



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**

**“LUÍS DE CAMÕES”**

**ENTRE A VULNERABILIDADE E A ESPERANÇA: DESAFIOS E  
APRENDIZAGENS NA INTERVENÇÃO CLÍNICA COM ADOLESCENTES**

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

Autor: Eduardo Luis Pires Rodrigues

Orientador: Professor Doutor José Manuel Guimarães de Magalhães

Número do candidato: 30002637

**Abril de 2024**

**Lisboa**

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho e especialmente do estágio foi uma etapa exigente, no entanto, todas as experiências e vivências foram importantes para a minha aprendizagem, não só enquanto pessoa, mas particularmente enquanto futuro psicólogo. Expresso um profundo e especial agradecimento à Professora Doutora Rute Brites, pela sua disponibilidade e orientação nas aulas de supervisão de estágio. Não teria sido possível concluir o estágio sem a sua incansável ajuda e compreensão. Agradeço à Professora Doutora Odete Nunes pela partilha do seu saber e dos conhecimentos transmitidos nas aulas de supervisão. Foram momentos de grande aprendizagem, mas também de “relação de ajuda”.

A todos os Professores ao longo dos dois anos de formação, em especial à Professora Doutora Luísa Ribeiro, à Professora Doutora Rute Brites e ao Professor Doutor Tito Laneiro.

O meu obrigado à Dra. Luísa Ferreirinho pela sua disponibilidade e profissionalismo.

Aos meus colegas de turma, em especial ao Nuno, ao Vítor ao Gabriel e à Filipa.

Companheiros de viagem...

Aos utentes e a todas as Técnicas da “Casa Seis”, em especial à Dra. Andreia Cabrito pela disponibilidade que demonstrou desde o início em acolher o meu estágio.

Ao Professor Doutor José Magalhães pela orientação do relatório de estágio e em especial pela sua disponibilidade.

A toda a minha família, em especial à Teresa pelo apoio que me deu neste percurso....

Ambos o fizemos.

## **Resumo**

Este relatório de estágio corresponde ao trabalho final para a obtenção do grau de Mestre, do curso de Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, ministrado na Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio foi realizado no serviço de CAFAP da “Casa Seis IPSS”, ao longo de seis meses, num total de 400 horas. Durante o estágio, foram realizadas diversas atividades, incluindo a realização de avaliações psicológicas, sessões de psicoterapia individual e em grupo, e participação em reuniões de equipa multidisciplinar. A abordagem terapêutica adotada baseou-se em princípios da psicologia cognitivo-comportamental, adaptada às necessidades específicas dos jovens atendidos pela instituição e sendo esta a corrente adotada. Não obstante em nada houve oposição a utilizar a Abordagem Centrada na Pessoa. Além disso, o estágio proporcionou a oportunidade de trabalhar em estreita colaboração com outros profissionais, como assistentes sociais, educadores e médicos, para garantir uma abordagem integrada e holística no cuidado dos jovens. A supervisão clínica regular foi fundamental para o desenvolvimento profissional, fornecendo orientação e apoio na condução dos casos clínicos. Ao longo do estágio, foram enfrentados desafios significativos, como lidar com traumas e dificuldades emocionais dos jovens, além de questões éticas e de confidencialidade. No entanto, esses desafios também proporcionaram oportunidades de aprendizagem e crescimento pessoal. No geral, o estágio na Casa Seis IPSS foi uma experiência enriquecedora, que permitiu a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos na formação académica, bem como o desenvolvimento de habilidades clínicas e interpessoais essenciais para a prática profissional em psicologia clínica.

**Palavras-chave:** Psicologia Clínica, Abordagem Centrada na Pessoa, Adolescência.

## **Abstract**

This internship report is the final work for the Master's degree in Psychology, specializing in Clinical and Counselling Psychology, taught at the Autonomous University of Lisbon. The internship was carried out at the CAFAP service of "Casa Seis IPSS", over six months, for a total of 400 hours. During the internship, various activities were carried out, including psychological assessments, individual and group psychotherapy sessions, and participation in multidisciplinary team meetings. The therapeutic approach adopted was based on the principles of cognitive-behavioral psychology, adapted to the specific needs of the young people served by the institution. However, there was no opposition to using the Person-Centered Approach. In addition, the internship provided the opportunity to work closely with other professionals, such as social workers, educators and doctors, to ensure an integrated and holistic approach to the care of young people. Regular clinical supervision was fundamental to professional development, providing guidance and support in the conduct of clinical cases. Throughout the internship, significant challenges were faced, such as dealing with young people's trauma and emotional difficulties, as well as ethical and confidentiality issues. However, these challenges also provided opportunities for learning and personal growth. Overall, the internship at Casa Seis IPSS was an enriching experience, which allowed the practical application of the theoretical knowledge acquired in academic training, as well as the development of clinical and interpersonal skills essential for professional practice in clinical psychology.

**Keywords:** Clinical Psychology, Person-Centered Approach, Adolescence.

## Índice

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Introdução .....                                              | 8  |
| PARTE I: Revisão de Literatura .....                          | 10 |
| Capítulo I.....                                               | 10 |
| 1.1 A Psicologia Clínica.....                                 | 10 |
| 1.2 Terapia Centrada na Pessoa .....                          | 13 |
| 1.3 A Importância do Afeto na Infância e na Adolescência..... | 16 |
| 1.4 Direitos das Crianças e Jovens .....                      | 17 |
| Capítulo II .....                                             | 19 |
| 2.1 Contextualização do local de estágio .....                | 19 |
| 2.2 Cronograma.....                                           | 20 |
| 2.3 Instrumentos Utilizados .....                             | 21 |
| 2.4 Entrevista Clínica .....                                  | 21 |
| 2.5 Desenho da Família.....                                   | 23 |
| 2.6 Desenho da Figura Humana .....                            | 24 |
| 2.7 CAT-A / CAT-H e TAT.....                                  | 24 |
| 2.8 Testes Psicométricos e/ou Projetivos Utilizados:.....     | 24 |
| PARTE II: Trabalho de Estágio .....                           | 27 |
| Trabalho de Estágio.....                                      | 27 |
| Estudo de caso A.....                                         | 28 |
| Contrato e plano terapêutico – Setting .....                  | 28 |
| Problemáticas .....                                           | 29 |
| Intervenção Psicológica .....                                 | 30 |
| Exame do estado mental.....                                   | 31 |
| Nível de consciência .....                                    | 31 |
| Motricidade .....                                             | 32 |
| Análise ao exame do estado Mental .....                       | 32 |
| História Pessoal.....                                         | 32 |
| Consumos/hábitos .....                                        | 33 |
| Dinâmica familiar.....                                        | 34 |
| Relação familiar .....                                        | 34 |
| História Médica.....                                          | 34 |
| História da doença atual .....                                | 34 |
| Análise Diagnóstica do caso .....                             | 35 |
| Fatores de Risco que apoiam o Prognóstico.....                | 35 |
| Síntese das Sessões .....                                     | 37 |

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Discussão e Análise Clínica .....                                      | 40 |
| Estudo de caso B .....                                                 | 42 |
| Contrato e plano terapêutico – Setting .....                           | 42 |
| Intervenção Psicológica .....                                          | 44 |
| Exame do estado mental.....                                            | 45 |
| Nível de consciência .....                                             | 45 |
| Motricidade .....                                                      | 46 |
| Análise ao exame do estado Mental.....                                 | 46 |
| História Pessoal.....                                                  | 47 |
| Socialização (relação com os outros, atividades, tempos livres): ..... | 48 |
| Consumos/hábitos .....                                                 | 48 |
| Dinâmica familiar.....                                                 | 48 |
| Relação familiar .....                                                 | 48 |
| História Médica.....                                                   | 49 |
| História da doença atual.....                                          | 49 |
| Análise Diagnóstica do caso .....                                      | 49 |
| Fatores de Risco que apoiam o Prognóstico.....                         | 51 |
| Síntese das Sessões .....                                              | 52 |
| Discussão e Análise Clínica .....                                      | 54 |
| Análise de Testes Psicométricos .....                                  | 56 |
| Reflexão do Trabalho de Estágio .....                                  | 58 |
| Referências bibliográficas.....                                        | 60 |

### **Índice de Tabelas**

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Cronograma de Estágio.....     | 20 |
| Tabela 2 - Atividades Vs Profissões ..... | 57 |

### **Índice de Figuras**

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Análise de Teste Psicométrico IPP..... | 56 |
|---------------------------------------------------|----|

## **Lista de Siglas**

|          |                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ACP      | Abordagem Centrada na Pessoa                                                |
| APA      | American Psychological Association                                          |
| CAFAP    | Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental                          |
| CAT-A    | Childrens Apperception Test - Animals                                       |
| CAT-H    | Childrens Apperception Test - Humans                                        |
| CNPDPCJ  | Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens |
| CPCJ     | Comissões de Proteção de Crianças e Jovens                                  |
| IPP      | Interesses e Preferências Profissionais                                     |
| IPP      | Inventário de Preferências Profissionais                                    |
| IPSS     | Instituição Particulares de Solidariedade Social                            |
| LPCJP    | Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo                              |
| LTE      | Lei Tutelar Educativa                                                       |
| ONU      | Organização da Nações Unidas                                                |
| OPP      | Ordem dos Psicólogos Portugueses                                            |
| PAG      | Perturbação de Ansiedade Generalizada                                       |
| TCP      | Terapia Centrada na Pessoa                                                  |
| TDAH     | Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade                         |
| UAL      | Universidade Autónoma de Lisboa                                             |
| WISC-III | Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças                            |

## **Introdução**

O estágio curricular em Psicologia Clínica e Aconselhamento é uma parte essencial da formação em Psicologia, proporcionando a oportunidade de aplicar teorias, técnicas e competências adquiridas em ambiente clínico e/ou terapêutico. Durante o período de estágio, fui colocado na Casa Seis, IPSS em Mira Sintra, sob a supervisão da Dra. Andreia Cabrito, com o objetivo de adquirir experiência prática no campo da Psicologia Clínica e aprofundar o meu entendimento e experiência no que diz respeito às complexidades do trabalho e da relação terapêutica.

Toda a prática clínica neste contexto de intervenção seguiu o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), abordando as questões éticas inerentes ao contexto de intervenção. O plano de atividades inicial estabelecido foi adaptado de acordo com as normas da instituição, incorporando atividades que enriqueceram e acrescentaram ao trabalho realizado e permitiram a concretização dos objetivos propostos quer da parte da Casa Seis, quer da minha parte enquanto estagiário. Foi sempre tido em linha de consideração este “match” que permitiu em última análise beneficiar os utentes deste equipamento social.

O horário semanal foi definido de acordo com as necessidades expostas pela Casa Seis e da minha parte também, isto é, foi decidido que iria segunda-feira das 9h30 às 16h30, quinta e sexta-feira das 8h30 às 16h30, o que correspondeu à totalidade de 20 horas semanais. Contudo, este horário foi sendo ajustado sempre que necessário por ambas as partes e respeitando as necessidades dos beneficiários.

Este relatório documenta a minha experiência de estágio em acompanhamento psicológico, destacando as atividades realizadas, as populações atendidas, as abordagens terapêuticas e os desafios enfrentados ao longo do estágio, mas também os sucessos e uma visão acerca das histórias de vida de alguns clientes e da forma como foram ajudados. Pretende também ser uma reflexão sobre a minha própria evolução como estagiário e sobre a aplicação das teorias psicológicas em prática clínica.

Durante o período do estágio, tive a oportunidade de trabalhar com uma multiplicidade de clientes, abrangendo uma pluralidade de idades, questões emocionais e psicológicas. Cada encontro clínico proporcionou “insights” valiosos sobre a complexidade da experiência humana e a importância do papel do psicólogo no auxílio ao bem-estar psicológico dos indivíduos. Foi também, fruto desta diversidade que o meu estágio se tornou mais rico em experiências e práticas.

Ao longo deste relatório, relatarei as atividades realizadas, as estratégias terapêuticas implementadas e os casos clínicos mais significativos numa perspectiva de aprendizagem. Além disso, apresentarei as minhas reflexões pessoais sobre o estágio, incluindo o que aprendi, os desafios enfrentados e o meu crescimento profissional como futuro psicólogo.

No decorrer deste relatório, pretendo oferecer uma visão ampla do meu estágio em acompanhamento psicológico e demonstrar como esta experiência contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências clínicas, pessoais e relacionais e a compreensão mais profunda da prática terapêutica e dos seus benefícios e riscos.

No decorrer deste relatório será possível ter uma visão deveras aproximada da realidade e do que foi exercer a prática terapêutica num contexto extremamente complexo de um bairro de realojamento e das idiossincrasias do grupo alvo com que trabalhei. Os desafios e as virtudes de viver numa comunidade à margem da grande urbe, a periferia esquecida e as pessoas que nela habitam, revelaram ser uma experiência enriquecedora nas várias dimensões do saber e do ser. O mundo é tão grande, como os meus olhos conseguem ver e o seu alcance o permite. Neste estágio foi acima de tudo alargar o alcance do que os meus olhos conseguem ver permitindo-me aceder a realidades que não são óbvias para o comum cidadão.

## **PARTE I: Revisão de Literatura**

### **Capítulo I**

#### **1.1 A Psicologia Clínica**

A psicologia tem como principal foco de investigação o funcionamento psíquico, contemplando a sua origem, desenvolvimento e articulação com os processos mentais, a realidade concreta e as manifestações comportamentais dos indivíduos.

A sua finalidade centra-se no desenvolvimento das questões relacionadas à personalidade, englobando aspetos físicos, psíquicos e sociais, desde manifestações criativas até considerações éticas (Almeida & Malagris, 2011).

No que diz respeito ao termo “clínico”, Mucchielli (1969) expandiu esta conceção para além da mera visita ao paciente acamado, enfatizando a importância de uma abordagem individualizada e objetiva. O autor destaca que "o método clínico objetiva a obtenção de dados precisos sobre todas as enfermidades que acometem os seres humanos, especificamente aquelas que restringem a vida em suas potencialidades, satisfações e duração (...). O método clínico segue invariavelmente uma sequência lógica de etapas. O observador, munido de instrumentos técnicos, reconhecerá as analogias entre o método clínico e o científico. Ambos partem de observações que suscitam hipóteses, posteriormente verificadas através de novas observações, tanto clínicas como laboratoriais. O processo culmina numa conclusão que, no âmbito científico, se denomina teoria e, no contexto médico, diagnóstico operacional" (Ribeiro & Leal, 1996).

Thinés e Lempereur (1984) apresentam uma conceção do método clínico que privilegia a qualidade da interação: "o método clínico, que essencialmente envolve o encontro entre profissional e indivíduo (paciente, doente, estudante, participante), pressupõe que, além dos dados coletados na anamnese e nas diversas avaliações, existe a interpretação através do senso clínico (integração de observação, conhecimento, intuição e experiência prévia) dos comportamentos manifestados durante esse encontro e essas avaliações". Esta definição estabelece como fundamental para a psicologia clínica a aplicação do método clínico. Consequentemente, a coleta de dados requer que o psicólogo estabeleça uma relação direta com o indivíduo, utilizando os benefícios desta interação para estruturar a intervenção de forma mais adequada às necessidades específicas do paciente.

De acordo com Leal (2008), até a década de 1970, a psicologia clínica concentrava-se principalmente em promover a adaptação do indivíduo através da análise, observação e quantificação de seus comportamentos, uma perspectiva que se mostra reducionista considerando o conhecimento atual.

Bergeret (1998) caracteriza o objeto de estudo da psicologia clínica como: "o funcionamento psíquico em um sistema dual de limitações, dividido entre a busca de uma perfeição inatingível (Princípio do Prazer) e o ambiente circundante que contraria essa busca e impõe suas próprias diretrizes (Princípio da Realidade)". Esta concepção permitiu superar a dicotomia entre material e psíquico através dos conceitos de realidade psíquica e processos inconscientes. Prazer e realidade entrelaçam-se necessariamente, embora essa integração frequentemente pareça inatingível devido à sua contraposição com a realidade objetiva.

Braconnier (2000) conceitua a psicologia clínica como a investigação tanto subjetiva das emoções, sentimentos e estados internos do sujeito, quanto objetiva do conjunto de fenômenos mentais e seus padrões reguladores. Compete ao terapeuta abordar a complexa distinção entre normalidade e patologia, uma questão que influencia continuamente tanto a cultura do indivíduo quanto a do profissional. Assim, a psicologia clínica deve contemplar as dinâmicas das personalidades individuais, analisáveis apenas à luz de suas histórias particulares, considerando o sujeito na sua totalidade e mutabilidade.

O conhecimento em Psicologia Clínica fundamenta-se na evolução do pensamento teórico que, historicamente, incorpora as transformações sociais e culturais. Esta construção teórica emerge de diversos marcos referenciais (psicanalítico, cognitivo-comportamental e existencial-humanista, entre outros), constituindo um corpo de conhecimento dinâmico e evolutivo, característica essencial de qualquer ciência.

Conforme Marques (2001), os processos mentais dos indivíduos, enquanto objeto de estudo da psicologia clínica, devem ser considerados na sua individualidade e singularidade, mas principalmente como manifestações de seres que constroem e moldam sua própria trajetória.

A psicologia clínica experimentou diversas transformações conceituais, especialmente na transição da percepção do indivíduo como objeto de estudo, posteriormente como conjunto sintomatológico e, atualmente, como sujeito singular com história própria e em relação com o outro. A psicanálise e a fenomenologia contribuíram significativamente para esta evolução, destacando a relevância do papel e da participação tanto do observador quanto do observado, reconhecendo que a

qualidade da relação e o contexto influenciam decisivamente o processo de compreensão da realidade psíquica individual.

Pedinielli (1999) apresenta uma sistematização do conceito, definindo a Psicologia Clínica como "a subdisciplina da psicologia dedicada ao estudo, avaliação, diagnóstico, auxílio e tratamento do sofrimento psíquico, independentemente de sua origem (...) [fundamentando-se] em métodos clínicos, incluindo estudos de caso, observação comportamental e análise discursiva, sem recurso à experimentação (...) O termo Psicologia Clínica designa, portanto, simultaneamente uma modalidade prática e um conjunto de conhecimentos validados dela decorrente".

Leal (2008) argumenta que o objeto de estudo da psicologia clínica é determinado pelo paradigma teórico que fundamenta a formação e conhecimento do terapeuta. Consequentemente, tanto os objetos de estudo como a seleção de técnicas e objetivos de intervenção terapêutica variam conforme a orientação teórica adotada.

Almeida & Malagris (2011) estabelecem como objetivo da psicologia clínica a coleta e análise de dados que possibilitem a elaboração diagnóstica e prognóstica, orientação clínica e suporte psicológico, abrangendo cooperação multidisciplinar em serviços de saúde, prevenção e profilaxia, uso de casos clínicos e desenvolvimento de programas interventivos, preventivos e de reabilitação social. Fundamentalmente, a psicologia clínica visa promover o bem-estar integral do ser humano, tanto em aspectos físicos quanto psíquicos. Os autores reafirmam que o objeto de estudo da psicologia clínica permanece centrado na investigação dos processos psíquicos, incluindo a análise de deficits, perturbações da personalidade e comportamentais, considerando a etologia humana, desenvolvimento evolutivo e as características individuais e relacionais do sujeito.

## 1.2 Terapia Centrada na Pessoa

Entre os diversos referenciais teóricos existentes, a Terapia Centrada na Pessoa foi selecionada para um estudo mais aprofundado, tendo em vista a sua aplicação no contexto do estágio e por constituir o quadro teórico com o qual mantenho maior afinidade e domínio conceptual.

Esta modalidade terapêutica, desenvolvida por Carl Rogers no início do século XX, fundamenta-se em bases fenomenológicas e existenciais (C. Rogers, 1975). A abordagem estabelece uma forte conexão com as atitudes e o modo de ser do indivíduo, sendo fundamental a compreensão dessas manifestações comportamentais, promovendo um processo de reorganização individual (Santos, 2004).

A aparente simplicidade da Terapia Centrada no Cliente pode ser ilustrada, conforme menciona Brissos Lino, através de uma analogia: numa discussão entre indivíduos autónomos sobre marcas de automóveis, alguém (representando o terapeuta) introduz inesperadamente o tema de barcos de recreio, analisando elementos da mesma natureza, porém em contextos completamente distintos (Paulino, 2001).

A simplicidade da abordagem é evidente no exemplo citado, contudo, essa "aparente simplicidade" dissolve-se quando adentramos o território da mente humana, onde mesmo uma criança, aparentemente simples nas suas atitudes e aprendizagem, apresenta uma complexidade mental extraordinária. Esta analogia aplica-se à aparente simplicidade da Terapia Centrada na Pessoa (Paulino, 2001).

No contexto da Terapia Centrada na Pessoa, o vínculo terapêutico caracteriza-se por uma intervenção "não diretiva", empregando técnicas de reformulação e clarificação dos sentimentos, fundamentadas numa postura de empatia profunda do terapeuta em relação às vivências do cliente (Hipólito, 1999).

Rogers enfatizou que "o objetivo da nova terapia não se limita à resolução de um problema específico, mas visa promover o desenvolvimento do indivíduo, capacitando-o para enfrentar tanto as dificuldades presentes quanto os desafios futuros de maneira mais integrada. A abordagem fundamenta-se essencialmente na tendência natural do indivíduo para o crescimento, saúde e adaptação" (Hipólito, 1999).

O fundamento da abordagem reside na relevância atribuída às técnicas utilizadas, progressivamente enfatizando as atitudes, especialmente a reformulação das atitudes de compreensão empática [compreendida como a aceitação dos sentimentos do cliente pelo terapeuta], mantendo uma

postura de harmonia constante e confiança nas capacidades do cliente para atualizar as suas potencialidades e reorganizar-se. É crucial considerar a valorização das potencialidades da relação terapêutica (Paulino, 2001).

Rogers (1951/2004) explica que o Processo Terapêutico na Abordagem Centrada na Pessoa visa reduzir a discrepância entre o self real e o self ideal, bem como entre experiência e self, através de um trabalho de reestruturação interna no contexto terapêutico. A expansão e flexibilização do self torna-se possível quando são oferecidas ao indivíduo em crise as condições necessárias para facilitar seu mecanismo natural de autorregulação e crescimento, denominado Tendência Atualizante (Roriz, 2012).

A abordagem estrutura-se em três pilares fundamentais: a Tendência Atualizante, as Seis Condições Necessárias e Suficientes para sua promoção, e a não-diretividade. O terapeuta atua como facilitador do processo autônomo de autorregulação do cliente, auxiliando-o na sua autogestão. Rogers (1951/2004) sintetiza este suporte em três aspetos essenciais: o olhar incondicional positivo, a Congruência e a Compreensão Empática.

Rogers (1957/2007) define a mudança psicoterapêutica ou reconstituição da personalidade como um processo que resulta em maior integração, redução de conflitos internos e modificação comportamental em direção a uma maior maturidade.

Para que ocorra uma efetiva transformação terapêutica da personalidade, Rogers estabelece requisitos necessários e suficientes. Estas condições, quando presentes, possibilitam determinadas modificações na personalidade. O sucesso do processo terapêutico requer: contato psicológico entre duas pessoas; o cliente em estado de incongruência, vulnerabilidade ou ansiedade; congruência do terapeuta na relação com o cliente; consideração positiva incondicional do terapeuta em relação ao cliente; compreensão empática do terapeuta sobre o referencial interno do cliente; e percepção pelo cliente da consideração positiva incondicional e compreensão empática oferecidas pelo terapeuta (Rogers, 2007).

A Tendência Atualizante representa um pilar fundamental da Terapia Centrada no Cliente, complementando os seis requisitos mencionados (Rogers, 2007). O terapeuta deve acreditar na capacidade de crescimento do cliente, criando um ambiente interpessoal que promova a sua Tendência Atualizante. Rogers enfatiza que o terapeuta deve oferecer condições necessárias para fomentar a capacidade de recuperação e crescimento do cliente, com especial atenção à confiança. A Tendência Atualizante implica proporcionar condições para que cada indivíduo desenvolva seu

próprio processo terapêutico, sendo esta a motivação fundamental que permite ao cliente reconhecer e realizar suas potencialidades, buscando constantemente o seu bem-estar e autonomia (Freire, 2008).

A não-diretividade, assim como a Tendência Atualizante, fundamenta-se no impulso individual para o desenvolvimento e saúde do cliente, apoiando-se substancialmente na confiança transmitida pelo terapeuta. Permitir que o cliente determine seu próprio caminho, sem direcionamentos, é crucial para a utilização dos seus recursos internos.

Esta abordagem prioriza os aspectos emocionais do cliente sobre os intelectuais, enfatizando o momento presente e focalizando mais o indivíduo que o problema específico (Rogers, 1983).

A não-diretividade manifesta-se através da confiança do terapeuta no contexto terapêutico, enfatizando a crença nas capacidades do cliente (Kinget, 1977, citado por Laneiro, 2005).

Esta postura não-diretiva fundamenta-se na confiança que o terapeuta consegue estabelecer, evitando que a autonomia do cliente seja comprometida por avaliações ou interpretações do terapeuta.

Nunes enfatiza que, no ambiente terapêutico, a não-diretividade se manifesta através do respeito e confiança que o terapeuta desenvolve na perspectiva do cliente. Esta confiança constrói-se oferecendo ao cliente a liberdade necessária para tomar decisões e fazer escolhas alinhadas com o seu projeto individual (Nunes, 2001).

Rogers (2001 citado por Messias e Cury, 2006) afirma que a psicoterapia, nas suas modalidades propostas, desencadeia nos indivíduos um processo de transformação contínua, progredindo da estagnação para a mudança, de um estado de rigidez para uma realidade processual mais dinâmica (Messias & Cury, 2006).

### **1.3 A Importância do Afeto na Infância e na Adolescência**

O desenvolvimento humano, especialmente durante a infância e adolescência, está intrinsecamente ligado às experiências afetivas vivenciadas pelo indivíduo. A compreensão desta dinâmica torna-se fundamental quando abordamos a proteção dos direitos das crianças e adolescentes na contemporaneidade.

A base do relacionamento humano encontra a sua expressão mais elementar na afetividade, constituindo-se como o primeiro vínculo significativo que estabelecemos com o mundo que nos rodeia (Enderle, 1990). Esta conexão inicial, manifestada principalmente na relação materno-infantil durante os primeiros anos de vida, representa um alicerce crucial para o desenvolvimento posterior do indivíduo. A qualidade destas interações precoces influencia diretamente a construção da personalidade, o desenvolvimento da autoestima e a capacidade de estabelecer relações de confiança consigo mesmo e com os outros (Enderle, 1990).

A transição para a adolescência marca um período significativo de transformação, etimologicamente representado pelo próprio termo "adolescência", que significa "crescer". Esta fase caracteriza-se por mudanças expressivas, principalmente no âmbito biológico, incluindo o crescimento físico acelerado, modificações corporais significativas e o despertar da maturidade sexual. Paralelamente a estas alterações físicas, observam-se importantes transformações nos contextos social e econômico, marcadas principalmente pelo início da busca por autonomia em relação ao núcleo familiar (Silva, 2004).

O equilíbrio emocional constitui-se como pilar fundamental para um desenvolvimento saudável, tendo como base essencial os vínculos estabelecidos entre pais e filhos (Enderle, 1990). Como afirma Dorin (1978, p. 61), "a afetividade é o fundamento de todo o crescimento, relacionamento e aprendizagem humana".

Pesquisas indicam que experiências traumáticas durante a infância podem manifestar-se posteriormente sob a forma de quadros depressivos na adolescência (Sampaio, 2006). Silva (2004) ressalta que os desequilíbrios comportamentais observados em adolescentes não se restringem apenas às características próprias desta fase, mas relacionam-se também com fatores externos, incluindo dinâmicas familiares, escolares e sociais, frequentemente marcadas por inconsistências nas demonstrações de afeto e nas práticas educativas.

A ausência ou deficiência de vínculos afetivos durante a infância pode comprometer significativamente o desenvolvimento na adolescência, afetando especialmente a comunicação e a

confiança nas relações familiares, com reflexos que se estendem até a vida adulta. Evidencia-se, assim, uma clara continuidade entre as experiências infantis e as suas manifestações na maturidade, ressaltando a importância crucial de garantir um desenvolvimento afetivo equilibrado durante a infância, visando minimizar possíveis impactos negativos nas fases posteriores do desenvolvimento.

#### **1.4 Direitos das Crianças e Jovens**

A consciência sobre a proteção infantil teve o seu despertar científico inicial com os estudos pioneiros de Tardieu em 1860, embora o aprofundamento significativo desta temática tenha ocorrido apenas no século seguinte. Um marco fundamental nesta evolução foi a publicação do trabalho de Kempe em 1962, intitulado "O síndrome da criança batida", que mantém a sua atualidade pela análise abrangente dos fatores de risco, aspetos fisiopatológicos, manifestações clínicas predominantes e estratégias preventivas (Tardieu, 2008).

O reconhecimento progressivo da vulnerabilidade infantil culminou na compreensão de que as crianças são sujeitos de direitos, necessitando de mecanismos e instrumentos que assegurem a sua proteção contra contextos e indivíduos que as vitimizam, impedindo a sua plena expressão e desenvolvimento.

Um avanço crucial ocorreu no início do século XX com a adoção da Declaração de Genebra pela ONU, estabelecendo o primeiro marco formal dos Direitos da Criança. Este documento foi posteriormente complementado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, que enfatizou a necessidade de proteção especial à infância, reconhecendo a sua vulnerabilidade intrínseca devido às limitações naturais de maturidade física e intelectual, que as tornam mais suscetíveis a diversas formas de violência e negligência (United Nations, 1989).

A conceção contemporânea dos Direitos da Criança estabelece que o seu desenvolvimento integral está intrinsecamente ligado ao ambiente familiar, necessitando, portanto, de suporte e proteção adequados para a sua integração social. Contudo, esta premissa não implica o cerceamento da sua individualidade, sendo garantidos os direitos fundamentais de consciência, pensamento e crença religiosa (United Nations, 1989). Na impossibilidade de manutenção no núcleo familiar, devem ser implementadas alternativas que assegurem um ambiente protetor.

A proteção infantil contra a violência tem mobilizado governos e organizações internacionais. Em 2009, o Conselho Europeu estabeleceu diretrizes aos estados membros visando fomentar uma cultura de respeito à infância, através de legislações específicas com poder sancionatório e do

estabelecimento de redes de suporte social para famílias e crianças em situação de vulnerabilidade (Special Representative of the Secretary - General on Violence against Children, 2009).

No contexto português, destacam-se a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e as organizações comunitárias de apoio, que priorizam a salvaguarda dos direitos infantis. As intervenções seguem uma metodologia participativa, considerando as perspetivas das crianças nas decisões que afetam as suas vidas (Sottomayor, 2003). O princípio orientador é o superior interesse da criança, assegurando condições para o seu desenvolvimento integral num ambiente seguro e saudável.

Conclui-se que, embora a vulnerabilidade infantil exija proteção e suporte dos adultos para garantir o seu desenvolvimento saudável, é fundamental preservar a sua autonomia e autodeterminação, evitando relações de subordinação. Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos plenos, e as suas perspetivas devem ser consideradas nas decisões sobre as suas vidas. Esta evolução conceptual reflete-se inclusive no âmbito jurídico, onde se estabeleceu o direito da criança a ser ouvida em processos judiciais, superando o paradigma de decisões exclusivamente centradas nos adultos.

## **Capítulo II**

### **2.1 Contextualização do local de estágio**

A Casa Seis - Associação para o Desenvolvimento Comunitário foi criada no ano 2000 e registada como IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social em 2001. Sediada em Mira Sintra, que tem como perspetiva melhorar a qualidade de vida e as condições de inserção social da população de Mira Sintra e arredores, seguindo os princípios da Educação para a Cidadania Ativa, para que a população possa participar, como protagonista e atuando na Sociedade como cidadãos de pleno direito.

A intervenção da Casa Seis centra-se em dois polos bastante complementares, sendo por um lado uma IPSS que presta apoios fundamentais e primários relacionados com recolha e entrega de bens, assim como realiza um trabalho mais profundo junto da comunidade de Mira Sintra.

Através do seu projeto do Programa Escolhas permite-se chegar a focos de intervenção Bio-Psico-Sociais, tendo “atividades” ou ações como:

- Integração Socioprofissional
- Educação
- Apoio e Acompanhamento Escolar
- Acompanhamento Escolar dirigido às crianças de 1º ao 4º ano
- Oficinas Pedagógicas - Estudo Acompanhado para os jovens a partir do 5º Ano (Explicações de Língua Portuguesa, Língua Estrangeira, Matemática e afins)
- Apoio à realização dos trabalhos escolares (pesquisas, organização, impressão, etc.)
- Sala de Estudo/Oficinas de Conhecimento
- Acompanhamento Psicopedagógico e Psicológico
- Ocupação de Tempos Livres
- Atividades Lúdico-pedagógicas (ateliês temáticos, passeios culturais, torneios, atividades desportivas,
- Campos de Férias (Férias da Páscoa e Férias de Verão)
- Atividades Lúdico pedagógicas/Grupo de Animação

O papel de um psicólogo neste contexto é altamente transversal, tendo desde o papel de coordenação da intervenção de uma forma global, até à intervenção direta propriamente dita. O acompanhamento psicológico e psicopedagógico é uma das formas mais imediatas de concretizar, no entanto é também na construção de projetos de vida positivos e sustentáveis que, através de momentos promotores de competências e autonomias, é apoiado pela ação do Psicólogo.

## 2.2 Cronograma

| Objetivos Gerais                                    | Objetivos Específicos                                                                                                                                                                           | Atividades                                                                                                                                                                                                                                                   | Out  | Nov. | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr. | Mai. | Jun |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|
| Conhecer o funcionamento da Casa Seis, IPSS         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer as práticas e as normas inerentes à ação da Casa Seis</li> <li>Conhecimento das parcerias estabelecidas com outras entidades locais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Leitura de documentos, observar práticas e procedimentos.</li> <li>Pesquisa sobre o enquadramento legal inerente ao funcionamento da Casa Seis</li> <li>Identificar os recursos disponíveis na comunidade.</li> </ul> | X    | X    | X   |     |     |     |      |      |     |
| Participar em reuniões de equipa multidisciplinares | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver a capacidade de análise e processo de tomada de decisão conjunta</li> <li>Conhecer os procedimentos e conteúdos da Casa Seis</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entender dinâmicas de equipa</li> <li>Ler as atas das reuniões</li> <li>Entender o foco da intervenção e a forma como a equipa se liga neste propósito</li> <li>Obter apoio na discussão de casos</li> </ul>          | X    | X    | X   | X   | X   | X   | X    | X    | X   |
| Efetuar uma Avaliação Diagnóstica                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver autonomia nas várias fases de um processo de acompanhamento de utentes</li> </ul>                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar entrevistas com os colaboradores</li> <li>Fazer levantamento de necessidades.</li> <li>Selecionar casos a acompanhar conjuntamente com a equipa técnica da Casa Seis.</li> </ul>                             | X    | X    | X   | X   | X   |     |      |      |     |
| Acompanhamento Individual de Utentes                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar autonomamente as diligências necessárias a cada caso</li> </ul>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento Individual</li> <li>Reuniões com Orientador de supervisão de casos</li> </ul>                                                                                                                          |      |      | X   | X   | X   | X   | X    | X    | X   |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              | 45   | 45   | 45  | 45  | 45  | 45  | 45   | 45   | 45  |
| Total de Horas                                      |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              | 400h |      |     |     |     |     |      |      |     |

Tabela 1 - Cronograma de Estágio

## **2.3 Instrumentos Utilizados**

Nos acompanhamentos psicológicos realizados neste período de estágio na Instituição Casa Seis foram utilizadas ou tive a oportunidade de ver utilizar, diversas ferramentas e instrumentos que potenciaram a intervenção, promovendo um apoio psicológico mais consistente, coerente e adaptado às necessidades de cada utente, respeitando a diversidade de cada um.

Neste percurso foi desde logo claro que seria importante identificar os instrumentos mais adequados ao tipo de intervenção e à problemática identificada, procurando servir os melhores interesses do utente.

No acompanhamento psicológico, devem ser utilizadas uma variedade de instrumentos para avaliar, compreender e intervir nas questões emocionais, cognitivas e comportamentais dos indivíduos. Destes instrumentos utilizados destaco:

## **2.4 Entrevista Clínica**

A entrevista clínica é uma peça fundamental na prática psicológica, uma ferramenta que permite ao psicólogo estabelecer uma relação terapêutica que possibilite a intervenção, compreender as idiossincrasias da experiência do cliente e estruturar estratégias de intervenção eficazes. Esse processo oferece informações valiosas no que diz respeito à história de vida e aos desafios enfrentados pelo utente.

A principal função da entrevista clínica é a recolha de informações importantes e vastas sobre o cliente, abordando fatores como a história de vida, as relações interpessoais, eventos traumáticos e sintomas psicológicos.

Essa abordagem é crucial para estabelecer um diagnóstico inicial e orientar o desenvolvimento de um plano de tratamento personalizado

A entrevista clínica vai além da simples obtenção de informações, serve também como um meio para estabelecer um “*rapport*” sólido entre o terapeuta e o utente, potenciando assim as sessões subsequentes. O estabelecimento de uma relação de confiança é essencial para criar um

ambiente terapêutico seguro e facilitar a abertura do cliente para discutir questões delicadas (Norcross, 2019).

A estrutura da entrevista clínica pode variar de acordo com a abordagem terapêutica adotada ou o propósito da mesma. Entrevistas estruturadas, semi-estruturadas e não estruturadas oferecem diferentes graus de flexibilidade ao psicólogo.

Habilidades de escuta ativa, observação de detalhes não-verbais e formulação cuidadosa de perguntas são essenciais para uma entrevista clínica eficaz (Eells et al., 2005).

A entrevista clínica apresenta desafios que precisam ser tidos em conta, garantindo o máximo de isenção. O psicólogo deve manter-se atento a possíveis vieses pessoais que possam influenciar a interação e lidar com defesas por parte do cliente, deixando de lado o nosso quadro interno de valores. Respeitar princípios éticos, como confidencialidade e consentimento informado, é crucial durante todo o processo (Falender & Shafranske, 2017).

A entrevista clínica é uma prática fundamental na psicologia, proporcionando um entendimento profundo do outro. É a forma mais utilizada para conectar o psicólogo ao mundo interno do cliente, permitindo intervenções expressivas, individualizadas e ricas em conteúdos significativos.

A avaliação psicológica ideal resultaria unicamente da interação entre o indivíduo e os testes a que é submetido. Contudo, esta situação ideal é impossível de alcançar, pois diversos fatores influenciam o processo, incluindo o contexto da avaliação, a sua finalidade e destinatário. Como realça Tavares (2012), a interpretação dos dados ocorre sempre tendo em conta a história de vida do indivíduo.

No contexto atual, conforme indica Rilhas (2014), a avaliação psicológica constitui uma ferramenta fundamental na prática do psicólogo, permitindo ampliar a compreensão sobre o indivíduo que procura auxílio ou esclarecer dúvidas existentes sobre o paciente. Entre os instrumentos mais utilizados no serviço, destacam-se:

- Desenho da família
- Desenho da figura humana
- CAT-A, CAT-H e TAT
- WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children)
- Toulouse Piéron
- Teste Gestáltico Visomotor Bender

- Matrizes progressivas de Raven

## **2.5 Desenho da Família**

Segundo Corman (1979), esta prova solicita à criança que desenhe a sua família, visando compreender o seu papel e a dinâmica familiar, além de avaliar a sua maturidade e desenvolvimento intelectual. O espaço em branco permite que a criança expresse não apenas a sua Auto percepção, mas também as suas interações familiares, tornando-se um meio de diálogo compreensivo entre psicólogo e criança.

O investimento e a forma como a criança desenha revelam a sua percepção e sentimentos em relação à família.

A organização dos membros familiares pode simbolizar os afetos direcionados às pessoas significativas (Corman, 1979). Através do desenho, obtêm-se informações valiosas sobre a criança, considerando que:

- Um desenho rico em pormenores pode indicar maturidade para determinada faixa etária
- Aspectos emocionais podem influenciar o desempenho
- A avaliação deve ser adequada à idade da criança

Corman (1979) destaca elementos importantes para análise:

- Linhas curvas podem indicar naturalidade/espontaneidade
- Traços retos podem sugerir dificuldade de expressão emocional ou ambiente tenso
- A posição dos elementos familiares pode indicar proximidade, distância ou isolamento
- Aspectos gráficos relevantes incluem força, grossura, tamanho do traço e sentido do desenho.
- Traço vincado pode sugerir agressividade ou impulsividade
- Traço ligeiro pode indicar timidez ou inibição
- Traço longo ocupando grande parte da folha pode indicar espontaneidade
- Traço curto pode sugerir inibição e introversão
- A localização do desenho também fornece informações importantes
- Utilização da parte inferior da folha: possível indicativo de pouca fantasia, falta de energia ou depressão.
- Utilização da zona superior: pode indicar criança imaginativa
- Lado esquerdo: possível falta de criatividade, referência ao passado

- Lado direito: orientação para o futuro, autonomia e evolução

## **2.6 Desenho da Figura Humana**

O desenho representa uma das primeiras formas de expressão humana, particularmente na representação de si próprio. Scott (1981) enfatiza que os desenhos infantis são limitados pelos conhecimentos da criança. O desenvolvimento gráfico passa por várias fases, incluindo períodos em que a criança desenha apenas o que conhece ou vê.

Segundo Wechsler (2006), é fundamental que o psicólogo mantenha uma postura não condicionadora, permitindo que a criança se expresse livremente.

Scott (1981) destaca que este teste é um instrumento valioso, oferecendo uma visão ampla dos aspetos cognitivos e da dinâmica afetiva da criança.

## **2.7 CAT-A / CAT-H e TAT**

Estes testes projetivos visam fornecer resultados sobre a personalidade do indivíduo através da criação de histórias baseadas em pranchas. Permitem que crianças, adolescentes ou adultos revelem as suas fantasias, medos e angústias.

Para crianças mais jovens, utiliza-se frequentemente o CAT animal (A), devido à maior proximidade com a sua realidade. Para crianças intelectualmente mais maduras, emprega-se o CAT humano (H), que apresenta figuras humanas. Ambas as versões abordam os mesmos conteúdos latentes, permitindo que a criança expresse as suas vivências íntimas através das histórias contadas.

## **2.8 Testes Psicométricos e/ou Projetivos Utilizados:**

**O Teste de Aperceção Infantil Animal (CAT-A)** foi um dos testes utilizados, desenvolvido por Leopold Bellak e Sonya Sorel, é uma adaptação do Teste de Aperceção Infantil (TAT) para uso com crianças. Esta técnica procura explorar a personalidade e as dinâmicas emocionais das crianças por meio da interpretação de respostas a estímulos visuais (Bellak & Bellak, 1950).

O CAT-A, é uma derivação do Teste de Aperceção Infantil (TAT) criado por Leopold Bellak e Sonya Sorel. É uma forte ferramenta de avaliação psicológica de crianças e adolescentes. Utiliza uma série de cartões com imagens estimulantes, tendo como personagens animais, para encorajar as crianças a contar histórias, revelando aspetos das suas perceções, emoções e relações (Bellak & Bellak, 1950).

O CAT-A permite explorar a compreensão que a criança tem das suas próprias emoções e as emoções percebidas nos outros de uma forma ativa e que oferece uma maior abertura a abordar aspetos que de uma forma mais direta não seriam abordados.

As narrativas criadas pelas crianças durante o teste podem fornecer “insights” sobre seus relacionamentos com familiares, amigos ou outras relações significativas.

Ao responder às imagens dos cartões, as crianças podem expressar fantasias, medos e preocupações que podem não ser facilmente compreensíveis por meio de métodos de entrevista direta.

As pranchas do CAT-A contêm cenas de situações cotidianas ou ambíguas que servem como estímulos para a criança criar a sua narrativa. O psicólogo analisa não apenas o conteúdo da história, mas também a forma como a criança se relaciona com as imagens, procurando padrões, temas recorrentes e elementos emocionais.

O uso do CAT-A, como qualquer instrumento de avaliação psicológica, requer formação adequada e um estudo profundo do mesmo. É essencial estar ciente da sensibilidade do teste, garantindo um ambiente seguro para a criança se poder expressar livremente e de uma forma segura e livre de fatores condicionantes.

**O Inventário de Preferências Profissionais (IPP)** É um instrumento utilizado em orientação vocacional, desenvolvido por De La Cruz (2001) e adaptado para a população portuguesa em 1995, originalmente construído para ser aplicado em estudantes.

Pode ser aplicado a adultos noutros contextos. O objetivo deste teste é dotar os indivíduos de uma maior clareza relativa aos seus interesses, orientando-os para profissões e atividades que sejam o mais satisfatórias possível (De La Cruz, 2001).

**Observação Clínica:** A observação clínica é uma ferramenta poderosa na prática psicológica, permitindo aos profissionais colher informações sobre o comportamento, interações sociais e expressões não-verbais dos clientes.

Essa abordagem oferece uma perspetiva única e complementar às entrevistas e testes psicológicos, enriquecendo a compreensão do terapeuta sobre a experiência do cliente. A ponderação sobre a observação clínica envolve uma análise crítica da dinâmica observada, promovendo uma compreensão mais profunda e informada do cliente.

**Complementaridade às Entrevistas:** A observação faculta informações contextuais que podem não surgir completamente durante as entrevistas, contribuindo para uma visão mais holística do

cliente (Schwarzer, 2008).

Através da observação, os terapeutas podem identificar padrões de comportamento, reações emocionais e estratégias de enfrentamento que podem ser cruciais para o planejamento de intervenções eficazes (Latas & Milovanović, 2013).

A observação pode validar ou contradizer os relatos verbais dos clientes, proporcionando uma visão mais abrangente e precisa de suas experiências (McLeod, 2011).

### **Desafios na Observação Clínica:**

**Viés do Observador:** A subjetividade do observador pode influenciar a interpretação dos comportamentos observados, destacando a importância de reflexões críticas e a formação constante (Latas & Milovanović, 2013).

**Consistência e Reprodutibilidade:** A confiabilidade da observação clínica pode ser desafiada pela necessidade de consistência e reprodução dos resultados. Protocolos padronizados podem ajudar a mitigar esses desafios (Schwarzer, 2008).

**Contexto Cultural e Social:** Como os fatores culturais e sociais podem influenciar a interpretação dos comportamentos observados? Deve ser tido em consideração o contexto em que os indivíduos se inserem, porque tem uma importância singular na observação.

**Efeito do Ambiente:** Como o ambiente da sessão influencia o comportamento do cliente, e como esses fatores podem ser mitigados ou incorporados na análise?

**Validação de Hipóteses:** Como as observações confirmam ou desafiam as hipóteses iniciais sobre o cliente?

A observação clínica, quando integrada e reflexiva, enriquece a prática psicológica, proporcionando uma compreensão mais profunda e informada dos clientes. A abordagem requer uma atenção cuidadosa aos desafios e uma abertura para revisar e ajustar interpretações à medida que novas informações despontam.

## **PARTE II: Trabalho de Estágio**

### **Trabalho de Estágio**

O processo de orientação caracterizou-se por uma estrutura dinâmica que decorreu ao longo de todo o período de estágio. Na fase inicial, estabeleceram-se reuniões semanais vocacionadas para o esclarecimento de dúvidas sobre a Entidade de acolhimento, para a familiarização com o espaço físico destinado aos acompanhamentos, para a compreensão dos protocolos institucionais e para a apresentação dos objetivos gerais do estágio. Com o decorrer do tempo, estas reuniões tornaram-se mais flexíveis, sendo marcadas consoante as necessidades que iam surgindo, nomeadamente para discussão dos casos em acompanhamento. A supervisão foi realizada de forma contínua com a Doutora Andreia Cabrito, mantendo-se encontros quinzenais para debate dos casos clínicos e esclarecimento de questões práticas.

Os dois primeiros meses do estágio foram dedicados à observação intensiva de consultas de apoio psicológico, abrangendo todas as faixas etárias, bem como à observação de avaliações realizadas pelos psicólogos orientadores e grupos terapêuticos a decorrer. Durante este período, foi possível participar ativamente nas dinâmicas dos grupos de competências pessoais e sociais, mantendo simultaneamente um papel estritamente observacional nos grupos de apoio a jovens com questões comportamentais graves. Esta experiência inicial revelou-se fundamental para o desenvolvimento profissional e compreensão prática do contexto clínico.

A componente de observação de sessões de avaliação psicológica constituiu um elemento crucial do estágio, possibilitando o acompanhamento da administração de provas pelos profissionais, o estudo aprofundado dos protocolos utilizados e a familiarização com os procedimentos de avaliação. Este período de observação junto dos profissionais experientes proporcionou um enriquecimento significativo e contribuiu para o desenvolvimento do rigor necessário à prática futura de avaliação psicológica.

No âmbito da avaliação psicológica e neuropsicológica, segundo Nascimento et al. (2024), esta constitui uma atividade científica e profissional que visa recolher, integrar e avaliar dados sobre o sujeito, utilizando diferentes fontes de informação, seguindo um plano metodológico estabelecido e desenvolvendo instrumentos adequados para processamento de informação. O serviço de consulta psicológica na instituição centrou-se principalmente no aconselhamento e apoio ao paciente e

familiares, auxílio na tomada de decisões, gestão de conflitos sociais e intervenção individual ou ocasionalmente familiar.

Após as fases de observação e avaliação psicológica, iniciou-se um período caracterizado por maior autonomia profissional, que incluiu a gestão progressiva do “*setting*” terapêutico, a preparação independente das sessões e a seleção de casos para o Relatório de Estágio Curricular. Esta fase proporcionou uma oportunidade valiosa para aplicar na prática as competências previamente adquiridas e desenvolver uma experiência mais aprofundada no contexto das consultas de suporte.

As principais problemáticas identificadas durante o estágio variaram consoante a faixa etária dos pacientes, incluindo problemas comportamentais, hiperatividade com défice de atenção, dificuldades relacionais, insucesso escolar, sintomatologia depressiva e ansiosa, défices de atenção e concentração, e problemas familiares. Importa salientar que a maioria dos casos atendidos correspondia a situações sinalizadas à CPCJ, com processos ativos de promoção e proteção em meio natural de vida, o que acrescentou uma dimensão adicional de complexidade e responsabilidade ao trabalho desenvolvido.

### **Estudo de caso A**

TA tem 15 anos do sexo feminino, é natural de Cabo Verde, reside com os pais em Mira-Sintra, tem o 9º ano de escolaridade, é filha única,

Pedido: Encaminhada pela equipa de Projeto Comunitário do Programa Escolhas – Dificuldades na relação e comunicação intrafamiliares; moderar comportamento desafiante e apoio na orientação vocacional.

Sintomatologia atual: Baixa resistência à frustração; Irritabilidade periódica; Locus de controlo predominantemente externo. Quadro depressivo ligeiro. Dificuldades em definir Projeto de vida.

### **Contrato e plano terapêutico – *Setting***

Acordou-se a realização de 15 sessões de acompanhamento psicológico individual no sentido de melhorar o seu relacionamento familiar mais especificamente a comunicação intrafamiliar; controlar baixa resistência à frustração; moderar comportamento desafiante e apoio na orientação vocacional. As sessões tiveram a duração de 50 minutos, uma vez por semana; o espaço adequado (consultório de Psicologia no Espaço CAFAP da Casa Seis). Foram realizadas as 14 sessões, sendo

que numa primeira a jovem TA foi acompanhada pela progenitora e nas seguintes veio autonomamente, ainda que pouco colaborante.

### **Problemáticas**

Por este projeto de estágio abordar a população entre os 12 e os 18 anos, será importante abordar a fase da adolescência. É nesta fase que o jovem tem contacto com as transformações fisiológicas da puberdade, estas, geram desorganização e reorganização do sistema psíquico, estas transformações podem também ser condicionadas pelas questões culturais e sociais em interação com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional (Benício et al., 2023).

É nesta fase que o jovem adquire o seu sistema de valores e crenças que irá construir a sua identidade, esta construção é considerada a tarefa mais relevante da adolescência, pois representa a transformação do adolescente num adulto e que irá definir os valores que irão orientar o seu projeto de vida (Benício et al., 2023).

Neste sentido, é essencial abordar o papel da família na construção do sujeito, a família desempenha um papel fundamental na vida de um indivíduo, influenciando sua formação e desenvolvimento, é considerada a matriz da aprendizagem e transmite crenças, valores e modelos de relacionamento que têm impacto tanto no nível individual e coletivo dos jovens, o ambiente familiar é onde os comportamentos com significados universais e particulares são adotados, assim, é essencial considerar os fatores de risco intrapessoais e interpessoais (Araújo et al., 2021).

Os fatores de risco intrapessoais referem-se às características específicas de cada indivíduo, como temperamento, respostas emocionais e adaptabilidade, por exemplo, altos níveis de impulsividade, irritabilidade e baixa autoestima podem ser considerados fatores de risco, os fatores de risco interpessoais, particularmente no contexto familiar, também desempenham um papel crucial, a família influencia o desenvolvimento emocional e a formação da personalidade dos jovens, fornecendo cuidado, proteção e possibilitando o estabelecimento de vínculos afetivos positivos com os outros, assim, a compreensão e o reconhecimento dos fatores de risco intrapessoais e interpessoais, em especial no contexto familiar, são essenciais para compreender as influências que moldam a vida dos jovens e identificar estratégias de intervenção e prevenção eficazes.

A presença de fatores protetores como uma orientação positiva em relação à escola, valorização dos resultados académicos, atitudes favoráveis em relação à saúde e relações saudáveis com pares e adultos significativos podem oferecer alternativas saudáveis e positivas para os jovens

lidarem com os desafios da adolescência (Schenker & Minayo, 2005), a percepção de um sistema de regulação de comportamento por parte dos pais e amigos com comportamento pró-social pode influenciar positivamente as escolhas dos adolescentes, diminuindo a probabilidade de se envolverem em comportamentos desviantes como as adições ou comportamentos de delinquência.

Em suma, os fatores de proteção durante a adolescência, podem ajudar os jovens a enfrentar os riscos e desafios dessa fase de forma mais saudável, reduzindo assim a sua vulnerabilidade, é fundamental promover ambientes que ofereçam apoio emocional, oportunidades positivas de envolvimento social e educação sobre os perigos das adições, a fim de capacitá-los a tomar decisões informadas e saudáveis ao longo da importante fase da adolescência (Sapienza & Pedromônico, 2005).

### **Intervenção Psicológica**

A abordagem centrada no cliente é a abordagem dominante na minha base formativa e como tal merece ser plasmada neste relatório. Esta abordagem sustenta a presença de uma tendência inata no universo em direção a um crescimento ordenado e uma capacidade complexa interrelacionada, observável tanto no nível inorgânico quanto no orgânico, denominada "tendência formativa" (Hipólito, 2011).

De acordo com Rogers, a tendência formativa é inerente a todos os seres humanos, embora de uma forma bastante peculiar que o autor chama de tendência atualizante, refere que, se uma pessoa se desenvolve na direção positiva e faz escolhas construtivas num ambiente favorável, é porque possui um impulso dinâmico que a impulsiona nessa direção.

Este conceito é denominado como tendência atualizante e refere-se à capacidade do organismo de crescer, manter-se e desenvolver-se, podendo ser vista como uma espécie de mapa mental invisível em direção a um desenvolvimento mais complexo e também é evidenciado através de uma orientação fenomenológica. A supressão da tendência à atualização é responsável por casos de distúrbios psíquicos, sejam eles leves ou profundos, dependendo da força da tendência à atualização na vida em geral ou em algum setor específico.

A realização do Self é um aspeto relevante da nossa existência e um desígnio que nos orienta e motiva, juntamente com as necessidades do organismo e as condições ambientais, o desenvolvimento do Self implica a necessidades de motivação, o que contribui para o bem-estar do cliente (Rogers, 2012).

A responsabilidade máxima do terapeuta é criar um espaço, físico e mental facilitador da libertação do cliente, de constrangimentos que possam estar a impedir o seu crescimento individual e permita um crescimento autónomo. Isto implica em estabelecer um espaço seguro e acolhedor no qual o cliente se sinta livre para explorar seus próprios recursos e tomar a iniciativa do seu próprio processo de crescimento (Rogers & Wallen, 2000).

O Cliente passa por um processo de mudança quando se encontram reunidas condições de compreensão e aceitação que permitam viver o seu valor pessoal e colocar em claro os seus sentimentos e emoções em relação ao seu campo de experiência, permitindo um maior autoconhecimento e a possibilidade de transformação (Dachroden, 2006).

### **Exame do estado mental**

Ao nível do aspeto, TA, apresenta uma compleição física normal; Higiene adequada, com indicadores de algum autocuidado; Vestuário adequado, sem roupas sujas, com boa apresentação; Idade aparente coincidente à real; Fortes sinais de tristeza, apatia na expressão facial, Postura corporal tensa e desconfortável; Movimentos motores: coordenados e adequados. Humor Distímico (sem oscilações significativas de humor, com predominância de humores depressivos); Episódios de irritabilidade (baixa tolerância às frustrações quando algumas situações não acontecem como deseja). Ao nível da Atitude apresenta baixo nível de cooperação, com bastantes momentos de retração, e ausência de resposta emocional. Na atividade apresenta um comportamento adequado: sem agitação motora, estando até algo lenificada; raramente consegue manter o contato visual, desviando o olhar regularmente. Pouco colaborante no processo terapêutico.

### **Nível de consciência**

Orientada em relação ao tempo, ao espaço e à própria identidade; Alerta: Responde aos estímulos sem sinais de sonolência ou confusão mental; Atenção: consegue se concentrar nas perguntas e responder de forma coerente ainda que de uma forma telegráfica; Estado de consciência em relação à própria condição: reconhece suas dificuldades embora julgue não necessitar de psicólogo. Raramente consegue descrever as suas experiências com base nas suas emoções, pensamentos, estados de humor, revelando sempre mau-estar e fechamento quando lhe era solicitado que descrevesse o que sentia em determinadas situações. Avaliação Alopsíquica, respostas curtas e

pouco elaboradas, em alguns momentos distante e desinteressada. Sem iniciativa em iniciar ou manter uma conversa, com respostas breves. Evita o contato visual direto, desviando- o para baixo. Pensamento sem alterações no curso, forma e Conteúdo. Percepção sensorial adequada; Sem Falsas Percepções - Ausência de ilusões ou alucinações, coerente com a realidade objetiva. Ao nível da cognição aparentemente sem alterações.

## **Motricidade**

Tônus muscular sem rigidez muscular excessiva (espasticidade) ou diminuição do tônus (hipotonia); coordenação motora adequada, mantém postura adequada, sem alterações na marcha; sem movimentos involuntários. Comportamentos alimentares irregulares, saltando refeições. Ritmo circadiano adequado (Padrão de sono normal, sem Insónia, Sonolência excessiva);

## **Análise ao exame do estado Mental**

Fatores de risco: Locus de controlo externo, remete para a mãe uma preocupação que não é legítima relativamente aos seus comportamentos, normalizando as suas ações; baixa resistência à frustração nas regras familiares levando a comportamentos desafiante; Família monoparental em que a progenitora revela também ela alguma imaturidade, pretendendo ser amiga da filha e afastando-se por isso do papel de mãe; Existência de Processo Tutelar Educativo resultante de um pequeno delito; Condições Socioeconómicas precárias. Dificuldades na definição do seu futuro

Fatores protetores: Relação afetiva conturbada, mas significativa com a progenitora; Forte suporte institucional; Desejo de ser feliz verbalizado pela própria.

## **História Pessoal**

TA de 15 anos nasceu em Cabo Verde de gravidez desejada, filha única de família migrante em Portugal, Pai ausente, Mãe com bons hábitos de saúde; situação económica precária, tendo a mãe dois empregos em limpezas, estando o Pai a residir e trabalhar em França, mas também de uma forma precária e ilegal no País; residem numa habitação social na freguesia de Mira-Sintra.

Da 1ª à 4ª classe frequentou uma escola primária em Cabo Verde ainda com o acompanhamento do pai e da mãe, para além de uma avó que é muito significativa para TA, tinha uma boa relação com os amigos e as notas eram boas, refere ter sido feliz nesta fase da vida dela. No

5º ano os Pais vão trabalhar para França e A fica com a avó em Cabo Verde, referindo que foi uma fase em que apesar de sentir falta dos pais, a avó lhe deu tudo para ela estar bem. Não obstante é patente o sentimento de abandono, que como veremos adiante é um dos fatores dominantes da vida de A.

Quando passou para o 6º ano, a mãe vêm trabalhar para Portugal, mantendo-se o Pai em França, provocando uma nova mudança e mais uma descontinuidade de relação. Refere que vivia bem em Cabo Verde com a avó e que estava feliz. Mais uma mudança que a desenraizou e a obrigou a reorganizar todo o seu “mapa afetivo” e o seu quadro cultural também.

Com esta mudança, TA, culpabiliza a mãe por não só não estar presente numa altura em que precisou, mas como volta a retirá-la de um “lugar” estável com a avó para uma incerteza em Portugal. Por esta altura o desgaste da relação é evidente e começa a piorar gradualmente. Referem ambas que não conseguem falar uma com a outra sem discutir. Começam também nesta altura os cortes nos braços que vai fazendo, não regularmente, mas em momentos de grande pressão.

Mencionou que as suas notas entre o 8º e o 9º ano sempre foram razoáveis, contudo, no 9º ano as suas notas baixaram consideravelmente, tendo referido que começou a faltar à escola para estar com amigas mais velhas que já não estudam. Diz que não encontra motivação na escola, mas que desejava ir mais longe.

É neste contexto de faltas às aulas e de novas amizades que TA comete um furto numa loja de roupa, sendo detida e aberto um Processo Tutelar Educativo ainda em fase de instrução. A têm algum receio de que possa ser acolhida na sequência deste furto.

Socialização (relação com os outros, atividades, tempos livres):

TA tem poucas amizades significativas e poucos interesses. Refere que “Fica muito tempo sozinha no quarto ao telefone”. Tem pouco investimento em atividades de ocupação de tempos livres e um desinteresse generalizado por ocupar o seu tempo de alguma outra forma. Refere apesar de tudo gostar de roupas e que gostava um dia de trabalhar numa loja de roupa. Apresenta-se muito desinteressada relativamente a tudo.

### **Consumos/hábitos**

Consome tabaco esporadicamente, teve algumas experiências com Haxixe e com álcool, mas nada de regular ou continuado. Afirmo não ser dependente de nenhuma das substâncias.

## **Dinâmica familiar**

Não tem irmãos, tem uma relação de extremos com a mãe, sendo o sentimento dominante a culpabilização de TA perante a mãe de toda a instabilidade na vida dela. Relativamente ao Pai, não se alongou e mudou de assunto rapidamente não querendo claramente levar a conversa nesse sentido. A refere de uma forma mais emocionada a Avó, segundo a própria a pessoa que mais admira no mundo e que lhe deu mais segurança.

Revoltada com as constantes mudanças e abandonos, esta revolta segue alimentada pela dificuldade de comunicação entre os elementos desta família, carecendo muitas vezes de mediação na identificação de sentimentos, mas também na verbalização dos mesmos. Revelam, tanto a mãe com a filha muito pouco vocabulário emocional, sendo muito comum afirmarem que sentem coisas que não sabem bem dizer o que é.

## **Relação familiar**

A tem uma relação distante com a mãe, ausente com o Pai (presencial e afetivamente) e de grande afeto pela sua avó que está em Cabo Verde. Diz que não se sente bem em Portugal e que a culpa é da mãe. Ainda que a verbalização seja neste sentido, muito dura relativamente à mãe, A refere a espaços e quando baixa a guarda que sabe que a mãe trabalha muito e que procura o melhor para ela, mas que não lhe perdoa os abandonos sucessivos.

## **História Médica**

Não têm questões de saúde a assinalar ou que tenham sido referidas.

## **História da doença atual**

Comportamento Desafiante e de Oposição - Referiu que os pais a abandonaram em Cabo Verde, sendo esta a face mais visível da raiva de TA. É deste sentimento que se desenvolvem os comportamentos desviantes e de oposição, como os roubos, as chegadas tardias a casa, as experiências com drogas e álcool (ainda que pontuais) e os comportamentos Auto lesivos, que são o seu manifesto de desagrado perante as constantes mudanças na sua vida que não a deixam perspetivar futuro nem o seu presente de forma saudável.

Projeto de vida - Referiu que gostava de estudar na Universidade, mas que não acha que seja possível, pelas suas próprias competências e porque não acredita que seja possível. Assim, sonha de

uma forma mais clara com o seu futuro a trabalhar numa loja de roupa, podendo mais tarde estudar algo relacionado com moda. No entanto não é muito claro eu seja este o seu desejo. Para este efeito será realizado um teste – IPP.

### **Análise Diagnóstica do caso**

Perturbação desafiadora e de oposição - Manifestando-se habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves (APA, 2014).

Este transtorno é caracterizado por um padrão persistente de comportamento desafiador, hostil e desobediente, geralmente direcionado a figuras de autoridade, como pais, professores e outras figuras adultas. Estes são os principais critérios diagnósticos para a Perturbação Desafiadora e de Oposição, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- 5):

Padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador: Inclui frequentes acessos de raiva, discussões com adultos, desafio às regras e autoridades, culpar outros pelos seus próprios erros e comportamentos deliberadamente provocativos.

Persistência do padrão de comportamento: Os comportamentos desafiadores e opositivos devem ocorrer com frequência e persistir por pelo menos seis meses. Eles devem ser mais frequentes do que o observado tipicamente em crianças ou adolescentes da mesma idade e nível de desenvolvimento.

Prejuízo funcional: Os comportamentos desafiadores e opositivos devem causar prejuízo significativo nas áreas sociais, académicas ou ocupacionais. Isso pode incluir dificuldades no desempenho escolar, problemas nas relações familiares e conflitos com colegas.

### **Fatores de Risco que apoiam o Prognóstico**

Vários fatores podem aumentar o risco de desenvolvimento da Comportamentos Desafiadores e de Oposição em crianças e adolescentes. Esses fatores podem variar desde influências genéticas até ao ambiente familiar e social. Aqui estão alguns dos principais fatores de risco associados aos Comportamentos Desafiadores e de Oposição.

Genética e Biologia: Há evidências de que a genética desempenha um papel no

desenvolvimento de Comportamentos Desafiadores e de Oposição. Crianças com familiares de primeiro grau que têm transtornos de comportamento, têm um risco aumentado de desenvolver o transtorno. Não havendo no caso de TA alguma referência a este nível.

**Ambiente Familiar Disfuncional:** Crianças que crescem em ambientes familiares disfuncionais, caracterizados por conflitos familiares frequentes, falta de disciplina consistente, abuso físico ou emocional, negligência ou exposição a modelos de comportamento desafiadores, podem estar em maior risco de desenvolver Comportamentos Desafiadores e de Oposição. No caso de A é notória uma falta de suporte familiar consistente e seguro.

**Stresse e Trauma:** Experiências precoces de trauma, como abuso, negligência, separação dos pais, violência doméstica ou outros eventos estressantes, podem aumentar o risco de problemas comportamentais, incluindo Comportamentos Desafiadores e de Oposição. No caso de TA há uma constância nos abandonos percebidos pela mesma e que na realidade foram desenraizadores tanto da relação entre os progenitores e TA, mas também relativamente à Avó. Estas constantes alterações na previsibilidade e segurança na sua estrutura de apoio revela-se traumática e são notórias as marcas em TA, sendo para ela neste momento muito difícil depositar na progenitora uma figura de confiança, estabilidade e suporte.

**Fatores Neurobiológicos:** Certas características neurobiológicas, como disfunções no funcionamento do cérebro relacionadas ao processamento de emoções, impulsividade e regulação emocional, podem estar associadas ao desenvolvimento de Comportamentos Desafiadores e de Oposição.

**Modelagem de Comportamento:** Crianças e adolescentes que são expostos a modelos de comportamento desafiador, agressivo ou opositivo, seja em casa, na escola ou na comunidade, podem imitar esses comportamentos.

**Fatores Socioeconômicos:** Fatores socioeconômicos, como pobreza, baixo nível educacional dos pais, falta de acesso a recursos e apoio comunitário, podem contribuir para o risco de desenvolvimento de Comportamentos Desafiadores e de Oposição.

**Problemas de Saúde Mental Coexistentes:** A presença de outros transtornos mentais, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de ansiedade ou transtorno do humor, pode aumentar o risco de desenvolver Comportamentos Desafiadores e de Oposição.

**Fatores Culturais e Ambientais:** Normas culturais que toleram ou até mesmo reforçam comportamentos desafiadores, falta de acesso a serviços de saúde mental e influências ambientais

adversas podem contribuir para o risco de Comportamentos Desafiadores e de Oposição.

**Isolamento Social:** Crianças e adolescentes que têm dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos saudáveis com colegas e adultos podem estar em maior risco de desenvolver problemas de comportamento, incluindo Comportamentos Desafiadores e de Oposição.

**Exposição aos Média e Tecnologia:** O uso excessivo de média e tecnologia, especialmente conteúdos violentos ou agressivos, pode influenciar negativamente o comportamento e aumentar o risco de desenvolvimento de Comportamentos Desafiadores e de Oposição em crianças e adolescentes.

É importante deixar claro que a presença de um ou mais desses fatores de risco não garante o desenvolvimento de Comportamentos Desafiadores e de Oposição, mas pode aumentar a probabilidade. Intervenções precoces e eficazes, juntamente com um ambiente de apoio e compreensão, podem ajudar a reduzir o impacto desses fatores de risco e promover o desenvolvimento saudável da criança ou adolescente. Sendo neste caso altamente recomendável uma mediação familiar entre TA e a Progenitora.

## **Síntese das Sessões**

Apresento de seguida uma síntese de cinco sessões.

**1ª Sessão** - TA chegou em cima da hora marcada acompanhada da progenitora e encaminhada pelo CAFAP da Casa Seis na pessoa da Dra. Andreia Cabrito. Foi primeiramente recebida a jovem que verbalizou não saber a razão para estar ali e que apenas tinha sabido que ia ao Psicólogo uns minutos antes de chegar. Demonstrou estar naturalmente desconfortável e sem vontade de ali estar. Referiu sentir-se sempre triste e sem motivação, com dificuldades em estabelecer contacto ocular e falando muito por monossílabos.

Foi desde logo importante explicar a TA a importância da concordância dela a que se continue esta intervenção e que apenas com a sua concordância faria sentido. Foi-lhe explicado o âmbito da intervenção e para que podia servir aquele espaço. Foi também explicada a função de um Psicólogo e as questões relacionadas com o sigilo profissional. De alguma forma pareceu tranquilizar a jovem.

Avançou de seguida que se tinha sentido enganada e traída pela mãe “novamente”, dando a entender já ter sentido isto outras vezes. Foi gasta a primeira sessão a tranquilizar a jovem acerca deste momento, e a tentar que a jovem ficasse menos defensiva e que fossem aumentados os graus de confiança em mim e na possibilidade que este tipo de espaço lhe podia proporcionar.

Para finalizar a sessão foi pedido a TA se podia falar com a mãe e se ela preferia estar ou se preferia sair. Disse que “tanto me faz”.

Foi então pedido à mãe para entrar, com TA na sala, para que ela pudesse ouvir o que era dito à mãe e assim reduzir o seu grau de desconfiança.

À mãe foi desde logo dito que este era um espaço da sua filha e que ela podia optar por estar ou não estar, que seria sempre mais proveitoso estando ela motivada para tal.

Assim ficou combinado com TA e a mãe que ela viria sozinha na próxima semana, mas que ela teria de tomar uma decisão acerca da continuidade na semana seguinte. TA aceitou a intervenção e disse que vinha na próxima semana.

**2ª Sessão-** TA chegou em cima da hora, vinha bastante defensiva à imagem da semana anterior e continuava o seu registo monossilábico. Foi sendo questionada acerca de assuntos que pudessem ajudar a contruir a sua anamnese, tentando perceber a sua organização familiar, as suas relações, o seu histórico de saúde recente e as possíveis questões hereditárias. Foi dando respostas às questões e com o decorrer da sessão foi elaborando um pouco mais as respostas, mas ainda evitando a todo o tempo o contacto ocular.

De destacar o momento mais rico da sessão quando se referiu à sua avó em Cabo Verde como a pessoa mais significativa da vida dela e aquela em quem mais confiava. Porque nunca lhe tinha falhado. Todos os outros já lhe falharam. Disse que ficou muito magoada com a mãe quando esta foi para França e a deixou em Cabo Verde.

**3ª Sessão-** Chegou atrasada 10m à sessão, vinha agitada por ter discutido logo pela manhã com a mãe. Referiu que a discussão se deveu a ter sido intercetada pela PSP enquanto estava com um grupo de amigas a roubar roupa em lojas num centro comercial. Refere que é algo que faz algumas vezes com estas amigas. Diz que gosta de ter roupas novas e não têm dinheiro para as comprar, mas também refere a adrenalina do roubo. Diz que a faz sentir viva.

De destaque e na sequência do tema de se sentir viva refere que tem pensado muito sobre isto, tem-se recordado de um jovem que vivia em Cabo Verde e que era seu amigo e que morreu de doença súbita em criança. Tem sido recorrentes os seus pensamentos sobre a morte, mas com o foco em viver. Refere que sente que tem de viver tudo agora de forma intensa porque pode a qualquer momento morrer como o seu amigo. A mãe é sentida como um obstáculo a esta ânsia de viver.

Foi feito um investimento grande nesta conversa a aferir se a jovem com o seu quadro deprimido teria algum desejo de morte, no entanto é seguro assumir que o que está na génese dos seus pensamentos relacionados com a morte, há acima de tudo uma forte vontade de viver, o que é de alguma forma protetor. Foi mostrando desejos de viajar, de fazer coisas, mas sempre temperado com alguma inércia típica de alguém deprimido. Foi uma sessão bastante rica.

**4ª Sessão-** Nesta sessão TA vinha muito pouco faladora, disse que estava sem vontade de estar ali ou em qualquer outro sítio. Refere estar “farta” de viver com a mãe e que gostava de voltar a Cabo Verde para viver com a avó, porque era onde estava melhor. Mencionou que a mãe estava a considerar nova mudança de país e não sabe se será incluída nesta mudança, o que a deixa ansiosa e com novos receios de abandono. O abandono é um sentimento recorrente nas sessões com TA, que refere que toda a gente já a abandonou, desde amigos a família. Sente a mãe como suporte, mas não como pilar de segurança.

O pai poucas vezes é referido e sempre “en passant”. Não é uma figura presente afetivamente e não será apenas pela distância física. TA conta sobre umas férias em que o Pai esteve em Portugal, mas que segundo TA, “não lhe ligou nenhuma”. É muito desligada da relação com o pai e não faz grande esforço para a alimentar.

**5ª Sessão-** TA chegou a horas à consulta, estava muito desligada e com ainda menos vontade de falar do que o habitual. Mostrava-se preocupada com o processo em Tribunal. Misturava sentimentos de culpa com algum orgulho encapotado no que sucedeu. O processo em tribunal legitimava alguma da sua afirmação no grupo de pares e dava-lhe alguma pertença de uma forma algo perversa. Por outro lado sentia também receio de ser acolhida.

Pedi se lhe podia explicar os procedimentos de um Processo Tutelar Educativo, ao qual acedi por ser a minha área de trabalho. Expliquei o que era um processo Tutelar educativo e TA mostrou-se sempre atenta. No final da sessão disse que não queria ser acolhida porque apesar de tudo estava bem com a mãe e que sabia que a mãe era rígida, mas que gostava dela. Foi um momento em que TA revelou pela primeira vez sentimentos positivos relativamente à mãe. Saiu da sessão claramente mais leve e reforçada positivamente na relação com a mãe.

## **Discussão e Análise Clínica**

O presente acompanhamento, não obstante, a sua curta duração, revelou-se manifestamente benéfico para a estabilidade emocional da cliente, tendo esta demonstrado ao longo do processo uma notória capacidade de expressão das suas tristezas, preocupações e frustrações, num ambiente em que se sentia verdadeiramente compreendida.

Na análise das problemáticas associadas à cliente TA, verificou-se a presença de estados ansiosos, quadro depressivo e desmotivação generalizada. Contudo, evidenciava-se uma significativa vontade de viver, indiciadora de esperança no futuro e de um investimento emocional direcionado à aquisição de experiências positivas.

No contexto deste acompanhamento psicológico, recorreu-se às técnicas de entrevista fundamentadas na Abordagem Centrada na Pessoa, metodologia que se revelou particularmente adequada, não só pela sua eficácia, mas também pela substancial formação previamente adquirida ao longo dos quase 5 anos precedentes. Na implementação desta abordagem, procurou-se aplicar as seis condições necessárias e suficientes, com particular ênfase na compreensão positiva e incondicional, elemento fulcral para a adequada compreensão do caso e da cliente.

A efetiva assimilação desta condição por parte da cliente possibilitou-lhe uma expressão pessoal desprovida de receios, potenciando assim a tendência atualizante. Conforme estabelece Rogers (2012, pp. 238, 239): "O paciente compreende que pode optar por continuar a esconder-se atrás de uma fachada ou que pode assumir os riscos que envolve o facto de ser ele mesmo, senhor igualmente do poder de elevar o outro e de se elevar a si próprio. Confrontado com a realidade de uma decisão, escolhe tomar a direção de ser ele mesmo".

A adoção de uma postura não diretiva proporcionou à cliente um espaço de expressão livre, permitindo-lhe gerir o tempo conforme as suas necessidades e partilhar as suas vulnerabilidades num ambiente de confiança terapêutica. Manteve-se uma postura facilitadora que lhe concedeu a autonomia necessária para iniciar um processo de desenvolvimento e adaptação à sua perceção da realidade, sustentada numa presença autêntica e aceitante face às suas partilhas.

As sessões terapêuticas visavam objetivos específicos: a redução da ansiedade manifesta, o incremento da motivação perante a vida e os seus propósitos, bem como a aceitação da sua história de vida tal como esta efetivamente se desenvolveu, orientando o processo no sentido da estabilidade emocional e realização pessoal.

O desenvolvimento da relação terapêutica evidenciou que TA atravessava um processo de

alteração do self, característico da fase adolescente, mas significativamente marcado por experiências recorrentes de abandono e por situações de maus-tratos, ainda que não intencional, por parte dos progenitores.

Ao longo do processo terapêutico, observou-se uma progressiva tomada de consciência de si própria e, não obstante o sofrimento manifestado, verificou-se um incremento na sua congruência interna e uma crescente disponibilidade para envolver a figura materna no seu processo de reparação pessoal.

O enquadramento terapêutico desenvolveu-se num ambiente de serenidade, alicerçado no respeito pela individualidade da cliente, na valorização da relação terapêutica e na atenção ao momento presente, respeitando o seu ritmo natural e acolhendo as suas partilhas com genuína aceitação.

Estabeleceu-se como propósito fundamental que a tendência atualizante orientasse o seu percurso, permitindo uma progressiva aceitação das suas vivências e experiências, transformando-as em elementos constituintes do seu desenvolvimento pessoal.

Embora se tenha registado uma evolução significativa na consciencialização dos seus recursos internos, considera-se que a existência de suporte e validação familiar poderia potenciar substancialmente o processo de autodescoberta, influenciando positivamente o seu comportamento e estado de consciência.

A análise das circunstâncias vivenciadas na sua infância recente, caracterizadas por insuficiente suporte familiar, sugere que estas condicionaram significativamente o seu desenvolvimento, contribuindo para a formação de uma estrutura de personalidade marcada por traços depressivos, insegurança e reduzidas expectativas face ao futuro.

Ao longo das sessões, através de uma abordagem empática consistente, procurou-se evidenciar os recursos intrínsecos de TA, fomentando o desenvolvimento da sua autoconfiança e facilitando insights fundamentais para o seu crescimento pessoal e para a reestruturação da sua dinâmica familiar. A continuidade do acompanhamento psicológico foi identificada como relevante, tendo-se procedido à sensibilização da cliente nesse sentido.

Este processo de acompanhamento psicológico constituiu simultaneamente um momento de significativa aprendizagem profissional e um desafio face ao receio de eventuais limitações no estabelecimento da relação terapêutica.

A supervisão disponibilizada, tanto no contexto do local de estágio como nas aulas

específicas, revelou-se um recurso inestimável para a discussão e orientação do caso. Em termos globais, verificaram-se benefícios evidentes, tanto para TA como para o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

### **Estudo de caso B**

O E.M. tem 15 anos do sexo feminino, é natural do Brasil, reside com os pais em Mira- Sintra, tem o 9º ano de escolaridade, tem um irmão mais novo.

**Pedido:** Encaminhada pela equipa de Projeto Comunitário do Programa Escolhas – Dificuldades na relação e comunicação intrafamiliares.

**Sintomatologia atual:** Quadro depressivo ligeiro; Questões de autoconfiança e autoestima. Ansiedade.

### **Contrato e plano terapêutico – *Setting***

Acordou-se a realização de 15 sessões de acompanhamento psicológico individual no sentido de melhorar o seu relacionamento familiar mais especificamente a comunicação intrafamiliar; controlar a baixa resistência à frustração; moderar comportamento desafiante e apoio na orientação vocacional. As sessões tiveram a duração de 50 minutos, uma vez por semana; o espaço adequado (consultório de Psicologia no Espaço CAFAP da Casa Seis). Foram realizadas 14 sessões, sendo que numa primeira a jovem EM foi acompanhada pela progenitora e nas seguintes veio autonomamente, sempre motivada e com um humor positivo. Faltou a uma por compromisso familiar.

### **Problemáticas**

Por este projeto de estágio abordar a população entre os 12 e os 18 anos, será importante abordar a fase da adolescência. É nesta fase que o jovem tem contacto com as transformações fisiológicas da puberdade, estas, geram desorganização e reorganização do sistema psíquico, estas transformações podem também ser condicionadas pelas questões culturais e sociais em interação com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional (Benício et al., 2023).

É nesta fase que o jovem adquire o seu sistema de valores e crenças que irá construir a sua

identidade, esta construção é considerada a tarefa mais relevante da adolescência, pois representa a transformação do adolescente num adulto e que irá definir os valores que irão orientar o seu projeto de vida (Benício et al., 2023).

Neste sentido, é essencial abordar o papel da família na construção do sujeito, a família desempenha um papel fundamental na vida de um indivíduo, influenciando sua formação e desenvolvimento, é considerada a matriz da aprendizagem e transmite crenças, valores e modelos de relacionamento que têm impacto tanto no nível individual e coletivo dos jovens, o ambiente familiar é onde os comportamentos com significados universais e particulares são adotados, assim, é essencial considerar os fatores de risco intrapessoais e interpessoais (Araújo et al., 2021).

Os fatores de risco intrapessoais referem-se às características específicas de cada indivíduo, como temperamento, respostas emocionais e adaptabilidade, por exemplo, altos níveis de impulsividade, irritabilidade e baixa autoestima podem ser considerados fatores de risco, os fatores de risco interpessoais, particularmente no contexto familiar, também desempenham um papel crucial, a família influencia o desenvolvimento emocional e a formação da personalidade dos jovens, fornecendo cuidado, proteção e possibilitando o estabelecimento de vínculos afetivos positivos com os outros, assim, a compreensão e o reconhecimento dos fatores de risco intrapessoais e interpessoais, em especial no contexto familiar, são essenciais para compreender as influências que moldam a vida dos jovens e identificar estratégias de intervenção e prevenção eficazes (Dias, 2012; Ponteira, 2010).

A presença de fatores protetores como uma orientação positiva em relação à escola, valorização dos resultados acadêmicos, atitudes favoráveis em relação à saúde e relações saudáveis com pares e adultos significativos podem oferecer alternativas saudáveis e positivas para os jovens lidarem com os desafios da adolescência (Schenker & Minayo, 2005), a percepção de um sistema de regulação de comportamento por parte dos pais e amigos com comportamento pró-social pode influenciar positivamente as escolhas dos adolescentes, diminuindo a probabilidade de se envolverem em comportamentos desviantes como as adições ou comportamentos de delinquência (Santos, 2019).

Em suma, os fatores de proteção durante a adolescência, podem ajudar os jovens a enfrentar os riscos e desafios dessa fase de forma mais saudável, reduzindo assim a sua vulnerabilidade, é

fundamental promover ambientes que ofereçam apoio emocional, oportunidades positivas de envolvimento social e educação sobre os perigos das adições, a fim de capacitá-los a tomar decisões informadas e saudáveis ao longo da importante fase da adolescência (Sapienza & Pedromônico, 2005).

### **Intervenção Psicológica**

No âmbito do presente relatório, afigura-se essencial destacar a Abordagem Centrada no Cliente como paradigma estruturante da minha formação teórica e prática. Esta perspectiva teórica fundamenta-se na existência de uma tendência universal inata orientada para o crescimento ordenado, manifestando-se através de uma capacidade complexa e interrelacionada, perceptível tanto na dimensão inorgânica como orgânica, que Hipólito e Nunes (2011) conceptualizam como "tendência formativa".

A perspectiva Rogeriana estabelece que esta tendência formativa, embora universal na espécie humana, manifesta-se de forma singular em cada indivíduo através do que se designa por tendência atualizante. Conforme explicita Justo (2001), quando um indivíduo demonstra um desenvolvimento positivo e efetua escolhas construtivas num contexto favorável, tal deve-se à presença de uma força dinâmica intrínseca que o impele nessa direção.

A tendência atualizante, enquanto conceito nuclear desta abordagem, caracteriza-se pela capacidade intrínseca do organismo para o crescimento, manutenção e desenvolvimento. Brodley (1998) conceptualiza-a metaforicamente como um mapeamento mental implícito que orienta o organismo para níveis progressivamente mais complexos de desenvolvimento, sendo esta orientação evidenciada através de uma perspectiva fenomenológica. Neste contexto, Branco (2008) salienta que a inibição desta tendência atualizante pode originar diversas manifestações psicopatológicas, variando em severidade consoante o grau de compromisso desta tendência, seja na globalidade da experiência vital ou em domínios específicos.

A realização do Self emerge como elemento fulcral da existência humana, constituindo simultaneamente uma força orientadora e motivacional que, em articulação com as exigências orgânicas e as condicionantes ambientais, impulsiona o desenvolvimento individual. Rogers (2012) enfatiza que este processo desenvolvimental pressupõe necessariamente uma componente

motivacional, elemento determinante para o bem-estar psicológico do cliente.

Na prática terapêutica, compete fundamentalmente ao terapeuta estabelecer condições ambientais e relacionais facilitadoras, tanto no plano físico como no plano psicológico, que promovam a libertação do cliente de eventuais constrangimentos ao seu desenvolvimento pessoal. Rogers e Wallen (2000) sublinham a importância de criar um ambiente terapêutico caracterizado pela segurança e acolhimento, propício à exploração autónoma dos recursos internos do cliente e ao desenvolvimento da sua iniciativa no processo de crescimento pessoal.

A transformação terapêutica, segundo Dachroden (2006), materializa-se quando se estabelecem condições ótimas de compreensão e aceitação, permitindo ao cliente experienciar genuinamente o seu valor intrínseco e aceder com maior clareza aos seus estados emocionais e afetivos no contexto da sua experiência global. Este processo facilita o aprofundamento do autoconhecimento e potencia as possibilidades de mudança construtiva.

### **Exame do estado mental**

Ao nível do aspeto, EM, apresenta uma complexão física média; Higiene adequada, com indicadores de algum autocuidado; Vestuário adequado, sem roupas sujas, com boa apresentação; Idade aparente coincidente à real; Sinais evidentes de timidez, expressão facial simpática e aberta, Postura corporal desconfortável com os braços muitas vezes caídos; Movimentos motores: coordenados e adequados. Humor Distímico (sem oscilações significativas de humor, com predominância de humores depressivos); Ao nível da Atitude apresenta alto nível de cooperação, e respostas emocionais elaboradas e verdadeiras. Na atividade apresenta um comportamento adequado: sem agitação motora; muito colaborante no processo terapêutico, mas sempre revelando uma timidez extrema e algum desconforto numa fase inicial. Foi importante esclarecer as questões do sigilo como se perceberá mais à frente.

### **Nível de consciência**

Orientada em relação ao tempo, ao espaço e à própria identidade; Alerta: Responde aos estímulos sem sinais de sonolência ou confusão mental; Atenção: consegue-se concentrar nas

perguntas e responder de forma coerente e de uma forma elaborada para a idade que apresenta; Estado de consciência em relação a si própria: reconhece ser tímida e não ser capaz de exprimir emoções, algo que se verificou não ser de todo o caso.

Revelou sempre conforto no espaço terapêutico e abertura quando lhe era solicitado que descrevesse o que sentia em determinadas situações. Avaliação Alopsíquica, respostas elaboradas, sempre bastante ligada e com vontade de partilhar sobre si mesma. Muito consciente das suas necessidades e com iniciativa de conversa a maior parte das vezes a ser tomada por ela. Mantém facilmente o contato visual direto. Pensamento sem alterações no curso, forma e conteúdo. Percepção sensorial adequada; Sem Falsas Percepções - Ausência de ilusões ou alucinações, coerente com a realidade objetiva. Ao nível da cognição parece ser uma jovem um pouco acima da média.

### **Motricidade**

Tónus muscular sem rigidez muscular excessiva (espasticidade) ou diminuição do tônus (hipotonia); coordenação motora adequada, mantém postura adequada, sem alterações na marcha; sem movimentos involuntários. Comportamentos alimentares irregulares provocados por algumas questões com o corpo e com os padrões de beleza da atualidade. Ritmo circadiano adequado (Padrão de sono normal).

### **Análise ao exame do estado Mental**

Fatores de risco: A baixa autoestima e autoconfiança que potenciam momentos de grande ansiedade. EM tem-se em muito pouca conta e acredita muito pouco em si e nas suas capacidades. Têm também algumas questões relacionadas com a sua imagem e com a forma como é vista pelo outro. Veste-se de maneira a tapar todas as partes do corpo. Não demonstra confiança e tenta manter-se sempre discreta. A relação com a mãe e o Pai não é de confiança, já que EM guarda alguns segredos acerca da sua sexualidade que tem receio de partilhar com os progenitores. Refere “gostar de meninas” (sic) e que para os pais que são muito religiosos isto seria devastador. Apesar de referir gostar de meninas, ainda não teve nenhuma experiência, sendo algo muito idealizado ainda, mas não obstante muito claro na sua maneira de sentir atração.

Fatores protetores: A capacidade de falar sobre si mesma. O Insight que facilmente tem sobre situações da sua própria vida e uma capacidade grande de refletir sobre si e o mundo que a rodeia. É

também uma jovem muito afetiva e com uma capacidade muito grande de sentir e analisar o que sente de uma maneira clara e objetiva.

### **História Pessoal**

EM de 15 anos nasceu no Brasil, veio para Portugal com os pais e o irmão mais novo há 5 anos. Foi uma gravidez desejada e os pais são bastante presentes na vida dela, apesar de terem uma mentalidade mais fechada. Família com bons hábitos de saúde; situação económica modesta mas possível, tendo a mãe emprego em limpeza, e o pai motorista de autocarros na zona de Sintra. Todos têm a situação legal resolvida através de vistos de residência. Ambicionam ficar em Portugal e pretendem ter a nacionalidade portuguesa. Residem numa habitação social na freguesia de Mira-Sintra.

Da 1ª classe ao equivalente ao 5º ano frequentou a escola no Brasil (Minas Gerais) sempre com o pai a mãe e o irmão. Não falou muito sobre este período da vida dela, mas refere que foi normal, sem problemas, mas que gosta muito mais de viver em Portugal. No 5º ano os Pais vêm para Portugal com ambas as crianças, sendo um momento de apreensão inicial, mas rapidamente resolvida pela segurança que Portugal lhes oferece. É referido apenas que os salários são muito baixos e que têm de trabalhar muito para ter uma vida digna. Recorda-se da viagem como um momento de grande entusiasmo. A vinda para a Europa como um momento de crescimento para toda a família. Chegam com entusiasmo e não se sentem defraudados com o passar do tempo. São aparentemente uma família feliz.

A mudança de país foi encarada como um momento positivo por EM, que sempre acreditou que no Brasil não seria tão feliz. Diz também que é uma pessoa que fica feliz com pouca coisa e que desde que esteja sossegada e não se sinta em risco é suficiente e uma melhoria relativamente à realidade deles no Brasil.

Com esta mudança, DL, mantém-se estável e organizada, e a sua família unida.

Mencionou que as suas notas sempre foram razoáveis, mostrando grande interesse pelas artes, nomeadamente o desenho japonês e o Manga. Desenha bem e utiliza o desenho como escape para momentos em que se sente mais tensa ou triste. Tem poucas amigas na escola, mas as poucas que têm são significativas, mas refere que gostava de ter mais amigas. Vai passando muito tempo com o irmão numa relação muito próxima, mas que começa a dar sinais de estar a perder ligação pelo florescimento de ambos, ganhando interesses diferentes. EM refere que não gosta quando o irmão a

ignora na escola, e que fala com ele sobre isso em casa e ele nega que aconteça.

É uma jovem muito bem estabelecida, organizada, focada e com objetivos futuros, estando a viver alguns desafios naturais da adolescência, conjuntamente com definições da sua sexualidade.

### **Socialização (relação com os outros, atividades, tempos livres):**

A tem poucas amizades significativas e poucos interesses. Refere que “Fica muito tempo sozinha no quarto ao telefone”. Ocupa os seus tempos livres a desenhar e a ouvir música. Refere também que em casa ainda brinca muito com o irmão e que se divertem bastante. Fora de casa a sua vida é mais isolada e não tem muita facilidade em criar novas amizades.

### **Consumos/hábitos**

Não tem questões de consumos a assinalar ou que tenham sido referidos.

### **Dinâmica familiar**

Não tem irmãos, tem uma relação de extremos com a mãe, sendo o sentimento dominante a culpabilização de A perante a mãe de toda a instabilidade na vida dela. Relativamente ao Pai, não se alongou e mudou de assunto rapidamente não querendo claramente levar a conversa nesse sentido. A refere de uma forma mais emocionada a Avó, segundo a própria a pessoa que mais admira no mundo e que lhe deu mais segurança.

Revoltada com as constantes mudanças e abandonos, esta revolta segue alimentada pela dificuldade de comunicação entre os elementos desta família, carecendo muitas vezes de mediação na identificação de sentimentos, mas também na verbalização dos mesmos. Revelam, tanto a mãe com a filha muito pouco vocabulário emocional, sendo muito comum afirmarem que sentem coisas que não sabem bem dizer o que é.

### **Relação familiar**

Tem uma boa relação com os progenitores e com o seu irmão. Não refere mais família, como avós. A forma afetiva como a família se relaciona é notória na preocupação que colocam no futuro dos seus filhos. São eles o motor da procura de Psicólogo para a EM.

A tem uma relação próxima com a mãe e com o Pai. Diz que se sente bem em Portugal e valoriza o esforço dos pais para que ela esteja bem.

## **História Médica**

Não têm questões de saúde a assinalar ou que tenham sido referidas.

## **História da doença atual**

Autoestima Baixa e Ansiedade enquanto resposta – Refere que gostava de ser mais apreciada pelos seus pares, não é uma rapariga popular e tem poucas amizades. Pensa que as suas atitudes e o seu aspeto exterior possam estar ligados a esta pouca capacidade de cultivar amizades. Tem também algumas questões relacionadas com a sua identidade sexual que a levam por vezes a retrair-se e a afastar-se de situações em que se exponha ou veja esta sua parte da vida exposta e em escrutínio. Demonstra receio que isto possa acontecer e do impacto que possa ter na dinâmica familiar caso seja público este seu interesse por pessoas do mesmo sexo. O facto de os pais serem bastante religiosos alimenta-lhe o receio porque julga que nunca a aceitarão sendo desta forma.

Projeto de vida – Refere gostar de estudar e vê com facilidade e prazer o ingresso numa universidade em algo relacionado com as artes, área onde demonstra apetência e gosto. Têm também interesse na área do cinema e principalmente no cinema de animação. Pretende fazer a sua vida em Portugal, sentindo que é um país onde na generalidade as pessoas aceitam bem os migrantes.

## **Análise Diagnóstica do caso**

No que diz respeito ao caso da jovem EM o diagnóstico predominante será algo aproximado de Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), mas não será absolutamente claro de que se trate de uma perturbação ou se de algo transitório e situacional, provocado por questões relacionadas com a adolescência e por questões de autoestima. Não obstante mantenho esta possibilidade em aberto por estar em linha com uma parte dos critérios.

A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) caracteriza-se fundamentalmente por um padrão persistente de preocupação e ansiedade desproporcional face às circunstâncias que provocam essa inquietação (Rogers, 2010; Bruce et al., 2001; Pereira & Manarte, 2014).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), o diagnóstico da PAG requer:

Preocupação Excessiva: Ansiedade e apreensão expectante que ocorrem em mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses, sobre vários acontecimentos ou atividades, incluindo o desempenho laboral ou escolar.

Dificuldade de Controlo: O indivíduo demonstra incapacidade em controlar a preocupação e

em evitar que esta interfira na atenção sobre as tarefas que realiza.

**Manifestações Sintomáticas:** Presença de, no mínimo, 3 dos seguintes sintomas (apenas 1 para crianças) em mais de metade dos dias durante 6 meses:

- Agitação, nervosismo ou tensão interior
- Fadiga fácil
- Dificuldades de concentração ou mente vazia
- Irritabilidade
- Tensão muscular
- Perturbações do sono

**Impacto Funcional:** Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

**Exclusão de Outras Causas:** A perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

**Diagnóstico Diferencial:** A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental.

#### Características e Epidemiologia

As preocupações na PAG são tipicamente multifocais e excessivamente irreais em relação às atividades diárias (Lopes et al., 2021). A amplitude das preocupações - abrangendo finanças, trabalho e saúde - correlaciona-se diretamente com o grau de comprometimento psicossocial (Pereira & Manarte, 2014).

#### Demora na Procura de Tratamento:

Os sintomas são frequentemente menos intensos que outras perturbações ansiosas (Noyes et al., 1992 citados por Dugas & Ladouceur, 2000)

Os doentes costumam tolerar os sintomas durante anos antes de procurar ajuda profissional (Rapee, 1991 citado por Dugas & Ladouceur, 2000)

80% dos indivíduos referem ansiedade "desde sempre", interpretando-a como traço de personalidade inalterável

#### Elevada Comorbilidade:

Mais de 90% dos casos apresentam pelo menos outra perturbação concomitante (Bruce et al., 2001)

A PAG representa fator de risco para desenvolvimento de outras perturbações mentais,

especialmente Depressão Major

### **Fatores Etiológicos**

A ansiedade pode ser desencadeada por fatores:

#### **Endógenos:**

- Aspectos biológicos
- Herança genética
- Alterações do organismo

#### **Exógenos:**

- Questões pessoais (religião, orientação sexual, estilo de vida)
- Contexto familiar
- Relações interpessoais
- Situação profissional
- Circunstâncias sociais

### **Fatores de Risco que apoiam o Prognóstico**

A autoestima tem sido objeto de estudo de diversos teóricos ao longo do tempo, cada um contribuindo com perspectivas únicas para sua compreensão. William James (1890) propôs uma abordagem fundamentada na totalidade dos atributos individuais. A sua teoria sugeria uma correlação direta entre a quantidade de atributos pessoais e o nível de autoestima, onde qualquer redução nesses atributos resultaria numa diminuição proporcional da autoestima.

Bednar e Peterson (1995) trouxeram uma nova dimensão ao conceito, enfatizando a relevância da interpretação individual dos feedbacks recebidos do ambiente externo. Esta perspectiva destacou o papel fundamental do contexto social na formação da autoestima. Os autores argumentavam que indivíduos com autoestima positiva desenvolvem maior resiliência frente aos feedbacks externos, pois esta funciona como um mecanismo protetor que fortalece sua capacidade de resistir. Adicionalmente, observaram que níveis mais elevados de autoestima correlacionam-se positivamente com uma maior disposição para perseguir objetivos pessoais (Bednar & Peterson, 1995).

Na perspectiva de Deci e Ryan (2000), a autoestima emerge como resultado do atendimento das necessidades fundamentais do indivíduo, processo através do qual ele desenvolve a percepção de seu próprio valor e merecimento. Os autores propõem que a autoestima se constitui através de um processo avaliativo que confronta a autopercepção atual (visão objetiva de si) com as aspirações pessoais (ideal almejado), tendo como base estrutural o autoconceito do indivíduo (Deci & Ryan, 2000).

EM tem sido pouco reforçada na sua autoestima e é permanentemente acompanhada pela dúvida de aceitação por parte da sua família. O crescimento de dúvida em si própria potencia momentos de ansiedade e de alguma instabilidade, no entanto o suporte que obtêm da parte da família é de bom prognóstico.

### **Síntese das Sessões**

Apresentamos de seguida uma síntese de quatro sessões, sendo que a primeira sessão foi a entrevista clínica para a construção da anamnese.

2ª Sessão- EM chegou antes da hora marcada acompanhada pela mãe como habitualmente. Estava muito tranquila e disse que estava ansiosa por contar como correu a semana dela. Disse que conheceu uma menina que gostou dela. Não tem muita facilidade em fazer novas amizades, portanto esta novidade assumiu um papel de destaque na semana de EM. Disse que também tinha gostado dela, mas tem medo de investir na relação por ter medo que corra mal. Teme que a menina que conheceu não goste dela assim que a conhecer melhor.

Tem sido este misto de emoções, ainda que maioritariamente positivas e de esperança que corra bem, a marcar a semana de EM. Deambula sempre entre o entusiasmo perante novas amizades e o medo de falhar que geralmente atribui a si própria. Relativamente à dinâmica familiar, diz estar num momento menos bom com o irmão, que tem gozado muito com ela por ela estar sempre muito sozinha na escola e não ter muitos amigos. Diz o seu irmão que ela é meio esquisita. Isto reforçou a crença de EM que ela não é suficientemente boa ou bonita para agradar aos outros.

Com a mãe diz estar a passar um bom momento. A mãe está muito contente de ela estar a aderir às consultas e que acha que ela está melhor. Algo que seguramente não será efeito imediato após duas consultas. Não obstante há este sentir. Com o pai a relação é mais distante.

EM refere que o pai chega quase sempre tarde e muito cansado, mas que entende que assim

seja. Voltamos ao assunto inicial por iniciativa de EM que me questionou se devia tentar conhecer melhor a amiga que conheceu. Disse-lhe que deve fazer o que sentir que lhe faz sentido. Mas que todos sentimos necessidade de estar com outras pessoas e que era natural ela querer que assim seja. Procurei normalizar a aceitação e a rejeição como parte integrante das relações e que havia muita coisa que dependia dela, mas que também há uma parte grande dos relacionamentos que dela não depende. Pareceu sair pensativa, mas com menos peso da responsabilidade total do sucesso ou insucesso das suas relações.

5ª Sessão- Chegou pensativa e algo ansiosa. Diz que tem uma coisa importante para me contar e que está com algum receio em fazê-lo, mas que o quer fazer. Foi de novo recordada acerca da confidencialidade e do espaço ser dela e de ela o poder utilizar da forma que entender e que era um espaço de não julgamento e de compreensão. Decidiu então avançar e contar que gosta de “meninas”. Ao dizer estas palavras chora copiosamente, dizendo que nunca tinha dito isto em voz alta, que tinha até alguma vergonha em pensar assim, e que por vezes achava que era “doente” por isso. Foi-lhe explicado que não era uma doença e que era apenas o que ela sentia e que não se devia recriminar por isso, que não era culpada de nada, porque não havia nada de que ser culpada.

Diz estar com muito receio de que os Pais saibam e que o irmão possa descobrir e utilizar esta informação para a prejudicar. Por vezes o irmão consegue ser bastante cruel, segundo EM.

Foi um momento libertador para EM em que lhe foi possível verbalizar os seus sentimentos de uma forma livre.

7ª Sessão- EM chegou neste dia bastante alegre e confiante. Trazia consigo uma pasta com desenhos seus que gostaria de partilhar comigo. Diz que estes desenhos contam muito sobre o que ela é e que gostava que eu os visse. Pedi-lhe desenho a desenho que me explicasse o que eram, sendo uma ferramenta muito útil para entender o funcionamento de EM. Nestes desenhos estava sempre muito patente a figura feminina como algo forte e dominante. Uma figura poderosa e sem medo, talvez remetendo para algo que EM não estava a conseguir ser ainda. Nestes desenhos estavam projetados também elementos da família com dimensões afetuosas, mas distantes, sempre, do personagem principal.

Foi uma sessão extremamente útil, que serviu para reforçar EM pela qualidade dos seus desenhos enquanto foi possível recolher informações recônditas sobre a forma como ela vê os vários

elementos da sua vida pessoal, mostrando por vezes o lado idealizado, mas noutras o lado mais real.

9ª Sessão- Referiu ter sido uma péssima semana, tudo lhe correu mal, disse EM. Teve problemas com a professora de Português, que não quis adiantar muito. Mas principalmente em casa. Sentiu a mãe mais tensa com ela e não consegue encontrar razões para isso. Com o irmão também teve algumas tricas que não ajudaram a que estivessem em ambiente mais pacífico.

Relativamente ao Pai é cada vez mais notado e referida a percepção de afastamento deste relativamente ao dia-a-dia familiar. EM diz sentir falta dele, apesar de ele lá estar.

### **Discussão e Análise Clínica**

O acompanhamento psicológico, ainda que breve, revelou-se significativo para o equilíbrio emocional da cliente. Durante as sessões, verificou-se que a cliente encontrou um espaço onde se sentia verdadeiramente compreendida e valorizada, uma necessidade que manifestava com notória urgência.

EM apresentava como principais questões estados de ansiedade e baixa autoestima. Todavia, revelava-se uma jovem dotada de considerável capacidade de reflexão crítica sobre si própria e sobre os outros. A intervenção psicológica baseou-se na Abordagem Centrada na Pessoa, aplicando as seis condições necessárias e suficientes, com particular destaque na compreensão positiva e incondicional.

A assimilação desta condição pela cliente possibilitou uma expressão mais autêntica de si, favorecendo a sua tendência atualizante. Como refere Rogers (2012, pp. 238, 239): "Está implicada neste processo de se tornar no que se é uma profunda experiência de opção pessoal. O paciente compreende que pode optar por continuar a esconder-se atrás de uma fachada ou que pode assumir os riscos que envolve o facto de ser ele mesmo, senhor igualmente do poder de elevar o outro e de se elevar a si próprio. Confrontado com a realidade de uma decisão, escolhe tomar a direção de ser ele mesmo".

A abordagem não-directiva permitiu que a cliente se expressasse livremente, respeitando o seu próprio ritmo e partilhando as suas vulnerabilidades sem restrições. Considerando o seu estado emocional, manteve-se uma postura que privilegiava a sua autonomia no processo terapêutico, promovendo o seu desenvolvimento e adaptação à sua realidade, sempre mantendo uma presença autêntica e acolhedora.

O acompanhamento psicológico visava reduzir os níveis de ansiedade, fortalecer a autoestima e promover a autoaceitação, procurando maior estabilidade emocional e realização pessoal. Ao longo das sessões, observou-se um progressivo desenvolvimento da autoconfiança e do amor-próprio em EM, embora ainda persistissem algumas dificuldades em manter essa postura de forma consistente. Durante o processo, começou a demonstrar maior autonomia nas suas decisões pessoais e relacionais, desenvolvendo confiança suficiente para procurar novas amizades.

O processo terapêutico caracterizou-se por um desenvolvimento gradual e harmonioso, fundamentado no respeito pelo indivíduo, pela relação terapêutica e pela temporalidade do momento presente. Privilegiou-se o ritmo natural da cliente, acolhendo as suas partilhas em cada sessão. Procurou-se facilitar a expressão da sua tendência atualizante, permitindo que ela gradualmente integrasse as suas experiências, incluindo o processo de descoberta da sua orientação sexual.

Embora se tenha observado um progresso significativo na consciencialização dos seus recursos internos, facilitando a simbolização e consequente desenvolvimento pessoal, avalia-se que o suporte e aceitação familiar seriam elementos adicionais benéficos no seu processo de autodescoberta, potencialmente influenciando positivamente o seu comportamento e estado de consciência.

Este acompanhamento constituiu-se como uma experiência de aprendizagem significativa, caracterizada pelo estabelecimento de um vínculo terapêutico particularmente forte, que resultou num maior envolvimento nas intervenções propostas.

## Análise de Testes Psicométricos

05/06/23, 16:30

TPOnlineByHogrefe

### Resultados – Motivação e Interesses

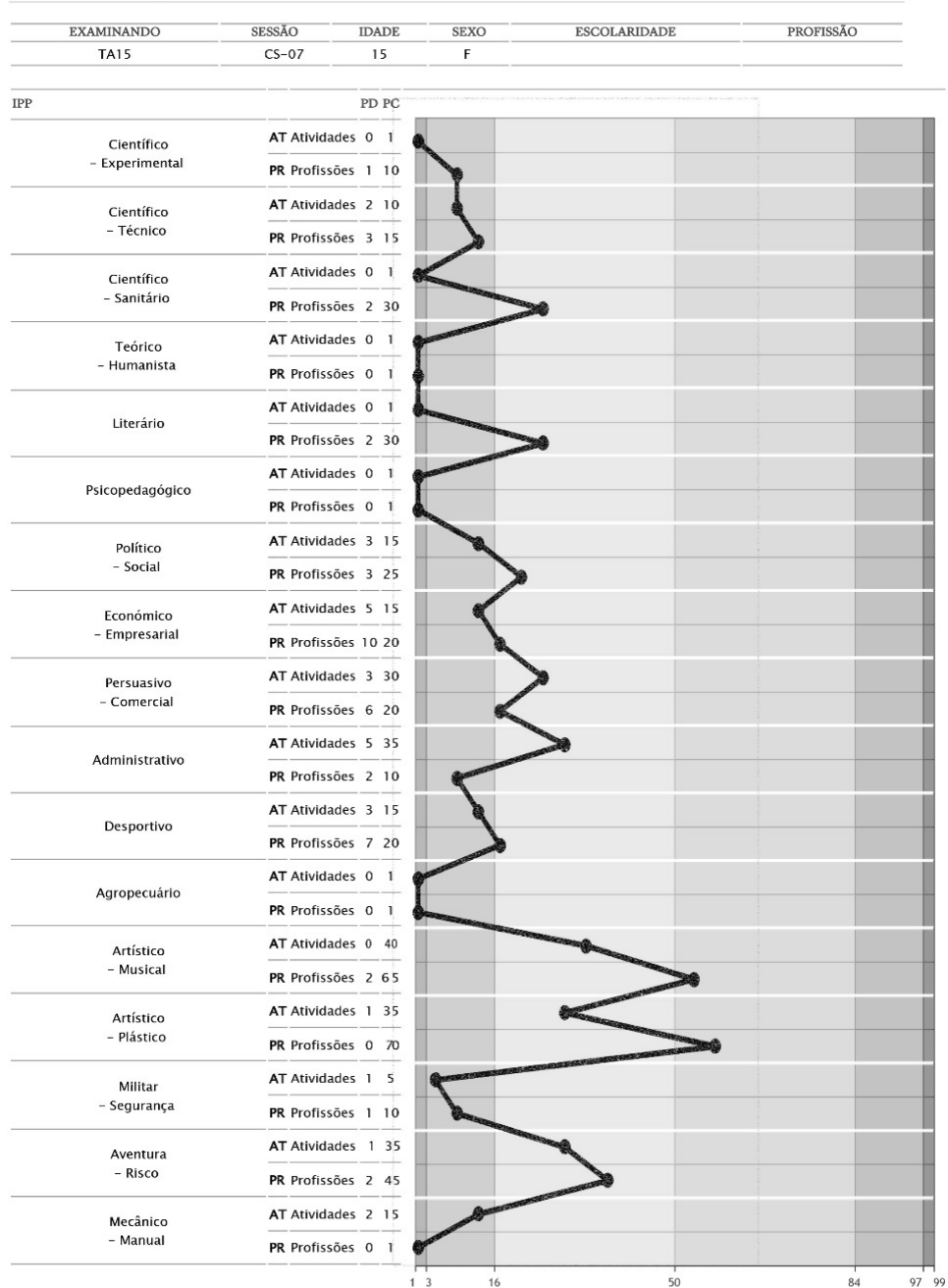


Tabela de normas: 12º Ano – Sexo masculino

A análise e interpretação dos resultados deverá ser feita por profissionais com formação e experiência específicas em avaliação psicológica. Perfil gerado a partir de Testes Psicológicos Online by Hogrefe – © 2017 by Editora Hogrefe, Lda.

<https://tpbyhogrefe.com/B2SB/AD/TesteResultsCORMotiv.aspx>

2/3

Figura 1 - Análise de Teste Psicométrico IPP

Foram verificadas algumas discrepâncias entre pontuações em Atividades (AC) e em Profissões (PR), estas podem ser indicadoras de que TA não ainda suficientemente maturadas as suas escolhas sobre as atividades implicadas numa profissão ou ainda estará indecisa acerca de que caminho tomar, o que é normativo tendo em conta a idade. Importa referir que este teste foi a pedido da Instituição onde realizei estágio, manifestando algumas questões acerca da definição do projeto de vida de TA e da sua orientação vocacional.

Será importante aprofundar o grau de conhecimento que TA tem relativamente às atividades relacionadas com as diferentes profissões. Os valores considerados significativos são acima de 50 PC e concordantes entre a atividade e a profissão.

Este tipo de perfil coaduna-se com o referido em consulta em que TA refere que deseja trabalhar na área da moda, demonstrando assim um perfil mais criativo.

|                    | Atividades | Profissões | Atividades                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Profissões                                                                                                                         |
|--------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aventura-Risco     | 35         | 45         | Fazer viagens ou explorações arriscadas: voos espaciais. Descidas a grutas. Explorações submarinas. Participar em corridas de carros ou motos.                                                                                                                                                     | Astronauta.<br>Espeleólogo.<br>Explorador. Piloto de corridas (moto ou carro).                                                     |
| Artístico-Plástico | 70         | 35         | Criar e realizar obras artísticas de escultura. Pintura, desenho ou gravação. Restaurar obras de arte. Desenhar objetos para decorar casas, teatros, edifícios públicos, Ilustrar livros, revistas ou folhetos. Fotografar pessoas, animais, paisagens ou objetos para publicações ou publicidade. | Pintor. Desenhador.<br>Escultor. Restaurador de obras de arte.<br>Decorador. Fotógrafo.<br>Fotógrafo de publicidade.               |
| Artístico-Musical  | 65         | 40         | Compor, dirigir ou interpretar obras musicais no teatro. Cantar como solista ou como membro de um grupo musical. Criar coreografias para ballet ou espetáculos musicais.                                                                                                                           | Compositor de música moderna. Autor e intérprete de canções.<br>Cantor de ópera. Cantor de música moderna.<br>Pianista. Violinista |

Tabela 2 - Atividades Vs Profissões

TA esteve sempre pouco à vontade a responder a este questionário dando a entender que detinha pouco conhecimento efetivo acerca das profissões e atividades, no entanto, revelou ainda um conhecimento limitado sobre a relação entre atividades e profissões existentes pela discrepância entre os resultados.

A área em que mais se destacou é relacionável diretamente com os seus desejos, o que revela algo contrário ao desejo da mãe que ela trabalhe numa grande empresa, conforme referiu no primeiro contacto. O resultado deste teste a este nível pode revelar que os desejos da família têm menos peso na sua decisão do que os de TA que manifesta o desejo de trabalhar na área da moda.

Importa referir que tem valores elevados ao nível de atividades ligadas à aventura e ao risco, algo que é congruente com o seu perfil mais ligado a atividades em que se coloca em risco.

O resultado do teste IPP realizado à jovem TA de 15 anos revela alguma imaturidade natural da idade e não deixa de ser interessante que revele a pressão exercida pela família para que TA tenha um percurso relacionado com outras áreas de atividade e isso estar plasmado nestes resultados.

### **Reflexão do Trabalho de Estágio**

A experiência de estágio profissional foi uma excelente oportunidade para aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos de formação, sendo tanto enriquecedora como desafiante.

Representou para mim, a nível pessoal, um crescimento exponencial, pelo momento de entrega ao outro, quer pela prática essencial ao desenvolvimento da função específica de Psicólogo Clínico, quer pelo momento de atenção plena ao outro enquanto exercício transversal à vida.

É na prática profissional que se toma consciência das complexidades envolvidas, das dificuldades ou contrariedades que durante o processo teórico num ambiente mais controlado e seguro como a universidade não são evidentes.

A prática clínica é um espaço em que clientes, com vulnerabilidades procuram entendimento e respostas para as suas arduidades, para os seus dilemas, muitas vezes influenciados por expectativas desadequadas e criadas por uma sociedade que procura soluções do tipo “penso rápido”.

A prática clínica pode ter um papel fundamental ao oferecer um suporte, por vezes inexistente noutros momentos da vida de um indivíduo, empatia e rumo para ajudar os clientes a lidarem com as suas dificuldades de maneira saudável e possível. Assim torna-se importante honrar o processo individual de cada cliente e trabalhar em dupla virtuosa para encontrar caminho para a saúde e o bem-

estar.

É por demais evidente que o estágio é o grande habilitador de sensibilidades que não advêm apenas do conhecimento técnico, mas também da experiência factual adquirida em contexto de estágio e/ou profissional. Abraçar conceitos como empatia e aceitação incondicional só são verdadeiramente entendidas quando praticados, quer em contexto terapêutico, como enquanto filosofia de vida, e apropriando estes valores como meus.

A procura da fluidez de relação, na forma como o processo de descoberta, quer do cliente, quer do terapeuta, se processa é um dos maiores desafios das primeiras consultas. A atenção plena ao cliente e um foco constante na sua história são constantes nesta prática, combinada com valia técnica e teoria, é esperado um cruzamento virtuoso da teoria com a prática cimentada com empatia.

Encarar o processo de “criação” de um bom terapeuta como um processo longo e paulatino é o mais sensato, por ser um caminho em constante construção.

A instituição onde decorreu o estágio tem como objetivo principal proteger as crianças e jovens. A intervenção em contextos mais desafiados, como o bairro D. Pedro IV em Mira-Sintra levantam desafios e uma compreensão não só do cliente, mas do meio em que ele se insere, com todas as suas idiossincrasias e os seus traços culturais. Trabalhei maioritariamente com populações migrantes do Brasil e de países da CPLP, em que foi necessário preparar-me enquanto terapeuta para a questão cultural como um fator importante a ter em conta. O conhecimento mais profundo da comunidade serviu-me de linha de guia para decifrar o quadro de referências dos clientes, conseguindo desta forma entender algumas das especificidades culturais destes jovens, que podem ter um papel a desempenhar nesta relação dual e terapêutica.

Nem sempre foram consultas bem-sucedidas, sendo que os maiores constrangimentos foram as faltas não programadas às consultas e talvez o constrangimento maior, o facto de o espaço do CAFAP ser em contexto de Bairro e toda a comunidade saber ao que iam os utentes, provocando assim algum constrangimento no momento da entrada para o espaço

A título pessoal foi uma experiência muito enriquecedora e edificadora, dando-me ferramentas para a minha futura prática. Foi muito claro para mim a mais-valia deste estágio e poder colocar em prática os anos de aprendizagem académica, mas também pessoal.

## Referências bibliográficas

- Almeida, A., & Malagris, N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.14.439>
- American Psychological Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.
- Bednar, L., & Peterson, R. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. American Psychological Association.
- Bellak, L., & Bellak, S. (1950). An introductory note on the Children's Apperception Test (CAT). *Journal of Projective Techniques*, 14(2), 173–180. <https://doi.org/10.1080/08853126.1950.10380319>
- Benício, B. C., Gomes, K. P. G., & Castro, E. H. B. de. (2023). O espelho, a família, o voo de Pégasus: A existencialidade adolescente no plantão psicológico. *Amazônica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 16(1), Article 1.
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J., & Chartier, P. (1998). *Psicologia patológica: Teoria e clínica*. Climepsi Editores.
- Braconnier, A., Dominguez, A., & Fonseca, F. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Climepsi.
- Branco, P. (2008). Organismo: Tendência Atualizante e Tendência Formativa no Fluxo de Vida. In C. Junior & A. Souza, *Humanismo de Funcionamento Pleno: Tendência Formativa na Abordagem Centrada na Pessoa – ACP* (21-43). Campinas: Alínea.
- Brodley, T. (1998). O conceito de tendência atualizante Rogeriana na teoria centrada no cliente. *A Pessoa Como Centro- Revista de Estudos Rogerianos* (2) 37-49
- Bruce, V., Henderson, Z., Newman, C., & Burton, A. M. (2001). Matching identities of familiar and unfamiliar faces caught on CCTV images. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 7(3), 207–218. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.7.3.207>
- Corman, L. (1979). *The handbook of crisis intervention* (1st ed.). Jason Aronson.
- Dachroden, H. (2006). O efeito da relação de ajuda segundo a abordagem centrada na pessoa no grau de auto-estima e no sentido interno de coerência do indivíduo idoso [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada].
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.

[https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)

- De La Cruz, M. (2001). *IPP Interesses e Preferências Profissionais Manual* (4ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Dias, S. (2012). Factores de risco na delinquência juvenil: O grupo de pares, a impulsividade e o consumo de drogas. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/67771>
- Dorin, L. (1978). *Psicologia da criança* (Editora do Brasil).
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635–657. <https://doi.org/10.1177/0145445500245002>
- Eells, T., Lombart, K., Kendjelic, E., Turner, L., & Lucas, C. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 579–589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>
- Enderle, C. (1990). *Psicologia do desenvolvimento: O processo evolutivo da criança* (2ª edição revista e aumentada). Artes Médicas.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2017). Competency-based clinical supervision: Status, opportunities, tensions, and the future. *Australian Psychologist*, 52(2), 86–93. <https://doi.org/10.1111/ap.12265>
- Freire, E. S. (2008). Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de resultados em psicoterapia baseado na teoria da mudança terapêutica de Carl Rogers. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 14(2), 262–263.
- Hipólito, J. (1999). *Biografia de Carl Rogers* (3ª ed.). [Editora].
- Hipólito, J., & Nunes, O. (2011). Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/4108>
- Justo, H. (2001). *Cresça e Faça Crescer: Lições de Carl Rogers*. Canoas: Gráfica editora La salle.
- Laneiro, T. (2005). O impacto dos grupos de encontro nos alunos da licenciatura em psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa [Dissertação de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/235>
- Latas, M., & Milovanović, S. (2013). Personality disorders and anxiety disorders: What is the relationship? *Current Opinion in Psychiatry*, 27, [páginas].

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000025>

- Leal, I. (2008). A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica. Fim de Século.
- Marques, M. (2001). A psicologia Clínica e o Rorschach. Climepsi Editores.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. SAGE.
- Messias, C., & Cury, E. (2006). Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiencição. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 355–361. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300003>
- Mucchielli, R., & Mucchielli, A. (1969). Lexique de la psychologie. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 24(4), 814–814. <https://doi.org/10.7202/028089ar>
- Nascimento, E. A. do, Silva, R. S., & Fonseca, J. D. de O. (2024). Aprimorando a aplicação da Análise Fatorial Exploratória: Um exemplo didático com dados de comportamento do consumidor. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(2), e5463–e5463. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.2-371>
- Nazir, A., & Mohsin, H. (2013). Coping Styles, Aggression and Interpersonal Conflicts among Depressed and Non-Depressed People. *Health Promotion Perspectives*, 3(1), 80–89. <https://doi.org/10.5681/hpp.2013.010>
- Norcross, J. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Paulino, L. (2001). O paradigma rogeriano da pessoa como centro: Na perspectiva da liberdade pessoal (R. Brites, Trans.).
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Climepsi Editores.
- Ponteira, A. (2010). *Factores de risco e protecção na agressão em contexto escolar*. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/145>
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 14, 589–599.
- Rilhas, J. F. D. R. (2014). A eficiência das psicoterapias breves na abordagem existencial [masterThesis]. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3631>
- Rogers, C. (1975). *Psicoterapia e Relações Humanas* (Vol. 1). Interlivros. Rogers, C. (2012). *Client centered therapy* (New). Hachette.
- Rogers, C., & Wallen, J. L. (2000). *Manual de counselling*. Encontro. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/4132>

- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 44(3), 240–248. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>
- Roriz, P. M. (2012). Relatório de estágio académico na Liga dos Combatentes e Escola Profissional—ASAS [masterThesis]. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/178>
- Santos, C. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa—Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Psilogos*, 1(2), Article 2. <https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Santos, A. (2019). Suporte social para autonomia na adolescência dos melhores amigos: Implicações no comportamento pró-social e antissocial [masterThesis]. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/19479>
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10, 209–216. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 707–717. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Scott, L. H. (1981). Measuring intelligence with the Goodenough-Harris Drawing Test. *Psychological Bulletin*, 89(3), 483–505. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.89.3.483>
- Sottomayor, M. (2003). Cuidar da Justiça de Crianças e Jovens: A Função dos Juizes Sociais. Edição Almedina.
- Tardieu, A. (2008). Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Enfances & Psy*, 39(2), 174–178. <https://doi.org/10.3917/ep.039.0174>
- Thinès, G., & Lempereur, A. (1984). *Dictionnaire général des sciences humaines*. Editions universitaires. United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Wechsler, D. (2006). Wechsler Intelligence Scale for Children (4th ed.). Pearson.