensa com a avaliação social ("o que as pessoas vão pensar").

As competências preservadas incluem capacidade metacognitiva, competências criativas e expressivas (desenhar, escrever, ler), desempenho acadêmico adequado em áreas específicas (excelente em Português), capacidade de estabelecer e manter amizades íntimas, sensibilidade empática, e autoimagem base positiva.

A divergência entre instrumentos no domínio depressivo sugere dissociação entre experiência organísmica e simbolização consciente, confirmando objetivamente o embotamento afetivo relatado e indicando que "D" pode experimentar organismicamente estados depressivos que não consegue reconhecer ou nomear conscientemente.

#### **V.2.8.2. Resposta às Questões de Avaliação**

##### **Questão 1: Perfil emocional e sintomatologias?**

O perfil emocional caracteriza-se por sintomatologia depressiva clinicamente significativa, de natureza internalizante e baixa energia, manifestada através de fadiga psíquica persistente, ideação negativa sobre a vida e o futuro, e retraimento social marcado. A adolescente parece não reconhecer ou nomear explicitamente estas vivências como "depressão". A ausência de queixas somáticas significativas indica que o sofrimento permanece num plano predominantemente psicológico.

### **Questão 2: Impacto das dificuldades atencionais?**

As dificuldades atencionais, objetivadas pela pontuação clínica na YSR, manifestam-se de forma transversal no funcionamento. No contexto académico, contribuem para o absentismo escolar e reprovação. Esta dificuldade poderá ter uma etiologia complexa, resultando da interação entre fadiga psíquica depressiva, desregulação circadiana severa, pensamentos intrusivos ruminativos, e sobrecarga cognitiva decorrente de conflitos familiares. Esta compreensão sugere um foco mais abrangente em vez de apenas exclusivamente a sintomatologia atencional.

### **Questão 3: Competências preservadas e recursos terapêuticos?**

A capacidade de *insight* e reflexão metacognitiva constitui o recurso mais saliente, evidenciada pela consciencialização das dificuldades e motivação para mudança. As competências criativas e expressivas (desenhar, escrever, ler) representam canais de expressão emocional e de processamento de experiências. A capacidade de estabelecer e manter amizades íntimas indica preservação de competências relacionais fundamentais, o que se refletiu na aliança terapêutica sólida e motivação para o processo de acompanhamento psicológico.

### **Questão 4: Padrões comportamentais específicos?**

O comportamento caracteriza-se por padrões de evitamento e adaptação. O absentismo escolar representa uma manifestação de múltiplos fatores: fadiga depressiva, desregulação circadiana, ansiedade social, e expressão de autonomia face ao controlo familiar excessivo. A inversão do ciclo sono-vigília pode ser compreendida como uma tentativa de regulação emocional através de evitamento experiencial. Os comportamentos adaptativos relacionados com o controlo familiar (sistemas elaborados de mentira, narrativas alternativas) representam esforços criativos para obter a autonomia desenvolvimental apropriada num contexto que a restringe, compreendidos à luz do MDP (Hipólito, 2011) como tentativas do organismo para atualizar as suas potencialidades.

### **Questão 5: Risco psicopatológico e necessidade de intervenção?**

A pontuação máxima em D2 (Depressão Suicida) exige avaliação rigorosa. No entanto, a combinação D2 elevado com D3 baixo configura ideação suicida passiva com risco reduzido

de passagem ao ato, reforçado pela ausência de histórico de comportamentos autolesivos. Não obstante, a severidade do quadro depressivo, coexistência de alterações cognitivo-percetivas, pensamentos intrusivos, e contexto familiar disfuncional configuram fatores de risco que exigem monitorização atenta e intervenção estruturada.

### **V.2.8.3. Hipóteses Diagnósticas Orientadoras**

Reconhecendo as limitações do diagnóstico tradicional na ACP (Rogers, 1951), que privilegia a compreensão fenomenológica da experiência subjetiva do cliente em detrimento da classificação nosológica, a presente secção apresenta hipóteses de diagnóstico segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision*, DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) considerando as necessidades de comunicação institucional com a CPCJ e outros profissionais:

#### ***V.2.8.3.1 Perturbação Depressiva Major, Episódio Único, Gravidade Moderada***

Considerando os critérios do DSM-5-TR (APA, 2022), o quadro de "D" corresponde a uma Perturbação Depressiva Major, Episódio Único, de Gravidade Moderada (F32.1). Foram identificados cinco sintomas com duração superior a duas semanas, o que satisfaz o Critério A: humor deprimido, anedonia, perturbações do sono, fadiga e perda de energia, e dificuldades de concentração. O sofrimento experienciado e o comprometimento funcional observado preenchem o Critério B. Não se apuraram causas orgânicas para o quadro, nem sintomatologia psicótica ou antecedentes de episódios maníacos ou hipomaníacos, pelo que os critérios C, D e E se encontram satisfeitos. A gravidade moderada é atribuída com base na posição intermédia que os sintomas, a sua intensidade e o prejuízo funcional ocupam entre os limiares leve e grave, tal como definido no manual (APA, 2022).

#### ***V.2.8.3.2 Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade: Hipótese Não Confirmada***

A possibilidade de Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Apresentação Predominantemente Desatenta, com código (F90.0), não pode ser estabelecida conclusivamente com os dados disponíveis.

Existem elementos sugestivos, nomeadamente a identificação de "problemas de atenção" aos 6 anos, cumprindo o Critério B que estabelece presença de sintomas antes dos 12 anos (APA, 2022), e as dificuldades atencionais objetivadas pela pontuação clínica em Problemas de Atenção da YSR (14). Contudo, o Critério C não foi verificado por ausência de informação de

múltiplos informantes em diferentes contextos (APA, 2022). Adicionalmente, o Critério E estabelece que os sintomas não devem ser mais bem explicados por perturbação do humor (APA, 2022).

A distinção entre PHDA primária versus dificuldades atencionais secundárias à depressão requer documentação detalhada das dificuldades aos 6 anos, avaliação longitudinal da persistência dos sintomas independentemente do humor, e observação da evolução com eventual melhoria da sintomatologia depressiva. Embora o DSM-5-TR permita diagnósticos comórbidos quando os critérios de ambos são preenchidos (APA, 2022), não existem dados suficientes para estabelecer esta comorbilidade com confiança.

#### ***V.2.8.3.3 Perturbação de Ansiedade Social: Consideração Secundária***

O diagnóstico prévio de "fobia social" e as dificuldades sociais atuais sugerem considerar Perturbação de Ansiedade Social, com código (F40.10). Observam-se elementos consistentes: preocupação constante com julgamento dos pares, timidez marcada e evitamento de contextos sociais (APA, 2022).

O DSM-5-TR distingue que na depressão a preocupação com avaliação negativa relaciona-se com sentimentos de não merecer ser gostado, enquanto na ansiedade social centra-se em comportamentos específicos (APA, 2022). Estudos indicam que a ansiedade social geralmente precede o desenvolvimento de perturbação depressiva maior, com o isolamento social crónico a funcionar como fator mediador (APA, 2022).

#### ***V.2.8.3.4 Conceptualização Integrativa na Perspetiva Centrada na Pessoa***

À luz do MDP (Hipólito, 2011), a sintomatologia observada compreende-se como a manifestação de dissociações significativas entre *self* organísmico, *self* percecionado e o *self* desejado, resultantes de condições de valor rígidas impostas pelo contexto familiar disfuncional. O embotamento afetivo relatado, a dissociação entre experiência organísmica captada pelo CAQ e a simbolização consciente refletida na YSR, e os elaborados comportamentos adaptativos desenvolvidos para lidar com as restrições familiares representam as melhores soluções possíveis que o organismo construiu para manter um funcionamento num ambiente que compromete sistematicamente a tendência atualizante.

Os sintomas não constituem patologia *per se*, mas estratégias adaptativas que o organismo desenvolveu face a condições adversas. A intervenção terapêutica, mais do que centrar-se na categorização diagnóstica, orienta-se para a criação de condições facilitadoras que permi-

tam à cliente dissolver as condições de valor interiorizadas, restaurar a congruência entre experiência organísmica e consciência, e retomar o processo de atualização das suas potencialidades inerentes. Esta compreensão situa o sofrimento psicológico não como doença a eliminar, mas como expressão de um organismo em luta por manter-se integrado face a circunstâncias que impedem o seu desenvolvimento pleno.

#### **V.2.8.4. Recomendações Específicas para Intervenção**

A avaliação psicológica realizada, cujo enquadramento ético se discute na análise crítica (Parte IV), permitiu identificar um quadro clínico que, aliado à complexidade das dinâmicas relacionais e à dissociação entre experiência organísmica e simbolização consciente, requer uma intervenção que ultrapasse o mero acompanhamento psicológico feito pelo estagiário, orientando-se para um trabalho de reestruturação através de modalidade psicoterapêutica estruturada e aprofundada por um profissional devidamente credenciado. Recomenda-se a manutenção da ACP como suporte teórico orientador, dada a boa receptividade deste pela cliente. O processo terapêutico visa facilitar a dissolução de condições de valor que impedem a atualização plena das potencialidades do organismo, permitindo que o *self* percecionado se aproxime progressivamente do *self* organísmico Hipólito (2011). No caso de "D", este processo implica trabalho específico em diversas áreas prioritárias:

A recuperação do locus de controlo interno, atualmente comprometido pelo controlo familiar excessivo e pelas responsabilidades emocionais inadequadas assumidas, permitirá o desenvolvimento de capacidade de tomada de decisão autónoma e a redução da dependência de validação externa constante.

A regulação afetiva emerge como prioridade clínica face ao embotamento afetivo e à dissociação entre cognição e emoção identificados. Hipólito (2011) conceptualiza esta dissociação como resultado de condições de valor que tornaram inaceitável a simbolização de determinadas experiências emocionais. Deverá promover-se o desenvolvimento do vocabulário emocional adequado e da tolerância ao desconforto emocional sem recurso a mecanismos dissociativos.

O estabelecimento de limites saudáveis nas relações interpessoais como forma de autocuidado, e não como rejeição do outro, permitirá à adolescente desenvolver assertividade face ao controlo materno excessivo e à triangulação familiar.

Os ciclos de dependência emocional intensa seguida de desinteresse súbito nos relacionamentos românticos sugerem dificuldades na regulação da proximidade afetiva. A relação terapêutica, oferecendo uma experiência de aceitação incondicional consistente, poderá funcionar

como experiência emocional corretiva, facilitando o desenvolvimento de padrões de vinculação mais seguros.

A tendência para assumir "personagens" distintas, embora adaptativa face às exigências familiares contraditórias, impede o desenvolvimento de autenticidade relacional. A redução da preocupação constante com o julgamento dos pares e o desenvolvimento de reciprocidade emocional saudável constituem objetivos complementares neste domínio.

A questão da intervenção farmacológica merece discussão específica. Embora a severidade da sintomatologia depressiva pudesse justificar avaliação psiquiátrica para consideração de terapêutica antidepressiva, existem argumentos clínicos para priorizar inicialmente a intervenção psicoterapêutica isolada. A idade da adolescente, os recursos pessoais preservados (*insight*, motivação, competências criativas), a ausência de tentativas suicidas ou comportamentos autolesivos prévios, e a forte componente reativa e contextual do quadro depressivo (trauma de perda, dinâmicas familiares disfuncionais, parentificação) sugerem potencial de resposta favorável ao processo terapêutico. Não obstante, recomenda-se avaliação psiquiátrica se não se verificar melhoria sintomatológica significativa ou se ocorrer agravamento do quadro clínico, particularmente emergência de ideação suicida ativa ou comportamentos de risco.

Ao nível sistémico, poderia ser benéfico uma intervenção familiar de modo a poderem ser endereçadas as dinâmicas familiares disfuncionais relatadas: triangulações múltiplas, fronteiras difusas, parentificação e padrões comunicacionais disfuncionais assim como psicoeducação sobre necessidades desenvolvimentais dos jovens e estabelecimento de modalidades alternativas de conexão que respeitem a autonomia crescente.

Propõe-se também a avaliação complementar para a PHDA cuja avaliação psicológica realizada não permitiu estabelecer de forma conclusiva a sua presença ou ausência. As implicações da eventual confirmação diagnóstica de PHDA incluiria necessidade de intervenções específicas adicionais, incluindo possivelmente intervenção farmacológica e implementação de adaptações curriculares formais através de Programa Educativo Individual.

## VI - Parte IV – Conclusão

O presente relatório documentou um percurso formativo de nove meses, ao longo dos quais foram realizadas 486 horas de atividades distribuídas por quatro áreas principais: acompanhamentos psicológicos, ações de formação, cursos e palestras e orientação vocacional. Esta diversidade de experiências proporcionou uma visão abrangente da prática profissional do psicólogo. Importa, contudo, reconhecer que a relevância deste percurso não se esgota na diversidade das experiências ou na soma das horas realizadas, residindo sobretudo na articulação entre as dimensões teórica e prática que estruturaram o trabalho desenvolvido.

A revisão da literatura empreendida na Parte I organizou-se em torno de três eixos conceptuais que emergiram da experiência dos clientes acompanhados: o altruísmo patológico, a parentificação e as vulnerabilidades psicossociais múltiplas. A análise multidisciplinar do altruísmo patológico revelou os princípios organizadores permitindo a compreensão de que padrões compulsivos de cuidado excessivo podem resultar da falha de sistemas regulatórios que deveriam modular o comportamento pró-social. A parentificação, identificada como mecanismo desenvolvimental em que a inversão prematura de papéis familiares compromete a diferenciação do *self*. Por sua vez, a análise das vulnerabilidades psicossociais demonstrou que estes fenómenos não emergem no vazio intrapsíquico, mas muitas vezes em contextos de adversidade estrutural que tendem a reforçar e a multiplicar os efeitos negativos destas condições. A convergência destes três domínios, articulada com o MDP e as atitudes facilitadoras da ACP, ofereceu uma matriz compreensiva que se revelou indispensável para aceder ao mundo subjetivo singular de cada cliente.

A relação entre teoria e prática não se configurou como uma aplicação unidirecional de conceitos à realidade dos acompanhamentos. A revisão da literatura forneceu as categorias que ajudaram a descrever e entender as dinâmicas dos clientes, mas foi o contacto direto com estes que conferiu substância a esses constructos e, em diversos momentos, os reformulou. O altruísmo patológico, por exemplo, deixou de ser uma abstração quando "C" revelou uma vida inteira organizada em torno do cuidado dos outros. A dificuldade genuína que esta cliente expressou em receber cuidado tornou o conceito verdadeiramente tangível. De modo semelhante, a parentificação adquiriu uma maior profundidade ao tornar-se visível nas dinâmicas de "D", uma adolescente cujo excessivo controlo materno reproduzia padrões de inversão de papéis e dissolução de fronteiras que a literatura descreve em termos necessariamente mais abstratos. Esta dialética constituiu, uma das aprendizagens mais significativas do estágio: a teoria ilumina a prática, mas é a prática que lhe confere uma dimensão humana.

Todos os quatro casos envolviam processos de promoção e proteção de menores e apresentavam, em diferentes configurações e intensidades, a coexistência de dinâmicas familiares disfuncionais e vulnerabilidades socioeconômicas. Esta transversalidade temática não significa, naturalmente, que os casos fossem homogêneos. Cada cliente apresentou uma configuração única de vulnerabilidades, recursos e processos de significação que exigiu do estagiário a capacidade de reconhecer padrões sem reduzir as pessoas a categorias diagnósticas, mantendo a primazia do encontro fenomenológico sobre a compreensão nosológica.

A ACP revelou-se particularmente adequada para a cliente cuja experiência relacional se construiu em torno da exigência de cuidar sem ser cuidada na medida em que promoveu um espaço onde esta pudesse ser acolhida sem condições de reciprocidade. O cuidado incondicional positivo e a não-diretividade constituíram experiências relacionais que facilitaram o desenvolvimento do autoconhecimento, a redução sintomatológica e, em alguns casos, o estabelecimento de limites relacionais mais saudáveis. Simultaneamente, as limitações identificadas, em particular a duração condicionada pelo período de estágio, a complexidade dos fatores sistêmicos e as resistências inerentes a padrões defensivos cristalizados, evidenciaram que o processo de mudança psicológica opera nos tempos próprios para cada pessoa e transcende os constrangimentos institucionais.

## **VI.1. Avaliação da Concretização dos Objetivos**

O presente estágio orientou-se por dois conjuntos de objetivos: os objetivos gerais, definidos pelo programa de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da UAL, e os objetivos específicos, estabelecidos pessoalmente no início do percurso formativo como previamente documentado.

### ***VI.1.1. Objetivos gerais do programa de mestrado***

O primeiro objetivo geral, a aplicação supervisionada de conhecimentos teóricos, foi concretizado de forma consistente ao longo dos nove meses de estágio. A condução de quatro acompanhamentos psicológicos e a realização de uma avaliação psicológica formal proporcionaram contextos diversificados para a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a formação académica. O segundo objetivo, o desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção psicológica, foi igualmente alcançado, embora com graus diferentes consoante as áreas. No domínio da intervenção, a evolução foi particularmente evidente na capacidade de escuta empática e na gestão dos silêncios; no da avaliação, a aplicação, cotação e interpretação

de instrumentos psicométricos no caso de "D", bem como a participação nas atividades de orientação vocacional, permitiram desenvolver competências que, no início do estágio, existiam apenas enquanto conhecimento teórico. O terceiro objetivo, a consolidação de uma postura ética e deontológica, constituiu talvez a dimensão mais transversal de todo o percurso. O confronto com dilemas concretos, desde a gestão da confidencialidade com os menores acompanhados pela CPCJ até à articulação entre dever de informação institucional e dever de proteção no caso de "C", permitiu compreender que a competência ética não se esgota no conhecimento do CD da OPP (2024), mas que exige uma sensibilidade que se refina através da prática. A supervisão revelou-se indispensável, proporcionando o enquadramento para que decisões complexas pudessem ser ponderadas com rigor e responsabilidade partilhada.

### ***VI.1.2. Objetivos específicos***

O primeiro objetivo, observar e compreender a dinâmica de funcionamento de uma instituição vocacionada para a saúde mental, foi plenamente alcançado. A diversidade de valências observadas, que incluiu orientação vocacional, acompanhamento e avaliação psicológica e formação, ofereceu uma visão integrada da prática profissional dificilmente possível num contexto com menor amplitude de serviços. O segundo objetivo, desenvolver competências de avaliação psicológica, concretizou-se através de duas vias complementares: a participação nas atividades de orientação vocacional, que proporcionou contacto com a aplicação e cotação de instrumentos num contexto estruturado, e a condução da avaliação de "D", com a seleção, aplicação e interpretação do CAQ e da YSR. Este segundo exercício mobilizou competências de integração de dados provenientes de múltiplas fontes e exigiu a articulação entre a formulação de hipóteses diagnósticas orientadoras e o reconhecimento das limitações do diagnóstico tradicional na perspetiva da ACP. O terceiro objetivo, adquirir competência na condução de acompanhamentos psicológicos, foi alcançado num grau que considero satisfatório, embora reconhecendo tratar-se de uma competência em desenvolvimento contínuo. Os quatro acompanhamentos permitiram experienciar a construção da aliança terapêutica, a gestão de processos contratransferenciais e a preparação para o término. Os resultados obtidos, particularmente em "C" e "D", confirmam que foi possível estabelecer relações terapêuticas genuinamente facilitadoras. O quarto objetivo, consolidar conhecimentos teóricos através da prática, revelou de forma especialmente nítida a circularidade entre teoria e experiência: conceitos como a tendência atualizante, as condições de valor e a dissociação entre experiência e simbolização ganharam uma densidade compreensiva que a leitura académica não consegue proporcionar sozinha. Finalmente, o quinto

objetivo, desenvolver a identidade profissional e competências éticas, encontra-se num processo de consolidação que o estágio iniciou, mas que se prolonga para além dele. A experiência permitiu compreender que ser psicólogo não se define pela mera posse de técnicas, mas pela qualidade da presença que oferece. Esta compreensão, que emergiu sobretudo dos momentos de maior sintonia terapêutica, constitui uma base sobre a qual a identidade profissional continuará a construir-se.

### ***VI.1.3. Objetivos emergentes***

Ao longo do estágio emergiram objetivos que não constavam da formulação inicial, mas que se revelaram tão ou mais significativos do que os previamente estabelecidos. O mais relevante foi o reconhecimento de padrões pessoais que ressoavam com as temáticas dos clientes acompanhados. A ressonância entre a história de "C" e a experiência pessoal do estagiário, particularmente no que respeita à assimetria entre o cuidar e o permitir-se ser cuidado e à legitimidade de ter necessidades próprias, tornou evidente que estas questões não se circunscreviam ao espaço terapêutico, mas interpelavam diretamente o estagiário e a sua própria história. Desta constatação emergiu um objetivo que se impôs com clareza crescente: o trabalho deliberado sobre esses padrões como condição para uma prática que não reproduzisse, na relação com os clientes, as dinâmicas que o estagiário reconhecia em si próprio, nomeadamente a tendência protetora e a dificuldade no confronto.

Este primeiro objetivo articulou-se estreitamente com um segundo: a necessidade de psicoterapia pessoal como compromisso ético contínuo, e não como recurso pontual. O processo psicoterapêutico pessoal, iniciado em paralelo com o estágio, revelou-se instrumental na elaboração das dimensões contratransferenciais identificadas e beneficiou diretamente a qualidade do acompanhamento oferecido, confirmando que o desenvolvimento pessoal e o desenvolvimento profissional são, neste domínio, inseparáveis.

Um terceiro objetivo emergente relaciona-se com o desenvolvimento deliberado da tolerância à incerteza. A experiência clínica revelou que o trabalho com padrões profundamente enraizados não produz mudanças visíveis de sessão para sessão, e que confiar no processo implica aceitar longos períodos sem resultados tangíveis. Perante esta constatação, cultivar a capacidade de permanecer presente sem a necessidade de ver progresso imediato tornou-se um objetivo consciente, particularmente nos casos em que a tentação de forçar *insights* ou de introduzir intervenções mais diretivas ameaçava comprometer o respeito pelos ritmos do cliente.

Em síntese, a avaliação global da concretização dos objetivos revela um percurso marcado por avanços significativos nas competências técnicas, relacionais e éticas, acompanhados

pelo reconhecimento das áreas que exigem desenvolvimento continuado. Os objetivos emergentes são indicadores de uma consciência crescente daquilo que ainda não se sabe e do caminho que se tem pela frente.

## **VI.2. Análise Crítica da Experiência de Estágio**

A avaliação global da experiência de estágio exige que se considere simultaneamente as condições que a favoreceram e as que a limitaram. O contexto institucional em que o estágio decorreu proporcionou uma amplitude de experiências que dificilmente teria sido possível noutra enquadramento. A diversidade de atividades no local de estágio permitiu uma visão integrada da prática profissional do psicólogo que transcendeu a exposição a uma única valência clínica, mobilizando competências distintas e complementares.

A qualidade da supervisão constituiu, sem dúvida, o fator facilitador mais determinante do percurso. A orientadora de estágio proporcionou não apenas orientação técnica, mas um enquadramento relacional de segurança que juntamente com a intervenção semanal com os outros estagiários e profissionais permitiu obter perspetivas diversas e a normalização de dificuldades que, vividas isoladamente, poderiam ter sido paralisantes.

O contacto direto com populações em situação de vulnerabilidade psicossocial múltipla conferiu ao estágio uma profundidade sistémica que refinou a compreensão de que mais do que resolver circunstâncias, o papel do psicólogo é o de facilitar uma relação diferente da pessoa consigo própria e com essas circunstâncias.

### ***VI.2.1. Limitações e Dificuldades***

A complexidade dos fatores sistémicos que envolviam alguns dos casos acompanhados constituiu uma dificuldade. Os processos da CPCJ, a instabilidade socioeconómica e as dinâmicas familiares disfuncionais operavam simultaneamente como contexto de vida dos clientes e como obstáculo a mudanças estruturais profundas. O acompanhamento psicológico não poderia alterar as condições materiais que sustentavam parte significativa do sofrimento observado. Esta constatação exigiu a aceitação de uma impotência parcial que, para um estagiário ansioso por demonstrar eficácia, se revelou particularmente exigente.

A modalidade *online*, utilizada em um dos acompanhamentos por impossibilidade de deslocação da cliente, introduziu dificuldades adicionais na construção da relação terapêutica pela dificuldade em sustentar as atitudes de compreensão empática e congruência e, ao mesmo tempo, da cliente se aperceber destas. A irregularidade na frequência das sessões, condicionada

por circunstâncias de vida dos clientes e pelo calendário institucional, afetou também a continuidade do trabalho terapêutico, cuja gestão exigiu a aceitação das limitações reais impostas pelo contexto, resistindo à tentação de comunicar desaprovação que pudesse ser experienciada como mais uma exigência numa vida já sobrecarregada de exigências.

### ***VI.2.2. Enquadramento Ético***

Os princípios éticos aprofundados na Parte I deste relatório ganharam, com a prática clínica, uma dimensão experiencial que a formação teórica, por si só, não proporciona. Se a integridade e o respeito pelos direitos dos clientes se alinharam naturalmente com os valores pessoais, a gestão dos limites da competência profissional revelou-se o desafio mais exigente, particularmente nos momentos em que a complexidade das situações ultrapassava a experiência do estagiário e a tentação de oferecer mais do que a formação permitia se tornava mais presente. Esta capacidade pressupõe uma vulnerabilidade que nem sempre é confortável assumir, constituindo talvez a competência ética mais difícil de adquirir.

Uma tensão de natureza diferente emergiu no caso "D", onde a obrigatoriedade académica de realizar uma avaliação formal colocou a questão de saber se o procedimento servia primariamente o interesse da cliente ou o interesse formativo do estagiário. A gestão deste dilema passou pela transparência, explicitando simultaneamente a utilidade clínica e o enquadramento formativo, e pelo consentimento específico que assegurou a compreensão dos objetivos. Retrospectivamente, a avaliação revelou-se clinicamente útil, mas a tensão inicial permanece como aprendizagem sobre a necessidade de escrutínio ético mesmo em procedimentos aparentemente rotineiros.

A navegação destes desafios assentou na supervisão, na intervenção e na reflexão pessoal, pilares que, em conjunto, sustentaram a compreensão de que a competência ética não constitui um estado a atingir, mas um processo contínuo de ajustamento às circunstâncias concretas de cada situação.

### ***VI.2.3. Contraste de realidades desenvolvimentais***

Uma dimensão da experiência de estágio que merece reflexão particular relaciona-se com o contraste entre duas realidades que coexistiram ao longo dos meses de trabalho. De um lado, o contacto com crianças e famílias em situações de grande adversidade, inseridas em processos de promoção e proteção, cujas histórias revelavam negligência, maus-tratos, precariedade e sofrimento acumulado. Do outro, os processos de orientação vocacional, onde jovens

apoiados por pais interessados e disponíveis exploravam as suas potencialidades, discutiam opções de futuro e demonstravam um desenvolvimento sustentado por condições familiares favoráveis. Este contraste, vivido quase em simultâneo por força da coexistência das atividades no mesmo período, tornou visceralmente concreto aquilo que a literatura desenvolvimental e vulnerabilidades psicossociais descreve em termos necessariamente mais abstratos. Este contraste reforçou a convicção de que a intervenção psicológica, sendo indispensável, não pode ser dissociada das condições estruturais que produzem e perpetuam a vulnerabilidade, e de que o papel do psicólogo inclui, necessariamente, uma consciência crítica sobre as desigualdades que atravessam a sociedade em que opera.

#### ***VI.2.4. Sugestões para Melhoria do Processo de Estágio***

A reflexão sobre o percurso realizado permite identificar algumas dimensões em que o processo de estágio poderia ser aprimorado, reconhecendo embora que as limitações identificadas decorrem de constrangimentos estruturais que transcendem a capacidade de decisão de qualquer interveniente isolado.

Em primeiro lugar, a transição entre o estágio e a continuidade dos acompanhamentos beneficiaria de um protocolo mais estruturado de referenciação e passagem de casos. Embora a referenciação tenha sido assegurada em todos os casos que a requeriam, um procedimento formalizado que incluísse sessões de transição conjuntas entre o estagiário cessante e o profissional que assume o acompanhamento poderia atenuar o impacto da descontinuidade para clientes cuja história relacional já inclui possivelmente experiências de rutura.

Em segundo lugar, a articulação entre a instituição de estágio e a universidade poderia beneficiar de momentos de contacto mais frequentes ao longo do percurso, e não apenas nos momentos formais de avaliação. Esta articulação permitiria uma melhor integração entre as exigências académicas e as realidades do trabalho clínico, evitando tensões éticas como a descrita a propósito da avaliação psicológica no caso "D".

### **VI.3. Desenvolvimento de Competências Profissionais**

O início do percurso caracterizou-se por uma tendência de preenchimento de silêncios com respostas de compreensão papagueadas e por uma abordagem que privilegiava a transmissão de informação em detrimento da escuta. As atitudes facilitadoras tinham sido extensamente praticadas no contexto do mestrado e o estagiário sabia, em teoria, o que lhe era pedido. Contudo, o confronto com pessoas reais, em sofrimento real, instalou um “pânico” de demonstrar valor que o levava a reverter para respostas mecânicas, como se a segurança do formulaico

pudesse compensar a vulnerabilidade de estar genuinamente presente. O que se foi consolidando ao longo do percurso, num processo lento e feito de recuos, foi a consolidação da confiança no processo e que a escuta não é o que se faz enquanto se espera para intervir, mas é, em si mesma, a intervenção.

O desenvolvimento da congruência enquanto competência praticada constituiu outro eixo significativo. A Parte III descreveu um momento em que esta competência falhou, quando a revelação do trauma de "C" encontrou uma resposta empática formulada que não traduzia o que o estagiário efetivamente sentia. Importa reconhecer que este episódio não foi apenas uma falha, mas também um ponto de inflexão. Como muitas situações na vida é o erro que se torna o melhor mestre. A experiência de não ser congruente ensinou o que a congruência verdadeiramente exige. Não se trata apenas de transparência emocional, mas da coragem de se apresentar genuinamente vulnerável na relação.

Uma terceira dimensão que merece destaque é a elaboração dos relatórios clínicos enquanto instrumento de desenvolvimento do pensamento clínico. Os primeiros relatórios tendiam a reproduzir cronologicamente os conteúdos verbalizados pelo cliente. Progressivamente, a escrita foi-se tornando um espaço de elaboração dos movimentos em sessão refletindo a mesma evolução na capacidade de apreender a experiência das consultas nos seus múltiplos níveis.

#### **VI.4. Reflexão sobre o Desenvolvimento Pessoal**

As dimensões mais evidentes do desenvolvimento pessoal ao longo do estágio foram já examinadas na reflexão crítica do caso "C" e nos objetivos emergentes da presente conclusão, contudo gostava de elaborar ainda sobre o impacto emocional do trabalho com populações em situação de grande adversidade e o contributo da experiência profissional anterior para o percurso formativo.

O contacto continuado com os clientes inseridos em processos de promoção e proteção e até mesmo as sessões de supervisão e as histórias dos colegas de curso produziu uma coloração na lente percetiva do estagiário. A exposição repetida a histórias de negligência, de ambientes familiares hostis ao desenvolvimento e de sofrimento acumulado desde a infância instalou, em certos momentos, uma negridão que levava a identificar situações semelhantes em todo o lado, acompanhada de um sentimento de impotência que por vezes se aproximou de uma espécie de niilismo: a sensação de que qualquer esforço individual não passa de um grão de areia num deserto, e de que as condições estruturais que produzem este sofrimento são dema-

siado vastas para que a intervenção psicológica faça verdadeiramente diferença. Esta deformação perceptiva constitui, reconheço, um risco ocupacional que exige atenção continuada, e a sua emergência durante o estágio foi em si mesma uma aprendizagem sobre a necessidade de cuidar do cuidador. Contudo, foi a própria experiência de contato com estas realidades que ofereceu o contraponto a este niilismo. Acompanhar "C" ao longo de meses permitiu testemunhar uma pessoa que, confrontada com uma acumulação de adversidades que dificilmente se imaginaria sem a ter vivido de perto, encontrava ainda assim formas de se reorganizar e de crescer. A tendência atualizante, tantas vezes estudada como conceito teórico, tornou-se observável: “é no fogo que o ferro é transformado”.

O percurso de estágio foi também marcado pela especificidade de constituir uma mudança de carreira. A experiência anterior em gestão de projetos numa empresa tecnológica não proporcionou competências diretamente transponíveis para a prática clínica, mas formou uma base operacional que se revelou útil: as capacidades de organização, planeamento e execução facilitaram a gestão simultânea de múltiplas atividades, e a experiência de reconciliar perspetivas divergentes em contexto profissional ofereceu uma familiaridade com a navegação de dinâmicas interpessoais complexas que, pontualmente, se mostrou relevante nas sessões. A idade, por sua vez, constituiu um fator ambivalente. Sendo consideravelmente mais velho do que os restantes estagiários, o estagiário beneficiou de uma competência percebida que excedia a competência real, o que facilitou o estabelecimento da relação terapêutica.

O estágio confirmou o interesse genuíno pelo acompanhamento psicológico, mas suscitou igualmente uma reflexão sobre o lugar onde o contributo pessoal poderá ser mais significativo. A confluência entre a formação em psicologia clínica e as competências técnicas provenientes da carreira anterior abre a possibilidade de um contributo que não se limite à prática clínica direta, mas que possa potenciar o trabalho de outros profissionais, seja através do desenvolvimento de ferramentas, de sistemas ou de metodologias que sirvam a prática psicológica. Esta reflexão, ainda em maturação, constitui uma das direções que o percurso pós-estágio procurará explorar.

## VII - Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B., & Gonçalves, M. (2022). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores (Edição revista)*. Psiquilíbrios Edições.
- 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)
- Amaral-Bastos, M. M., Araújo, B. R., & Caldas, A. C. (2022). Fatores protetores e de vulnerabilidade no processo de resiliência em adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 28, 87–97.  
<https://doi.org/10.19131/rpesm.348>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th-TR). American Psychiatric Association.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2025). *Suicide and suicide prevention*.  
<https://www.apa.org/topics/suicide/>
- Bachner-Melman, R., & Oakley, B. (2016). Giving “Til It Hurts”: Eating Disorders and Pathological Altruism. *Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders*, 91–103. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-32742-6\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-32742-6_7)
- Baravalle, L. (2014). As muitas faces do altruísmo: pressões seletivas e grupos humanos. *Scientiae Studia*, 12(1), 97–120. <https://doi.org/10.1590/s1678-31662014000100005>
- Barrett-Lennard, G. T. (2015). *The relationship inventory: a complete resource and guide*. Wiley-Blackwell.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Borchet, J., Lewandowska-Walter, A., Połomski, P., Peplińska, A., & Hooper, L. M. (2021). The relations among types of parentification, school achievement, and quality of life in early adolescence: An exploratory study. *Frontiers in Psychology*, 12(635171).  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635171>

- Bourke, A. F. G. (2014). Hamilton's rule and the causes of social evolution. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1642), 20130362–20130362. <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0362>
- Brodley, B. T. (1998). O Conceito de Tendência Actualizante na Teoria Centrada no Cliente. *A Pessoa Como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 2, 37–49.
- Buber, M. (1958). *I and Thou* (2nd ed., R. G. Smith, Trans.). Charles Scribner's Sons. (Original work published 1923)
- Caldeira, C., Ferraz da Costa, M., & Ferra, A. (1977). Seis notas sobre Antropoanálise. *Análise Psicológica*, 1(1), 41–54. <https://repositorio.ispa.pt/bitstreams/3240cc9d-7e75-4859-b836-e180eec56410/download>
- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., & Rodrigues, S. (2019). Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Portugueses em Acolhimento Residencial. *Configurações*, 23, 105–122. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.7116>
- Carmo, G. M. do, Santos, L. B. P., & Paquiela, L. C. K. dos S. (2024). A influência da vulnerabilidade social na saúde mental de adultos: uma revisão integrativa. *Revista Contemporânea*, 4(11), 1–22. <https://doi.org/10.56083/RCV4N11-158>
- Chiao, J. Y., Blizinsky, K. D., Mathur, V. A., & Cheon, B. K. (2012). Culture–gene coevolution of empathy and altruism. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 291–297). Oxford University Press.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder: Saúde mental em Portugal - Um retrato da realidade*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Cooper, M., & McLeod, J. (2011). Person-Centered Therapy: a Pluralistic Perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 210–223. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.599517>
- Dariotis, J. K., Chen, F. R., Park, Y. R., Nowak, M. K., French, K. M., & Codamon, A. M. (2023). Parentification vulnerability, reactivity, resilience, and thriving: A mixed methods systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 6197–6197. National Library of Medicine. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136197>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

- Domínguez, C., González, D., Navarrete, D., Zicavo, N., Domínguez, C., González, D., Navarrete, D., & Zicavo, N. (2019). Parentification in single-parent families. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 346–355. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1891>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Acesso a serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários*. ERS. [https://www.ers.pt/media/slzpzdwk/estudo\\_saude\\_mental\\_02-2023.pdf](https://www.ers.pt/media/slzpzdwk/estudo_saude_mental_02-2023.pdf)
- Escoval, H. (1999). Psicoterapias humanistas e existenciais: Estudo comparativo. *A Pessoa Como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 42–51. <https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/12/PSICOTERAPIAS-HUMANISTAS-E-existencias1.pdf>
- Fazenda, I. (2017). Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social. *Ciências E Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 3(1), 81–104. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2017.viia1/pp.81-104>
- Gaspar, T., Tomé, G., Cerqueira, A., Botelho Guedes, F., Raimundo, M., & Gaspar de Matos, M. (2020). Mental Health and Interpersonal Relationships Impact in Psychological and Physical Symptoms During Adolescence. *EREBEA. Revista de Humanidades Y Ciencias Sociales*, 10, 147–164. <https://doi.org/10.33776/erebea.v10i0.4957>
- Girdhar, A., & Patil, R. K. (2023). Caregivers' burden in patients with bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with anxiety and depression in caregivers: A narrative review. *Cureus*, 15(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.47497>
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. *A Pessoa Como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 13–24. <https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/12/BIOGRAFIA-DE-CARL-ROGERS1.pdf>
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. EDIUAL. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/3/Auto%20org.%20com%20capa.pdf>
- Hooper, L. M., DeCoster, J., White, N., & Voltz, M. L. (2011). Characterizing the magnitude of the relation between self-reported childhood parentification and adult psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 1028–1043. <https://doi.org/10.1002/jclp.20807>

- Hooper, L. M., Doehler, K., Wallace, S., & Hannah, N. (2011). The Parentification Inventory: Development, Validation, and Cross-Validation. *The American Journal of Family Therapy*, 39(3), 226–241. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.531652>
- Instituição. (1993). Convenção de psicologia. *Revista Da Especialidade*.
- Instituição. (2010). *Boletim de Sociologia Militar* [Comunicação].
- Instituição. (2018). *Anuário*. Instituição.
- Instituição. (2020). Instituição - artigo sobre a Instituição. *Revista Oficial Da Ordem Dos Psicólogos Portugueses*, 20. site da OPP
- Instituição. (2022a). *Site da Instituição - Quem somos*. Site Da Instituição.
- Instituição. (2022b). *Site da Instituição - Quem somos - específico*. Site Da Instituição.
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the Self: Women and Depression*. William Morrow.
- Joiner, T. E. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kaufman, S. B., & Jauk, E. (2020). Healthy selfishness and pathological altruism: Measuring two paradoxical forms of selfishness. *Frontiers in Psychology*, 11(1006). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01006>
- Kaufman, S. B., Weiss, B., Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2018). Clinical correlates of vulnerable and grandiose narcissism: A personality perspective. *Journal of Personality Disorders*, 32(3), 384–424. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.3.384>
- Khafī, T. Y., Yates, T. M., & Luthar, S. S. (2014). Ethnic Differences in the Developmental Significance of Parentification. *Family Process*, 53(2), 267–287. <https://doi.org/10.1111/famp.12072>
- Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 368–383). Oxford University Press.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Krug, S. E., Barros, A., & Rocha, A. M. (1995). *Manual Questionário de Análise Clínica (CAQ)*. CEGOC-TEA.
- Krug, S. E., Cattell, R. B., & Delhees, K. H. (1980). *Clinical Analysis Questionnaire Manual*. Champaign: Institute for Personality and Ability Testing.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor.

- Lei n.º 57/2008, de 4 de setembro – Estatuto da Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2008). Diário da República, 1.ª Série, n.º 171. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2008-75104255>
- Lei n.º 147/99, de 1 de setembro – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. (1999). Diário da República, 1.ª Série-A, n.º 204. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619>
- Li, M., & Rodin, G. (2012). Altruism and suffering in the context of cancer. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 138–152). Oxford University Press.
- Marques, P. (2000). Em Torno do Termo Congruência. *A Pessoa Como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 90–94.
- Masiran, R., Ibrahim, N., Awang, H., & Lim, P. Y. (2023). The Positive and Negative Aspects of parentification: an Integrated Review. *Children and Youth Services Review*, 144(106709), 106709. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106709>
- Mearns, D., Thorne, B., & McLeod, J. (2013). *Person-Centred Counselling in Action* (4th ed.). Sage.
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59–64. <https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/12/UMA-ABORDAGEM-SOBRE-A-relacao-de-ajuda1.pdf>
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T. B., & Stiver, D. J. (2012). Empathy-based pathogenic guilt, pathological altruism, and psychopathology. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 11–26). Oxford University Press.
- O'Connor, R. C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 297–308. <https://doi.org/10.1080/713848941>
- Oakley, B. A. (2012). *Pathological altruism*. Oxford University Press.
- Oakley, B. A. (2013). Concepts and implications of altruism bias and pathological altruism. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(Supplement\_2), 10408–10415. <https://doi.org/10.1073/pnas.1302547110>
- Oakley, B., Knafo, A., & McGrath, M. (2012). Pathological altruism—an introduction. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 3–9). Oxford University Press.

- Observatório Nacional. (2021). *A Saúde Mental em Portugal: um breve retrato epidemiológico e social*. Rede Europeia Anti-Pobreza Portugal. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAde-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Crise económica, pobreza e desigualdades: Relatório sobre impacto socioeconómico e saúde mental*. OPP. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/crise\\_economaica\\_pobreza\\_e\\_desigualdades.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/crise_economaica_pobreza_e_desigualdades.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *Código Deontológico*. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo\\_deontolaogico\\_regulamento\\_nao\\_898\\_2024.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico_regulamento_nao_898_2024.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025). *Vamos falar sobre suicídio?* [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp\\_diamundialprevencaosuicidio\\_documento.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_diamundialprevencaosuicidio_documento.pdf)
- Pamplona, A. V., & Monteiro, L. F. (2011). Psicologia Militar. In *Psicologia Aplicada*. RH Editores.
- Pereira, M. da G., & Carvalho, H. (2012). Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas Em Psicologia*, 20(2), 369–383. <https://doi.org/10.9788/tp2012.2-07>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (5th ed.). Wiley.
- Ribeiro. (2023). *Serviço específico da Instituição*. site da instituição
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: a therapist's View of Psychotherapy*. Constable.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In *Psychology: A Study of a Science* (pp. 184–256). McGraw-Hill.
- Schorr, S., & Goldner, L. (2023). “Like stepping on glass”: A theoretical model to understand the emotional experience of childhood parentification. *Family Relations*, 72(5). <https://doi.org/10.1111/fare.12833>

- Seelig, B. J., & Rosof, L. S. (2001). Normal and Pathological Altruism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(3), 933–959.  
<https://doi.org/10.1177/00030651010490031901>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Prevenção do suicídio: Manual para profissionais de saúde*. <https://prevenirsuicidio.pt/wp-content/uploads/2022/09/I001.-Pre-venc%CC%A7a%CC%83o-do-Suici%CC%81dio-%E2%80%93Manual-para-Profissionais-de-Saude.pdf>
- Shlien, J. (1998). Empatia em Psicoterapia. *A Pessoa Como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 1, 40–53.
- Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *PubMed*, 28(3), 245–250.
- Silva. (2016). *Relatório da Instituição*.
- Silva, J. A. P., Coelho, M. T. Á. D., & Pontes, S. A. (2017). Psicanálise e universidade: A experiência do estágio em psicologia clínica com orientação psicanalítica. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 6(1), 44–44. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v6i1.1065>
- Sun, S. (2018). From Defensive Altruism to Pathological Altruism. *SAGE Open*, 8(2), 1–8.  
<https://doi.org/10.1177/2158244018782585>
- Tomek, S., Judyta Borchet, Jiang, S., Maciej Dębski, & Hooper, L. M. (2024). Patterns of Parentification, Health, and Life Satisfaction: A Cluster Analysis. *Contemporary Family Therapy*, 46(1), 21–36. <https://doi.org/10.1007/s10591-023-09668-7>
- Traphagan, J. W. (2012). Altruism, pathology, and culture. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 272–285). Oxford University Press.
- Universidade Autónoma de Lisboa. (2024a). *Psicologia Clínica e de Aconselhamento - Mestrado*. <https://autonoma.pt/cursos/psicologia-clinica-e-de-aconselhamento/>
- Universidade Autónoma de Lisboa. (2024b). *Regulamento Estágios UAL 2024-2025*.
- Widiger, T. A., & Presnall, J. R. (2012). Pathological altruism and personality disorder. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 85–93). Oxford University Press.
- Zahn-Waxler, C., & Van Hulle, C. (2012). Empathy, guilt, and depression. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 321–344). Oxford University Press.