



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

**A Intervenção Psicológica em Contexto de Gravidez e no Pós-parto**

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

Autora: Nadir Lopes Vaz Rezende

Orientador: Professor Doutor Renato Carvalho

Número da Candidata: 19902429

**Março de 2024**

**Lisboa**

## Agradecimentos

Começo por agradecer a todos os docentes da Universidade Autónoma de Lisboa que me acompanharam ao longo dos últimos cinco anos na minha licenciatura e mestrado. Todos contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e de alguma forma, incentivaram-me a querer mais, mas sobretudo, melhor. São trocas e aprendizagens que ficarão para a minha vida.

Agradeço igualmente todo o apoio e a dedicação de todos os profissionais da UAL que foram um exemplo de simpatia e boa disposição no acolhimento diário tão profissional como caloroso. Ao longo dos últimos cinco anos, a UAL foi uma segunda casa pela segunda vez. Se há trinta anos, no decorrer da minha primeira licenciatura fiz amizades que ainda guardo hoje, no decorrer desta licenciatura e mestrado terei acrescentado mais amizades ainda. Aproveito para agradecer aos amigos e colegas que estiveram sempre presentes tanto em momentos de maior dificuldade como nos momentos banais, também necessários, de vida de estudante.

Agradeço à minha família próxima, em especial à minha filha Beatriz e ao meu marido Pedro que fizeram com que a minha vida se mantivesse de pé, com tudo funcional para que eu pudesse continuar o meu percurso de crescimento pessoal. Sei que existiram situações de maior exigência, mas estiveram sempre prontos a ultrapassar os obstáculos. Convosco aprendi a relativizar os momentos em que me sentia uma “estranha em casa”. É também por existirem que consegui atingir este objetivo.

Agradeço aos meus pais por me terem ensinado a não desistir e que a aprendizagem é uma constante na vida.

Agradeço toda a equipa que me acompanhou no meu local de estágio, técnicos, auxiliares, administrativos, especialmente à Dra. Sofia Pires, a minha orientadora. Todos tornaram o meu trabalho mais leve e tranquilo sem lhe retirar a exigência necessária.

Deixo um agradecimento especial aos meus dois orientadores de estágio, à Professora Doutora Iolanda Galinha na fase inicial com os seus ensinamentos e sugestões. Ao Professor Doutor Renato Carvalho na fase final, com a sua dedicação e profissionalismo. Ambos acrescentaram valor ao meu trabalho e ajudaram na minha caminhada. A todos, um muito obrigada!

“Minha cabeça estremece com todo o esquecimento.  
Eu procuro dizer como tudo é outra coisa.”

**Herberto Helder**

## Resumo

Neste relatório, apresento o trabalho realizado no âmbito do estágio académico, numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que proporciona ajuda e uma intervenção no plano psicossocial a mulheres grávidas e/ou com filhos. O psicólogo clínico num contexto de prevenção ou intervenção, tem como papel atuar nesta população através da aplicação de técnicas e metodologias, como o planeamento, a monitorização, a avaliação psicológica, intervenção psicológica individual ou em grupo, com o objetivo de promover competências adaptativas na gravidez e parentalidade. No âmbito do trabalho realizado, são apresentadas várias atividades, nomeadamente um acompanhamento psicológico, uma avaliação psicológica e uma intervenção em grupo com várias mulheres. Os resultados obtidos com o acompanhamento psicológico mostram uma evolução positiva na redução do sofrimento psicológico e na aceitação de si própria e da sua condição de grávida. No que diz respeito à avaliação psicológica, os principais resultados mostram que a pessoa avaliada tem tendência para comportamentos impulsivos e uma baixa autoestima, o que poderá estar na base de comportamentos desadaptados. Os resultados das intervenções psicológicas em grupo demonstram alguma contenção ao nível da frustração, ansiedade e um maior conhecimento acerca do impacto do nível de autoestima nos comportamentos. Seriam necessárias outras intervenções em grupo periódicas para dar continuidade ao trabalho iniciado. No âmbito da reflexão realizada acerca das atividades desenvolvidas, sugere-se a criação de mecanismos de seguimento periódico do trabalho realizado, seja a nível individual ou do grupo, com o objetivo de uma ajuda mais efetiva na população em causa.

Palavras-chave: gravidez, parentalidade, intervenção psicológica, avaliação psicológica.

## Abstract

In this article, I present the work carried out as part of an academic internship at an Institution that provides help and psychosocial intervention to pregnant women and/or women with children. The role of the clinical psychologist in a prevention or intervention context is to work with this population by applying techniques and methodologies such as planning, monitoring, psychological assessment, individual or group psychological intervention, with the aim of promoting adaptive skills in pregnancy and parenting. Various activities are presented, such as a psychological counselling, a psychological assessment, and a group intervention with several women. The results obtained with the psychological counselling show a positive evolution in the reduction of psychological suffering and in the acceptance of herself as a pregnant woman. Regarding the psychological assessment, the main results show that the person being assessed has a tendency towards impulsive behavior and low self-esteem, which could explain some maladaptive behavior. The results of the group interventions show some containment in terms of frustration, anxiety, and greater knowledge about the impact of self-esteem on behavior. Other periodic group interventions would be necessary to give continuation to the work begun. As part of the reflection on the activities carried out, we suggest the creation of mechanisms for periodic monitoring, whether at an individual or group level, with the goal of providing more effective help to this population.

Keys words: pregnancy, parenting, psychological intervention, psychological assessment.

## **Índice**

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| Índice de Tabelas .....                                           | 8         |
| Índice de Anexos .....                                            | 9         |
| Índice de Abreviaturas.....                                       | 10        |
| <b>Introdução.....</b>                                            | <b>11</b> |
| <b>I Parte - Revisão de Literatura .....</b>                      | <b>15</b> |
| 1.1. Da gravidez ao puerpério.....                                | 16        |
| 1.2. Desafio da gravidez e do pós-parto .....                     | 19        |
| 1.3. Gravidez na adolescência .....                               | 20        |
| 1.4. Interrupção voluntária da gravidez .....                     | 21        |
| 1.5. Estilos parentais e relações de vinculação .....             | 22        |
| 1.6. Discriminação da mulher e desigualdade de género .....       | 24        |
| 1.6.1. Racismo e mercado de trabalho .....                        | 25        |
| 1.6.2. Violência doméstica .....                                  | 27        |
| 1.6.3. Considerações acerca da desigualdade de género .....       | 27        |
| 1.7. Intervenções preventivas .....                               | 28        |
| 1.8. Perturbações psicológicas na gravidez e pós-parto .....      | 30        |
| 1.8.1. Perturbações depressivas.....                              | 30        |
| 1.8.2. Perturbações de Ansiedade.....                             | 31        |
| 1.9. Abordagem centrada na pessoa .....                           | 32        |
| 1.10. Teoria da personalidade e da conduta.....                   | 34        |
| 1.11. Teoria do desenvolvimento psicoafetivo.....                 | 37        |
| 1.12. Atividade do psicólogo e principais responsabilidades ..... | 39        |
| <b>II Parte – Trabalho realizado no estágio.....</b>              | <b>41</b> |
| 2.1. Contextualização do estágio .....                            | 42        |
| 2.2. A instituição e as suas valências.....                       | 42        |
| 2.3. Atividades realizadas e objetivos .....                      | 45        |
| 2.4. Descrição das atividades realizadas.....                     | 47        |
| 2.4.1. Primeira reunião individual de estágio.....                | 47        |

|                                        |                                                                                      |            |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.4.2.                                 | Observação presencial e consulta de documentos.....                                  | 48         |
| 2.4.3.                                 | Reuniões de orientação de estágio e de supervisão de acompanhamento psicológico..... | 48         |
| 2.4.4.                                 | Linha telefónica e canais digitais .....                                             | 49         |
| 2.4.5.                                 | Formações assistidas .....                                                           | 49         |
| 2.4.6.                                 | Tarefas administrativas e registo informático .....                                  | 50         |
| 2.4.7.                                 | Tutoria – Escola de Mães .....                                                       | 50         |
| 2.5.                                   | Intervenção psicológica .....                                                        | 53         |
| 2.5.1.                                 | Intervenção em grupo.....                                                            | 53         |
| 2.5.2.                                 | Intervenção individual .....                                                         | 56         |
| 2.5.2.1.                               | Acompanhamentos psicológicos realizados.....                                         | 56         |
| 2.5.2.2.                               | Caso Maria – Acompanhamento Psicológico .....                                        | 59         |
| 2.5.2.3.                               | Avaliação psicológica .....                                                          | 65         |
| 2.5.2.4.                               | Caso Leonor - Avaliação psicológica.....                                             | 66         |
| 2.5.2.5.                               | Instrumentos de avaliação .....                                                      | 72         |
| 2.5.2.5.1.                             | As Matrizes progressivas de Raven .....                                              | 72         |
| 2.5.2.5.2.                             | CAQ - Questionário de Análise Clínica.....                                           | 72         |
| 2.5.2.5.3                              | Inventário HOME .....                                                                | 74         |
| 2.5.2.5.4.                             | Escala de Desenvolvimento de Griffiths.....                                          | 75         |
| 2.5.2.6.                               | Resultados dos instrumentos aplicados .....                                          | 77         |
| <b>III Parte.....</b>                  |                                                                                      | <b>79</b>  |
| 3.1.                                   | Discussão do trabalho desenvolvido no estágio .....                                  | 80         |
| 3.2.                                   | Caso clínico – Maria .....                                                           | 80         |
| 3.3.                                   | Avaliação psicológica – Leonor .....                                                 | 83         |
| 3.4.                                   | Intervenção psicológica em grupo.....                                                | 90         |
| 3.5.                                   | Conclusão .....                                                                      | 93         |
| <b>Referências Bibliográficas.....</b> |                                                                                      | <b>96</b>  |
| <b>Anexos.....</b>                     |                                                                                      | <b>104</b> |

## **Índice de Tabelas**

|          |                                              |    |
|----------|----------------------------------------------|----|
| Tabela 1 | Escola de Mães – Aluna A .....               | 51 |
| Tabela 2 | Escola de Mães – Aluna B .....               | 52 |
| Tabela 3 | Acompanhamentos Psicológicos Realizados..... | 57 |

## **Índice de Anexos**

Anexo I Trabalho realizado no estágio

Anexo II Transcrição e/ou Resumos do Acompanhamento Psicológico – Caso Maria

Anexo III Acordo de Colaboração – Avaliação Psicológica

Anexo IV Resultados CAQ – Perfil Obtido

Anexo V Resultados Escala de Desenvolvimento de Griffiths (0 aos 2 anos)

Anexo VI Resultados Matrizes Progressivas de Raven – Percentis

Anexo VII Resultados Inventário HOME (Escala dos 0-2 anos)

Anexo VIII Relatório de Avaliação Psicológica Entregue a Instituição

## **Índice de Abreviaturas**

ACP Abordagem Centrada na Pessoa

APA American Psychiatric Association

CID Classificação Internacional de Doenças

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EFPA European Federation of Psychologists Associations

GGGR Global Gender Gap Report

IPSS Instituição Particular de Solidariedade Social

ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

IVG Interrupção Voluntária da Gravidez

LCI Locus de Controlo Interno

LCE Locus de Controlo Externo

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPP Ordem dos Psicólogos Portugueses

TCC Terapia Centrada no Cliente

TPC Teoria da Personalidade e da Conduta

TDP Teoria do Desenvolvimento Psicossocial

UAL Universidade Autónoma de Lisboa

UCL Universidade Católica de Lis

## Introdução

O estágio académico do mestrado em psicologia é uma componente prática do mesmo que se realiza no segundo ano do mestrado, ao longo dos dois semestres. O meu estágio teve a duração de 432 horas, 216 horas por cada semestre, entre outubro de 2022 e junho de 2023. O estágio decorreu nas instalações de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) na área metropolitana de Lisboa. Este estágio permitiu o contacto com a profissão de psicólogo, num contexto de acompanhamento e supervisão por parte de uma equipa de psicólogos, assim como, a aplicação de conhecimentos teórico-práticos numa população específica: jovens mulheres e adolescentes grávidas e/ou com filhos. A Instituição na qual estagiei tem como principal objetivo apoiar a mulher grávida ou recente mãe, assim como a sua respetiva família, nas suas necessidades biopsicossociais. A missão é tornar a gravidez ou o nascimento da criança uma fonte de melhoria, tanto para a mulher como para a sua família (Relatório de atividades, 2021). Para desenvolver a sua atividade, entre outras características, exige-se ao psicólogo que respeite o código deontológico da sua atividade e que tenha responsabilidade social. Em relação à psicologia clínica, ao psicólogo exigem-se competências de aplicação de metodologias e técnicas, tais como o planeamento, a avaliação psicológica, o diagnóstico, a monitorização, a intervenção psicológica e a sua avaliação (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2018). No atual contexto, o psicólogo poderá ter em vista uma atividade além fronteiras, para tal é essencial uma certificação atribuída pela *Europsy*. A *Europsy* é a entidade responsável europeia que permite um padrão uniforme de competências profissionais e éticas pelos seus 38 membros (*Europsy*, 2021).

A aplicação dos princípios subjacentes à atividade do psicólogo a população em causa (jovens mulheres grávidas e/ou com filhos) num ambiente de confiança e segurança poderá possibilitar uma livre expressão e a construção de uma relação terapêutica de qualidade. O estágio teve como pressupostos teóricos os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Rogers que assenta em três conceitos: a tendência atualizante, o de não diretividade e a existência de condições necessárias para que aconteça a mudança terapêutica (Rogers, 1957). Um *setting* onde as seis condições necessárias ao processo terapêutico para uma mudança construtiva se possam desenvolver: o contacto psicológico entre o terapeuta e a pessoa, a incongruência da pessoa, a congruência do psicólogo, o olhar incondicional e positivo acerca da pessoa, a compreensão empática do psicólogo e a comunicação da compreensão empática (Wood et al., 1994). Atitudes relacionais são exigidas ao psicólogo para transmitir total confiança nas capacidades de auto-organização da pessoa, tais como a

expressão do cuidado incondicional positivo pela individualidade da pessoa (Nunes et al., 2018).

As intervenções planeadas para esta população devem ter em consideração não só as características individuais das mulheres como também as familiares para entender os contextos relacionais, socioculturais e políticos onde se movimentam e definir intervenções mais direcionadas com maior probabilidade de sucesso (Canavarro & Pedrosa, 2012). Fatores de risco e protetores devem ser levados em consideração, assim como, a dimensão cultural no desenvolvimento de programas de intervenção, sobretudo no caso de populações de minoria cultural (Maness et al., 2023).

Outra dificuldade sentida pela mulher continua a ser uma discriminação generalizada na sociedade. A gravidez em si é um fator de discriminação que reforça a desigualdade de género (Monteiro et al., 2015). As mulheres experienciam uma maior discriminação profissional do que os homens, nomeadamente ao nível da remuneração e contratação. O racismo também existe, reforçando a desigualdade de oportunidades de emprego entre pessoas consideradas negras e pessoas consideradas brancas (Yang, 2021). A violência doméstica sobre a mulher é ainda hoje um problema a nível mundial. A investigação realizada acerca da violência doméstica sobre a mulher na fase pré-natal indica que a mulher tem maior dificuldade em empatizar com o bebé, tem maior insegurança e o risco de negligência e de abuso emocional e físico aumenta, para além de revelar uma baixa vinculação materno-fetal (Pires de Almeida et al., 2013).

O relatório apresentado reflete o trabalho realizado com jovens mulheres e adolescentes grávidas e/ou com filhos numa IPSS <sup>1</sup> de utilidade pública, sem fins lucrativos com o principal objetivo apoiar a mulher grávida ou recente mãe, assim como, a sua respetiva família nas suas necessidades biopsicossociais, tornando a gravidez ou o nascimento da criança uma fonte de melhoria tanto para a mulher como para a sua família Segundo o relatório de atividades da Instituição, publicado em 2021 indica que as suas valências são diversificadas, desde o esclarecimento de dúvidas relacionadas com a gravidez, sexualidade e planeamento familiar através da linha telefónica e dos canais digitais. Estes canais de comunicação permitem também agendar atendimentos presenciais para acompanhamento

---

<sup>1</sup> Em consideração ao Regulamento Geral de proteção de Dados (RGPD) todos os dados e possíveis identificadores da instituição foram intencionalmente omitidos a fim de preservar o anonimato e confidencialidade.

social e/ou psicológico remoto ou presencial. O atendimento presencial é realizado em Lisboa e em gabinetes descentralizados na periferia. Outro serviço é a existência de uma Escola para Mães que permite às jovens continuarem os seus estudos de forma remota com a possibilidade de deixar os seus filhos na creche também da IPSS. Outros serviços passam pela existência de residências de acolhimento para os casos de maior gravidade, quando a mulher não tem os recursos financeiros, sociais e emocionais para ser autónoma e ter a sua independência. A IPSS ainda se encontra envolvida em projetos que permitem formar as mulheres para uma reintegração profissional. O Gabinete de psicologia da IPSS tem como objetivo realizar o levantamento de necessidades e o acompanhamento psicológico das mães. No primeiro contacto com a psicóloga é realizado um rastreio psicológico, que poderá dar origem a um acompanhamento psicológico. As competências trabalhadas da maioria das mulheres acompanhadas relacionam-se com a gravidez e a parentalidade. A maior parte das mulheres com acompanhamento psicológico usufrui também do atendimento social. O meu trabalho realizado ao longo do estágio permitiu-me contactar com as várias valências da IPSS, com maior destaque no departamento de psicologia no acompanhamento individual e na intervenção em grupo, seja numa vertente preventiva como de intervenção.

Na primeira parte do meu relatório, encontra-se o enquadramento teórico que permite a contextualização da realidade vivida por estas utentes. A gravidez e a maternidade colocam vários desafios, particularmente aquando da adolescência nomeadamente no surgimento de novos papéis (Carvalho et al., 2006), numa fase de vida caracterizada por alguma rebeldia e uma procura de identidade (Monteiro & Confraria, 2014). A discriminação que a mulher sente na sociedade atual, até mesmo pelo próprio facto de engravidar reflete-se nas dificuldades diárias que a mulher enfrenta. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) (2023), 70% da população empobrecida no mundo são mulheres. Nesta parte do relatório, faço ainda referência ao papel da psicologia clínica nesta população, realçando as principais perturbações vividas durante a gravidez, o pós-parto e ao longo da maternidade: perturbações depressivas e de ansiedade. Finalmente faço referência ao racional teórico subjacente às atividades desenvolvidas ao longo do estágio, o da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Rogers menciono também os princípios da Teoria da Personalidade e da Conduta (TPC) (Rogers, 2003) e da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo (TDP) (Hipólito, 2011).

Na segunda parte do meu relatório faço uma contextualização do estágio, uma descrição da IPSS. Enuncio os objetivos do estágio e de cada atividade realizada. Todas as atividades por mim realizadas também se encontram descritas detalhadamente, entre as quais

o acompanhamento psicológico de Maria e a avaliação psicológica de Leonor assim como, os respetivos resultados das intervenções.

Na terceira parte, as atividades são discutidas segundo uma revisão de literatura e deixo uma conclusão com algumas considerações finais sobre este período de aprendizagem e algumas limitações da intervenção psicológica nesta população.

**I Parte**  
**Revisão de Literatura**

### **1.1. Da Gravidez ao Puerpério**

O período de gravidez e do pós-parto podem corresponder a um verdadeiro desafio para a mulher. Para além dos cuidados físicos, os cuidados psicológicos devem ser assegurados. É em 1985 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que devem ser considerados fatores físicos, emocionais e psicológicos durante a gravidez. Nos últimos cinquenta anos, os processos psicológicos da gravidez ganham destaque e são estudados. A gravidez, o nascimento e o puerpério são fases importantes na qual se estabelece a relação de primeiro vínculo entre a mãe e o filho, ou ainda entre o novo ser e os seus progenitores. É uma fase de experiências importantes para o desenvolvimento físico e psicológico da criança. A passagem para a maternidade é um processo longo que oscila entre as expectativas e a realidade dos progenitores, terá início com a gravidez e prolongando-se até a vida adulta do filho. A fase de transição para a maternidade passa pela vivência de uma crise específica e por várias fases de desenvolvimento psicológicas e emocionais: 1 – aceitar a gravidez, 2 – aceitar a realidade do feto, 3 – reavaliar a relação com os pais, 4 – reavaliar e reestruturar a relação com o companheiro, 5 – aceitar o bebé como pessoa separada, 6 – integrar a identidade parental, 7 – reavaliar e reestruturar a relação com outros filhos (Fernandez et al., 2004).

A vivência de uma crise específica refere-se ao facto de, ao longo de quarenta semanas de gravidez, a mulher se adaptar a mudanças corporais, psicológicas, sociais e familiares. Estas mudanças poderão causar stresse, principalmente se a mulher sentir que não tem as competências para lidar com as exigências da sua nova realidade. Poderão existir alterações emocionais de satisfação e/ou aceitação caso a gravidez seja desejada ou não. A reação da mulher poderá levar a uma aceitação da gravidez, manifestando sentimentos de felicidade e satisfação ou a uma reação negativa acompanhada de sentimentos de ansiedade e medo. Às emoções negativas, poderá seguir-se um período de avaliação no qual a mulher concluirá que tem estratégias e mecanismos para fazer face à condição de gravidez. (Fernandez et al., 2004). Segundo Colman & Colman (1994), a gravidez pode ser um processo mais ou menos doloroso, com tristeza e/ou alegria, mas será sempre uma fase de profunda mudança, nas situações em que a gravidez encontra momentos de crise significativa, a questão da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) pode surgir. A mulher passará por várias fases na transição para a maternidade: 1 – Aceitar a gravidez, isto é, aceitar as mudanças e adaptações que irão ocorrer com o corpo e toda a sua vida. A mulher poderá ter sentimentos de ambivalência entre o desejo e o receio face à maternidade, seja a maternidade desejada ou

não. É uma fase caracterizada por um período de questionamento em relação a todas as mudanças e novidades (Carvalho et al., 2006). 2 – Aceitar a realidade do feto – a grávida começa a perceber a autonomia do feto. Os vômitos e o risco de aborto vão diminuindo. Com as alterações da imagem corporal, o feto vai sendo percebido como separado da grávida, pelos exames médicos realizados, pelos batimentos cardíacos, movimentos fetais. É frequente a grávida começar a conversar com o bebê e acariciar a barriga. A grávida poderá fantasiar acerca do relacionamento com o bebê, como será o bebê de ponto de vista físico (Colman & Colman, 1994). 3 – Reavaliar a relação com os pais – é a reavaliação da relação presente e passada da mulher grávida com os seus pais para encontrar um equilíbrio no seu novo papel de mãe. Na relação passada, a grávida procura um modelo de comportamento relacional na sua mãe. Memórias poderão surgir de como foi ser filha, assim como sentimentos de rejeição e abandono parental. As mulheres com uma maior sensibilidade materna estão associadas memórias de aceitação parental. Por outro lado, grávidas com mais pessimismo e tristeza na transição para a maternidade são as que têm memórias de falhanço na transmissão de amor e valorização por parte dos respetivos pais. Na relação presente com os pais, o bebê passa a ser um elemento unificador de gerações, estabelecem-se laços mais fortes. Os filhos passam a desempenhar o papel de pais e os pais o papel de avós. Novos papéis e funções surgem (Carvalho et al., 2006). 4 – Reavaliar e reestruturar a relação com o companheiro – surgem novos papéis e funções no relacionamento com o parceiro, flexibilidade e adaptação serão necessárias. As rotinas diárias serão diferentes e com outro ritmo, a vida afetiva e sexual será afetada. É frequente um período de questionamento por parte do casal. O casal passa a ser uma família, passa da conjugalidade para a parentalidade. Surge a aliança parental na qual o casal partilha experiências e decisões no que diz respeito ao filho. É um momento de risco para o casal que, se ultrapassado com sucesso se tornará uma oportunidade de crescimento individual e para o casal. 5 – Aceitar o bebê como pessoa separada – no final da gravidez, a mulher aceita o bebê como pessoa distinta com as suas próprias necessidades. A mulher foca-se no parto. No terceiro trimestre de gravidez, o bebê tende a desenvolver-se mais rapidamente, a mulher ganha peso e volume. Desenvolvem-se percepções cognitivas sobre a dor no parto, o sentimento de morte e malformações do bebê. É a confrontação por parte dos pais do bebê real com aquele que foi idealizado, a sua aceitação e integração. O desafio da mulher é aceitar o bebê como pessoa separada simultaneamente dependente e cada vez mais autónoma ao longo do seu desenvolvimento e relacionamento (Carvalho et al., 2006). 6 – Integrar a identidade parental – surge este novo papel com o nascimento do bebê. É a identidade individual do pai e da mãe. A mulher confronta-se com uma reavaliação das

vantagens e desvantagens que a maternidade lhe poderá trazer, aceitar a nova realidade e os seus desafios, redefinir os seus objetivos pessoais. É um desafio para a relação conjugal que deve ser ultrapassado com adaptação e flexibilidade. São várias as adaptações que esta nova vida exige à mulher, se mal preparada, poderão surgir perturbações (Colman & Colman, 1999). As perturbações psicopatológicas da maternidade, especificamente a depressão pós-parto podem ser o reflexo das dificuldades da mulher em lidar com a crise relacionada com as mudanças inerentes a maternidade (Figueiredo, 1997). 7 – Reavaliar e reestruturar a relação com outros filhos – no caso de já existirem filhos, os pais já conhecem o desafio que se aproxima, o que poderá trazer um nível elevado de ansiedade. Poderá surgir o questionamento sobre a capacidade de cuidar de mais uma criança assim como, sobre o peso de uma nova gravidez. Por outro lado, poderão surgir dúvidas sobre a capacidade de amar o outro filho de igual forma. Outra dificuldade prende-se com lidar com a reação do filho já existente à chegada do irmão. Surge mais um papel na família, o de irmão (Carvalho et al., 2006).

## **1.2. Desafio da Gravidez e do Pós-parto**

A gravidez é um processo físico e psicológico exigente para a mulher, pode estar associada à ansiedade e depressão, embora a depressão esteja mais relacionada com o período do pós-parto. Os primeiros estudos sobre a prevalência de perturbação psicopatológica na gravidez e pós-parto remontam aos anos entre 1960 e 1980, tendo como base os registos dos Estados Unidos da América e do Reino Unido: a perturbação psiquiátrica no pós-parto é mais comum do que na gravidez enquanto, a perturbação psiquiátrica na gravidez é muito menos comum do que em qualquer outra altura da vida da mulher.

Segundo Conde & Figueiredo (2003), estudos mais recentes de 2000, mostram que a mulher apresenta níveis mais elevados de ansiedade durante a gravidez do que no pós-parto, atingindo o seu pico no terceiro trimestre de gravidez. Hoje é consensual que a ansiedade faz parte da gravidez, seja ela normativa ou um fator de risco para a saúde da mulher. As mulheres gestantes que apresentam um maior nível de ansiedade são mais novas e solteiras, com um nível de escolaridade, salário e suporte social mais baixo. Existem fatores de risco para níveis elevados de ansiedade na gravidez 1 – Fatores demográficos, obstétricos e história reprodutiva – existência de complicações em gestações anteriores, como por exemplo um aborto. A falta de adaptação psicológica às gravidezes não desejadas. Na história reprodutiva, a ausência de informação acerca do nascimento, a percepção de partos anteriores como experiências negativas, o parto distócico e a origem étnica. 2 -Fatores psicopatológicos – um terço das mulheres afirma já ter tido problemas psiquiátricos anteriormente com tendência elevada a descompensação emocional no pós-parto. Outras mulheres têm tendência para uma inadaptação psicológica durante a gravidez, estando associadas a um aumento de peso e hipertensão passando por um período de maior stresse, sem capacidade de adaptação física e psicológica. 3 -Fatores psicossociais e culturais – o sistema e rede das quais a pessoa faz parte é um fator de proteção, quanto maior e de qualidade for a rede de suporte da mulher grávida menor será o nível de ansiedade. Menos satisfação conjugal, mais problemas de saúde, preocupação acerca do impacto da gravidez e parto na vida profissional também são fatores de risco (Conde & Figueiredo, 2003).

Existem alguns fatores de risco para a depressão pós-parto, tais como: a mulher já ter um histórico de depressão durante a gravidez ou noutra fase de vida; ter um diagnóstico de perturbação bipolar; já ter tido uma depressão pós-parto em gravidez anterior; ter familiares que já tiveram depressão pós-parto ou problemas de variação de humor; experienciar

momentos de maior stresse durante a gravidez; a criança nascer com algum problema de saúde; dificuldade em amamentar; problemas de relacionamento com o companheiro; rede familiar de baixo suporte ou inexistente; problemas financeiros; gravidez indesejada ou não planeada (Bonfim, 2022).

### **1.3. Gravidez na Adolescência**

A gravidez nem sempre ocorre na fase de vida adulta da mulher, pode surgir ainda na adolescência. A adolescência é um período de transição entre a criança e o adulto caracterizado por um conjunto de mudanças desafiadoras ao nível biopsicossocial. É frequentemente um período repleto de emoções e algum isolamento ou até uma fase de rebeldia e construção de identidade. A sua delimitação e definição não é linear, aproximadamente entre os doze e os dezanove anos, sendo importante considerar aspetos como: as mudanças socioeconómicas, a maturidade psicológica e o estatuto de adulto que é conferido através do emprego e/ou do casamento (Monteiro & Confraria, 2014). A pessoa constrói a sua própria identidade com os seus próprios valores e crenças e desvincula-se das figuras de identificação durante a infância (normalmente os pais). A sua identidade é construída baseada em modelos fora da família: os professores, ídolos, amigos. A identidade sexual também é construída e são normalmente experienciadas as primeiras relações amorosas e sexuais. As mudanças nesta fase originam também mudanças no autoconceito do adolescente e poderá confrontar-se com o “eu ideal” e o “eu real”, quanto maior for a distância entre ambos, maior será a probabilidade de uma baixa autoestima (Monteiro & Confraria, 2014). A adolescência é uma fase de mudança por excelência, no campo sexual, a educação é decisiva para esclarecer as dúvidas e adquirir conhecimentos válidos e a construção de indivíduos esclarecidos, livres de preconceitos. A educação sexual deve iniciar ainda na infância com os primeiros sinais de curiosidade relativamente ao corpo. O sistema educativo tem as suas dificuldades, pelo facto de os professores lidarem com as exigências da profissão, os pais por outro lado, também não se sentem capazes ou até mesmo desconfortáveis em abordar temas relacionados com a educação sexual. A investigação já realizada demonstra que apenas informar os adolescentes pode não mudar comportamentos. O desafio é grande e embora a educação sexual seja um tema mais abordado atualmente, continuam a existir muitas gravidezes indesejadas no período da adolescência (Gonçalves & Amaral, 2021). Existe ainda uma falta de conhecimento por parte dos adolescentes sobre os métodos contraceptivos, o que aumenta as possibilidades de comportamento sexual de risco

(Barbosa et al., 2019). Esta situação pode ser explicada através da falta de educação sexual em conjunto com a ideia socialmente aceite e generalizada, que a mulher se realiza através da maternidade. Por outro lado, existem papéis de género que são interiorizados na educação, a menina irá brincar com as bonecas, desempenhar o papel de mãe para as bonecas (filhas). Existe uma pressão desde cedo para que a menina seja mãe, o que não acontece com o menino. Muitas adolescentes grávidas tomarão a decisão de prosseguir com a gravidez. Existem fatores individuais, sociais e ambientais que poderão explicar a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente não planeada, considerando o quadro legal atual da não penalização da IVG em Portugal, tais como, fazer parte de uma família de baixo nível socioeconómico com um histórico de gravidezes adolescentes na família, ter abandonado a escola antes da conceção e ser residente de uma zona geográfica onde a população feminina é menos escolarizada (Pires et al., 2015).

Em Portugal, a gravidez na adolescência continua a ser um problema, embora se verifique um decréscimo nos últimos anos no número de grávidas com menos de 20 anos. A gravidez na adolescência tem a sua origem num conjunto de variáveis sociais e psicológicas com consequências para a mãe e o bebé. Esta população vive na sua maioria em situações desfavorecidas, seja social, económica, pessoal ou culturalmente. Vivem em cenários de pobreza, baixos níveis educacionais, exclusão do sistema escolar e de emprego, estão mais desprotegidas e vulneráveis social e psicologicamente estão excluídas do sistema escolar e de emprego. Outras mães viveram situações desfavoráveis no seu percurso de desenvolvimento, como é o caso da maternidade adolescente da mãe, ausência do pai, institucionalização precoce, abuso físico ou sexual, falta de supervisão familiar, início precoce da atividade sexual, desconhecimento acerca da sexualidade e a reduzida utilização de contraceção, atitudes irrealistas em relação a parentalidade. Quanto maior for número de situações adversas, maior é o risco da gravidez na adolescência, a maior parte das adolescentes termina o relacionamento com o companheiro. Os nascimentos apresentam um maior número de mortes fetais, nascimentos prematuros e baixo peso à nascença (Figueiredo et al., 2003).

#### **1.4. Interrupção Voluntária da Gravidez**

No que diz respeito à IVG, existem poucos estudos acerca da realidade portuguesa e a maior parte deles focam a adolescência. As principais razões para recorrer a uma IVG são de ordem económica (trabalho precário ou inexistente, poucos rendimentos, problemas de

habitação ou suficiente número de filhos), de ordem social (relacionamentos instáveis e idade demasiado jovem, não desejar o projeto de maternidade, finalizar os estudos, apoio praticamente inexistente do parceiro). O que se encontra na base da IVG é a utilização inadequada do método contraceptivo ou a sua total ausência. É essencial um trabalho consistente no desenvolvimento de estratégias para fazer face às necessidades e diminuir o sofrimento destas mulheres ao recorrerem à IVG (Palma & Presado, 2019). A IVG pode ser um momento de grande sofrimento para algumas mulheres, ser sentida como uma invasão do corpo, pode levar questões relativas a uma mãe desvalorizada e odiada e pode surgir como uma resposta inconsciente a situações stressantes (Noya & Leal, 1998). As mulheres que recorrem à IVG apresentam um elevado nível de tristeza, medo e ansiedade. Estas mulheres avaliam a decisão de IVG como difícil de realizar e desencadeadora de afeto disruptivo, o que contraria a ideia de que a maior parte das mulheres recorre a uma IVG sem demonstrar afeto (Serenio et al., 2012).

### **1.5. Estilos Parentais e Relações de Vinculação**

A família é a unidade de socialização com um papel decisivo no desenvolvimento comportamental da criança, existe uma relação entre os cuidados parentais e o desenvolvimento emocional da criança, mesmo numa idade precoce (Baumrind, 2013). Segundo Baumrind (1967), existem três estilos parentais: o Autoritário, o Autoritativo e o Permissivo. O estilo Autoritário caracteriza-se por controlar e restringir as escolhas da criança, trata-se de um controlo psicológico rígido que desvaloriza a individualidade da criança. O comportamento da criança é avaliado segundo um modelo de obediência e castigo. São transmitidos valores conservadores tais como o respeito pela autoridade e tradição. Este estilo parental não se caracteriza por ser afetivo. O estilo Autoritativo, o ideal segundo o autor, os educadores exercem um controlo em conjunto com a afetividade, tendo em conta as necessidades das crianças. A comunicação aberta é valorizada, o que valoriza a promoção da autonomia e da individualidade. Os motivos pelos quais as decisões são tomadas são partilhados, assim como os seus valores. São educadores exigentes mas também afetuosos, promovem um ambiente estimulante do ponto de vista intelectual, estão muito implicados na tarefa de educar os filhos (Baumrind, 1978). Este estilo é aquele que aumenta a eficácia da parentalidade, como consequência fortalece as competências dos pais como agentes de socialização (Durbin et al., 1993). O estilo Permissivo tem uma atitude demasiado tolerante e de aceitação dos desejos e ações das crianças, os pais evitam exercer autoridade, não existindo

restrições. São as crianças que acabam por regular o seu próprio comportamento e tomam as suas decisões, não existindo um quadro de regras a respeitar. O que não contribui para o processo de maturação. (Baumrind, 1978). O conceito de responsividade que se encontra subjacente aos vários estilos parentais enunciados, refere-se à medida em que os pais de forma intencional promovem a individualidade, autorregulação e autoafirmação da criança da afetividade e do suporte emocional, considerando as necessidades e idiossincrasias de cada criança (Baumrind, 1991). Os filhos dos pais autoritativos têm melhor desempenho académico, são mais competentes. Este estilo parental parece estar relacionado, entre outros aspetos, com melhores resultados no desenvolvimento da criança, a nível comportamental, na ansiedade e depressão, na autoconfiança e autoestima, na autorregulação e autocontrolo. Num estudo de Simões e colaboradores, numa amostra de crianças entre sete e onze anos, as mães que proporcionavam maior suporte emocional consideravam ter filhos com comportamentos de vinculação mais segura, enquanto as mães com comportamentos de rejeição consideravam ter filhos com comportamentos de vinculação mais insegura (Cardoso et al., 2013)

Como já foi referido, para além das alterações características da gravidez, sejam físicas ou psicológicas, a mulher pode deparar-se com um contexto onde está sozinha na sua condição de grávida ou recém mãe num período decisivo para o desenvolvimento de uma vinculação com a criança. (Scherrer & Alves, 2021). Grande parte das mulheres vive a gravidez e o pós-parto sem a presença do pai da criança, por vezes até sem a rede de suporte familiar. Quando existe o suporte do pai ou da família, as crianças recebem melhores cuidados de saúde, existindo melhores indicadores de saúde infantil e cuidados maternos (Scherrer & Alves, 2021). Os estilos educativos relacionam-se com a vinculação aos pais. A família é o contexto social normativo no qual a criança irá desenvolver-se como pessoa. Existem indicadores de associações positivas entre os estilos educativos parentais e a vinculação aos pais. Existem correlações entre fatores de educação parental: a autonomia, o amor, a vinculação, a confiança e a comunicação face aos pais e a importância de escolha por estilos educativos positivos na construção progressiva da relação de vinculação. Trata-se de estabelecer laços gratificantes na procura de uma segurança para um desenvolvimento harmonioso (Bowlby, 2013). James Bowlby (1965) conclui com o seu trabalho que a qualidade dos cuidados parentais é decisiva para a saúde mental futura da pessoa. Qualquer criança que não tenha uma relação calorosa, íntima e contínua com o seu cuidador, seja a mãe ou outra pessoa sofrerá de "privação materna".

## **1.6. Discriminação da Mulher e Desigualdade de Género**

Para além do desafio da gravidez e do período pós-parto, a mulher vive numa sociedade na qual tem sido objeto de discriminação e vítima de desigualdade de género nomeadamente pelo facto de ser ela quem gera vida (Monteiro et al., 2015). São várias as camadas de discriminação da mulher e passam entre outras, por ser vítima de sexismo, de desigualdade no trabalho, de violência doméstica e de racismo caso faça parte de uma minoria racial (Scherrer & Alves, 2021).

A gravidez continua a ser um fator de discriminação para a mulher na sociedade portuguesa, seja na adolescência seja na vida adulta. Esta discriminação reforça a desigualdade de género. Considera-se desigualdade de género o facto dos homens e das mulheres não terem igualdade de oportunidades na sociedade de uma forma geral, na educação, saúde, trabalho, emprego, família, entre outras. São fatores históricos e culturais que se encontram na base da atribuição de papéis consoante o sexo biológico, o que origina uma conceção do masculino e feminino hierarquizada. Existe uma tradição na atribuição de responsabilidades de ordem pública para o homem ligados a obtenção de resultados com a componente competitiva e dureza. À mulher são atribuídos papéis ligados ao cuidar com características mais emocionais. É baseado neste modelo de atribuição de papéis que toda a sociedade se baseia inclusivamente na esfera laboral, na qual a mulher continua a não ter as mesmas oportunidades que o homem e a ser paga com valores inferiores mesmo desempenhando a mesma função do que o homem. Apesar de existirem mais mulheres com cursos superiores, ainda são poucas as que alcançam lugares de liderança. Outro aspeto a salientar é o fato da mulher desde o início da sua carreira, ser remunerada com salários mais baixos e ao longo da sua carreira, a discrepância aumentar (Monteiro et al., 2015).

A desigualdade de género é visível a nível mundial, a mulher é sub-representada na política. O papel da psicologia do desenvolvimento pode ser útil para compreender e até contrariar esta diferença de género no campo político. A psicologia do desenvolvimento revelou que crenças e atitudes sobre a ciência, tecnologia, engenharia e matemática são passadas numa fase precoce da vida, fomentando o desinteresse das mulheres jovens por estas áreas, isto muito antes da fase adulta. Existe um sub-representação das mulheres na ciência, tecnologia, engenharia e matemática. Estudar as crianças para compreender melhor a desigualdade de género na política pode ser um estudo de longos anos, mas necessário para compreender e promover a igualdade de género na liderança política (Heck et al., 2021).

A nível mundial, é a América do Norte que apresenta os melhores dados na paridade de géneros (76,9%), seguida da Europa (76,6%) e no final da lista surge a África com valores entre 67,8% e 62,4%. Numa análise mais detalhada por quatro áreas: Participação Económica e Oportunidade, Escolaridade, Saúde e Sobrevivência e Empoderamento Político, é visível a disparidade de géneros sobretudo na participação económica e oportunidade e no empoderamento político. (Global Gender Gap Report, 2022).

### **1.6.1. Racismo e Mercado de Trabalho**

Para as minorias de outras nacionalidades, o racismo tem implicações diárias. Em Portugal, ainda existe, seja diretamente vivido ou observado e pode ser traumático. Investigadores propõem a designação “trauma baseado na raça” para descrever reações à discriminação racial que pode levar ao sofrimento emocional, incapacidade de lidar com a situação, danos físicos e uma sensação de impotência. Um exemplo desta discriminação no mercado de trabalho é a diferença salarial entre a população de raça considerada negra e a considerada branca, diferença que será ainda maior caso se trate de uma mulher. É essencial que os profissionais que lidam com esta população discriminada seja formada com métodos de identificação e tratamento para reconhecer o impacto da discriminação. Trata-se de formar na utilização de práticas de cuidados informados sobre o trauma e integrar intervenções, de forma que o profissional valide a experiência individual de discriminação racial (Evans et al., 2021). Mulheres que sofreram de um nível elevado de sexismo ou racismo descrevem uma diminuição de liberdade de escolha de trabalho, nomeadamente do trabalho digno. Mulheres que sofreram níveis elevados de racismo foram menos afetadas negativamente por experiências de sexismo, pode ser um indicador das mulheres negras como detentoras de características pessoais únicas para resistir a várias formas de discriminação (Autin et al., 2022). Para além de sofrer a pressão social no que diz respeito ao cuidar das crianças, a mulher terá uma maior probabilidade de sofrer discriminação no trabalho devido ao racismo histórico. As mulheres tendencialmente experienciam uma maior discriminação profissional do que os homens, seja ao nível da remuneração, contratação e promoção essenciais para a gestão mais eficaz da gravidez, procriação, cuidados infantis. Existe uma desigualdade de oportunidades de emprego entre pessoas de raças diferentes (Yang, 2021).

Segundo o GGG, (2022) a população negra teme pela sua segurança, este medo estende-se na relação com os filhos. As mães em particular sentem-se responsáveis por

conseguir manter os filhos seguros. A mulher continua a suportar uma carga maior no que diz respeito à educação dos filhos, existindo uma diferença considerável entre o número de horas dedicadas ao trabalho não pago por parte de mães e pais com crianças com menos de seis anos.

A mulher grávida negra americana identifica como principal fator de stresse o medo pela vida dos filhos. Ainda existe uma disparidade de saúde no parto da mulher negra, os modelos explicativos baseiam-se em fatores psicossociais, tais como a pobreza, a comunidade e a educação. Para as mães, o principal fator de stresse é o de viver com medo ao nível da segurança pessoal. O medo expresso vai para além do normalmente expresso relacionado com a educação dos filhos. É o medo de ser morto como uma preocupação quotidiana (Dormire et al., 2021).

Apesar de a mulher ter entrado no mercado de trabalho, ela continua a ser sobrecarregada com as tarefas de casa. A prevalência do nível de stresse percecionado pela mulher, considerando os vários tipos de contrato de trabalho, é superior ao nível de stresse percecionado pelo homem (GGGR, 2022)

No contexto atual de migrações internacionais, observa-se uma exploração da mão de obra migrante onde a mulher volta a ser mais penalizada do que o homem. É a mulher que lida com o trabalho mais precário onde a violação de direitos é uma constante contribuindo para o seu empobrecimento (Sana et al., 2017).

Segundo dados da ONU (2023), 70% da população empobrecida no mundo são mulheres. A migração feminina está intimamente ligada a um conjunto de desigualdades que leva a mulher a migrar para encontrar melhores condições de vida para si e os seus filhos. A mulher migrante encontra-se condicionada ao mercado de trabalho temporário, sem estabilidade nem proteção social, principalmente a população feminina em situação ilegal de permanência. Todos os condicionamentos e dificuldades que a mulher migrante encontra têm implicações reais e dramáticas na sua vida, contribuindo para a exploração da força de trabalho e intensificando as desigualdades. A deslocação e migração humanas é atualmente um desafio político, para o qual devem ser definidas políticas urgentes para mitigar as dificuldades enfrentadas pela população, nomeadamente acrescidas no que toca à população feminina (Sana et al., 2017).

### **1.6.2. Violência Doméstica**

As políticas adotadas por Portugal nos últimos anos no combate à violência doméstica tiveram um efeito relativamente à informação, consciência, perceção e atitudes face à violência doméstica por parte das mulheres. A mulher demonstra menos tolerância e responsabiliza mais o agressor, reportando mais situações, com um sentimento de maior segurança face ao sistema legal. A aceitação do comportamento violento como normal tem vindo a diminuir, não sendo aceites as suas razões. Os sentimentos de medo, vergonha e desamparo também diminuíram. O número de casos denunciados aumentou, nomeadamente de abuso psicológico (Alves et al., 2019). Em Portugal, num estudo que analisa a violência interpessoal entre as três comunidades de imigrantes mais numerosas: brasileira, africana e Europa de Leste, os resultados mostram que o abuso emocional é o que prevalece, seguido do físico e do sexual. O parceiro íntimo é o agressor mais mencionado, os familiares os segundos (Gonçalves & Matos, 2016). Uma revisão sistemática de vários estudos realizados entre 1995 e 2006 nos Estados Unidos da América e na Europa, acerca da violência doméstica sobre a mulher mostra que existe uma prevalência média de todos os tipos de violência ao longo das várias fases da vida. A medição da prevalência da violência doméstica continua a ser problemática, mais estudos são necessários incluindo a dimensão cultural no desenho de políticas e programas preventivos com maior eficácia (Alhabib et al., 2010). A violência pré-natal sobre a mulher traz evidência sobre a importância da sua influência em toda a fase em que a mãe estabelece uma relação com o bebé ainda no útero. A mãe vítima de violência doméstica tende a ter uma maior dificuldade em empatizar com o bebé, apresenta uma maior insegurança e aumenta o risco de negligência e de abuso emocional e físico. A mulher maltratada tende a revelar uma baixa vinculação materno-fetal e uma atitude negativa face à gravidez e ao feto. Existe todo um contexto no qual não é permitido o desenvolvimento de uma relação próxima e segura com o bebé, tanto a mãe como o bebé. Este início de relação é prejudicial para a relação de vinculação entre ambos (Pires de Almeida et al., 2013).

### **1.6.3. Considerações acerca da Desigualdade de Género**

No GGGR de 2022 são avaliadas as disparidades de género, definidas medidas e iniciativas para acelerar o progresso e diminuir o fosso social e económico entre o homem e a mulher. Nas últimas décadas, a mulher tem feito parte do trabalho remunerado, assumindo posições de liderança em várias áreas. No entanto, têm-se também observado forças contrárias, tais como, expectativas sociais, políticas patronais, o ambiente jurídico e

infraestruturas disponíveis para serviços de cuidado, são fatores que continuam a condicionar as oportunidades de educação para as mulheres e a possibilidade de construir e manter uma carreira profissional.

As consequências da pandemia de 2019 e o conflito geopolítico iniciado em 2022 pioraram o cenário para as mulheres em todo o mundo. É na crescente representação das mulheres na liderança, a sua participação e empenho no ensino superior e a sua recuperação em funções profissionais e técnicas que se deve basear o esforço contínuo presente e futuro. O GGGR de 2022 deve servir de *call to action* aos vários líderes para que a igualdade de género seja uma prioridade e objetivo central das políticas para uma construção sustentada da sociedade e economia futuras. Segundo os dados do GGGR de 2022 serão necessários 132 anos para atingir a paridade total entre os géneros. Até 2020, os dados indicavam 100 anos para que as disparidades fossem totalmente eliminadas, nos últimos anos, verificou-se uma desaceleração. É urgente uma genuína preocupação na redução das disparidades entre homens e mulheres não só para uma maior prosperidade económica, como também para que a mulher consiga verdadeiramente enfrentar as adversidades e encontrar mecanismos que lhe permita uma vida digna, tanto para ela como para os seus filhos (GGGR, 2022).

Para combater a discriminação no emprego e criar mais igualdade de oportunidades, é preciso mais do que mudar os preconceitos e os comportamentos individuais, é preciso alterar as estruturas racistas, isto é, as redes institucionais que distribuem os recursos de acordo com traços raciais. Não menos importante será também alterar as políticas e práticas organizacionais que parecem ser neutras em termos raciais, mas que na prática, mantêm os resultados diferenciados e as desigualdades raciais no emprego (Yang, 2021).

### **1.7. Intervenções Preventivas**

As características individuais e familiares das jovens grávidas ou mães são importantes, mas conhecer os contextos relacionais, socioculturais e políticos onde se movimentam é decisivo para a definição de intervenções preventivas e direcionadas para maior eficácia. Algumas mães conseguem uma adaptação aos novos papéis, demonstrando um nível de ajustamento socio emocional adaptativo através dos fatores protetores individuais (Canavarro & Pedrosa, 2012). Vários estudos demonstram que mães adolescentes com uma vinculação segura, recursos psicológicos e expectativas realistas face à maternidade e ao bebé lidam positivamente com a maternidade nesta fase da vida, são mães resilientes, com níveis de adaptação e funcionalidade adequados apesar das circunstâncias de risco onde se encontram.

Outra conclusão é que algumas crianças de mães adolescentes não apresentam mais problemas do que as crianças de mães adultas. A intervenção preventiva deve atuar num conjunto de contextos de riscos e não apenas na jovem que engravida, isto é, considerar a dimensão ecológica e sistémica, considerando dados tais como: o apoio familiar à jovem mãe durante os primeiros anos de parentalidade, a jovem continuar a estudar, um número reduzido de filhos, existir casamento (antes ou depois do nascimento do bebé), o apoio social da família alargada, a crença nas práticas educativas, a frequência de programas educativos de prevenção por parte das crianças em idade escolar, a estruturação do ambiente parental (Canavarro & Pedrosa, 2012). Aspetos da dimensão cultural, como a língua e a história, devem ser considerados no desenvolvimento de programas de prevenção para jovens adolescentes, sobretudo para populações de minoria cultural. As componentes culturais podem interferir nos resultados dos programas desenvolvidos, embora ainda exista pouca informação acerca deste tema (Maness et al., 2023). No que diz respeito às intervenções para a redução de gravidezes repetidas em adolescentes, as que têm um efeito mais positivo parecem ser as que integram uma entrevista motivacional e o aconselhamento domiciliário com visitas domiciliárias. O que poderá ser explicado pela multiplicidade de tarefas desempenhadas pela mãe adolescente e as suas limitações em aceder às intervenções em outro sítio. Existe uma dificuldade em replicar estas intervenções em outros contextos, nomeadamente em grupos populacionais com especificidades socioeconómicas e culturais (Torres et al, 2022).

A gravidez adolescente parece ser mais frequente em ambiente urbano de bairro social onde existem relações e vínculos entre pessoas de várias origens culturais e sociais. Seria importante criar um espaço na comunidade onde as adolescentes pudessem partilhar experiências e vivências de adolescentes com histórico de gravidez, aborto ou IVG anteriores ou gravidezes atuais de primeira vez, com a moderação de um profissional de saúde. Espera-se como resultado a partilha de sentimentos, vivências, alguma alteração de perceção acerca da gravidez e da parentalidade por parte das jovens em risco. Por outro lado, a educação sexual em ambiente escolar teria maior eficácia se a comunidade desenvolvesse intervenções direcionadas às necessidades de cada jovem em vez de criar programas para turmas inteiras, embora se saiba que implicaria um maior número de recursos e mais custos financeiros (Carmona & Ramos, 2019).

## **1.8. Perturbações Psicológicas na Gravidez e Pós-parto**

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), as perturbações mentais ou do comportamento associadas à gravidez, ao parto ou ao puerpério (06) surgem associadas a sintomas psicóticos (6E21) ou sem sintomas psicóticos (6E20). Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insónia, podendo existir delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamentos desorganizados (OMS, 2023).

Segundo o DSM-V (2017), a gravidez surge na categoria de Problemas Relacionados com Outras Circunstâncias Psicossociais, Pessoais e Ambientais, classificada como um Problema Relacionado com a Gravidez Não Desejada. A depressão pós-parto poderá ter causas relacionadas com a Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas (APA, 2017). Com início no periparto, se os sintomas iniciarem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto, ou ainda se os critérios completos não estiverem preenchidos para o episódio de humor, mania, hipomania ou depressão major na perturbação bipolar I ou bipolar II (APA, 2017).

Embora, a fase da gravidez e do pós-parto sejam momentos de vida que podem elevar os níveis de ansiedade e de depressão para a mulher, não surge mencionada nem para as Perturbações Depressivas nem para as Perturbações de Ansiedade. Os principais sintomas para níveis de ansiedade e depressivos não normativos são aqueles que a mulher grávida e/ou no pós-parto poderá sentir e com todas as implicações na sua saúde mental.

### **1.8.1. Perturbações Depressivas**

As perturbações depressivas e de ansiedade são as mais frequentes durante a gravidez e no pós-parto. Segundo o DSM-V (2017), as perturbações depressivas incluem a perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. O ponto comum a todas estas perturbações é a existência de tristeza, vazio ou humor irritável, com alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento da pessoa. O que diferencia as várias perturbações são aspetos relacionados com a duração, o *timing* ou a etiologia. No DSM-V (2017) são vários os critérios de diagnóstico da Perturbação Depressiva Major: devem existir cinco ou mais dos seguintes sintomas durante duas semanas

consecutivas, representando uma alteração do funcionamento da pessoa. Pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de prazer ou interesse. Critérios: 1 – “Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo” (APA, 2017, p. 190). 2 – “Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias” (APA, 2017, p. 190). 3 – “Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativos, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias” (APA, 2017, p. 190). 4 – “Insónia ou hipersónia quase todos os dias” (APA, 2017, p. 190). 5 – “Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias” 6 – “Fadiga ou perda de energia quase todos os dias” (APA, 2017, p. 190). 7 – “Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias” (APA, 2017, p. 190). 8 – “Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração ou indecisão, quase todo os dias” (APA, 2017, p. 190). 9 – “Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Os sintomas devem causar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do seu funcionamento. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica” (APA, 2017, p. 191).

### **1.8.2. Perturbações de Ansiedade**

Segundo o DSM-V (2017) as Perturbações de Ansiedade caracterizam-se por medo elevado com alterações de comportamento relacionadas. O medo é a reação emocional a uma ameaça real, enquanto a ansiedade é a antecipação a uma possível ameaça futura. A Perturbação de Ansiedade Generalizada tem como principais critérios: A – “Ansiedade e preocupação excessivas em mais de metade dos dias durante pelo menos seis meses, sobre vários acontecimentos (tais como o desempenho laboral ou escolar) (APA, 2017, p. 263). B – “Dificuldade em controlar a preocupação” (APA, 2017, p. 263). C – “Ansiedade ou preocupação estão associadas com 3 ou mais dos 6 sintomas (...) pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias durante 6 meses (APA, 2017, p. 263) : “1- Agitação, nervosismo ou tensão interior. 2 – Fadiga fácil. 3 – Dificuldade de concentração ou mente vazia. 4 – Irritabilidade. 5 – Tensão muscular. 6 – Perturbações do sono” (APA, 2017, p. 263). D – “A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social” (APA, 2017, p. 263). E – A perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica. F – “A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental” (APA, 2017, p. 263).

## 1.9. Abordagem Centrada na Pessoa

Segundo Bohart & Tallman (1999), o psicólogo é um facilitador que liberta a tendência inata da pessoa em se curar. A pessoa é o motor de sua própria mudança e o psicólogo deverá proporcionar o clima empático para o desenvolvimento de pensamentos generativos por parte da pessoa. A relação terapêutica subentende o princípio de desenvolvimento de uma relação assente em três conceitos pilares da ACP de Carl Rogers: o conceito de tendência atualizante, o de não diretividade e a existência de condições necessárias para que aconteça a mudança terapêutica (Nunes et al., 2018).

São necessárias seis condições ao longo do processo terapêutico, por um período suficiente para que um processo de mudança construtiva ocorra: o contacto psicológico entre ambos, a incongruência da pessoa, a congruência do psicólogo, o olhar incondicional e positivo acerca da pessoa, uma compreensão empática do psicólogo e a comunicação à pessoa da compreensão empática assim como, a efetividade da consideração positiva incondicional face à pessoa (Wood et al., 1994). São estas atitudes relacionais do psicólogo que devem transmitir total confiança nas capacidades de auto-organização da pessoa, a congruência do terapeuta no aqui e agora da relação e a expressão do cuidado incondicional positivo pela individualidade da pessoa, assim como a forma empática como quer compreender o mundo subjetivo do outro (Nunes et al., 2018).

O contacto psicológico prende-se com uma relação em que ambos devem estar em contacto de forma consciente, sob pena das restantes condições não serem passíveis de realização. Ambos devem estar em contacto de forma a perceber e sentir alguma diferença no mundo experiencial do outro. A incongruência da pessoa refere-se à divergência entre a experiência real orgânica e a imagem do *self* da pessoa. A autenticidade do psicólogo na relação, isto é, a sua congruência ou genuinidade: o terapeuta deverá ser ele mesmo ao longo de toda a relação não esquecendo que se encontra ao serviço do outro. A consideração positiva incondicional é a aceitação calorosa de cada experiência da pessoa (Rogers, 1957). Esta atitude transmite a ideia de que não há condição para a aceitação da complexidade do mundo da pessoa, existem sentimentos de aceitação, tanto em relação à aceitação de sentimentos negativos ou anormais como dos sentimentos positivos, maduros, de confiança. O psicológico deve aceitar a consistência e a inconsistência da pessoa, transmitindo um cuidado para com a pessoa e uma forma de aceitar a sua individualidade. A pessoa ao ser

incondicionalmente aceite, acabará por aperceber-se de sua própria experiência e vivência. A porta para a mudança estará aberta.

A compreensão empática prende-se com a necessidade de o psicólogo sentir o mundo da pessoa como se fosse o seu, não esquecendo que a condição “como se” é essencial. O terapeuta deve conseguir movimentar-se no mundo da pessoa livremente e comunicar a sua compreensão acerca desse mesmo mundo, expressar significados da experiência da pessoa. Com frequência, a pessoa não tem consciência do aglomerado dos seus próprios pensamentos e sentimentos, através da compreensão empática visível na sua postura corporal, no seu olhar, na sua linguagem, no seu tom de voz que leva a pessoa a uma maior consciencialização de si própria. A última condição é a de que a pessoa deve perceber a aceitação e empatia que o psicólogo tem por ela. Os comportamentos e palavras do psicólogo devem ser percebidos pela pessoa como uma aceitação e compreensão de si (Wood et al., 1994).

### 1.10. Teoria da Personalidade e da Conduta

É uma teoria da personalidade e do comportamento desenvolvida por Carl Rogers baseada nos seus anos de experiência como terapeuta. Tem uma dimensão fenomenológica baseada no conceito de *self* e é composta por 19 proposições (Rogers, 2003). 1 – “Todo o indivíduo existe num mundo de experiência, em permanente mudança, no qual é o centro.” (Rogers, 2003, p. 487). O campo fenomenal é tudo o que é experimentado pelo organismo, sendo apreendido pela consciência ou não. O campo perceptivo da pessoa só é percebido e conhecido autêntica e integralmente pela própria pessoa. Cada pessoa tem o seu mundo privado. (Rogers, 2003). 2 – “O organismo reage ao campo perceptivo tal como este é experimentado e percebido. Este campo é, para o indivíduo, realidade” (Rogers, 2003, p. 488). Para a pessoa, a realidade é a sua percepção do mundo. O mundo de cada pessoa é constituído por várias experiências. Cada pessoa reage à realidade conforme for percebida. A terapia exemplifica quando a percepção da pessoa se altera, a resposta da pessoa face a realidade também se altera. 3 – “O organismo reage ao seu campo fenomenal como um todo organizado” (Rogers, 2003, p. 490). O organismo é um sistema organizado, no qual modificações numa parte desencadeia modificações noutras partes, existindo um objetivo específico (Rogers, 2003). 4 – “O organismo tem uma tendência fundamental para: atualizar, manter e realçar a experiência orgânica” (Rogers, 2003, p. 492). Um caminho para o crescimento e maturidade com lutas e sofrimento que permite a atualização do organismo na direção da socialização. É a tendência para a autoconservação (Rogers, 2003). 5 – “O comportamento é, sobretudo, o esforço dirigido a um fim do organismo para satisfazer as suas necessidades, tal como as experimenta no campo percebido” (Rogers, 2003, p. 495). As necessidades como tensões fisiológicas fazem avançar o organismo, conservando-o. A percepção da realidade irá determinar o comportamento (Rogers, 2003). 6 – “A emoção acompanha e, de um modo geral, facilita o comportamento dirigido para um fim; o tipo de emoção relaciona-se com os aspetos pesquisadores do comportamento em oposição aos aspetos consumados; a intensidade da emoção está em relação com o significado percebido do comportamento para a subsistência e evolução do organismo” (Rogers, 2003, p. 497). As emoções dividem-se tendencialmente em dois grupos: as desagradáveis/excitadas acompanham o esforço de busca do organismo e as calmas/ou de satisfação referem-se à satisfação da necessidade. A intensidade da reação emotiva varia consoante a relação percebida do comportamento para fazer avançar o organismo (Rogers, 2003). 7 – “O melhor ângulo para a compreensão do comportamento é a partir do quadro de

referências interno do próprio indivíduo” (Rogers, 2003, p. 497). Assumir o quadro de referências do outro, para o psicólogo é apreender o outro como ele próprio apreende. No quadro de referências do outro, os comportamentos passam a fazer parte de uma realidade com sentido. Conseguimos prever o comportamento do outro a partir de um quadro de referências que nos é externo (Rogers, 2003). 8 – “Uma parte do campo total da percepção vai-se diferenciando gradualmente como “*self*” “(Rogers, 20023, p. 501). O “*self*” consciente não é necessariamente coexistente com o organismo físico. É a consciência de ser e de agir (Rogers, 2003). 9 – “Como um resultado da interação com o ambiente e, de modo particular, como resultado da interação valorativa com os outros, forma-se a estrutura do *self*- um modelo conceptual, organizado, fluído, mas consistente de percepções, de características e relações do “eu” ou de “mim”, juntamente com valores ligados a esses conceitos” (Rogers, 2003, p. 502). 10 – “Os valores ligados à experiência e os valores que são uma parte da estrutura do *self* são, em alguns casos, experimentados diretamente pelo organismo, e noutros casos são valores introjetados ou tomados de outros, mas percecionados de uma forma distorcida, como se fossem experimentados diretamente” (Rogers, 2003, p. 502). Estas duas proposições relacionam-se. A criança vai experienciando o mundo e desenvolve percepções positivas para o seu desenvolvimento e negativas para o que ameaça o seu desenvolvimento. O conceito de “*self*” desenvolve-se em relação com os outros. A relação de afeto dos pais que pode ser ameaçada se o os pais dizem por exemplo: “Só gosto de ti se te portares bem”. Poderão surgir consequências para o desenvolvimento da criança, tais como a rejeição da consciência das satisfações experienciadas. Os valores que a criança associa a sua própria experiência irão distanciar-se do seu próprio funcionamento organísmico e a sua experiência passa a ser avaliada através das atitudes e reações dos pais ou cuidadores. O *self* desenvolve-se baseado na distorção da informação organísmica, ignora as próprias reações sensoriais e cresce um *self* baseado numa simbolização distorcida (Rogers, 2003). 11 – “À medida que vão ocorrendo experiências na vida de um indivíduo, estas são: simbolizadas, percecionadas e organizadas numa certa relação com o *self*; Ignoradas porque não se perceciona a relação com a estrutura do *self*; Recusadas à simbolização ou simbolizadas de uma forma distorcida porque a experiência é inconsistente com a estrutura do *self*” (Rogers, 2003, p. 507). As experiências são ignoradas porque são irrelevantes para a estrutura do *self*. A maior parte das nossas experiências sensoriais são ignoradas, não alcançam o nível de simbolização consciente. Experiências impedidas de aceder à consciência onde estão incluídos fenómenos do comportamento humano que a psicologia procura explicar (Rogers, 2003). 12 – “A maior parte das formas de comportamento adotadas pelo organismo são aquelas que são consistentes

com o conceito de *self*” (Rogers, 2003, p. 512). A satisfação das necessidades da pessoa é realizada tal como a experiência de forma coerente com o *self*. Uma pessoa que tem como valor a liberdade, o seu sentido de realização passará por meios considerados livres. Os canais através dos quais são satisfeitas as necessidades são coerentes com o conceito organizado de *self* (Rogers, 2003). 13 – “O comportamento pode surgir, em alguns casos, de experiências orgânicas e de necessidades que não foram simbolizadas. Esse comportamento pode ser inconsistente com a estrutura do *self*, mas nesses casos o comportamento não é apropriado pelo indivíduo” (Rogers, 2003, p. 513). Em situações muito perigosas, a pessoa tem comportamentos eficientes para satisfazer as necessidades de segurança, sem simbolizar as situações “Não sabia o que estava a fazer”, o *self* consciente não tem poder sobre as ações realizadas (Rogers, 2003). 14 – “A desadaptação psicológica existe quando o organismo rejeita da consciência experiências sensoriais importantes que por conseguinte, não se simbolizam nem se organizam na “gestalt” da estrutura do *self*. Quando se verifica esta situação, há uma tensão psicológica de base ou potencial” (Rogers, 2003, p. 514). O *self* estrutura-se através da elaboração simbólica de parte do mundo que experiencia. Se o homem rejeitar parte deste mundo podem surgir tensões resultantes de diferenças entre experiências orgânicas. Quando o homem toma consciência desta diferença pode tornar-se ansioso, as experiências devem chegar a consciência para formar a base do conceito de *self* (Rogers, 2003). 15 – “A adaptação psicológica existe quando o conceito do *self* é tal, que todas as experiências viscerais e sensoriais do organismo são, ou podem ser, assimiladas de uma forma simbólica, dentro do conceito do *self*” (Rogers, 2003, p. 517). O conceito de *self* é de forma geral, congruente com todas as experiências do organismo, isto é, não existe desadaptação psicológica nem tensão interior. Todas as experiências viscerais estão acessíveis à consciência através de uma simbolização adequada, organizadas num sistema com uma consistência interna que se refere à estrutura do *self*. A pessoa passa a aceitar as suas próprias experiências (Rogers, 2003). 16 – “Qualquer experiência que seja inconsistente com a organização ou estrutura do *self* pode ser percebida como uma ameaça e, quanto mais numerosas forem essas percepções, mais rigidamente a estrutura do *self* se organiza de modo a manter-se a si mesma” (Rogers, 2003, p.516). O *self* deve poder defender-se de ameaças, caso contrário pode surgir uma perturbação psicológica grave. 17 – “Em determinadas condições que impliquem, sobretudo, a ausência total de qualquer ameaça à estrutura do *self*, podem perceber-se e analisar-se experiências que são inconsistentes com essa estrutura e esta pode ser revista de maneira a assimilar e a incluir tais experiências” (Rogers, 2003, p. 521). A terapia pode alterar o conceito de *self*, na relação terapêutica, a pessoa é aceite como é. As

experiências rejeitadas passam a estar incluídas no conceito de *self* como parte integrante de um todo com coerência. É o terapeuta que permite uma exploração segura de vários domínios. A pessoa passará a aceitar experiências inconsistentes com o *self*. A pessoa aprende-se (Rogers, 2003). 18 – “Quando o indivíduo apreende e aceita, num sistema coerente e integrado, todas as suas experiências viscerais e sensoriais, necessariamente compreende melhor os outros e aceita-os melhor como pessoas distintas” (Rogers, 2003, p. 523). À medida que a pessoa se aceita também constrói relações interpessoais mais saudáveis e cria-se um clima de aceitação com reações psicológicas em cadeia para a resolução de problemas relacionais e sociais. É um dos resultados da ACP (Rogers, 2003). 19 – “À medida que o indivíduo percebe e aceita na estrutura do *self*, um maior número de experiências orgânicas, descobre que está a substituir o seu atual sistema de valores – baseado em larga medida em introjeções que foram simbolizadas de uma forma distorcida – por um processo contínuo de valorização organísmica” (Rogers, 2003, p. 525). A pessoa explora o seu campo fenomenal e analisa os valores que introjetou como se fossem a sua própria experiência. A pessoa descobre que é o seu próprio organismo que lhe permite substituir o sistema de valores introjectado através de uma reformulação em permanência, passa a simbolizar de forma consciente todas as suas experiências e atitudes, cria o seu próprio sistema de valores baseado na sua experiência direta, é um sistema de valores autêntico (Rogers, 2003).

#### **1.11. Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo**

A TDP de João Hipólito (2011), baseia-se nos pressupostos da ACP de Carl Rogers e tem como conceito-chave a tendência atualizante, segundo o qual a pessoa se desloca naturalmente para uma maior complexidade, estando o homem em permanente atualização. O autor defende uma analogia entre uma tendência formativa do universo e uma tendência à complexificação no homem. No homem, esta tendência designa-se por tendência atualizante ou de hipercomplexidade, é o que permite uma atualização constante das suas capacidades. O conceito de trauma é explicado através do exemplo do embrião sujeito a traumas físicos ou psicológicos, podendo se refletir numa diminuição da expressão das suas potencialidades. No próprio processo de desenvolvimento do embrião, ele é o seu próprio gestor de complexificação até ao nascimento e tem o Locus de Controlo Interno (LCI), sem interferência do meio externo.

O bebé nasce e as suas capacidades psicológicas e físicas também se desenvolvem. Ao crescer, a criança toma consciência das suas fronteiras e limites face ao mundo exterior e vai

desenvolvendo a percepção do outro como significativo (normalmente, a mãe) ou não significativo (os outros). Por volta dos oito meses, o bebê tem noção das condições de valor, isto é, as experiências deixam de ser integradas totalmente porque há uma diferença entre o que a criança experiencia como necessidade e a resposta da mãe.

O processo de vinculação desenvolve-se, o bebê percebe que tem necessidade do amor da mãe e depende dele para sobreviver, como não quer perder o amor da mãe, aprende a modelar as suas percepções segundo a aceitação da mesma. O relacionamento do bebê com a mãe passa a depender das condições de valor. O conceito de dissociação será a diferença entre o que a criança experiencia e o que simboliza na sua percepção (Hipólito, 2011). Este movimento de dissociação origina na criança uma série de processos dissociativos que se manifestam em vários níveis de experiência: entre o LCI (a forma como a criança experiencia interiormente os fenómenos) e Locus de Controlo Externo (LCE), isto é, as decisões tomadas pelo outro em relação à criança (Hipólito, 2011). São processos entre o *Self* Organísmico (o que se sente e experiencia), o *Self* Real (como se é realmente) e o *Self* Percecionado (como a criança se vive a ela própria). O *Self* Ideal ou desejado (como a criança deverá ser para ser aceite pelo outro).

Sempre que existe uma dissociação, também existe uma tensão entre dois polos e se o organismo não conseguir reequilibrar-se poderão surgir sintomas. Quanto maior a dissociação entre o *self* percecionado e o *self* desejado menor será a autoestima da pessoa. Se as condições biopsicosociais forem otimizadas no seu máximo e as condições de valor forem mínimas, sem juízos de valor então a atualização da pessoa poderá atingir o máximo das suas potencialidades (Hipólito, 2011). A psicopatologia é vista como a sucessão de vários traumatismos ao longo da vida. O processo terapêutico desenvolvido com a pessoa, tendo em consideração as seis condições suficientes e necessárias para a mudança terapêutica, serão a base para o desenvolvimento do diagnóstico: o diagnóstico relacional (Hipólito, 2011). O ideal seria uma pessoa em desenvolvimento pleno sem nenhuma restrição e com uma atualização máxima das potencialidades. O *self* organísmico seria idêntico ao *self* real e ao *self* ideal, isto é, a pessoa estaria em funcionamento pleno e integrado. Segundo João Hipólito, é a morte que encerra este processo, compreendendo o sentido da morte no sentido da vida (Hipólito, 2011).

### 1.12. Atividade do Psicólogo e Principais Responsabilidades

Segundo a OPP (2016), para desenvolver a atividade de psicólogo, é imprescindível respeitar o Código Deontológico que define os princípios éticos subjacentes à profissão (Francis, 2004). Outra característica é possuir conhecimento do trabalho científico realizado, como por exemplo em áreas como o desenvolvimento ao longo da vida, a avaliação psicológica e o diagnóstico. O perfil inclui ainda as competências culturais, interpessoais que permitem um trabalho em equipa, tais como uma comunicação assertiva e uma atitude que permita gerir conflitos. Competências pessoais tais como a responsabilidade e a preocupação face ao outro com uma postura aceitante face a diversidade. Saber realizar uma avaliação baseada não só na entrevista, mas também na aplicação de instrumentos com procedimentos e regulamentos definidos de aplicação, cotação e interpretação. Definir um diagnóstico (quando necessário) e respetivo plano de intervenção, esse último deverá levar em consideração as necessidades da pessoa, com o objetivo, entre outros de tratar um problema específico, a prevenção ou a melhoria de desempenho da pessoa e/ou do grupo. É pedido ao psicólogo, raciocínio lógico e uma capacidade de tomada de decisão tendo por base conhecimentos validados cientificamente. Ao psicólogo exige-se ética, profissionalismo e responsabilidade social. Ainda segundo a OPP (2018) e no que diz respeito à Psicologia Clínica, entenda-se o reconhecimento de competências através da aplicação de metodologias e técnicas, tais como o planeamento, a avaliação psicológica, o diagnóstico, monitorização, intervenção psicológica e a sua avaliação. Para o desenvolvimento da atividade do psicólogo, o *setting* é importante para a construção de uma relação terapêutica de confiança e segurança em que o espaço deve ser neutro. O *setting* assume particular relevância para a criação do ambiente físico e emocional que possibilite uma livre expressão, como também assume destaque na delimitação do espaço físico e emocional para o desenvolvimento das sessões de psicologia. Assume um papel de delimitação do próprio tempo para cada sessão. Delimitar e respeitar o tempo contribui para a estruturação da personalidade da pessoa (Nunes et al, 2018).

Atualmente, o psicólogo deverá ponderar a utilidade de uma certificação para além das fronteiras internas. A *Europsy* define um Sistema de Certificação Europeu para os psicólogos criado pela *European Federation of Psychologist Association* (EFPA), que permite um padrão uniforme de competências profissionais e éticas aceite pelos 38 países membros da EFPA, onde se inclui a OPP. Segundo o *Europsy* (2021), as competências do psicólogo dividem-se em primárias e transversais, sendo as primárias: especificação de objetivos, avaliação,

desenvolvimento, intervenção, avaliação final e comunicação e as transversais: estratégia profissional, desenvolvimento profissional contínuo, relações profissionais, investigação e desenvolvimento, marketing e vendas, gestão de contas, gestão da prática, gestão da qualidade, autorreflexão.

## **II Parte**

### **Trabalho realizado no estágio**

## **2.1. Contextualização do Estágio**

O estágio desenvolveu-se ao longo de nove meses, entre outubro de 2022 e junho de 2023, perfazendo um total de 432 horas, dividido em dois blocos de 216 horas por cada semestre. Todo o estágio foi realizado nas instalações da Instituição, na Área Metropolitana de Lisboa.

É num contexto económico de inflação económica nacional generalizada que o estágio ocorre, o que poderá explicar o aumento da procura por parte de várias utentes, na sua maioria de nacionalidade estrangeira. A população de origem africana é aquela que recorre mais à Instituição mas, nos últimos anos, utentes com outras nacionalidades também passaram a recorrer aos serviços da Instituição, nomeadamente provenientes do Nepal, Bangladesh e Brasil.

Para enfrentar estas crescentes dificuldades, a Instituição desenvolve a sua atividade na sua sede em Lisboa e em gabinetes descentralizados na Área Metropolitana de Lisboa. Para fazer face ao aumento da procura, a Instituição conta com uma equipa de trabalhadores remunerados, estagiários e voluntários que desempenham as tarefas nas áreas administrativa e gestão, social, psicológica e educacional (no total, cerca de 70 pessoas). Embora existam tarefas definidas para cada função, é frequente a pessoa desempenhar tarefas fora do seu âmbito, mas necessárias para que a Instituição continue a atingir o seu objetivo último: capacitar a mulher grávida e/ou puérpera das competências necessárias para viver a gravidez e o pós-parto de uma forma mais saudável, contribuindo para a sua integração social e laboral.

## **2.2. A Instituição e as suas Valências**

O estágio foi desenvolvido numa IPSS, criada em 1991, com estatuto de utilidade pública e sem fins lucrativos que tem como principal objetivo o de apoiar a mulher grávida ou recente mãe, assim como a sua respetiva família nas suas necessidades biopsicossociais. A missão é tornar a gravidez ou o nascimento da criança uma fonte de melhoria tanto para a mulher como para a sua família. O relatório de atividades da Instituição de 2021, define as suas várias valências como descrito abaixo. Em 1992, é criada a linha telefónica de apoio através da qual a pessoa pode esclarecer as suas dúvidas sobre conceção, gravidez e planeamento familiar. O apoio que a Instituição oferece traduz-se em diferentes áreas de atuação: o atendimento/acompanhamento, o acolhimento, a escola de mães, a formação e inserção no mercado de trabalho, uma creche e outros serviços de menor dimensão.

O atendimento é composto pela linha telefónica, o atendimento direto e o Gabinete de Psicologia. A linha de atendimento conta com a ajuda dos trabalhadores e estagiários, os vários pedidos podem chegar via telefone, email ou pelas redes sociais institucionais, sendo o objetivo facultar uma resposta rápida. As principais questões relacionam-se com a gravidez, a sexualidade e o planeamento familiar. O atendimento direto (presencial ou remoto) é realizado por um técnico especializado e pretende apoiar quem procura ajuda. O principal objetivo é o de acompanhar a gravidez, promover a educação para a saúde e a formação para a parentalidade. Permite a realização do levantamento de necessidades a curto prazo de cada utente assim como, um acompanhamento técnico. Após um primeiro atendimento, poderá ser feito um encaminhamento social da família para uma reintegração social e laboral. A equipa do atendimento direto tem supervisão mensal e discussão de casos com o apoio de docentes da licenciatura de Serviço Social da Universidade Católica Portuguesa.

O Gabinete de Psicologia é composto por três psicólogas e tem como objetivo realizar o levantamento de necessidades e o acompanhamento psicológico das utentes. É o primeiro contacto com a psicóloga, designado por rastreio psicológico, que poderá dar origem a um acompanhamento psicológico. O gabinete de Psicologia tem como atividade principal o acompanhamento psicológico individual de jovens, adultas e famílias no domínio da gravidez e parentalidade. A maior parte das mulheres com acompanhamento psicológico usufrui também do atendimento social. O gabinete de Psicologia conta com a supervisão mensal externa de uma psicóloga.

As residências de acolhimento surgem em 1994, em Lisboa para grávidas com mais de 18 anos e filhos em idade pré-escolar. Tem como principal objetivo o de proporcionar todo o apoio para a concretização de um projeto de vida consistente, dando maior relevância às competências de parentalidade, para a promoção da autonomia, o desenvolvimento da autoestima e do sentido de responsabilidade, para que as mães adquiram competências sociais e profissionais. Tem uma capacidade para oito mães e os seus respetivos filhos. Em 1998, é inaugurada outra residência, para grávidas adolescentes, também em Lisboa, com uma capacidade para seis jovens e os seus respetivos filhos. O principal objetivo é a utente adquirir competências para um projeto de vida que possibilite a sua progressão, reintegração escolar ou profissional. O tempo de permanência varia em cada casa, consoante a idade e as necessidades de cada mulher. Em 2009, abre uma residência nos arredores de Lisboa que tem como objetivo ajudar mães adolescentes que queiram continuar a estudar, adquirindo mais

autonomia e qualificações e também uma melhor qualidade de vida para os seus filhos. Tem uma capacidade para dez mães adolescentes e os seus respetivos filhos.

A Escola de Mães é criada em 2007 na sede, junta a qualificação e a progressão escolar de jovens grávidas e mães, dos 12 aos 18 anos, com acompanhamento adequado às necessidades das jovens e dos seus filhos. O principal objetivo é apoiar a educação das utentes para facilitar a aquisição de competências e evitar o abandono escolar. O ensino é ministrado à distância com a colaboração de uma escola pública em Lisboa. As utentes têm apoio escolar e acompanhamento psicossocial e uma componente de tempos livres. Para que as utentes possam realizar as suas tarefas escolares, é criada na sede a Sala de Bebés, onde as utentes da Escola de Mães e outras (quando necessário), podem deixar os seus filhos durante o desenvolvimento das suas atividades diárias. Este serviço confere uma maior liberdade às utentes para terminar a sua escolaridade assim como, um contacto mais próximo entre mãe e bebé e um maior apoio nos cuidados de amamentação. Tem uma capacidade até 20 crianças a partir de um mês de idade até serem integradas em equipamentos de infância na sociedade. Conta também com uma educadora de infância, uma auxiliar e o apoio de um grupo de voluntários.

Desde 2008 que a formação tem a certificação da Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT), apoia e forma internamente os técnicos, estagiários e voluntários assim como, pessoas e técnicos da comunidade. As formações abertas à comunidade são designadas por “Conversas sobre...” têm como objetivos aumentar o conhecimento e competências seja para a equipa de funcionários, seja para as mães para uma vivência harmoniosa e saudável da gravidez ou pós-parto.

O Espaço Grávida permite às futuras mães, adquirirem competências para a parentalidade. O projeto “Vamos Dar de Mamar” tem como objetivo aumentar o número de utentes que amamentam durante o primeiro mês de vida, até aos seis meses. Inclui um programa de visitas domiciliárias para apoiar as utentes e recém-nascidos com dificuldade no processo de amamentação. A creche é criada em 2011, tem como principal objetivo o de apoiar as crianças e famílias através do acolhimento de crianças durante o dia, sem interrupções anuais para facilitar a conciliação da vida profissional e familiar dos pais. Encontra-se aberta a toda a comunidade. Outros serviços, como por exemplo, o Programa Emprega-te oferece um serviço de procura orientada e ativa de emprego, dando formação nas áreas das competências em falta.

### 2.3. Atividades Realizadas e Objetivos

O estágio realizado tem como objetivo pôr em prática os vários conhecimentos adquiridos ao longo de cinco anos de aprendizagens na área da Psicologia Clínica e de Aconselhamento, desenvolver as competências técnicas e de relacionamento indispensáveis para a prática da psicóloga, tendo em conta a ética exigida à profissão (Francis, 2004). Seguem as atividades por mim desenvolvidas ao longo de todo o estágio, a respetiva carga horária e os seus objetivos gerais e específicos. Os detalhes das atividades realizadas encontram-se no anexo II.

**Atividade 1:** Observação presencial e consulta de documentos; **Carga horária:** 24 horas;

**Objetivos gerais:** Familiarização com as práticas da equipa de trabalhadores alargada.

**Objetivos específicos:** Iniciar a minha aprendizagem acerca das várias temáticas inerentes à problemática da Instituição: mulher na gravidez e pós-parto, a sua dimensão psicológica e social. Conhecer os procedimentos realizados pelos vários serviços. Observar as formas de trabalhar e a dinâmica da Instituição. Contribuir com melhorias propostas.

**Atividade 2:** Reuniões de equipa; **Carga horária:** 11 horas; **Objetivo geral:** Troca de informações para uma melhoria dos serviços e respetiva eficácia. **Objetivos específicos:** Identificar as principais dificuldades de funcionamento. Identificar melhorias nos procedimentos existentes para ultrapassar as dificuldades. Alcançar consenso nas melhorias e formas de atuar.

**Atividade 3:** Atendimento linha telefónica e canais digitais; **Carga horária:** 127 horas; **Objetivo geral:** Facultar uma resposta rápida e eficaz aos vários pedidos chegados à Instituição, por via telefónica, eletrónica ou digital através das redes sociais. **Objetivos específicos:** Encaminhar pedidos específicos para outras áreas de atuação dentro e/ou fora da Instituição. Agendar atendimentos de dimensão psicossocial. Esclarecer todas as dúvidas relacionadas com a missão da Instituição.

**Atividade 4:** Formações assistidas (remotas); **Carga horária:** 18 horas; **Objetivo geral:** Adquirir conhecimentos acerca do tema da gravidez, pós-parto, parentalidade, sexualidade e temas relacionados. **Objetivos específicos:** Esclarecer dúvidas específicas. Troca de experiências. Refletir acerca de temas relacionados com a gravidez e/ou pós-parto. Adquirir competências técnicas e humanas na vivência de gravidez e do pós-parto de forma saudável.

**Atividade 5:** Tarefas administrativas e registo informático; **Carga horária:** 33 horas; **Objetivos gerais:** Registo manual e/ou informático de toda a informação relativa a cada

processo em tempo útil. **Objetivos específicos:** Todos os trabalhadores, estagiários e voluntários terem acesso à informação de cada processo para uma atuação mais direcionada. Dar uma resposta personalizada a utente.

**Atividade 6:** Tutoria – Escola de Mães; **Carga horária:** 34 horas; **Objetivos gerais:** Identificar as principais dificuldades das alunas, ajudar na sua resolução de forma a impactar o menos possível na sua vida e nos resultados escolares. **Objetivos específicos:** Criar uma relação de confiança com cada tutorada para uma partilha das dificuldades e/ou situações importantes. Alcançar soluções em conjunto para as dificuldades identificadas. As tutoradas adquirirem competências de organização, relacionamento e sociais para um maior equilíbrio pessoal.

**Atividade 7:** Intervenção psicológica; **Carga horária:** 106 horas; **Objetivos gerais:** Contribuir para a diminuição do sofrimento psicológico da mulher. **Objetivos específicos:** Criar um clima de confiança onde a mulher sinta que pode partilhar o que considera importante. Proporcionar um espaço de liberdade de expressão sem julgamento e total aceitação. Refletir em conjunto sobre as temáticas trazidas. Levar a utente a alcançar as suas próprias conclusões. Acompanhar a utente no processo de questionamento e possível redefinição de algumas áreas da sua vida.

**Atividade 8:** Avaliação psicológica; **Carga horária:** 15 horas; **Objetivo geral:** Através da entrevista clínica e da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica, avaliar se a utente tem as competências necessárias para o desenvolvimento de uma parentalidade saudável que possibilite o bem-estar físico e emocional do seu filho. **Objetivos específicos:** Realizar uma entrevista clínica e aplicar instrumentos de avaliação num espaço seguro. Criar um espaço físico e emocional de confiança para que a utente se sinta confortável nas suas partilhas. Alcançar resultados credíveis que permitam traçar um perfil psicológico da utente e respetiva forma de funcionamento. Realizar um relatório de avaliação psicológica.

**Atividade 9:** Reuniões de Supervisão de Psicologia; **Carga horária:** 10 horas; **Objetivo geral:** Refletir acerca de casos de acompanhamento psicológico de maior complexidade. **Objetivos específicos:** Identificar e definir formas de intervenção em determinados casos de acompanhamento psicológico. Obter uma visão e orientações de uma psicóloga com uma vasta experiência no âmbito da psicologia clínica sobre os casos psicológicos apresentados. Troca de informação acerca de casos de acompanhamento psicológico para alcançar uma maior clarividência na intervenção.

**Atividade 10:** Planeamento, preparação e intervenção em grupo; **Carga horária:** 16 horas; **Objetivo geral:** Recolha de informação para realização de futuras formações em temas levantados pelas utentes. **Objetivos específicos:** Através da partilha e de uma dinâmica proposta, recolher as opiniões das várias utentes. Criar um espaço no qual as utentes possam se sentir livres para manifestar as suas preocupações. Recolher a informação para a realização de futuras ações de formação ou sensibilização. Direcionar as ações de formação ou sensibilização para as necessidades das utentes.

## **2.4. Descrição das Atividades Realizadas**

### **2.4.1. Primeira Reunião Individual de Estágio**

O estágio teve início com a primeira reunião individual em outubro de 2023, com a minha orientadora de estágio, na qual nos apresentámos, me foi explicado de forma geral o que a Instituição realiza e qual o seu objetivo. Tive oportunidade de explicar o porquê da minha escolha da Instituição: prender-se com o facto de querer dar o meu contributo num período da vida em que a mulher apresenta (ainda) mais necessidades de apoio, seja a nível social, económico e psicológico. A minha orientadora, de imediato, informou-me que teria oportunidade de colaborar em várias valências: no apoio na linha telefónica, no acompanhamento psicológico, nas formações e reuniões de equipas. A reunião teve a duração aproximada de uma hora, tendo sido agendada uma nova reunião com todas as estagiárias de psicologia para a semana seguinte.

#### **2.4.2. Observação Presencial e Consulta de Documentos**

Esta primeira fase desenvolveu-se sobretudo através da consulta de vários documentos físicos e digitais, interpretação dos mesmos e colocação de dúvidas à minha orientadora acerca de assuntos não percebidos na sua totalidade. Nesta fase inicial consultei vários documentos, tais como documentação de apoio às tarefas dos vários serviços, nomeadamente os seguintes: manual do colaborador, documentação de apoio ao serviço de psicologia, manual da gravidez, entre outros. Durante aproximadamente duas semanas dediquei-me a leitura de documentos e observação de dinâmicas de trabalho internas. Esta fase permitiu-me contactar com os trabalhadores na sua prática diária assim como, perceber como se organiza a Instituição e quais os principais procedimentos de trabalho. De realçar que não foi nesta fase que contactei diretamente com a atividade do serviço de Psicologia, somente passadas algumas semanas, tive oportunidade de presenciar o trabalho de psicologia desenvolvido na Instituição, como por exemplo assistir a uma sessão de acompanhamento psicológico. Apesar de considerar esta fase de acolhimento essencial, penso que teria sido mais proveitoso reduzir esta fase e acompanhar trabalhadores da Instituição de perto, de forma a perceber a sua prática e as maiores dificuldades.

#### **2.4.3. Reuniões de Orientação de Estágio e de Supervisão de Acompanhamento Psicológico**

Todas as reuniões foram essenciais para a troca de experiências e vivências. No que diz respeito à psicologia, o trabalho do psicólogo pode ser um trabalho solitário, pelo que ter participado em reuniões onde pudesse existir a partilha de experiências contribuiu para a reflexão em torno de outras perspetivas e formas de atuar que poderiam não ser perceptíveis, pelo menos não de forma imediata, pelo psicólogo. Participei em reuniões presenciais e remotas, onde cada participante partilhou informação sempre que o considerou pertinente, discutiram-se temas entre os vários participantes, com o objetivo de alcançar uma conclusão para uma melhoria de procedimento de trabalho.

Sempre que detetada esta necessidade, as reuniões de orientação de estágio eram agendadas com todas as estagiárias, na sua maioria em regime remoto. Não existindo uma periodicidade fixa. Estas reuniões foram de extrema importância, não só para expor as nossas dificuldades, assim como para trocar informações e ideias no grupo de estagiárias de psicologia. Ainda no âmbito do serviço de psicologia, numa periodicidade mensal, participei nas reuniões de supervisão lideradas por uma psicóloga externa à Instituição. Se as reuniões

internas de psicologia nos dão a possibilidade de trocar ideias e de nos ajudar na gestão das nossas dificuldades, estas reuniões lideradas por uma psicóloga externa com conhecimentos profundos sobre a vivência da gravidez e do pós-parto pela mulher, contribuíram nos casos de acompanhamento psicológico mais complexos apresentados. Apresentei dois casos: o caso G e o caso D. O caso G por ter sido um dos primeiros casos por mim acompanhados e sentir uma insegurança em relação ao trabalho realizado. O caso D por sentir alguma impotência da minha parte e desejar poder fazer algo mais relativamente ao caso. Em ambos os casos, foi confirmado que o trabalho por mim realizado era o apropriado, o meu papel seria o de continuar a acompanhar e amparar as mulheres nas suas preocupações, também me foram dadas sugestões nos temas a trabalhar, caso sentisse que faria sentido para as utentes no decorrer das sessões.

No decorrer do estágio e por estar ligada não só ao serviço de psicologia como ao projeto Escola de Mãe, ao Atendimento Telefónico e outras tarefas administrativas, também participei em reuniões remotas com temas transversais aos procedimentos da Instituição.

#### **2.4.4. Linha Telefónica e Canais Digitais**

A maior parte dos pedidos de esclarecimento dizem respeito a temas ligados à sexualidade, planeamento familiar, gravidez, pós-parto, apoios sociais na gravidez. É também através destes canais que chegam pedidos de referenciação de futuras utentes por parte de outras instituições.

#### **2.4.5. Formações Assistidas**

Estas formações, algumas administradas por trabalhadores da Instituição, outras administradas por especialistas externos, tiveram como objetivo tirar dúvidas e trocar informação entre os vários participantes. Os conhecimentos adquiridos são essenciais para o desenvolvimento das minhas várias tarefas na Instituição, assim como no acompanhamento psicológico. Por exemplo, é importante perceber o sentimento de angústia que o ato de registo de nascimento (pode parecer simples) pode trazer a uma mulher estrangeira com essa dificuldade. As sessões foram todas remotas nas quais o moderador apresentou o tema, abrindo de seguida, o espaço a dúvidas e trocas de experiências a todos os participantes. Com uma periodicidade semanal ou quinzenal, assisti a várias formações remotas, abordando vários temas, tais como: a importância de planear a gravidez, o acesso a saúde e apoios sociais na gravidez, como e quando preparar o enxoval, aleitamento materno versus leite de

substituição, a humanização do parto, a vigilância no pós-parto, mãe e bebé, parentalidade positiva, prevenção de acidentes infantis, sexualidade na gravidez e pós-parto, planeamento familiar, as brincadeiras no primeiro ano de vida, a introdução da alimentação complementar, como e quando. As formações eram abertas a toda a comunidade, fazendo com que qualquer pessoa pudesse assistir independentemente de ser utente da Instituição. A fase de trocas de experiências e vivências constituíram para mim, um espaço rico em aprendizagem, pois se a teoria nos diz muito, a forma como cada mulher vivencia a gravidez e/ou o pós-parto acrescenta muito mais. A experiência de cada mulher difere. Mais uma vez, foram experiências e vivências que me acrescentaram conhecimento para a minha intervenção em psicologia.

#### **2.4.6. Tarefas Administrativas e Registo Informático**

É importante para o psicólogo ter acesso ao processo da utente, não só na dimensão psicológica, como também na sua vertente social. Os planeamentos das minhas sessões de acompanhamento psicológico passaram pela pesquisa e recolha de informação de cada pessoa que, em conjunto com as partilhas presenciais me permitiram compreender a complexidade e individualidade de cada caso. Tanto o registo manual como o informático das várias informações das várias valências da Instituição, o mais rápido possível para uma informação atualizada de cada processo é essencial para o conhecimento partilhado atualizado tanto social como psicológico.

#### **2.4.7. Tutoria – Escola de Mães**

Foi proposta às estagiárias serem tutoras de uma ou duas estudantes da Escola de Mães. A partir de outubro, iniciei esta atividade com a aluna A. Em janeiro 2023, continuei esta atividade com mais uma estudante, a aluna B. As sessões de tutoria foram na sua maioria presenciais (90%), as restantes em regime remoto e/ou por mensagens escritas. Todas as sessões tiveram a duração aproximada de 30 minutos. A tutoria é interrompida no período das férias escolares.

A tutoria da aluna A iniciou em outubro, foram realizadas 20 sessões. É residente de uma das residências de acolhimento da Instituição em Lisboa. A tutoria da aluna B iniciou em janeiro 2023, foram realizadas 10 sessões. Reside com a família nos arredores de Lisboa. O final do meu estágio coincidiu com o final do ano letivo. As alunas por mim acompanhadas, estudantes do 9º ano, tiveram de realizar exames nacionais após o final das aulas. Para ambas

o ano foi positivo visto terem transitado para o 10º ano. Penso que o contributo da tutoria foi importante para o sucesso de ambas. Foi decisivo por ter ajudado a identificar problemas e respetivas soluções, tais como organizar rotinas com maior eficácia de forma a chegar atempadamente as aulas de manhã, ajudar na aquisição de diversos documentos para a vida escolar e pessoal, identificar problemas de relacionamento e respetiva solução. Considero que o que foi decisivo para o sucesso destas alunas, foi a capacidade de resiliência, o foco e trabalho de ambas. As sessões de tutoria foram importantes para a resolução de problemas específicos identificados que facilitaram a dimensão prática do quotidiano das tutoradas. Ambas as alunas têm acompanhamento psicológico na Instituição. Ambas as alunas iniciam a tutoria com características pessoais e relacionais diferentes do momento final da tutoria. No caso da Aluna A, apresentava dificuldades de relacionamento e um sentimento de tristeza que impactavam de forma negativa no seu sucesso escolar. No caso da Aluna B, as principais dificuldades prendiam-se com comportamentos de organização e planeamento que lhe permitisse deslocar-se a escola. Para ambas, as principais dificuldades foram ultrapassadas.

#### Tabela 1

##### *Tutoria – Escola de Mães – Aluna A*

#### **Perfil de entrada**

---

- Dificuldades de relacionamento com a mãe;
- Sentimentos de tristeza, insegurança, autoestima baixa, algum desânimo perante a vida. Dificuldade de comunicação.
- Relação de proximidade com o filho.
- Quer seguir artes.

#### **Principais dificuldades**

---

- Gerir as visitas da mãe.
- Gestão da relação com a parceira do quarto.
- Não chegar atrasada à primeira aula.
- Ter sono reparador devido ao filho que dorme pouco.
- Gestão de tarefas relacionadas com o cuidar do filho e tarefas da escola.
- Gerir prazos de entrega de trabalhos.
- Participar nas aulas (ligar a câmara).

### **Perfil de saída**

---

- Menos sentimentos de tristeza e alguma satisfação com o sucesso alcançado (transitou para o 10º ano).
- Melhorias na autoestima e confiança (já liga a câmara nas aulas).
- No fim do ano letivo, estava entusiasmada por passar para outra residência e mudar de escola.
- Continua com dificuldades de relacionamento com a mãe, embora já fale mais acerca do tema.

### **Tabela 2**

#### *Tutoria – Escola de Mães – Aluna B*

### **Perfil de entrada**

---

- Não se desloca à Escola de Mães, mas assiste às aulas em casa.
- Tem apoio familiar e do companheiro, vivem todos na mesma casa.
- Relação de proximidade e orgulho com o filho.
- Quer seguir o curso de direito.
- Tem capacidade de planeamento que permite entregar os trabalhos a tempo.
- Pede ajuda quando precisa.
- Sentimentos de felicidade e boa disposição, sobretudo com o filho.

### **Principais dificuldades**

---

- Deslocar-se para a Instituição.
- Gerir burocracias.
- Gestão de tarefas relacionadas com o cuidar do filho e tarefas da escola.

### **Perfil de saída**

---

- Desloca-se à Instituição para ter as aulas.
- Melhoria nas competências de planeamento.
- Está entusiasmada por mudar de escola.
- Sentimento de satisfação por ter tido aproveitamento escolar (transitou para o 10º ano).

## **2.5. Intervenção Psicológica**

### **2.5.1. Intervenção em Grupo**

As intervenções em grupo foram realizadas nos meses de maio e junho. Pela experiência adquirida e através do contacto com as utentes ao longo de cinco meses de estágio, verifiquei que existiam necessidades transversais às várias mulheres, independentemente dos seus vários contextos e suas idiossincrasias. Identifiquei como principais necessidades psicológicas as seguintes: sentimentos de frustração, ansiedade, culpa, dificuldade em regular as emoções, melhorar as competências parentais, tristeza e sentimentos depressivos, autoconceito caracterizado por uma baixa autoestima.

Na impossibilidade de trabalhar todas as necessidades psicológicas identificadas, pela limitação de tempo, considerei ser prioridade trabalhar a autoestima, gestão do stresse e da ansiedade e o sentimento de frustração. Num primeiro momento, a autoestima porque uma visão mais positiva de si poderá resultar numa auto valorização que se poderá refletir nas várias esferas da vida de cada mulher de forma positiva. Acreditar que já se ultrapassou muitos obstáculos pode dar força para continuar a ultrapassar mais obstáculos. Num segundo momento, poder identificar e gerir situações potenciadoras de stresse, ansiedade e frustração presentes ao longo da gravidez, no pós-parto e no puerpério também poderá ajudar numa vivência mais saudável destas várias fases da vida da mulher, principalmente nos contextos socioeconómicos desfavorecidos.

#### **Procedimentos:**

Foram realizadas quatro sessões em grupo para dois grupos: um para utentes adolescentes, outro para utentes adultas. Cada sessão com a duração aproximada de três horas. A Instituição solicitou uma intervenção direcionada, pelo que os princípios da ACP não foram aplicados na sua totalidade.

#### **Sessão 1 - Tema: autoestima**

**Objetivo:** através da partilha de experiências, identificar e destacar características positivas de cada participante, para ultrapassar as dificuldades diárias com um sentimento de autovalorização.

Cada grupo tem entre seis e sete elementos. Após explicar o objetivo da sessão, salientar o caráter de não obrigatoriedade e confidencialidade e a realização de jogo de apresentação, foi apresentada a atividade e como iria decorrer. Esclareci os conceitos de autoestima e autoconceito solicitando a participação do grupo. De seguida, pedi a cada participante que escrevesse três características positivas de si mesma e três características positivas de outras participantes a quem entregasse essa informação. Segue-se a análise e a comparação do que foi escrito pelas próprias e pelas outras para uma tomada de consciência. Questões colocadas para o debate: Existem características coincidentes? Existem características que outros identificaram e não tinha conhecimento? Existem características que pensa possuir, mas que os outros não identificaram? O que a surpreendeu mais? As características enunciadas de cada mulher ficaram afixadas e visíveis para todas. Finalmente, foram partilhadas algumas estratégias de caráter geral para melhorar a autoestima.

## **Sessão 2 - Tema: gestão do stresse, ansiedade e sentimento de frustração.**

**Objetivo:** através da partilha em grupo, identificar áreas da vida que originam mais stresse, ansiedade e frustração e definir estratégias de *coping* adaptativas.

Cada grupo tem entre seis e dez elementos. Após explicar o objetivo da sessão, salientar o caráter de não obrigatoriedade e confidencialidade, realizou-se um jogo de apresentação. Apresentei a atividade e como iria decorrer e esclareci alguns conceitos com a contribuição da participação dos vários elementos: saúde mental como conceito vasto e multidimensional. De seguida, afixei várias imagens com temas subjacentes (residência de acolhimento, bebés, escola, família, futuro, gravidez, redes sociais, relações afetivas, relações pessoais, trabalho) para uma primeira visualização por parte do grupo. Pedi as participantes que escrevessem se identificam alguma imagem exposta com sentimentos de stresse, ansiedade ou frustração. Desta forma, foram identificadas e partilhadas as principais áreas geradoras de maior nível de stresse, ansiedade e frustração. Foram igualmente partilhadas algumas estratégias de *coping* adaptativas para a gestão das áreas identificadas. Como conclusão, realçámos as estratégias adaptativas partilhadas e a importância do apoio psicológico ao qual têm acesso gratuitamente na Instituição.

## Resultados das Sessões

Na residência para utentes adultas, a adesão às sessões foi total. Existiram partilhas por parte de todas as mulheres. O objetivo da primeira sessão foi parcialmente atingido: foram enunciadas várias características pessoais positivas de cada mulher, o que poderá contribuir para um autoconceito com um maior nível de autoestima e para um processo de consciência de maior valorização como pessoa. Seria necessário um seguimento que permitisse avaliar os resultados no médio prazo. Na segunda sessão, já conhecia o grupo e senti um clima de insatisfação generalizado que não tinha sentido na primeira. Questionei o grupo, de imediato foi enunciado um conjunto de queixas relativamente ao período de saída não ter sido autorizado. Foram enunciadas muitas queixas: não se sentem ouvidas, o tratamento não ser coerente com a idade das mulheres “tratam-nos como crianças” [sic] “precisamos de estar mais tempo com as nossas famílias.” [sic] Os sentimentos vividos no seio do grupo podem ter influenciado os resultados da sessão. Foram partilhadas muitas situações que originaram tristeza profunda e choro. As principais conclusões remetem para a residência de acolhimento como principal fonte geradora de frustração e ansiedade, enquanto o tema família está associado ao sentimento de saudade e tristeza intensa. Não se sabe se os resultados foram enviesados pela situação de frustração e revolta já existente no grupo, seria importante dar seguimento a esta sessão, explorando as conclusões atingidas e envolvendo as mulheres na resolução dos problemas existentes na residência. Embora considere que os objetivos foram atingidos, também sinto que algumas situações identificadas deveriam ser trabalhadas em outras intervenções. Seria o ponto de partida para outras intervenções em grupo.

Na residência para utentes adolescentes, a adesão às sessões foi numa fase inicial parcial, com o decorrer das sessões, todas as utentes acabaram por participar. Percebi que existiam alguns conflitos latentes no grupo. Na segunda sessão, o clima sentido era de algum desconforto e obrigação. Era perceptível que se sentiam obrigadas a estar na dinâmica. Por isso, a sessão demorou um pouco "a arrancar". Com o decorrer da sessão, as participantes foram-se abrindo e partilharam muita informação que considerei pertinente e que poderá ser o ponto de partida para novas dinâmicas, partilhas ou outras formas de ajuda. Os objetivos das sessões foram parcialmente atingidos, consideramos que seria necessário dar seguimento aos resultados obtidos, principalmente no que diz respeito a sessão da gestão do stresse, ansiedade e frustração. A residência de acolhimento foi a área mais mencionada como fonte de ansiedade, frustração e stresse, dando como exemplos: regras de funcionamento demasiado rígidas, preocupação focada na tarefa e não na pessoa, a forma de comunicar não ser a mais

adequada tanto na forma como no conteúdo. A última sessão terminou com os projetos face ao futuro e percebemos que algumas têm objetivos de vida definidos, com um maior ou menor grau de realismo.

### **Sugestões para Futuras Intervenções em Grupo**

Para um processo de autovalidação, respeito e sentimento de pertença à residência, sugiro envolver as utentes em procedimentos de flexibilização de regras da Instituição, humanizar os procedimentos e relações na residência. Também sugiro formação para as trabalhadoras da Instituição em processos de humanização do trabalho, comunicação, maior conhecimento das culturas das quais provêm as mulheres (maioria africana), negociação e gestão de conflitos.

#### **2.5.2. Intervenção Individual**

##### **2.5.2.1. Acompanhamentos Psicológicos Realizados**

Ao longo do estágio, realizei 16 acompanhamentos psicológicos, a maior parte deles são encaminhados para a psicologia por prática institucional sem nenhuma queixa ou motivo identificado, talvez por isso a taxa de abandono seja elevada. A ACP de Carl Rogers foi o modelo teórico de base no acompanhamento psicológico realizado ao longo do estágio. Esta abordagem permite à mulher grávida ou na fase de pós-parto encontrar o clima de aceitação que não conhece habitualmente, seja na sua vida pessoal com as dificuldades financeiras, sociais e relacionais, seja na vida profissional (quando existente) na qual vive um clima de pressão e discriminação. As mulheres acompanhadas, apresentaram na sua maioria problemas de relacionamento com o seu companheiro ou a inexistência de relação, poucas detinham uma atividade profissional por estarem condicionadas pelos companheiros ou por necessidade de cuidado do filho recém-nascido. Abaixo segue um resumo dos 16 casos acompanhados, num total de 64 sessões realizadas, com os respetivos motivos do acompanhamento e as principais necessidades detetadas. Importa destacar que num total de 16 mulheres, 11 são de nacionalidade africana, 4 de nacionalidade brasileira uma portuguesa.

Tabela 3

*Acompanhamento psicológico realizado*

---

**Caso A – 2 sessões**    **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades psicológicas: Fragilidade emocional; Expetativas desadequadas face ao papel de mãe.

---

**Caso B – 1 sessão**    **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades psicológicas: Fragilidade emocional; Sentimento de abandono.

---

**Caso C – 15 sessões**    **Motivo acompanhamento:** Dificuldades de relacionamento familiar, autoestima.

Necessidades psicológicas: Melhorar autoestima; Identificar e gerir sentimentos para relacionamento familiar saudável; Autoafirmação perante a família;

---

**Caso D – 8 sessões**    **Motivo acompanhamento:** Encontra-se grávida e pondera recorrer a IVG, não consegue tomar a decisão.

Necessidades psicológicas: Dificuldade na tomada de decisão e em comunicar com o companheiro (transmitir como se sente). Regular uma tristeza profunda.

---

**Caso E – 1 sessão**    **Motivo acompanhamento:** Prática institucional

Necessidades psicológicas: Dificuldade na gestão das emoções na gravidez e no puerpério. Sentimento de abandono.

---

**Caso F – 2 sessões**    **Motivo acompanhamento:** Prática institucional

Necessidades psicológicas: Dificuldade no planeamento das tarefas diárias, insónias.

---

**Caso G – 5 sessões**    **Motivo acompanhamento:** Prática institucional. Encaminhada pelo hospital onde teve o parto.

Necessidades psicológicas: Sentimento de tristeza e desprezo por parte da família desde que se encontra a residir em Portugal.

---

Tabela 3 (cont.)

**Caso H – 1 sessão**      **Motivo acompanhamento:** Prática institucional

Necessidades psicológicas: Dificuldade de adaptação ao país

---

**Caso I – 9 sessões**      **Motivo acompanhamento:** Prática institucional. Dificuldade na gestão da retirada do filho para integração em Instituição.

Necessidades psicológicas: Dificuldade em gerir a culpa porque o filho se encontra em processo de integração em Instituição para adoção. Sentimento de abandono perante o filho, expectativas desadequadas face a gravidez e maternidade.

---

**Caso J – 1 sessão**      **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades psicológicas: Sentimento de abandono expectativas desadequadas face a gravidez e maternidade.

---

**Caso K – 1 sessão**      **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades psicológicas: Dificuldade de adaptação a Portugal.

---

**Caso L – 1 sessão**      **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades psicológicas: Dificuldade de comunicação com o companheiro, cansaço físico e emocional, desejo de voltar a entrar no mercado de trabalho.

---

**Caso P – 1 sessão**      **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades: Adquirir equipamento materno.

---

**Caso N – 2 sessões**      **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades: Adquirir equipamento materno.

---

**Caso O – 1 sessão**      **Motivo acompanhamento:** prática institucional

Necessidades psicológicas: Sentimento de abandono e adquirir equipamento materno.

---

**Caso M – 10 sessões**      **Motivo acompanhamento:** Dificuldade em aceitar a gravidez, sentimento de culpa e regulação de sentimento de desaprovação por parte da mãe.

Necessidades psicológicas: Fragilidade emocional; Dificuldade em aceitar que engravidou, gerir o sentimento de culpa.

#### **2.5.2.2. Caso Maria – Acompanhamento Psicológico**

O caso M, doravante designado por Maria encontra-se detalhado. Maria é o quarto caso de acompanhamento que me é encaminhado e surge num estado de sofrimento expresso numa tristeza visível. Penso ter sido pelo impacto que este sofrimento teve em mim que decidi que seria este o caso a explorar com maior detalhe no meu relatório de estágio. Sem saber se Maria iria aderir às sessões, se iríamos criar uma relação empática que nos permitisse construir um clima de confiança e segurança que possibilitasse uma partilha, queria perceber se com as ferramentas adquiridas ao longo dos meus anos de estudo, poderia ajudar no aliviar do sofrimento de Maria e ajudar na criação das condições necessárias para que a Maria pudesse se reorganizar e tomar consciência das suas potencialidades, de forma a ter uma vida o mais plena possível. Ao todo, foram realizadas dez sessões, todas presenciais exceto uma de forma remota.

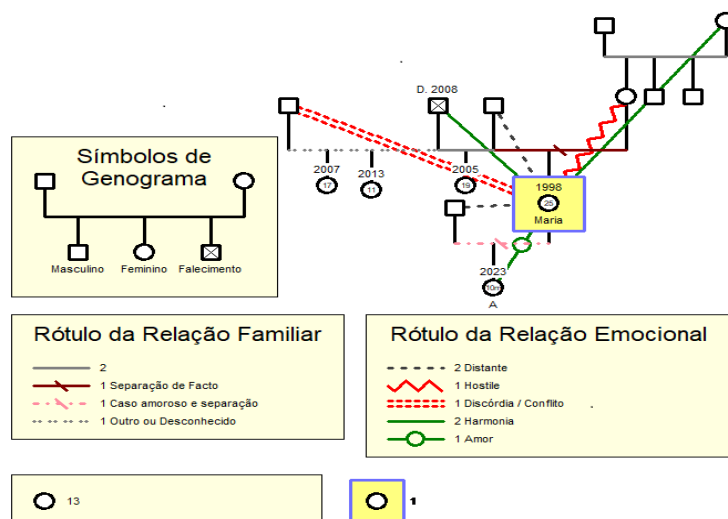
#### **Resumo do Caso Clínico**

Maria é uma mulher de 25 anos, tem cerca de 1,65 cm. Tem nacionalidade guineense, é solteira, encontra-se a residir em Portugal (arredores de Lisboa) desde 2019. Veio para Portugal para estudar, mas por razões financeiras não foi possível e iniciou a sua vida profissional. Tem o 12ºano de escolaridade. É a mais velha de uma fratria de quatro (as irmãs têm 18, 10 e 6 anos). Em todas as sessões (até ao nascimento da filha) tem a máscara facial posta o que lhe tapa metade do rosto. Maria está grávida de 32 semanas.

## Exame de estado mental:

**Antecedentes médicos e psiquiátricos:** não tem historial de doenças nem internamentos. Nunca tomou nenhuma medicação. **Antecedentes familiares:** não tem conhecimento de nenhuma situação de saúde. **Aparência geral:** higiene cuidada, vestida em conformidade com a idade (roupa confortável, desportiva), peso adequado. **Atitude:** de cooperação, mas triste. **Estado de consciência:** Vígil, orientação temporal e espacial sem alterações. As orientações auto e alopsíquicas não apresentam alterações; **Humor:** hipotímico; **Discurso:** fluente, organizado. **Pensamento:** não apresenta nenhuma alteração, em conformidade com o discurso. **Percepção:** não apresenta alterações. **Atenção e memória:** não apresenta nenhuma alteração. **Cognição:** não foram registadas alterações cognitivas. **Motricidade:** corpo um pouco curvado. **Vida instintiva:** tem apetite, não apresenta perturbações do sono. Desde que engravidou, vida sexual inexistente.

## Dados familiares - Genograma



## Motivo da Consulta

Maria engravidou de forma não planeada, o pai da criança não quer assumir a paternidade e registar a criança. Sente-se culpada e desilusão por parte da mãe pelo facto de ter engravidado.

## **Breve Descrição das Sessões Realizadas**

### **1ª sessão – Apresentação e acolhimento**

Apesar da sessão não estar agendada, Maria é-me apresentada pela assistente social e solicita-me um atendimento. Esta primeira sessão tem a duração de 40 minutos. Após uma breve apresentação, faço referência à questão da confidencialidade e do sigilo profissional, ponho-me à disposição para ouvir a Maria. Maria apresentou-se hesitante mas, gradualmente afirma que conheceu a Instituição através de uma amiga e que no seu primeiro contacto com a Instituição, se sentiu acolhida. “senti-me tão bem quando falei com a pessoa ao telefone” [sic]. Chora ao longo de toda a sessão e diz “estou grávida de um gajo que nem conheço, ele diz que nem sabe se o filho é dele, não o quer registar, tudo igual à minha mãe. Ela avisou-me tantas vezes” [sic]. Também acrescenta que a mãe quase não fala com ela. Apesar de chorar ao longo de toda a sessão, Maria tem facilidade em exprimir-se e consegue narrar as suas principais preocupações e o que sente. No final da sessão, já com o choro mais controlado, olha nos olhos e compromete-se a voltar na semana seguinte.

### **2ª e 3ª sessões – Realização de entrevista clínica**

Na segunda sessão, Maria veste uma camisola com capuz na cabeça, ao longo da sessão fixa o olhar no meu, mas ao falar de temas mais sensíveis, desvia muito os olhos. Após explicar que preciso de conhecê-la e a sua história, inicio a entrevista clínica que terá lugar ao longo de duas sessões.

**História de vida:** A mãe engravida aos 16 anos, Maria vive com a avó materna até aos 13 anos. A mãe casa aos 19 anos com outro homem, padrasto de Maria. Por volta dos 13 anos, Maria vai viver com a tia para a cidade. Tem uma boa relação com a avó (vendedora de peixe). Menciona que a relação com a mãe é normal, está mais próxima da avó. “a mãe ia lá, ela é um pouco complicada, mas eu gosto” [sic]. Relativamente à história da mãe, disseram-lhe que o namorado não quis assumir a gravidez, foi forçado. Gostava de ter tido todas as versões embora não queira falar com o pai “eu não gosto de ouvir só uma parte” [sic]. Diz não ter qualquer relação com o pai.

Maria não apresenta problemas de saúde, “estava sempre bem disposta” [sic]. Tinha dores de cabeça frequentes desde criança que deixaram de existir desde que engravidou.

**Doenças na família:** não há histórico de doenças, só se recorda que o avô materno morreu com “ataque de soluços”: “levantou-se de repente, teve um ataque e morreu” [sic]. A bisavó morreu quando Maria

tinha cerca de 18 anos, mesmo antes de vir para Portugal, já com alguns problemas de memória, não reconhecia as pessoas. Não lhe foi diagnosticada nenhuma demência. Diz que a morte da bisavó foi marcante porque toda a família pensava já estar preparada mas afinal foi duro e todos sentiram muito. Menciona as palavras da mãe: “Uma pessoa velha faz falta em casa” [sic].

**Religião:** a família é maioritariamente muçulmana embora, muitos elementos não respeitem o Ramadão. Maria respeita as regras do Ramadão todos os anos. Menciona que a mãe não acredita que o faça desde que está em Portugal. “Ela não acredita em mim” [sic]. Faz referência à mãe dizendo que a religião é muito importante para ela. Este ano por estar grávida, não irá fazê-lo. **Percurso escolar:** entra para a creche com um ano. Durante o 1º ciclo ainda na casa da avó, fugia da escola para ir dormir e depois voltava. (Tem muita dificuldade em realizar tarefas de manhã cedo). Depois da escola primária, continua os estudos noutro estabelecimento a 15 minutos a pé de casa (5º e 6º anos). Do 7º ao 9º ano vai para a capital para uma escola privada, no 10º e 11º anos, vai para a escola pública. Relação com os pares foi sempre boa. Refere que a educação é muito importante para a mãe “o conhecimento nunca nos abandona” [sic]. **Vida sexual/afetiva:** gravidez fruto de um encontro único, não conhece o pai da filha. Atualmente não tem relação nem contacto com ele. Vida sexual inexistente atualmente. **Vida profissional:** sempre trabalhou desde que está em Portugal, até engravidar trabalhava em restauração. No futuro, quer encontrar um infantário para a bebé para poder trabalhar assim que possível. Existe a possibilidade de voltar a trabalhar para a mesma empresa, mantém uma boa relação com a entidade patronal. “A minha patroa liga-me todos os dias quase, para saber como estou” [sic]. **Relação com a família:** Quando fala da mãe, tem um riso um pouco nervoso. Relação com a família paterna inexistente. Considera a relação com a avó com quem vive não saudável “Não a quero a ir comigo para o hospital” [sic] Parece ter uma relação de desconfiança com a avó. “Não gosto porque ela conta tudo a toda a gente e não fala diretamente comigo” [sic] “Já lhe disse para falar diretamente comigo” [sic] **Acontecimento na primeira infância:** não tem recordações, nem se lembra de nada em específico. Nunca viveu com o pai. Foi a avó que “escolheu” um marido para a mãe, o seu padrasto acabou por ser o seu pai. Tem boas memórias do padrasto. Morreu quando Maria tinha cerca de 10 anos. A mãe volta a casar com outro homem que tem seis mulheres. Viviam todos juntos na mesma casa. “Aquela casa era uma confusão, dizia-o à minha mãe quando lá ia” [sic]. Nunca teve uma boa relação com o marido da mãe. A minha mãe dizia: “Não posso deixar as minhas filhas sem pai...eu não sei como é possível” [sic] “Porque as pessoas dizem que não podem deixar os filhos sem pai? Isto não é ser feliz” [sic]. Na 3ª sessão, Maria

manifestou que as sessões de psicologia têm lhe feito bem, sente-se melhor “estas conversas têm-me feito bem, estou melhor. Falo de coisas que guardo para mim...até a minha irmã já notou quando falo com ela ao telefone. Ela diz que falo mais, não estou à espera de que ela fale” [sic].

#### **4ªsessão – A culpa**

Esta sessão é pautada por um sentimento de culpa. A culpa tão presente na primeira sessão parece ter voltado de forma mais intensa. Tem uma lágrima a correr quando se lembra da primeira vez que falamos e quando se recorda da reação da mãe e da culpa que sentiu. “falei com a minha mãe a semana passada, liguei para ela...tenho medo que ela não atenda...foi uma conversa rápida, parece que está sempre a despachar-me. Antes falávamos mais” [sic]. Fala da importância da irmã mais velha com quem tem uma boa relação. “Tenho notícias mais pela minha irmã...ela que me diz como está a minha mãe” [sic]. Diz ter falado com uma amiga que viu o pai, reforça que não tem nenhuma relação com o pai “Não quero saber dele, nem me lembro que tenho pai” [sic]. Iniciou as aulas de preparação para o parto, diz que tem ajudado muito. Pela primeira vez, fala do medo do parto.

#### **5ªsessão – A aceitação**

Maria está vestida com calças e blusa de manga curta com padrões africanos. Parece muito feliz. A barriga cresceu muito. Apesar de estar com máscara, percebe-se que está com um sorriso no rosto. Encontra-se um pouco preocupada porque deveria ter tido consulta médica na semana passada e não teve “estavam de greve, vou esperar até sexta-feira, se não me ligarem, eu ligo para eles”. Nesta sessão fala acerca do pai da criança, diz que descobriu o verdadeiro nome dele “falei com um amigo dele que estava na festa e disse-me que o nome dele era...e descobri que tem o mesmo nome que o meu o pai” [sic]. Fala com a mãe sobre esta coincidência e a mãe diz “Esse homem não presta” [sic]. Nesta sessão fala espontaneamente acerca da gravidez da mãe quando tinha 16 anos. Diz no final da sessão:” Isto tudo me fez muito bem, eu estar aqui faz-me muito bem...eu falo consigo e deito tudo para fora, sinto-me muito bem” [sic] “Eu agora já falo do meu bebé, já ponho no Instagram, não escondo nada” [sic]

#### **6ªsessão – O questionamento**

Continua com máscara. Está vestida com tee-shirt, calções e chinelos. Está bem disposta embora com ar mais cansado. Depois de esclarecer como está tudo de ponto de vista biomédico, diz ter recebido a visita de dois tios (irmãos da mãe), vieram da Guiné-Bissau. Foi uma surpresa quando chegaram, não sabiam que ela estava grávida. “A minha mãe não lhes disse nada” [sic]. “Fiquei a saber que a minha mãe não diz nada a ninguém sobre a minha gravidez” [sic]. “Eu já tinha percebido ao telefone, ela

despachava-me, quando tinha gente ao pé dela” [sic] Nesta sessão, fala muito da relação que tem com a melhor amiga embora se questione se atualmente a relação é a mesma e acaba por afirmar “acho que ela está diferente, ou será que sou eu que eu estou diferente?” [sic]. Pela primeira vez, fala dos exageros que teve no verão passado e considera que a gravidez é uma consequência: “No verão passado, saía todos os fins de semana, não estava nunca em casa.” [sic]. “Eu exagerei, eu exagerei muito” [sic]. Acaba por se lembrar do início da sua gravidez. Termina a sessão com o sentimento de satisfação ao participar nas sessões: “a minha avó não percebe o que venho fazer aqui e diz: não sei o que fazes lá, eu digo-lhe, vou falar e gosto de falar consigo. Fico bem” [sic]

### **7ª sessão – A chegada do parto**

Está de calções e tee-shirt, com chinelos, cabelo apanhado. Continua com máscara. Desloco-me à sala para ir buscá-la. Apesar de estar na fase final da gravidez, continua ágil e movimenta-se dentro da normalidade. Fala da importância das caminhadas realizadas com um amigo. Volta a falar da relação que tem com a avó, reforça que não quer a sua companhia no hospital. Também refere não ter pensado no pai da criança. O parto está previsto para dia 9 de abril 2023.

### **8ª sessão – Planear o futuro**

É a primeira sessão após o parto e também a primeira vez que vejo Maria sem a máscara. Chega atrasada cerca de vinte minutos mas tinha avisado. Tenho dificuldade em reconhecê-la. Está bem-disposta, sorridente, tem um novo penteado. Maria está com a filha. Parece estar mais confiante. Está num processo de adaptação “Eu durmo quando ela dorme, faço tudo quando ela quer” [sic]. Nesta sessão volta a referir que as sessões de psicologia têm sido muito positivas e a ajudaram “eu estava muito mal quando vim para cá. Foi bom desabafar” [sic]. Maria projeta o seu futuro, pensa voltar a trabalhar, menciona que irá em breve visitar os colegas e a chefe. Acrescentou o nome da chefe à sua filha como forma de homenagem pela ajuda e apoio dado ao longo desta fase mais difícil. Quando questionada acerca do registo da criança, afirma que já está registada e que o pai participou do processo. A sessão termina com a enumeração de várias tarefas para o futuro: transferir o centro de saúde para a sua área de residência atual e outras questões práticas “vou também tratar do abono de família. Amanhã também tenho a marcação no SEF, vou com a minha amiga que me vai ajudar” [sic].

### **9ª sessão – A adaptação**

Esta sessão seria inicialmente presencial, mas por falta de disponibilidade de espaço físico, passou para a modalidade remota. Está á hora combinada *online* para a realização da sessão, está a cozinhar e não se encontra sozinha. Tenho cuidado nos temas abordados, por saber que não se encontra num espaço

com a privacidade necessária. Nesta sessão foca-se no estado de saúde da filha e na alteração das suas rotinas diárias. Informo que o meu estágio está na fase final e também por falta de espaço onde se possam realizar as sessões, em breve deixarei de colaborar com a Instituição. Se assim o entender poderá continuar a ser acompanhada por outra psicóloga da Instituição. Maria afirma que não quer outra psicóloga. Reforço que voltaremos a abordar este tema e que precisava de a informar, tem tempo para ponderar.

### **10ª sessão – O reencontro**

Maria está com a filha, bem-disposta e chega à hora marcada. A maior parte da sessão é sobre a ida da Maria ao seu antigo trabalho, o reencontro com a sua chefe. “Foi uma festa, estive lá na segunda-feira. A minha patroa tinha lá toda a gente, foi muito bom... A minha patroa não deixava ninguém pegar nela, era só ela. Ela dormiu ao colo dela” [sic]. Realça a necessidade de independência financeira e reforça com as palavras da mãe: “Sim, a minha mãe sempre disse que eu não preciso de nenhum homem para me pagar as contas” [sic]. Menciona a importância da filha se relacionar com outras pessoas para que a sua integração na creche seja fácil. No final da sessão, volto a referir que o meu estágio se encontra na fase final e que há poucos dias soube que não iríamos ter espaço físico para as próximas sessões, pelo que esta sessão será a última comigo mas, terá a possibilidade de continuar com outra psicóloga. Ao que a Maria responde a chorar que não quer, prefere terminar. Agradeço a confiança e faço um balanço das várias sessões, começo por descrever que encontrei a Maria em sofrimento nas primeiras sessões, com o avançar das nossas sessões, a Maria conseguiu “sara” algumas feridas. Hoje parece confiante e com vontade de reiniciar uma vida com a sua filha. Realço que estas alterações são o resultado do esforço. Hoje é uma pessoa diferente com projetos para o futuro. Maria responde ao mesmo tempo que chora “Sim, é verdade...é isso mesmo...foi muito bom também estar consigo” [sic]. A sessão termina com um abraço.

Na terceira parte do relatório, na discussão, é realizada a compreensão e conceptualização do caso da Maria ao abrigo dos pressupostos teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Roger, a sua Teoria da Personalidade e da Conduta e a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo de João Hipólito.

### **2.5.2.3. Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica é um ato exclusivo da Psicologia, podendo recorrer ou não a técnicas e instrumentos psicológicos, tem como objetivo recolher informação para uma tomada de decisão devidamente fundamentada. A informação recolhida deverá ser interpretada no contexto de história de vida da pessoa (OPP, 2022). A avaliação psicológica inicia com a obtenção de um consentimento, a devolução dos resultados será talvez o momento mais complexo, por escolher que tipo de resultados se devolver e também como. Os instrumentos de avaliação psicológica são úteis para uma aplicação sistemática de princípios que pretendem medir determinadas características pessoais (Ricou, 2014).

#### **2.5.2.4. Caso Leonor - Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica realizada teve como objetivo avaliar as competências parentais de uma jovem mãe (Leonor) nos cuidados necessários a proporcionar ao filho para o seu desenvolvimento biopsicossocial saudável. É redigido um relatório para apresentação em instância judicial, caso surgisse essa necessidade (consultar anexo VIII).

Leonor é moradora de uma residência de acolhimento da Instituição, é ainda menor aquando da realização da avaliação, sendo a Instituição a sua responsável legal. O desejo de Leonor é deixar a residência assim que perfazer 18 anos juntamente com o filho de 6 meses.

A avaliação decorreu ao longo de seis sessões desde a realização da entrevista clínica, passando pela aplicação dos vários instrumentos até a devolução dos resultados, com data de início 20 de janeiro e de final 17 de março de 2023, alguns dias antes da Leonor atingir a maioridade. Através do recurso a uma entrevista semiestruturada, foram recolhidos dados acerca da vida de Leonor de forma a contextualizar os resultados obtidos com a aplicação de instrumentos de avaliação.

Leonor reside numa residência de acolhimento para adolescentes grávidas ou com bebés. A primeira sessão teve a duração de uma hora e vinte minutos. Leonor estava pronta a horas, após esclarecer o objetivo da avaliação e obter o seu consentimento verbal, é iniciada a entrevista clínica. O olhar de Leonor cruza diretamente o meu no momento inicial, a partir daí continua a sua narrativa com o olhar fixo na parede. Por momentos olhava para mim mas de imediato, desviava o olhar. A sua expressão facial não manifestava qualquer sentimento, independentemente do tema abordado, a sua expressão facial não se alterava. Um exemplo é ao mencionar que cuida bem do filho, fá-lo enumerando tarefas sem demonstrar nenhum sentimento. Ao longo da sessão, Leonor pareceu estar muito atenta ao que diz, medindo as palavras utilizadas. Importa referir que Leonor se encontrava de castigo por uma semana e três dias por ter falhado nas tarefas de limpeza na Instituição e também por ter apresentado um número elevado de faltas na escola: proibição de utilização do telemóvel.

Na segunda sessão de cerca de uma hora, Leonor pareceu impaciente, sugeri que o filho pudesse estar presente, o que pareceu agradá-la. O filho estava ao colo de Leonor, com a cabeça descaída com dificuldade em respirar. Leonor não tentou compor a posição do filho. Ao longo da sessão, com a impaciência do filho, Leonor apresentou nervosismo e dificuldade em lidar com a frustração e acabou por levar o filho a auxiliar dizendo que estava com fome. Em toda a sessão foi visível uma expressão de descontentamento e nervosismo, Leonor apresentou um movimento mecânico de abanar constante da perna.

## **Resumo do Caso Leonor**

### **História clínica**

Recolha dos dados pessoais: Nome: Leonor; Idade: 17 anos; Sexo: feminino; Naturalidade portuguesa; Estado civil: solteira; Habilitações literárias: frequência curso profissional 11º ano; Profissão: estudante; Filhos: um com cinco meses; Morada: residência de acolhimento.

### **Exame do estado mental:**

**Antecedentes médicos e psiquiátricos:** não tem historial de doenças nem internamentos.

Nenhuma doença apenas renite alérgica. Nunca tomou nenhuma medicação. **Antecedentes**

**familiares:** não tem conhecimento de doenças da mãe nem do pai. A avó materna tem doença de Meunier. **Aparência geral:** higiene cuidada, vestida em conformidade com a idade, peso abaixo da média. **Atitude:** aparentemente de cooperação, com momentos de frustração.

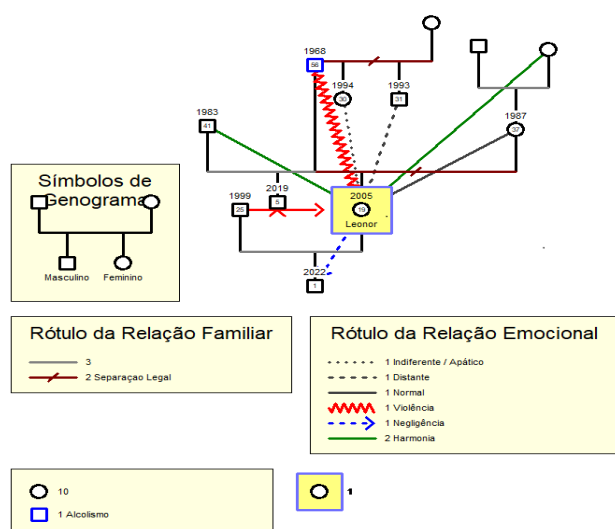
**Estado de consciência:** vígil, orientação temporal e espacial sem alterações. As orientações auto e alopsíquicas não apresentam alterações; **Humor:** hipotímico com episódio de choro.

**Discurso:** fluente, por vezes desorganizado na linha temporal dos acontecimentos.

**Pensamento:** não apresenta nenhuma alteração, em conformidade com o discurso. **Percepção:** não apresenta alterações. **Atenção e memória:** não apresenta nenhuma alteração. **Cognição:**

não foram registadas alterações cognitivas. **Motricidade:** corpo mantido na vertical, apresenta alguma rigidez, movimentos nervosos dos membros inferiores. **Vida instintiva:** tem apetite, não apresenta perturbações do sono. Mantém atividade sexual com o namorado.

## Dados Familiares - Genograma



## História Familiar

Leonor tem uma mãe de 36 anos que vive em Portugal, é profissional de cozinha num lar de idosos. Tem o 12º ano curso profissional. Leonor não sabe a data exata de nascimento da mãe. O pai tem cerca de 55 anos, pensa que tem o 6º ano de escolaridade e não tem conhecimento da sua profissão atual. Quando morava com o pai, tinha funções comerciais. Não fala com ele há cerca de dois anos. O padrasto tem cerca de 40 anos, pensa que tem o 12º ano, trabalha numa empresa de transportes. Fratria: dois irmãos de anterior relação do pai, com cerca de 29 (irmã) e 30 anos (irmão). Um irmão com quatro anos da relação atual da mãe. Já teve contacto com a irmã, de momento, já não. Leonor tem uma boa relação com a avó materna. O pai sempre teve comportamentos de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Leonor vive em ambiente de violência doméstica durante a infância e início da adolescência.

## História Pessoal

**Acontecimentos importantes – nascimento:** Sabe que no seu caso a gravidez da sua mãe não foi planeada. Afirma não ter mais nenhuma informação acerca deste tema.

**Acontecimentos importantes na 1ª infância (0-3 anos):** sabe que a mãe precisava trabalhar, por isso, foi para o infantário com alguns meses.

**Acontecimentos importantes na idade pré-escolar (3-5 anos):** nesta fase, tem memória dos primeiros episódios de *bullying* a partir dos 3 anos. A primeira recordação com a mãe é positiva, tinham muitas brincadeiras juntas. A primeira recordação do pai remota aos seus 5/6 anos, eram sempre de violência. Lembra-se

que o pai via “filmes todos porcos” [sic] de violência e as palavras que recorda são “Sai da frente da televisão” [sic]. Afirma já ter tido acompanhamento psicológico, por volta dos 5 anos. “A psicóloga enganava-me com os brinquedos” [sic]. “Podia perguntar sem utilizar os brinquedos” [sic]. A relação com a avó materna sempre foi boa, embora existissem algumas dificuldades no contacto e comunicação por restrições do pai. “O meu pai não a deixava entrar em casa, só quando trazia dinheiro ou coisas” [sic].

**Acontecimentos importantes no 1º ciclo (6-9 anos):** Com cerca de seis anos, vai para a escola primária, está até ao 5º ano numa cidade do Alentejo na escola. Diz que nunca teve muitos amigos, apenas um ou dois. Não se recorda de nada relevante nesta fase.

**Acontecimentos importantes no 2º ciclo (10-12 anos):** Viveu com a mãe e pai até cerca de 10/11 anos, sempre num ambiente de violência doméstica e comportamentos de abuso de consumo de álcool por parte do pai. Numa altura em que o pai se ausenta por uns dias, a mãe com a ajuda de uma amiga decide sair de casa com a Leonor. O pai reage mal, o poder parental é partilhado, semanas alternadas entre o pai e a mãe. Leonor é obrigada pela mãe a estar com o pai com a justificação de não perder o contacto com o pai. É também obrigada a passar férias com o pai. Entre o 6º e o 10º ano, as situações de *bullying* continuam, “Gozavam comigo porque era pobre” [sic] “gozavam comigo porque estava toda vestida de rosa” [sic]. “Diziam que eu cheirava mal e não tomava banho” [sic]. A sua reação era de isolamento “Depois ia para a biblioteca e ficava a ler. Hoje não tenho livros. Não tenho dinheiro para comprar” [sic]. Leonor menciona que a escola como Instituição não tomou nenhuma medida. “A escola não se apercebia” [sic].

**Acontecimentos importantes na adolescência – 7º, 8º, 9º anos (13-15 anos):** teve acompanhamento psicológico com a mãe do 6º ao 8º ano (até aos 14 anos). Menciona que a relação entre ambas era trabalhada até que a mãe decide terminar e deixam de ir.

**Acontecimentos importantes na fase da escolaridade do 10º e 11º ano (16-17 anos):** A partir do 10º ano, em Évora afirma deixar de sofrer *bullying* “já não gozavam comigo” [sic]. Aos 16 anos, de férias em casa do pai, conhece o namorado, pai do seu filho. O pai descobre e tem comportamentos violentos. O namorado tem 24 anos, de nacionalidade brasileira, trabalha numa empresa de segurança.

**Relações familiares atuais:** os pais estão separados, a mãe tem relação com outro homem de quem tem um filho com quatro anos. Leonor afirma ter uma boa relação com o padrasto assim como, com o seu irmão mais novo, apesar de não acompanhar o seu crescimento e de ter ido para uma Instituição quando ele ainda tinha dois anos. Leonor afirma que os seus irmãos mais velhos não se querem relacionar, já tentou a aproximação, sem sucesso “Não quiseram saber de mim” [sic]. Afirma ter uma boa relação com a avó apesar de nunca ter vivido com ela. Afirma ter uma boa relação com a mãe “Deixamos o orgulho de lado” [sic]. Falam frequentemente

embora, seja a Leonor a maior parte das vezes a que estabelece o contacto. Afirmar ter saudades da mãe. Passou o Ano Novo com a mãe. Afirmar que a mãe gosta do seu filho “Dá-lhe carinho e fala carinhosamente com ele e dá-lhe beijo” [sic]. Natal foi passado com o namorado e o filho. **Relação com o namorado:** conhece-o em junho 2021 através das redes sociais. Leonor afirma ter conhecido muitos homens pelas redes sociais mas pessoalmente, só o namorado. Hoje afirma ter uma relação “Estável, saudável, estamos há dois anos juntos” [sic]. O namorado visita-a todos os domingos, único dia permitido para visitas. Afirmar que é um bom pai, é muito carinhoso e brinca com o filho. **O percurso de Leonor em instituições de acolhimento:** em junho 2021 ingressa na primeira Instituição, assim que tem autorização para saídas, foge e encontra-se com o namorado com quem permanece até setembro. Decide entregar-se para que o namorado não sofresse consequências. É transferida para outra Instituição no norte do país, da qual foge em outubro. Tem um plano estruturado com o namorado para a fuga. Permanece seis meses com o namorado, período em que engravida. Com 25 semanas de gravidez decide entregar-se para que o filho tivesse acompanhamento médico. Regressa para a mesma Instituição e aguarda por uma vaga numa Instituição com valências para adolescentes grávidas. É transferida para Lisboa em junho de 2022. **Relação com a atual Instituição de acolhimento:** chega com oito meses de gravidez, Leonor qualifica a sua estada como “Não gosto de estar aqui e quero ir embora” [sic] “Tentei ser amiga das meninas e não consigo” [sic] “Sou só eu a trabalhar nisso” [sic] “Em março, quero ir embora, quero ir viver com o pai do meu filho. Aqui não somos felizes” [sic]. Leonor afirma que no dia em que fizer anos, 18 anos, irá embora. **Relação afetiva com a gravidez:** afirma ter sentido felicidade quando soube que estava grávida. O namorado também ficou feliz “deu-me um beijinho na barriga” [sic] **Nascimento do filho:** nasce dia 19 de agosto 2022, no hospital público. Ficou internada cerca de uma semana porque o bebé não estava a aumentar de peso. Leonor afirma ter tido dificuldade em amamentar, só consegue fazê-lo até um mês de idade. Afirmar que o parto “não foi como eu queria, queria ter tido parto normal” [sic] Afirmar terem-lhe administrado epidural que não produziu efeito “puseram-me a anestesia geral sem a minha autorização” [sic]. Sentiu a falta do namorado “Se o Tiago estivesse lá, sentia-me mais segura” [sic]. Ao questionar pela presença da mãe no parto, responde com riso irónico: “Não” [sic] **A rotina atual de Leonor:** frequenta o 11º ano de curso profissional na área psicossocial. Tem por objetivo frequentar o ensino superior. A sua rotina inicia às 6 da manhã, trata do filho (higiene e alimentação) e arruma o quarto. Após cuidar do filho, cuida dela e toma o pequeno-almoço. Esta rotina termina por volta das 8 da manhã. Segundo a escala, poderá ter tarefas de culinária a realizar. Por volta das 12:40 sai da

Instituição para se deslocar para o estágio de transportes público. O estágio irá decorrer até março, diz gostar de ajudar as pessoas. Lida com crianças e adolescentes. Diz ter preferência por crianças “seis anos é mais engraçado...estou num sítio onde eu gosto de trabalhar” [sic]. “Ao fim do dia, não me apetece voltar para cá, é só pelo meu filho” [sic]. No caminho de regresso tem por hábito falar com o namorado, a avó e a mãe. **Relação com o filho:** com cerca de dois meses, o filho é internado com bronquite durante cerca de duas semanas. Leonor afirma ter uma boa relação com o filho e enuncia de forma mecânica: “É boa...Eu cuido bem do meu filho...dou-lhe comida...mudo-lhe a fralda...dou-lhe banho...ponho creme, pronto” [sic]. “quando o meu filho não dorme de noite, acalmo-o até ele adormecer” [sic]. “Só estou aqui por causa do meu filho” [sic]. **Planos para o futuro:** “o meu filho vai crescer, vai para a creche e eu vou estar a trabalhar e o meu namorado também, vamos ter a nossa casa” [sic]. Quando questionada se pretende continuar a estudar, responde “Trabalho a noite no *MacDonald's* e estudo de dia para poder ir buscar o meu filho ao infantário. Na última sessão da avaliação, Leonor encontra-se separada do namorado e não quer abordar o tema.

É importante realçar que a Instituição me deixou total liberdade para a escolha dos instrumentos a aplicar talvez por não ter como prática habitual a realização de avaliações psicológicas. Face aos objetivos da avaliação psicológica : avaliar as competências parentais de Leonor nos cuidados necessários a proporcionar ao filho para o seu desenvolvimento biopsicossocial saudável, por um lado é importante avaliar o nível de inteligência geral e relacional de Leonor, não sob forma de um valor absoluto assim como, traçar o perfil multidimensional e completo composto por traços normativos e patológicos. Por outro lado, avaliar o ambiente no qual a criança vive e como ambos (a mãe e o filho) se relacionam, existe evidência científica no sentido de uma relação positiva entre a qualidade do ambiente e o desenvolvimento saudável da criança (Abreu-Pinto et al., 2003). É relevante obter dados acerca da qualidade do ambiente para um desenvolvimento saudável, medir o desenvolvimento geral da criança nas suas dimensões motoras, na adaptação social, ao nível da audição e linguagem, na capacidade de manipulação e inteligência prática. A avaliação psicológica realizada decorreu ao longo de seis sessões, as duas primeiras para a realização da entrevista clínica, três sessões para a aplicação dos instrumentos e uma sessão final para a devolução dos resultados.

O protocolo escolhido para a realização da avaliação psicológica é constituído pelos seguintes instrumentos:

- Matrizes Progressivas de Raven (Raven, et al., 2001).

- CAQ, Questionário de Análise Clínica (Krug, 1995; versão portuguesa Alexandra Figueiredo Barros, 1995).
- Inventário Home (Caldwell & Bradley 1983, 2003; versão portuguesa Abreu-Pinto, I. & Cruz, 2003).
- Escala de Desenvolvimento de Griffiths dos 0 aos 2 anos (Griffiths & Huntley, 2007; tradução portuguesa Ferreira et. al, CEGOC, 2007).

#### **2.5.2.5. Instrumentos de Avaliação**

##### **2.5.2.5.1. As Matrizes Progressivas de Raven**

A escala geral das Matrizes Progressivas de Raven, SPM (Raven, et al., 2001) avalia a inteligência geral (fator g) isto é, a capacidade de dedução de relações. A sua aplicação pode ser individual ou em grupo. Por ser um instrumento não verbal e apesar de não ter sido validado para a população portuguesa, considerou-se que poderia ser aplicado. É composto por 60 itens divididos por cinco séries de doze itens com um grau de dificuldade crescente. Após explicação e exemplificação de como responder com o recurso aos primeiros itens, é iniciado o teste e são registadas a hora de início e a hora do final.

O tempo médio de realização é de 45 minutos. A correção realiza-se com a soma das respostas certas por cada coluna, é atribuído 1 ponto por resposta certa e anotado o valor total por coluna. Soma-se o valor de cada coluna (Total de A+B+C+D+E). É calculada a diferença entre a hora de fim da prova e a hora de início da prova, obtendo o Tempo Total de Realização. Com o recurso a tabela de pontuações esperadas e a pontuação obtida, obtemos os valores de discrepâncias. Os autores do instrumento indicam que caso haja uma discrepância de mais de 2 pontos, a pontuação total poderá não ser uma estimativa consistente do funcionamento da capacidade intelectual da pessoa. Com o recurso a tabela de normas em percentis, considerando a idade, é identificado o percentil, podendo variar entre os 5 e os 95 ou mais percentis, correspondendo ao nível V (deficiência intelectual) até ao nível I (superioridade intelectual), com níveis intermédios II (superior a média), III (média) e IV (inferior a média).

##### **2.5.2.5.2. CAQ, Questionário de Análise Clínica**

CAQ, Questionário de Análise Clínica (Krug, 1995; versão portuguesa Alexandra Figueiredo Barros, 1995) mede traços clínicos em pessoas sem indicação clínica. É um teste clínico baseado na teoria da personalidade de Cattell (1973), através da medição de traços normativos e patológicos

conseguimos obter um perfil completo e multidimensional da pessoa. A sua versão original contém duas partes, a primeira, CAQ-I recorre aos 16 traços de personalidade medidos pelo 16PF, a segunda, CAQ-II é composta por 12 traços patológicos.

A versão portuguesa limita-se à parte II. O CAQ-II possui 144 itens para 12 traços patológicos, apresentados em 12 escalas que são as seguintes: Hipocondria (D1) – uma pontuação elevada indica uma tendência depressiva no sentido de uma preocupação com alterações das funções do corpo. É um contributo para o fator secundário da depressão, a sua importância é ligeiramente maior nas mulheres. Depressão suicida (D2) – diz respeito a pensamentos de autodestruição. Pontuações elevadas indicam uma vida sem objetivo. Em conjunto com a D1 Hipocondria e a D5 Depressão baixa energia formam a tríade de maior peso no fator secundário da depressão. Os resultados também poderão ser elevados para outras depressões primárias, nos tipos de personalidade agressivo-passivo e antissocial. Agitação (D3) – pontuações elevadas indicam uma procura inquieta pela aventura, risco e novidade. As pessoas neuróticas e esquizofrénicas apresentam pontuações muito baixas, as personalidades antissociais apresentam pontuações altas. Depressão ansiosa (D4) – pontuações elevadas indicam desorientação e sem capacidade para enfrentar possíveis exigências. Depressão baixa-energia (D5) – valores elevados podem indicar pessoas com pouca energia e tristeza. Culpabilidade-ressentimento (D6) – associada a depressão com os sentimentos de cometer um ato imperdoável inútil e impotência. Existem sentimentos de culpa para quem apresenta pontuações elevadas, problemas em dormir por pensarem no que deveriam ter feito. As pontuações são elevadas para casos de alcoolismo, abuso de drogas e problemas de conduta. Paranoia (Pa) – relacionada com declarações de receio, sentimento de injustiça e perseguição, ciúmes, algum cinismo acerca da condição humana, medo de ser envenenado. A pontuação é alta para pessoas esquizofrénicas e muito alta para pessoas com alterações de conduta. Desvio psicótico (Pp) – as pessoas com altas pontuações são geralmente menos inibidas, alguma procura de sensações ou excitação. As pessoas com pontuações elevadas podem ter elevados níveis de energia, gostam de ser o centro das atenções, fazer parte de discussões. As pontuações são altas em personalidades antissociais ou em pessoas que consomem abusivamente narcóticos, são baixas para pessoas neuróticas, esquizofrénicas e alcoólicas. Esquizofrenia (Sc) – elevadas pontuações indicam dificuldade de expressão de opiniões e comportamentos impulsivos, podem ter perdas de memória e sentimentos de irrealidade e alucinações. Psicastenia (As) – diz respeito a um comportamento obsessivo sobre o qual a pessoa afirma não possuir autocontrolo. Pode indicar comportamentos fóbicos. Desajuste psicológico (Ps) – a pessoa com pontuações altas possui um desvio na autoavaliação da realidade, tendencialmente considera-se uma pessoa sem êxito. As pessoas neuróticas e psicóticas normalmente apresentam valores elevados.

A aplicação deste instrumento pode ser coletiva ou individual. Após a certificação que as pessoas perceberam a tarefa, têm um tempo não limitado para assinalar as respostas. Cada resposta pode ter a pontuação de 2, 1 ou 0. A pontuação de cada elemento contribui somente para uma escala. A cotação e pontuação são realizadas com o recurso ao *software* de cotação, são introduzidas as respostas dadas e obtemos as pontuações diretas, os resultados em decatipos e em percentis. Desta forma, é elaborado o gráfico do perfil correspondente, tendo em conta os doze traços patológicos e as suas respetivas escalas.

#### **2.5.2.5.3. Inventário HOME**

O inventário HOME (Caldwell & Bradley 1983, 2003; versão portuguesa Abreu-Pinto, I. & Cruz, 2003) é aplicado por existirem associações positivas entre a qualidade do ambiente e o desenvolvimento saudável da criança. Existem quatro versões do inventário HOME: 0-2 anos, 3-5anos, 6-10 anos, 11-15 anos.

A versão aplicada foi a de 0-2 anos, é composta por 45 itens e seis subescalas: a subescala Responsividade Emocional e Verbal (11 itens) que permite obter informação acerca de verbalizações e interações afetivas; A subescala Aceitação (8 itens) que diz respeito a práticas de controlo parental e regras disciplinares; A subescala Organização do Ambiente Familiar (6 itens) foca aspetos da organização da rotina no interior e exterior da casa. A subescala Materiais de Aprendizagem (9 itens) tem como objetivo avaliar os brinquedos que a criança tem disponíveis e a sua adequação ao seu desenvolvimento; A subescala Envolvimento (6 escalas) refere-se a rotinas de interação entre a mãe e a criança para promoção do desenvolvimento da criança; A subescala Variedade da Estimulação (5 itens) diz respeito ao contacto social com outras pessoas para além da mãe. Importa referir que as duas primeiras escalas são compostas por itens que implicam uma recolha de informação recorrendo à observação da mãe em interação com a criança no decorrer da visita domiciliária. Os itens da subescala Materiais de Aprendizagem podem ser cotados tanto por observação como através de entrevista. Os itens das restantes subescalas são cotados apenas através da observação. A cotação de cada item é binária (presente/ausente), soma-se a pontuação de cada item obtendo um valor por cada subescala. O valor de cada subescala é comparado com os valores normativos dos parâmetros: Abaixo da Média, Média e Acima da Média. Desta forma conseguimos comparar a cotação realizada com os valores considerados normativos para a população.

#### **2.5.2.5.4. Escala de Desenvolvimento de Griffiths**

A escala de Desenvolvimento de Griffiths dos 0 aos 2 anos (Griffiths & Huntley, 2007; tradução portuguesa Ferreira et al., Cegoc, 2007) mede o desenvolvimento geral de uma criança, é composta por cinco escalas independentes. Cada escala tem 52 itens com um nível crescente de dificuldade, o total de itens da Escala perfaz um total de 260.

As escalas são: A-Escala Locomotora que avalia as competências motoras desenvolvidas pelo bebê, mesmo que ainda não consiga nem gatinhar nem andar. B-Escala Pessoal-Social avalia as aprendizagens sociais e pessoais refletindo o nível de adaptação social. Esta escala considera o ambiente e as circunstâncias que influenciam o desenvolvimento da criança. C-Escala de Audição e Linguagem avalia o desenvolvimento da criança na aquisição dos primeiros sons e balbucios. D-Escala Olho-Mão avalia a capacidade de manipulação, o estudo da mão e explorar outras atividades de manipulação. E-Escala de Realização – avalia a inteligência prática, isto é, as competências relacionadas com a capacidade de raciocínio em situações práticas.

Para avaliar os itens das respectivas escalas, o instrumento é composto por uma lista extensa de material indispensável para uma correta aplicação. A sua aplicação é individual e o psicólogo deve observar atentamente a criança, acompanhar a criança e oferecer os materiais para criar as condições de execução. A aplicação de cada escala deve ser finalizada antes de passar para outra. A aplicação inicia-se dois meses (ou seis itens) abaixo da idade atual da criança, dando continuidade a aplicação dos itens, no sentido ascendente ou descendente, até a criança acertar sucessivamente pelo menos seis itens em cada subescala ou ter falhado sucessivamente seis itens em cada subescala. A cotação é obtida através da soma de cada subescala (número de itens corretos) e da soma dos pontos obtidos em cada subescala, temos o Valor Final Global. Através do cálculo da Idade Cronológica e da Idade Mental, conseguimos obter o Quociente de Desenvolvimento Geral e o Quociente de Desenvolvimento Geral por Subescala. Com o recurso as tabelas, podemos obter a equivalência entre os resultados brutos de escala geral e a idade de desenvolvimento mental, assim como a equivalência entre os resultados brutos e os quocientes das subescalas e quociente geral.

#### **Procedimento**

O processo de avaliação psicológica foi constituído por seis sessões, as duas primeiras para a realização de entrevista clínica, a terceira para a aplicação das Matrizes Progressivas de Raven e do CAQ – Questionário de Análise Clínica, na quarta sessão realizou-se o Inventário HOME, na quinta a Escala de Desenvolvimento de Griffiths e na última devolveram-se os resultados da avaliação.

Após a realização da entrevista clínica, no dia 31 de janeiro de 2023, são aplicados o CAQ – Questionário de Análise Clínica e as Matrizes Progressivas de Raven. Os testes são realizados numa sala com total privacidade. Leonor parece estar bem disposta, pergunto se dormiu bem, responde que sim. Após explicação de realização das Matrizes Progressivas de Raven, confirmo que não tem dúvidas e inicia o teste. Inicia às 09:25, às 9:40 já tinha terminado, em apenas 15 minutos tinha terminado o teste. Num determinado momento, Leonor demonstrou preocupação ao ouvir o filho chorar, perde o foco e a atenção por uns momentos. Antes de passar para o Questionário de Análise Clínica, sugiro que vá ver o filho e acalma-se. A aplicação do Questionário de Análise Clínica inicia com o esclarecimento das instruções e a confirmação que Leonor percebeu. Inicia o teste às 10:45 e termina às 10:10. Ao longo da sessão, apesar de ter estado com o filho, Leonor demonstra uma impaciência crescente visível no abanar das pernas e na leitura apressada das várias opções de resposta.

No dia 9 de fevereiro de 2023, é aplicado o inventário HOME. Todas as subescalas são aplicadas através da observação na visita a residência, exceto para a subescala Materiais de Aprendizagem, para a qual se recorreu a entrevista e a observação. Inicia às 9:30 e termina às 11:30. A entrevista é feita com o filho ao colo, interrompe para mudar a fralda.

No dia 2 de março de 2023, aplicou-se a Escala de Desenvolvimento de Griffiths. Após explicar como serão aplicadas as escalas, inicia-se a avaliação que durou cerca de uma hora. Leonor mostra-se cooperante, é visível alguma impaciência na fase final da aplicação das escalas. O filho tinha acabado de acordar da sesta, estava bem-disposto. Foi criado um espaço para o efeito na sala comum onde apenas se encontrava a Leonor, o filho e eu. Foi colocado um tapete de grande dimensão no chão, onde o bebé normalmente brinca. Deixo a criança ambientar-se, está ativa, com tendência para estar de barriga para baixo. Para a realização da escala de Realização, os objetos são colocados em cima de um sofá para que a criança consiga alcançá-los. A criança apresenta alguma irritabilidade no final da aplicação das escalas.

No dia da devolução dos resultados, importa referir que Leonor irá ser maior de idade dentro de dois dias, irá deixar a Residência de Acolhimento e já abdicou da guarda do filho. O tribunal decidiu que seria a avó da Leonor a responsável legal pela criança. De qualquer forma, considere que seria importante a Leonor ter acesso à devolução dos resultados da avaliação psicológica. Foi agendada uma sessão que durou cerca de 30 minutos, na qual transmiti uma apreciação geral ao nível do seu comportamento visível e do relacionamento entre mãe e filho. Referi que apesar de a Leonor mencionar que queria cooperar, na prática era visível que não estava envolvida: ao longo das entrevistas teve momentos de impaciência (comunicação corporal). Na realização dos testes psicológicos, a rapidez de

realização sobretudo o das Matrizes Progressivas de Raven dando a indicação de um défice cognitivo que na realidade não existe.

Relativamente ao tipo de relação entre mãe e filho, referi a Leonor ter uma tendência para um discurso pouco espontâneo sem demonstração de emotividade quando se relaciona com o filho, não demonstra comportamentos de afeto. Nos momentos de maior dificuldade tem tendência para pedir ajuda, demonstra alguma dificuldade em gerir a frustração. Não demonstra nenhum sentimento positivo ao falar do filho, parecia estar num estado neutro “adormecido”. Leonor demonstrou ter um comportamento funcional no relacionamento com o filho sem envolvimento emocional, não contribuindo para um desenvolvimento saudável da criança. Em nome da Instituição deixei claro que caso Leonor quisesse permanecer, as competências a melhorar poderiam ser trabalhadas em conjunto.

#### **2.5.2.6. Resultados dos Instrumentos Aplicados**

##### **Resultados Matrizes Progressivas de Raven**

Resultados Matrizes Progressivas de Raven. No plano intelectual, Leonor encontra-se no percentil 5, o valor obtido muito abaixo do nível intelectual médio, o que significa que 95% da população da mesma faixa etária apresenta valores iguais ou superiores. O resultado obtido situa-se no nível V o que equivale a uma deficiência intelectual.

##### **Resultados CAQ - Questionário de Análise Clínica**

No perfil obtido destaca-se uma tendência para a insatisfação com a vida, a existência de pensamentos autodestrutivos, sendo uma característica de pessoas depressivas. O perfil obtido também apresenta um sentimento de preocupação, culpa e autocrítica. Poderá apresentar desconforto no contacto com os outros, por isso evitará contactos interpessoais. Tem tendência para comportamentos impulsivos, repentinos, incontrolados e algum distanciamento face a realidade. Por fim, poderá apresentar um sentimento de inferioridade muito elevado relativamente aos outros.

##### **Resultados Inventário HOME - Escala dos 0-2 anos**

Todos os resultados obtidos encontram-se na média ou abaixo da mesma. A pontuação final é de 22 valores, situa-se igualmente abaixo da média (média: 37-45)

### **Resultados Escala de Desenvolvimento de Griffiths dos 0 aos 2 anos**

Na data da aplicação das escalas, a criança tinha seis meses e treze dias, iniciou-se a aplicação da escala a partir dos itens correspondentes aos quatro meses.

A criança apresenta uma idade mental inferior à real em todas as escalas, sendo os valores (Idade Mental e número de itens certos) mais baixos para as escalas D (Coordenação Olho-Mão) de 3 meses e 9 itens acertados, E (Realização) de 3,5 meses e 10 itens acertados e A (locomotoção) de 3,5 meses e 11 itens acertados. As escalas B (Pessoal-Social) com o resultado de 5,25 meses e 19 itens acertados e C (Audição e Linguagem) com 4,25 meses e 13 itens acertados são as que apresentam valores mais elevados. A criança apresenta uma idade geral mental de 3,17 meses abaixo da sua idade cronológica de 6 meses e 13 semanas.

### **III Parte**

#### **Discussão**

### **3.1. Discussão do Trabalho Desenvolvido no Estágio**

A discussão que se segue versa acerca do caso clínico de Maria, da avaliação psicológica de Leonor e da intervenção em grupo.

### **3.2. Caso Clínico – Maria**

Segue-se a compreensão do caso de Maria, considerando os pressupostos teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Roger (2003) e a sua Teoria da Personalidade e da Conduta desenvolvida baseada na sua prática como terapeuta. Na compreensão do caso de Maria ainda serão abordados alguns conceitos da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo de João Hipólito (2011).

Segundo a TPC de Carl Rogers (2003), o indivíduo experencia e vive o seu mundo em constante mudança. É o seu campo fenomenal que inclui todas as experiências do organismo e desenvolve o seu próprio campo fenomenal. O organismo irá reagir perante aquilo que é percebido e experienciado, criando a sua própria realidade. As narrativas de Maria são a representação da sua realidade. Alguns dos pressupostos da ACP de Carl Rogers (2003), são a aceitação incondicional do outro, assim como a compreensão empática, que foram essenciais para que Maria sentisse a segurança para partilhar as suas experiências. Segundo a TDP de João Hipólito (2011), o trauma será todo o obstáculo que impede a expressão das potencialidades da pessoa. Ao longo das narrativas de Maria, ela refere situações vividas desde a sua infância consideradas como traumas psicológicos: a relação inexistente com o seu pai, a morte prematura do padrasto com quem tinha uma relação de cumplicidade, a relação com a mãe com condições de valor, o segundo casamento da mãe com um homem por quem Maria não desenvolve qualquer afeto, a própria gravidez não planeada. Segundo a quinta proposição da TPC de Carl Rogers (2003), se o organismo tem uma tendência para realçar a experiência orgânica, é também o organismo que reage perante o campo fenomenal como um todo organizado, o que significa que alterações em uma parte do organismo origina alterações em outra parte, existindo uma organização para um fim. As relações (ou falta delas) que a Maria estabelece com as figuras masculinas ao longo da sua vida parecem levá-la a aceitar que a figura masculina não faz parte da sua vida. O padrasto de quem fala com um sentimento de afeto morre quando ela ainda tinha 10 anos. O homem com quem a mãe volta a casar, nunca referido como “padrasto”, mas sempre como “o marido da minha mãe” é mais uma presença masculina com a qual Maria não estabelece nenhuma relação, e que segundo Maria não respeita a sua mãe. A emoção que acompanha a narrativa de Maria é visível com o tom de voz e a postura corporal que Maria revela cada vez que fala do pai biológico

poderá indicar indiferença em relação ao pai, mas também nervosismo e um “mudar de assunto” constante. A sexta proposição de TPC de Carl Rogers (2003), defende que a intensidade da emoção se relaciona com o significado percebido do comportamento para que o organismo possa subsistir. Parece sentir uma emoção desagradável que o organismo busca para conseguir evoluir. Segundo a nona e a décima proposições, a estrutura do *self* vai-se desenvolvendo como resultado da interação valorativa com os outros, alguns dos valores serão experimentados diretamente pelo organismo, outros serão introjetados ou tomados de outros, mas percebidos de forma distorcida como se fossem experimentados diretamente. Os valores da mãe: o cumprimento de regras, obrigações e avisos, a importância da educação, cumprir com o Ramadão e o aviso de não engravidar jovem e solteira como aconteceu à mãe poderão ser exemplos desta introjeção. Ao longo das sessões, Maria vai falando de forma mais espontânea acerca dos vários temas e vai-se aceitando como a pessoa que é e não como gostaria de ser. Progressivamente o seu *self* desejado vai se aproximando do seu *self* real, diminuindo a dissociação entre ambos. Segundo a TDP de João Hipólito (2011), a diminuição desta dissociação poderá ajudar ao reequilíbrio do organismo e evitar sintomas indesejáveis, permitindo também o aumento da autoestima da pessoa. Segundo a décima quinta proposição da TPC de Carl Rogers (2003), a adaptação psicológica existe quando todas as experiências viscerais e sensoriais do organismo são assimiladas de uma forma simbólica no conceito de *self*. A evolução de Maria ao longo das sessões poderá ser indicador que existe uma adaptação psicológica que lhe permite aceitar-se e tornar consciente esta simbolização, aceitando as suas próprias experiências.

A tendência atualizante permite uma atualização constante das capacidades das pessoas (Hipólito, 2011). No caso de Maria, as suas potencialidades manifestaram-se em vários momentos ao longo das sessões de acompanhamento psicológico, a sua vontade de participar nas aulas de preparação para o parto para aprender mais sobre a sua condição de grávida e planear a chegada da sua filha. A sua capacidade de criar e manter relações de amizade e profissionais. Maria narra vários episódios da relação com a sua melhor amiga, apesar de hoje viverem em cidades diferentes, preocupa-se em manter o contacto e deslocar-se para estar com a amiga. A realização de passeios diários com um amigo atual, também a quem pediu ajuda para a acompanhar ao hospital na altura do parto. Estas relações de amizade são partes integrantes da sua vida, referidas ao longo de todo o acompanhamento. A capacidade de planear o dia da sua ida para o hospital pedindo a um amigo que a acompanhe, o planeamento não fica por aqui, estende-se para um futuro de curto e médio prazo quando reflete acerca da possibilidade de voltar a trabalhar e a possibilidade de encontrar um infantário na proximidade do local de trabalho para facilitar as deslocações.

Na primeira sessão após o nascimento da sua filha, Maria já apresenta uma rotina adaptada aos ritmos da bebé “durmo quando ela dorme” [sic]. A capacidade de questionamento de Maria é também uma condição de atualização, é sobretudo a partir da sexta sessão que Maria apresenta momentos de questionamento sobre os seus comportamentos, nomeadamente acerca de possíveis comportamentos considerados exagerados que podem ter estado na origem da gravidez não desejada, numa altura em que tinha muitas saídas com os amigos, reduzindo até a carga horária no trabalho. Maria também acaba por questionar uma das relações de amizade, coloca a relação em perspetiva e conclui “acho que ela está diferente, ou será que sou eu que eu estou diferente?” [sic]. Apesar da importância de as relações de amizade ser referida ao longo de todo o acompanhamento, o questionamento acerca das mesmas surge. Segundo a décima oitava proposição da TPC de Carl Rogers (2003), quando a pessoa aceita todas as suas experiências num sistema integrado e coerente, necessariamente compreende melhor os outros e aceita-os. À medida que a pessoa se aceita, também aceita melhor o outro através da construção de relações interpessoais saudáveis. Parece ter existido uma evolução na forma como experencia as suas amizades.

Outra potencialidade de Maria poderá situar-se na sua capacidade de questionamento e colocar em perspetiva a sua vida em prol do bem-estar da sua filha (Hipólito, 2011). A possibilidade de ir viver para uma cidade mais tranquila do que Lisboa para proporcionar um ambiente mais tranquilo para a filha, põe a hipótese de voltar a viver no Algarve, regressar para um antigo trabalho. Maria apresenta características pessoais de organização, planeamento, autocritica e questionamento.

Embora a mãe não viva em Portugal, a sua presença é-lhe implicitamente imposta. Na segunda sessão, na realização de entrevista clínica, Maria relata a sua experiência de vinda para Portugal com o objetivo de continuar a estudar, o que acabou por não acontecer. A gravidez não desejada de Maria para a qual ela foi alertada pela mãe várias vezes, o facto de Maria mencionar que a mãe não acredita que ela respeite as regras do Ramadão em Portugal, são os principais exemplos da não correspondência às expectativas e condições de valor da mãe, pondo em causa o amor que a mãe poderá sentir pela Maria e consequentemente a sua relação. Maria sente que pode não ser aceite pela mãe tal como é, por ter falhado na relação de amor da mãe que se baseia no seu sucesso na educação, em não engravidar solteira e no respeito de regras religiosas. São exemplos de dissociações entre o *self* real e o *self* desejado que, no caso de Maria com as suas potencialidades e condições de atualização, o organismo se reequilibra. Segundo Hipólito, (2011) quanto maior a dissociação entre o *self* percecionado e o *self* desejado menor será a autoestima da pessoa. No caso de Maria o seu reequilíbrio orgânico é essencial para manter uma boa autoestima, sendo o seu LCI de decisiva importância para a tomada das suas decisões. Entre o início do acompanhamento e o seu final, é visível a sua aceitação assim como, a

tomada de consciência do seu processo evolutivo “eu estava muito mal quando vim para cá. Foi bom desabafar” [sic].

A importância que a Maria dá ao acompanhamento psicológico, visível na sua ida disciplinada às sessões é também um reflexo das suas capacidades, o que lhe permite evoluir ao longo das dez sessões. Na fase final do acompanhamento psicológico, Maria apresenta um crescimento que lhe permite aceitar-se como pessoa. Este processo não foi isento de conflitos internos relacionados com as condições de valor da mãe: a importância da educação, não ter uma gravidez não desejada, cumprir com regras religiosas (o Ramadão). A tendência atualizante que, segundo João Hipólito (2011) permite à pessoa estar em permanente atualização em conjunto com o clima de total aceitação e não julgamento das sessões de psicologia contribuíram para uma autoaceitação e integração de um novo significado de si. Segundo a décima nona proposição da TPC de Carl Rogers (2003), a pessoa vai aceitando um maior número de experiências orgânicas e estrutura-as no seu *self*, vai descobrindo que substitui o seu atual sistema de valores. A pessoa analisa os valores que lhe foram introjetados, questiona-se acerca de como substituí-los pela sua própria experiência e descobre que é o próprio organismo que lhe dá a resposta através da reformulação de juízos de valores. É um processo de reformulação em permanência que permite uma maior aceitação de si (Rogers, 2010). A pessoa formula os seus próprios valores com base na sua experiência direta e é criado um sistema de valores autêntico.

### **3.3. Avaliação Psicológica – Leonor**

Os resultados obtidos com a aplicação das Matrizes Progressivas de Raven (Raven, et al., 2001) indicam que no plano intelectual, Leonor se encontra no percentil cinco, o valor obtido muito abaixo do nível intelectual médio, podendo corresponder a uma deficiência intelectual. No caso da Leonor os resultados prendem-se com a falta de compromisso, foco e atenção com o qual todo o teste psicológico foi realizado. Leonor não apresenta indícios de qualquer deficiência intelectual, seria necessário a aplicação de outro instrumento num momento em que Leonor estivesse realmente comprometida e cooperante. No perfil obtido do CAQ (Krug, 1995; versão portuguesa Alexandra Figueiredo Barros, 1995) destaca-se uma tendência para a insatisfação com a vida, a existência de pensamentos autodestrutivos, sendo uma característica de pessoas depressivas. O perfil obtido também apresenta um sentimento de preocupação, culpa e autocrítica, com tendência para evitar contactos interpessoais e desenvolver comportamentos impulsivos, repentinos, incontrolados e algum distanciamento face à realidade. Por fim, poderá apresentar um sentimento de inferioridade muito elevado relativamente aos outros.

Para analisar o caso de Leonor ao abrigo dos principais conceitos da TDP de João Hipólito (2011) baseada na ACP de Carl Rogers (1957), importa lembrar que a tendência atualizante é o que permite uma atualização constante das capacidades. No caso de Leonor a atualização constante das suas capacidades é posta em causa pelos vários traumas sofridos ao longo da sua vida, sejam físicos ou psicológicos, isto é, as suas condições de atualização não se encontram reunidas para o seu próprio processo de desenvolvimento. O ambiente de violência seja em casa seja na escola, “o meu pai via filmes porcos e gritava sai da frente da televisão” [sic]. Esta violência mantém-se atualmente com a relação com o namorado, embora a Leonor não o verbalize, a Instituição sabe que têm existido episódios de violência psicológica por parte do namorado. Atualmente a Leonor encontra-se separada do namorado e não quer abordar este tema. Leonor também apresenta sentimento de rejeição visíveis no relacionamento com os pais. Apesar de ter memórias positivas com a mãe, parece sentir-se rejeitada quando a mãe recorre a uma Instituição para ajudar nas dificuldades de relacionamento. São os pais que deveriam ter uma função protetora para o desenvolvimento de um vínculo seguro com a Leonor que falham (Leal, 2016). A tentativa por parte da Leonor de desenvolver uma relação com os irmãos mais velhos também não é bem-sucedida “Não quiseram saber de mim” [sic]. Na escola continua a ser rejeitada, não tinha muitos amigos “Gozavam comigo porque era pobre” [sic]. Mais tarde, as várias instituições pelas quais a Leonor passa não parecem oferecer um ambiente de acolhimento e proteção. “Não gosto de estar aqui e quero ir embora” [sic] “Tentei ser amiga das meninas e não consigo” [sic]. Leonor tem um plano para quando atingir a maioridade “Em março, quero ir embora, quero ir viver com o pai do meu filho. Aqui não somos felizes” [sic]. A gravidez de Leonor parece interromper o seu percurso de vida, embora mencione que tenha gostado de estar grávida, o corpo comunica desconforto ao falar da gravidez. A relação funcional e pouca afetiva que desenvolveu com o filho parece demonstrar a falta de vínculo entre ambos. “A minha relação com ele é boa...Eu cuido bem do meu filho...dou-lhe comida...mudo-lhe a frada...dou-lhe banho...ponho creme, pronto” [sic]. Leonor parece ter desenvolvido uma relação com o filho baseada numa disciplina que promove a satisfação das necessidades de sobrevivência: garantia de alimentos, proteger com vestuário, hábitos de higiene e de sono, preocupação acerca de doenças e acidentes. Esta relação parece desprovida de cuidados emocionais e atitudes que respeitam o filho como indivíduo, um ser estimado e apreciado, não existindo uma interação positiva e estável entre a criança e o ambiente físico e interpessoal, não contribuindo para o desenvolvimento de uma vinculação saudável (Barroso & Machado, 2010).

A relação com a avó que a Leonor qualifica como boa poderia ser trabalhada para ajudar a manifestar as suas potencialidades assim como, o facto de atualmente a relação com a mãe ser mais adaptativa “deixamos o orgulho de lado” [sic]. Relativamente ao Locus de Controlo, é tendencialmente externo, por exemplo no que diz respeito ao estabelecer e manter relações, Leonor apresenta argumentos tais como: “Não quiseram saber de mim” [sic] no caso dos irmãos mais velhos. “Tentei ser amiga das meninas e não consigo” [sic] “Sou só eu a trabalhar nisso” [sic] ao mencionar as relações com as restantes jovens na Instituição (Hipólito, 2011). Parece existir uma explicação constante fora do campo de responsabilidade e de decisão de Leonor, dando a ideia de fora do seu controlo. Leonor apresenta uma perceção de falta de controlo pessoal acerca da situação ou do resultado, tem tendência para considerar que os seus comportamentos não têm uma ação direta sobre a situação ou resultado, situando as causas em fatores exteriores, como a sorte ou o acaso (Ribeiro, 2000). Ao longo de toda a avaliação, Leonor apresenta uma postura pouco cooperante apesar de ter concordado em realizar a avaliação. Tem dificuldade em fixar o seu olhar no meu, a maior parte do tempo encontra-se a olhar para a parede. A maior parte das experiências de vida de Leonor moldaram a sua personalidade que apresenta uma baixa autoestima. O *self* desejado encontra-se distante do *self* real (Hipólito, 2011).

Desde o início que existe da parte da Leonor um comportamento de desconfiança perante as sessões para a avaliação psicológica, entre outras causas, poderá ter a sua explicação na falta de resultados no acompanhamento psicológico em criança e adolescente. “A psicóloga enganava-me com os brinquedos” [sic]. “Podia perguntar sem utilizar os brinquedos” [sic], depois em conjunto com a mãe até a mãe decidir interromper o acompanhamento de ambas. Leonor poderá ter a crença de que as sessões de psicologia não têm qualquer resultado, caso contrário teria resultado no passado.

Leonor demonstra uma insatisfação perante a vida que poderá estar na origem do comportamento de fuga para as redes sociais, onde conhece vários homens entre os quais o pai do seu filho. No final da avaliação, Leonor não tem qualquer relação com o namorado, funcionárias da Instituição sabem que Leonor encetou novos contactos com homens através das redes sociais. Leonor parece ter uma necessidade de satisfação de reconhecimento rápido por parte dos outros. Embora não seja o objetivo desta avaliação psicológica o de alcançar um diagnóstico, tendo em conta a natureza atual das dificuldades da Leonor, coloco a possibilidade de um quadro de diagnóstico no âmbito das Perturbações Disruptivas do controlo dos Impulsos e do Comportamento. Leonor tem problemas de autocontrolo das suas

emoções e comportamentos, tem tendência para não respeitar e violar os direitos dos outros e está frequentemente envolvida em conflitos com as figuras de autoridade. Reforço que é apenas uma hipótese baseada na informação recolhida, reduzida para a elaboração de um diagnóstico (APA, 2027). Seria necessário um acompanhamento consistente da Leonor para comprovar esta hipótese de diagnóstico com mais dados relativos à personalidade e forma de funcionar de Leonor.

Relativamente ao ambiente no qual o filho de Leonor vive, foi aplicado o inventário HOME (Caldwell & Bradley 1983, 2003; versão portuguesa Abreu-Pinto, I. & Cruz, 2003). A literatura existente aponta para associações positivas entre a qualidade do ambiente e o desenvolvimento saudável da criança (Bradei, 1988). Todos os resultados obtidos encontram-se na média ou abaixo da mesma.

Todo o ambiente no qual a criança vive é composto pela estimulação quotidiana, o material lúdico, as responsabilidades emocionais e verbais dos pais têm influência no desenvolvimento biopsicossocial da criança. A qualidade da interação entre a criança e os pais, visível na sensibilidade aos sinais, na resposta ao descontentamento, na clareza dos sinais e na responsividade ao adulto terão o seu impacto no crescimento saudável da criança. Existe uma relação positiva entre a adesão e satisfação dos pais face aos efeitos positivos das suas interações e um desenvolvimento saudável da criança (Zuzarte & Calheiros, 2010). Existem diferenças nos estilos de responsividade materna, tendo em conta as diferenças culturais e as condições socioeconómicas. Alguns autores falam em nicho de desenvolvimento composto pelo ambiente físico e social, práticas de cuidado consoante a cultura e a própria psicologia dos cuidadores que se relacionam de forma dinâmica e compõem o ambiente ecológico da criança. A responsividade tem uma função adaptativa com uma dimensão biológica e expressa-se de forma diferente em concordância com os comportamentos de grupo no cuidado da criança, nos estilos parentais e no próprio objetivo dos pais ao interagirem com as crianças (Ribas & Mora, 2007).

Segundo o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1977), o ambiente ecológico do desenvolvimento humano é composto por estruturas concêntricas organizadas contidas umas nas outras. Cada estrutura concêntrica interfere mutuamente entre si e afeta o desenvolvimento da pessoa. O microssistema é uma estrutura onde se situa a pessoa em desenvolvimento e existem atividades padronizadas, papéis e relações interpessoais vivenciados pela pessoa em desenvolvimento num ambiente com as suas características próprias, como por exemplo, a escola e a casa. Nesta estrutura são importantes os padrões de interação, as conexões entre as pessoas existentes no ambiente e a natureza

dos vínculos estabelecidos e a sua influência de forma direta ou indireta sobre a pessoa em desenvolvimento. O microsistema de Leonor e do seu filho é a residência de acolhimento e o estabelecimento de ensino que Leonor frequenta. Leonor refere frequentemente que não gosta de estar na residência, não se sente amada pelas colegas, até rejeitada. No decorrer da avaliação, Leonor chora e queixa-se do mau ambiente onde reside a maior parte do tempo, apresenta sentimentos de tristeza e revolta e verbaliza “tratam-me mal” [sic], chora. Apresenta como comportamentos mais reconfortantes, os contactos telefónicos que realiza, seja para a família, seja para o namorado no momento do regresso à residência no final do dia. No modelo de Bronfenbrenner (1977), o mesossistema caracteriza-se por interrelações existentes entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa está integrada e participa ativamente, podendo aumentar sempre que a pessoa passa a integrar novos ambientes. No caso do filho de Leonor, não se encontra a frequentar nenhuma creche, limitando-se às relações estabelecidas na residência de acolhimento e pouco contacto com familiares e o seu pai. No caso da Leonor os vários ambientes pelos quais passa ao longo da vida, casa dos pais, casa da mãe e do pai depois da separação, as várias instituições, a casa do namorado quando lá permaneceu, são ambientes nos quais viveu relações caracterizadas por falta de cuidado e preocupação, relacionando-se com o seu próprio desenvolvimento como pessoa com uma baixa autoestima. O desenvolvimento infantil acontece nos vários momentos em que a criança se envolve ativamente com o ambiente físico e social, a forma como o compreende e interpreta. Sendo a criança capaz de compreender a ocorrência de acontecimentos em ambientes ainda desconhecidos. A importância das relações entre as pessoas é decisiva para o desenvolvimento deste conhecimento. O filho de Leonor limita-se à relação com a mãe e as auxiliares da residência de acolhimento, o que poderá explicar um desenvolvimento psicossocial abaixo do normativo considerando a sua idade (Bronfenbrenner, 1977). Ao longo da avaliação psicológica de Leonor, é possível verificar uma interação no modo funcional com o filho, não tendo demonstrações de afeto. Leonor, após observar uma outra mãe a beijar o filho, imita o comportamento com o seu filho. A relação de afetividade entre mãe e filho parece não existir. É no desenvolvimento psicossocial que se constroem os vínculos afetivos com as pessoas de referência, a autoconsciência desenvolve-se (Papalia & Feldman, 2013).

A preocupação parental refere-se ao facto de os pais se sentirem ansiosos em relação à criança, têm uma necessidade de encontrar respostas para as dificuldades sentidas. Parece existir um estado afetivo ou emocional, de mal-estar ou até medo que levará a uma queixa associada a uma dimensão cognitiva consciente procurando uma solução ou ação (Algarvio & Leal, 2004). No caso dos pais da criança avaliada, nomeadamente a mãe com quem vive, tem tendência para comportamentos impulsivos e incontrolados, não existe uma verdadeira

preocupação no sentido de encontrar respostas para as dificuldades sentidas pela criança. Leonor apresenta a mesma resposta para todas as dificuldades percebidas da criança “ele está com fome” [sic]. A parentalidade no século XXI parece levantar várias questões. Por que razões as pessoas querem (ou não) ter filhos, o momento da vida para ter filhos, as condições de saúde e de vida, sejam elas económicas e relacionais dos progenitores. Existe uma multiplicidade de famílias e várias formas de ser pai ou mãe. O recurso à adoção, as monoparentalidades, as parentalidades mistas ou famílias ditas reconstruídas, a parentalidade homossexual, são exemplos de famílias que encontramos atualmente (Leal, 2016). O conceito de parentalidades plurais designa uma parentalidade exercida por ambos os progenitores, mesmo se não coabitam no mesmo espaço, por vezes não estando em concordância no projeto educativo dos filhos, o que na prática pode implicar dois estilos de vida diferentes, por vezes contraditórios. As parentalidades plurais dizem respeito às relações entre crianças e adultos nas quais se criam relações recíprocas e ambos constroem relações de interdependência, sendo o papel dos adultos o de assumir uma identidade parental e o das crianças de papel filial (Leal, 2016). No caso da criança avaliada, os cuidados parentais plurais caracterizam-se por uma relação pouco calorosa com possíveis consequências negativas na vinculação aos pais, ao nível da autonomia, do amor, da confiança. Em falta estão os laços gratificantes na procura de uma segurança para um desenvolvimento harmonioso (Bowlby, 1965).

A residência na qual Leonor e o filho vivem, que poderia substituir as várias funções da família, na realidade não parece oferecer as condições para um desenvolvimento harmonioso da criança. A família é o primeiro grupo no qual a criança vive e estrutura a sua personalidade, funciona como uma Instituição social de proteção e carinho de forma a responder adequadamente às suas necessidades fundamentais, tais como a alimentação, o afeto, a proteção e a socialização. É a família que irá permitir à criança o seu desenvolvimento intelectual, afetivo e social, assim como uma representação de si mesma, desenvolver a sua autoestima e controlar as suas emoções. (Bayle, 2016).

Os resultados obtidos através da aplicação da Escala de Griffiths indicam uma idade mental inferior a idade cronológica em todas as subescalas. O desenvolvimento humano é um campo em permanente mudança, é um processo que ocorre ao longo de toda a vida. No caso das crianças, a ciência ajuda por exemplo a descrever como adquirem a sua linguagem numa tentativa de prever comportamentos futuros. O próprio campo científico do desenvolvimento humano encontra-se em evolução com o recurso às tecnologias e várias disciplinas, tais como a biologia, psiquiatria, psicologia, antropologia (Papalia & Feldman, 2013). Na primeira infância, do nascimento aos 3 anos, o desenvolvimento físico é caracterizado pela

complexidade do cérebro e pela influência do ambiente. O desenvolvimento das habilidades motoras é rápido. No caso da criança avaliada, ela apresenta uma idade mental inferior à real em todas as escalas. O valor mais baixo apresentado é o da coordenação olho-mão que a equipara a uma criança de três meses de idade mental quando na realidade já tem seis meses de idade. Embora as capacidades de aprendizagem existam desde as primeiras semanas de vida, parece existir uma falta de estimulação e despreocupação face ao desenvolvimento pleno e saudável do filho da Leonor. A capacidade de compreensão e do uso da linguagem também se desenvolve rapidamente. O filho de Leonor apresenta um valor de 4,25 meses de idade mental para a escala de audição e linguagem, embora abaixo da idade cronológica, um dos valores mais elevados (Papalia & Feldman, 2013).

Segundo Fischer & Fischer (1996), as fases do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget vêem o bebé como um agente ativo na construção da sua própria realidade, sendo os contextos físicos e sociais os moldadores das suas construções. A criança nos seus primeiros meses de vida, tem apenas reflexos ou ações primitivas, não distinguindo o eu do outro ou o objeto da ação. Na fase sensoriomotora dos zero aos dois anos, a criança coordena as suas perceções sensoriais e os seus comportamentos simples e vai tomando consciência do mundo externo e ao longo da sua interação. A fase sensoriomotora subdivide-se em seis subfases. As três primeiras permitem perceber o desenvolvimento cognitivo da criança até aos oito meses. A primeira subfase, do nascimento ao mês e meio de vida, na qual a criança exercita reflexos, movimentos involuntários como agarrar, sugar ou olhar. A segunda subfase do mês e meio aos quatro meses na qual o bebé tem reações primárias circulares que consistem na repetição de movimentos prazerosos. A terceira subfase dos quatro aos oito meses, a criança tem reações secundárias circulares, toma consciência do efeito das suas ações no ambiente. A criança avaliada com seis meses de idade apresenta pouca interação com o meio ambiente enquanto estimulada para a realização das atividades que compõem a avaliação, tendo uma idade mental de 3,5 meses nas escalas de realização e de locomoção (Fischer & Hencke, 1996). A partir dos oito meses, a criança adquire a noção de permanência do objeto, isto é, existem objetos independentemente de os estar a perceber. Até aos oito meses, o mundo existente era apenas o que a criança via, ouvia ou sentia sobre o qual agia (McLeod, S., 2018). O desenvolvimento da locomoção da criança está associado a alterações a vários domínios, incluindo a linguagem e as interações sociais. Numa observação domiciliária para comparar o ambiente linguístico do bebé que gatinha e anda da mesma idade, com o objetivo de explorar a relação entre o ambiente linguístico e o desenvolvimento do vocabulário de cada grupo

locomotor. Conclui-se que um maior número de palavras do adulto corresponde a um maior vocabulário recetivo e expressivo para os bebês que andam, mas não para os bebês que gatinham (Walle & Warlaumont, 2015). Outra investigação longitudinal, onde participaram bebês entre 3 e 16 meses, acerca das relações entre o desenvolvimento motor e cognitivo, aspetos biológicos, práticas maternas, conhecimentos parentais e ambiente familiar dos bebês conclui que o desenvolvimento motor e cognitivo são interdependentes e os fatores ambientes são mais significativos na associações do que os fatores biológicos, de onde a importância do lar, dos cuidados parentais e das experiências de vida precoce (Pereira et. al, 2016). O desenvolvimento motor dos bebês contribui para a aquisição de conhecimentos sobre o mundo, nomeadamente nos domínios perceptivo, cognitivo e social (Adolph & Franchak, 2017). No caso de crianças institucionalizadas, é importante detetar precocemente alterações no desenvolvimento de crianças e enfatizar o papel das cuidadoras que são capazes de avaliar alterações (Dias et. al, 2015). Estudos evidenciam que a criança exposta à depressão materna e a uma rede de apoio social frágil desde o início da vida, está mais vulnerável a fatores de risco que prejudicam o seu desenvolvimento (Irurita-Ballesteros et. al, 2019). Se por um lado os pais têm um papel fundamental no reforçar das competências, por outro lado, os pais podem não ter os conhecimentos suficientes acerca do desenvolvimento da linguagem e a importância da estimulação (Martins et al. 2015).

### **3.4. Intervenção Psicológica em Grupo**

Segundo C. Rogers (1986), o grupo de encontro tem como objetivo aumentar o crescimento pessoal e o desenvolvimento da comunicação e relações interpessoais, através de um processo experiencial. O facilitador é a pessoa que cria as condições para que se desenvolvam os processos de crescimento da pessoa ou do grupo, possibilitando um clima psicológico de segurança, com liberdade de expressão e diminuição gradual de defesas. Desenvolve-se um clima de confiança onde as pessoas se ouvem mutuamente e nascem sentimentos reais e verdadeiros, sejam negativos ou positivos. Há um movimento de *feedback* que se caracteriza pelo efeito que cada pessoa tem na outra e surgem novas ideias e conceitos. Para C. Rogers (1986), o facilitador não dirige e será o grupo com a sua liberdade que irá liderar o trajeto. Mudanças poderão acontecer seja a nível individual no conceito de si próprio e no processo de autoaceitação, seja na relação, por exemplo na partilha de sentimentos mais profundos. No estágio realizado, pensei realizar uma intervenção baseada em psicodrama de raiz moreniana e centrado na pessoa por ser um instrumento de mudança muito poderoso, não só por aquilo que se diz, mas sobretudo pelo experienciado. Por falta de experiência, optei por

uma abordagem mais direcionada, mas com o pressuposto da aceitação incondicional (Laneiro et. al, 2010). Na intervenção em grupo realizada, a Instituição solicitou-me uma atuação mais diretiva, na seleção dos temas através da identificação das necessidades psicológicas e na sua operacionalização. No entanto, estiveram presentes uma atitude de compreensão empática e uma aceitação incondicional. Criou-se um clima de confiança e segurança que permitiu a partilha genuína entre os vários membros: “tratam-nos como crianças” [sic] “precisamos de estar mais tempo com as nossas famílias.” [sic]. No entanto, relativamente aos sentimentos de autoaceitação de cada pessoa e da pessoa no grupo, considero que estas intervenções deveriam ter seguimento de forma a continuar o caminho no sentido da retirada das máscaras (Rogers, 1986).

Se as intervenções em grupo tiveram como base necessidades psicológicas detetadas, não menos importantes são as necessidades de ordem prática sentidas por esta população. Segundo Gonçalves & Matos (2020), num estudo realizado em Portugal sobre mulheres imigrantes vítimas de agressão, as participantes identificaram necessidades como: acesso a serviços especializados relacionados com a cultura, esclarecimento acerca dos direitos da população imigrantes na qualidade de vítima, campanhas de prevenção, suporte social, acesso a informação de instituições de suporte, necessidade de ter um amigo ou familiar na proximidade geográfica, segurança, nomeadamente segurança financeira, no caso das mulheres imigrantes de nacionalidade brasileira a necessidade de proteção social para combater a discriminação sentida, a celeridade dos processos judiciais, o acesso gratuito aos cuidados de saúde para imigrantes ilegais. Seriam necessárias intervenções baseadas na recolha das necessidades identificadas relacionadas com as dificuldades sentidas no dia-a-dia. Outra investigação realizada com mulheres de raça negra demonstra a utilidade de pequenos e grandes grupos na redução do stresse percecionado. Destaca-se o debate sobre a discriminação racial e sexual no local de trabalho para a redução global do nível de stresse assim como, intervenções comunitárias adequadas à cultura e ao género (Mays, 1995). Envolver a comunidade em intervenções em grupo direcionadas às mulheres negras, com temáticas relacionadas com o género e a cultura, implicando um conhecimento aprofundado destas matérias.

No que diz respeito às intervenções em grupo realizadas, para além de mais sessões que pudessem dar continuidade ao trabalho iniciado, sugiro igualmente envolver as mulheres residentes na escolha de procedimentos de flexibilização de regras da Instituição, humanizar os procedimentos e relações na residência de acolhimento. Sugiro ações de formação para os

trabalhadores em processos de humanização do trabalho, em comunicação e adquirir maior conhecimento acerca do meio cultural do qual as mulheres provêm (maioritariamente África).

### **3.5. Conclusão**

No presente trabalho, apresentei várias atividades realizadas numa Instituição que proporciona apoio às mulheres grávidas e/ou com filhos. Algumas atividades foram mais detalhadas, nomeadamente as do âmbito do acompanhamento psicológico individual, da avaliação psicológica e da intervenção em grupo. A gravidez e a vida das mulheres que recorrem ao apoio desta Instituição caracterizam-se por uma sequência de desafios a vários níveis. A gravidez e a maternidade são fases desafiantes no ciclo de vida da mulher adulta ou adolescente. Quando existem carências económicas, uma fraca ou inexistente rede de suporte familiar, podem surgir fatores de risco para o aparecimento de várias complicações de ordem física, emocional e relacional da mulher. Poder recorrer a uma Instituição que proporciona ajuda económica, social e psicológica é uma ajuda para estas mulheres. No entanto, se o trabalho realizado pelo departamento de psicologia pode ser uma ajuda em momentos específicos da vida destas mulheres, seria preciso acompanhar e avaliar estas mulheres durante o tempo necessário para perceber o impacto real. O papel da psicóloga é essencial para avaliar se houve melhorias na vida da mulher e perceber se essas melhorias se deveram ao apoio psicológico.

As minhas responsabilidades como psicóloga estagiária na Instituição abrangeram muitas tarefas que invalidaram desenvolver na sua totalidade tarefas relacionadas com a psicologia. Seria urgente a psicóloga desenvolver as tarefas para as quais se especializou, tais como a aplicação de metodologias e técnicas, planeamento, avaliação psicológica, definir diagnóstico (quando necessário), intervenção psicológica e a sua avaliação. O facto de não acontecer e da psicóloga estar envolvida em muitos projetos fora do seu âmbito contribui para uma possível ineficácia do trabalho realizado, ou pelo menos a não existência de dados acerca dos resultados do trabalho realizado.

É urgente que as necessidades psicológicas destas mulheres sejam identificadas e ouvidas, não só no acompanhamento individual como também em possíveis intervenções em grupo. Apesar de ter realizado intervenções em grupo, a Instituição não tem como prática fazê-lo. Nestas intervenções, existem muitas partilhas que colocam em evidência necessidades, o grupo conhece-se e existem revelações que ajudam na aceitação de cada elemento no grupo. Seria benéfico para o grupo dar continuidade com regularidade a este trabalho realizado.

Parece existir ainda um longo caminho para chegar às verdadeiras necessidades destas mulheres. Seria necessária uma abordagem da mulher dando maior relevância a toda a sua comunidade e cultura, tocando temas com a discriminação, seja por razões de ordem racial, pelo facto de ser mulher ou ainda por estar grávida ou ter filhos. A discriminação sentida na sociedade em geral, no local de trabalho ou no acesso ao trabalho existe e tem consequências reais. Todas estas questões fazem parte da realidade da mulher, mais ainda quando se trata de mulheres migrantes, no entanto não foram abordadas. Ao longo de todo o meu estágio não vi qualquer referência a estes temas, no entanto estavam sempre presentes nas histórias de vida de cada mulher.

Esta reflexão leva-me a um questionamento acerca do verdadeiro impacto do meu trabalho realizado ao longo do estágio. Terei tido algum impacto na vida destas mulheres? No caso da Maria, através do meu apoio psicológico, penso ter contribuído para a criação de um clima de confiança e segurança, no qual a Maria se foi revelando, conhecendo e aceitando. O seu sofrimento no final das sessões era visivelmente menor. Ao longo do acompanhamento, foram muitos os questionamentos, as tomadas de consciência, sentimentos reveladores através de momentos de sorriso de choro e outros. No caso da Leonor com a realização da avaliação psicológica com utilidade sobretudo para a Instituição e não propriamente para a Leonor. No dia da devolução dos resultados, Leonor estava decidida em deixar a Instituição e tinha abdicado da guarda do filho. Embora a avaliação psicológica não tenha como objetivo outro que recolher dados acerca da forma de funcionar da pessoa (comportamentos cognitivos, emocionais, relacionais), questiono-me se a Instituição deveria ter optado por outra abordagem em relação a Leonor? Teria feito a diferença no seu percurso de vida?

Termino o estágio com muitas dúvidas, mas também com aprendizagens valiosas para o início de uma nova fase profissional. Não retiro a importância ao facto de ter contactado com pessoas de várias culturas com as suas especificidades, existindo da minha parte uma necessidade de adaptação constante. Se por um lado, a diversidade das atividades por mim realizadas ao longo do estágio por vezes me desviou dos objetivos do meu estágio no departamento de psicologia, por outro lado, permitiram que eu alcançasse um conjunto de conhecimentos diversificados em temáticas relacionadas com a gravidez e a parentalidade. Considero que os objetivos do estágio foram alcançados, consegui praticar os conhecimentos adquiridos ao longo dos meus cinco anos de estudo, assim como, adquirir novos conhecimentos que serão importantes para a minha futura prática profissional como psicóloga. Toda a minha atividade foi desenvolvida num espaço de aprendizagem dinâmica e

diversificada com a ajuda de vários profissionais da Instituição no meu processo de melhoria constante. A preocupação foi sempre a de explorar as experiências das mulheres tentando compreender melhor as características desta população, para que no futuro sejam desenvolvidas intervenções psicológicas individuais ou em grupo com maior eficácia.

## Referências Bibliográficas

Adolph, K. E., & Franchak, J. M. (2017). The development of motor behavior. *Wiley*

*Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*.

Ajuda de mãe (2016). *Historial Ajuda de mãe*

<http://www.ajudademaes.pt/quemsomos/historial>

Ajuda de mãe (2021). *30 anos de ajuda de mãe*. Pequenos nada.

Ajuda de Mãe (2022). *Relatório anual de atividades de 2021*.

[https://cotechclub.files.wordpress.com/2022/04/relatorio-atividades-2021-final.pdf?force\\_download=true](https://cotechclub.files.wordpress.com/2022/04/relatorio-atividades-2021-final.pdf?force_download=true)

Algarvio, S., & Leal, I. (2004). Preocupações parentais: validação de um instrumento de medida. *Psicologia, saúde e doenças*, (2), 145-158.

Alhabib, S., Nur, U., & Jones, R. (2010). Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of family violence*, 25, 369-382.

Alves, M. J. V., Manita, C., Caldas, I. M., Fernández-Martinez, E., Gomes da Silva, A., & Magalhães, T. (2019). Evolution and analysis of cultural and cognitive factors related with domestic violence against women. *Journal of interpersonal violence*, 34(3), 621-641.

American Psychiatric Association. (2017). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Climepsi Editora.

Autin, K. L., Herdt, M. E., Allan, B. A., Zhu, L., Abdullah, M., & Garcia, R. G. (2022).

Decent work among women workers: An intersectional approach. *Journal of Counseling Psychology*, 69(6), 775.

Barbosa, L., Machado, R., Pereira, J., Lima, A., Costa, S., & Folmer, V. (2019). Percepción de adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva: la escuela como espacio para la educación sexual. *Cultura de los Cuidados, Espanha*, (55), 25-34.

Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychological*, (52-I), 211-229.

- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-267.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The journal of early adolescence*, 11(1), 56-95.
- Baumrind, D. (2013). Authoritative parenting revisited: History and current status. In R. E. Larzelere, A. S. Morris, & A. W. Harrist (Eds.), *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development*, 11–34. <https://doi.org/10.1037/13948-002>
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Bowlby, J. & Ainsworth, M. D. S. (1965). *Childcare and the growth of love* (2nd ed.). Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Bowlby, J., & Ainsworth, M. (2013). The origins of attachment theory. *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*, 45(28), 759-775.
- Bradley, R. H., Caldwell, B. M., Rock, S. L., Hamrick, H. M., & Harris, P. (1988). Home observation for measurement of the environment: Development of a home inventory for use with families having children 6 to 10 years old. *Contemporary Educational Psychology*, 13(1), 58-71.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência: perspectivas teóricas. *Saúde reprodutiva, sexualidade e sociedade*, 2, 34-55.
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e educação*, 2, 39-49.

- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise psicológica*, 31(4), 393-406.
- Cardoso, J., Monteiro, L., Ferreira, B., Torres, N., dos Santos, A. J., & Veríssimo, M. (2013). *Relação entre os Estilos Parentais e Adaptação da Criança ao Pré-escolar*.
- Carmona, A. P. R., & Ramos, N. (2019). *Gravidez desejada na adolescência: determinante étnico-cultural ou sociocomportamental* [Congresso]. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales, 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209.
- Cruz, O., Abreu-Lima, I., Barros, S., Costa, P., & Pacheco, C. (2011). A Escala de avaliação do ambiente familiar: Comparação dos resultados observados com três versões da HOME. In *Actas do VIII congresso iberoamericano de avaliação/evaluación psicológica e XV conferência internacional avaliação psicológica: formas e contextos*.
- Dias, G. B., Pedroso, J. D. S., & Santos, A. C. S. L. (2015). Avaliação de desenvolvimento de bebês em acolhimento institucional com “Ages and Stages Questionnaires”. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 23(2), 1-7.
- Dormire, S. L., Gary, J. C., Norman, J. M., & Harvey, I. S. (2021). Insights into fear: A phenomenological study of Black mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11), 4490-4499.
- Durbin, D. L., Darling, N., Steinberg, L., & Brown, B. B. (1993). Parenting style and peer group membership among European-American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 3(1), 87-100.

- Evans, A. M., Hemmings, C., Ramsay-Seaner, K., & Barnett, J. (2021). Perceived racism and discrimination among people of color: An ethnographic content analysis. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 49(3), 152-164.
- Fernández, L. M., Cabaco, A. S., & Crespo, A. (2004). Factores ambientales y embarazo. Influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicologia e Educacao*, 2(2), 5-14.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, 22(3), 551-570.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil* [Tese de doutoramento]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal).
- Fischer, K. W., & Hencke, R. W. (1996). Infants' Construction of Actions in Context: Piaget's Contribution to Research on Early Development. *Psychological Science*, 7(4), 204–210. <http://www.jstor.org/stable/40062946>
- Gonçalves, M., & Matos, M. (2020). Prevalence of violence against immigrant women: A systematic review of the literature. *Journal of family violence*, 31, 697-710.
- Griffiths, R., & Huntley, M. (2007). Manual: Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (dos 0 aos 2 anos). CEGOC.
- Heck, I. A., Santhanagopalan, R., Cimpian, A., & Kinzler, K. D. (2021). Understanding the developmental roots of gender gaps in politics. *Psychological Inquiry*, 32(2), 53-71. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2021.1930741>
- Hipólito, J., & Nunes, O. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Edual-Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Irurita-Ballesteros, C., da Silva Falcão, D. V., de Fátima Rocinholi, L., & Landeira-

- Fernandez, J. (2019). Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. *Contextos Clínicos*, 12(2), 451–475. <https://b-on.ual.pt:2238/10.4013/ctc.2019.122.04>
- Krug, S. (1995). Manual CAQ – Questionário de Análise Clínica. Tea Ediciones, S.A.
- Bayle, F. (2016), A parentalidade, em Fim de Século (ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (2ªed., pp.317-346).
- Leal, I. (2026), Novas e velhas parentalidades, em Fim de Século (ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp.363-405).
- Laneiro, T., Hipólito, J., & Roriz, P. (2010). Psicodrama: raiz moreniana e centrado na pessoa. *Psique-Anais de Psicologia*, 181-198.
- Mays, V. M. (1995). Black women, work, stress, and perceived discrimination: the focused support group model as an intervention for stress reduction. *Cultural diversity and mental health*, 1(1), 53.
- McLeod, S. (2018). Jean Piaget's theory of cognitive development. *Simply Psychology*, 18(3), 1-9.
- Maness, S. B., Bhocchibhoya, S., & Cheney, M. (2023). Adolescent Pregnancy Prevention: How Cultural Components Play a Role in Programs Tailored for Minority Youth. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 16(1), 6. Manjarres-Posada, N. I., Benavides-
- Martins, A., Caroline Franco, E., & de Lourdes Caldana, M. (2015). Developing and Evaluation of a Website about Children's Language Development: Portal Dos Bebês - Desenvolvimento Da Linguagem. *Revista CEFAC*, 17(1), 159–168. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1590/1982-021620152614>

Noya, A., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico?. *Análise psicológica*, 3(XVI), 431-439.

Nunes, O., Brites, R., Hipólito, J. (2018). Psicologia centrada no cliente. Em Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (Ed.), *Psicoterapias* (1ª edição, pp.115-129).

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018, janeiro). *Orientações para as especialidades processo regular*.  
[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientaa\\_aoes\\_especialidades\\_psicologia\\_clainica\\_e\\_da\\_saaode\\_regular\\_.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientaa_aoes_especialidades_psicologia_clainica_e_da_saaode_regular_.pdf)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018, dezembro). *Europsy - Certificado Europeu de Psicologia*.  
[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc\\_tradua\\_aao\\_regulament\\_o\\_europsy\\_v\\_1\\_3.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_tradua_aao_regulament_o_europsy_v_1_3.pdf)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Recomendações acerca das Competências Necessárias para a Realizar Avaliação Neuropsicológica*.  
[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/recomendaa\\_aoes\\_do\\_conselho\\_de\\_especialidade\\_de\\_psicologia\\_clainica\\_recomendaa\\_aoes\\_acerca\\_das\\_competencias\\_necessarias\\_para\\_areali.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/recomendaa_aoes_do_conselho_de_especialidade_de_psicologia_clainica_recomendaa_aoes_acerca_das_competencias_necessarias_para_areali.pdf)

Palma, S. E. C., & Presado, M. H. C. V. (2019). Motivos que levam as mulheres a optarem por uma interrupção voluntária da gravidez: uma Scoping Review. *Pensar Enfermagem | Journal of Nursing*, 23(1), 41-57.

Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ªed.). Porto Alegre, BA: McGrawHill Artmed, 314-384

Pereira, K. R. G., Saccani, R., & Valentini, N. C. (2016). Cognição e ambiente são preditores do desenvolvimento motor de bebês ao longo do tempo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23, 59-67.

- Pires de Almeida, C., Sá, E., Cunha, F., & Pires, E. P. (2013). Violence during pregnancy and its effects on mother–baby relationship during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(4), 370-380.
- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (2001). *Raven: matrices progressivas: Escalas Color (CPM), General (SPM), Superior (APM) – Manual* (3ªedición). Tea Ediciones.
- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito locus de controlo. *Máthesis*, (9), 297-314.
- Ricou, M. (2014). *A ética e a deontologia na psicologia* (1). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Rogers, C. R. (1986). *Grupos de Encontro*. (6ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (2010). *Tornar-se pessoa* (2ªed.). Padrões Culturais Editora
- Rogers, Carl R. *Terapia centrada no cliente*. Edual-Editora da Universidade Autónoma de Lisboa, 2003.
- Ronald, Francis (2004). *Ética para psicólogos*. Instituto Piaget
- Sana, D. S., Rodrigues, J. R., & Patriarcha, T. F. (2017, julho 04-07). *A imigração das mulheres haitianas na região de Londrina: Reflexões sobre a divisão sexual do trabalho*. Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social, Londres. <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134267.pdf>
- Scherrer, I., & Alves, C. (2021). Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. *Journal of Human Growth and Development*, 31(1), 18-27.
- Sereno, S., Leal, I. P., & Maroco, J. (2012). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico no processo de decisão. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 1, 65-81.

- Silva B., V. V. B., da Costa Araújo, P., Neves, A. P. C. D., Sobrinho, W. D., dos Santos Lima, T. M., da Silva, M. E. S., & Oliveira, A. M. C. (2022). Depressão pós-parto: prevenção e tratamentos. *Research, Society and Development*, 11(7).
- Torres, R. A., Pérez Baleón, G. F., Urrutia Soto, M. T., Onofre-Rodríguez, D. J., Barbosa-Martínez, R. D. C., & Márquez-Vega, M. A. (2022). Effective Interventions to Prevent Repeat Pregnancies in Adolescents: A Systematic Review. *SAGE Open*, 12(4).
- United Nations, (2015). *Peace, dignity and equality on a healthy planet*.  
<https://www.un.org/en/global-issues/gender-equality>
- Wood, J. K., Assumpção, M. L., Tassinari, M. A., Japur, M., Serra, M., & Rosenthal, R. W. (1994). *Abordagem centrada na pessoa*. Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida/UFES.
- World Economic Forum. (2022, Julho). *Global Gender Gap Report 2022*.  
<https://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2022/>
- World Health Organization. (2023, Janeiro). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f882114523>
- Yang, P. (2021). Race, Gender, and Perceived Employment Discrimination. *Journal of Black Studies*, 52(5), 509–527.
- Zuzarte, M., & Calheiros, M. (2010). Programa de intervenção nas interacções pais-filhos “Desenvolver a Sorrir”–Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 28(3), 491-504.
- Walle, E., & Warlaumont, A. S. (2015). Infant Locomotion, the Language Environment, and Language Development: A Home Observation Study. In *CogSci*.

## **Anexos**

## **Anexo I – Trabalho realizado no estágio**

### **Primeira reunião de estágio em grupo**

Esta reunião tem a duração aproximada de três horas e tem como objetivo as estagiárias de psicologia conhecerem-se, conhecer o trabalho desenvolvido pela Instituição ao longo dos anos, definir horários e locais para a realização dos estágios. O grupo das estagiárias é composto por cinco estudantes de último ano de mestrado, duas da UAL, duas do ISPA, outra da UCL. É definido um plano rotativo de horas de estágio que deve ter pelo menos um bloco de quatro horas semanais na sede, podendo as restantes horas ocorrer em outro gabinete descentralizado. No meu caso, o meu plano semanal de estágio era composto por quatro horas no Gabinete fora de Lisboa e oito horas na sede em Lisboa.

No que diz respeito ao objetivo de conhecer o trabalho da Instituição, é proposto às estagiárias conhecerem presencialmente a Escola do A. com as valências de creche e pré-escolar assim como, uma Instituição de acolhimento, ambas no área metropolitana de Lisboa. Conhecer presencialmente as várias instalações permitiu-me contactar com as suas responsáveis e obter um relato na primeira pessoa acerca das especificidades de funcionamento e também as principais dificuldades.

Durante as primeiras deslocações à sede, foi-me solicitado que consultasse vários documentos da Instituição para conhecimento e esclarecer dúvidas (Manual do Colaborador, Manual com Instruções de Trabalho, Manual da Gravidez, Organograma Institucional e outros documentos de apoio à função de psicóloga que detalharei mais a frente). Esta tarefa foi desenvolvida ao longo de cerca de dezasseis horas. Confesso que ao longo destas horas, senti que o acolhimento na Instituição poderia ter sido realizado com um acompanhamento mais próximo por parte da orientadora e também mais inclusivo. Senti que pelo facto de todos os trabalhadores, estagiários e voluntários se encontravam absorvidos pelas suas tarefas, não houve oportunidade de perceber as responsabilidades de cada um, o que poderia ter sido útil para o acompanhamento psicológico das mulheres que realizei. As várias esferas da vida tocam-se e cruzam-se, por exemplo se uma mulher se encontra com dificuldades em integrar o mercado de trabalho, teria sido proveitoso ter sabido desde o início a quem recorrer. Esta dificuldade foi ultrapassada ao longo do estágio através da minha procura de respostas junto da minha orientadora inicialmente e numa fase posterior, recorrendo diretamente às pessoas responsáveis por diversos serviços.

### **Linha telefónica e canais digitais**

O atendimento de chamada telefónica com palavras padrão “nome Instituição, boa tarde, como posso ajudar?”, consiste no desenvolvimento de escuta ativa e aceitação sem julgamento do que é transmitido para poder facultar uma resposta. A resposta poderá não ser conhecida de imediato, pelo que requer uma pesquisa em fontes fidedignas e um contacto posterior. Outras respostas à emails ou contactos provenientes das redes sociais, para marcação de possíveis atendimentos presenciais ou remotos na área social e/ou psicológica. Durante quatro horas por semana encontrava-me alocada ao atendimento telefónico e resposta ao correio eletrónico ou digital. De forma a poder ajudar quem nos contactasse, tive necessidade de aprofundar os meus conhecimentos nestas áreas, para tal as formações as quais assisti foram fundamentais, a consulta de toda a documentação existente na Instituição e o esclarecimento de dúvidas por parte dos vários trabalhadores por mim colocadas. Para a função de psicóloga, é importante sentir e perceber como os pedidos chegam à Instituição. Foi-me por várias vezes, possível contactar com um nível de desespero, frustração e tristeza para os quais, a minha capacidade de escuta, empatia e foco no transmitido foram essenciais para num primeiro momento a pessoa de sentir e ouvida. Numa tentativa de conseguir dar algum conforto a utente, ouvi-la com atenção, perceber a sua necessidade e conseguir dar uma resposta o mais eficaz possível ao seu pedido eram as minhas prioridades.

### **Tarefas administrativas e registo informático**

O recurso a documentos informáticos partilhados para complementar a informação manual ou da plataforma. A Instituição apresenta várias valências e toda a atividade tem um registo administrativo e/ou informático. No que diz respeito ao serviço de psicologia, no decorrer do meu estágio, transitou-se do registo manual da atividade para o registo em plataforma informática: registo do rastreio psicológico, projeto terapêutico, vários acompanhamentos, fecho do processo. Esta transição implicou não só um registo informático numa única plataforma dos novos processos, como também uma atualização dos processos já existentes. O atendimento telefónico e a gestão do correio eletrónico também implicaram várias tarefas de registo dos vários contactos e respetivos agendamentos de atendimentos com assistente social e/ou com psicóloga.

## **Anexo II - Transcrições e resumos das sessões de acompanhamento psicológico do caso Maria.**

“M” - Maria

“E” – Estagiária

### **Resumo e transcrição Sessão # 1 – 8 de fevereiro**

Transcrição:

Maria chega acompanhada da técnica social, sem sessão agendada. Encontra-se muito fragilizada.

E: Bom dia. Vamos sentar e podemos falar do que quiser. Tudo o que falarmos aqui não sai desta sala. É totalmente confidencial.

Começa com a narrativa acerca de ter engravidado e não ter conseguido evitar

M: Conhecemo-nos numa festa. Fui tão estúpida....e nem conheço o nome dele (abana a cabeça e suspira)

E: Sente que o deveria ter conhecido melhor antes de se envolver mais intimamente com ele e que por isso sente que foi enganada.

M: Sim, ele disse que pôs preservativo, eu acreditei. Estou grávida e ele não acredita que seja dele.

E: Parece magoada com o facto de ele não acreditar em si.

M: Sim, dói e eu nem vi se ele pôs o preservativo

E: para além de estar magoada, acha que deveria ter tido mais cuidado e ter verificado se ele tinha posto preservativo.

M: Sim .... Eu já estou a ouvir a minha mãe a dizer que não quer que lhe aconteça o mesmo que lhe aconteceu a ela

E: Que foi o quê?

M: Engravidou aos 16 anos de mim e estava sempre a avisar-me

E: Sente que falhou aos olhos da sua mãe?

M: Sim, sou mesmo estúpida...

E: Tem falado com a sua mãe? Ela sabe que está grávida?

M: Sim, falo. Sou sempre eu a ligar. Ela sabe, mas não fala sobre isso (suspiros). Preciso ir embora, tenho de ir ter com a minha avó.

E: Vamos então ficar por aqui hoje. Falamos na próxima semana durante cerca de uma hora, pode ser?

M: Sim, eu venho cá ter consigo.

E: Até para a semana!

### **Resumo Sessão #2 - 15 de fevereiro (entrevista clínica)**

Através de uma entrevista clínica semiestruturada, as sessões 2 e 3 têm como objetivo recolher informação acerca da história de vida de M, assim como realizar o rastreio psicológico, procedimento da Instituição.

Está em Portugal desde 27/3/2019, veio da Guiné-Bissau, para estudar mas não consegue. Fica a viver com a tia (amiga da mãe). Começa a trabalhar e a tia controla todo o seu rendimento financeiro. Maria decide alterar conta bancária, é colocada fora de casa. Vai viver para a casa de uma amiga. Refere que a mãe tinha engravidado aos 16 anos e não queria que acontecesse o mesmo a filha. Quando sabe que a filha engravidou, reage mal. Atualmente a mãe praticamente não fala com ela.

### **História familiar**

Gravidez da mãe: engravidou com 16 anos, sabe que não foi planeada, o pai não assumiu, dizia que era muito novo. Teve a bebé em casa com a ajuda de amigas, uma delas era enfermeira. Só depois de nascer, foi para o hospital.

Quando a mãe engravida, Maria fica com a avó. A mãe casa aos 19 anos com outro homem, não o seu pai. Maria vive com a avó até aos 13 anos. Nessa idade, vai viver com a tia para a cidade. Tem uma boa relação com a avó (era vendedora de peixe). A relação com a mãe existia mas estava mais próxima da avó. “a mãe ia lá, ela é um pouco complicada, mas eu gosto dela” [sic]. Relativamente à história da mãe, disseram-lhe que o namorado não quis assumir, foi forçado “eu não gosto de ouvir só uma parte” [sic]. Não quer falar com o pai sobre isto. Não tem relação com o pai. Tem 3 irmãs, com 18, 10 e 6 anos (idades aproximadas). Tem boa relação com a irmã mais velha.

## **Percurso escolar**

No que diz respeito ao percurso escolar, entra para a creche com um ano. Durante o 1º ciclo ainda na casa da avó, fugia da escola para ir dormir e depois voltava. Tem muita dificuldade em realizar tarefas de manhã cedo. A mãe valoriza e preocupa-se muito com os estudos. Depois da escola primária, vai para outra escola a 15 minutos a pé de casa (5º e 6º anos). Entre o 7º e 9º ano vai para a capital, para uma escola privada. Nos 10º e 11º anos, vai para a escola pública. A relação com os pares foi sempre boa. A educação é muito importante para a mãe “o conhecimento nunca nos abandona” [sic].

**Acontecimento na primeira infância:** não tem recordações, nem se lembra de nada em específico. Nunca viveu com o pai. A avó arranhou um marido para a mãe, o seu padrasto acabou por ser o seu pai.

**Acontecimentos importantes dos 6 aos 10 anos:** morte do padrasto quando tinha cerca de 10 anos. A mãe volta a casar com outro homem que tem 6 mulheres. Viviam todos juntos na mesma casa. “Aquela casa era uma confusão, dizia-o à minha mãe quando lá ia” [sic]. Nunca teve boa relação com o marido da mãe. A minha mãe dizia: “Não posso deixar as minhas filhas sem pai...eu não sei como é possível” “Porque as pessoas dizem que não podem deixar os filhos sem pai?...Isto não é ser feliz” [sic].

**Acontecimentos importantes dos 12 aos 18 anos:** a partir do 10º ano, vai para a escola pública por razões financeiras para outra cidade.

## **Saúde**

Não teve problemas de saúde na infância, “estava sempre bem disposta” [sic]. Tinha dor de cabeça e inchaço corporal (por ingestão de sal). Desde que engravidou, deixou de ter dores de cabeça.

## **Situação atual**

A gravidez é fruto de um encontro único, não conhece bem o pai da filha. Pai não quer assumir a paternidade. Atualmente não tem nenhuma relação nem contacto com o pai da filha.

Até engravidar trabalhava numa empresa de eventos, na restauração. Quer encontrar creche para a bebé para poder trabalhar assim que possível. Existe a possibilidade de voltar a trabalhar para a mesma empresa, mantém uma boa relação com a entidade patronal. “A minha patroa está sempre a ligar-me para saber como estou” [sic].

### **Resumo da Sessão #3 - 22 de fevereiro (continuação entrevista clínica)**

Está bem-disposta, sempre com máscara, não quer tirar o casaco apesar de estar calor na sala. Tem sempre o capuz na cabeça, olha nos olhos mas também desvia muito o olhar. Quando fala da mãe, tem um riso um pouco nervoso. Relação com o pai é inexistente aliás, com toda a família do lado do pai.

#### **Doenças na família**

Não há histórico de doenças, só se recorda que o avô materno morreu “com ataque de soluços”: levantou-se de repente, teve um ataque e morreu. A bisavó morreu quando tinha cerca de 18 anos, mesmo antes de vir para Portugal, já era bastante idosa. Morreu de velhice, já com alguns problemas de memória, não reconhecia as pessoas, repetia muitas vezes as mesmas coisas. Não lhe foi diagnosticada nenhuma demência. A morte da bisavó foi marcante porque toda a família pensava que ninguém iria chorar, mas afinal foi duro e todos sentiram muito. “Uma pessoa velha faz falta em casa” [sic]. Maria recorda as palavras da mãe.

Relação com a avó com quem vive: não a considera saudável “Não a quero a ir comigo para o hospital”  
Resposta: “parece que não se sente muito tranquila com a sua avó”...”Não gosto porque ela conta tudo a toda a gente e não fala diretamente comigo”...”Já lhe disse para falar diretamente comigo”.

#### **Religião**

A família é maioritariamente muçulmana embora, muitos elementos não respeitem o Ramadão. Maria respeita o Ramadão e todos os anos o faz, embora Maria considere que a mãe tenha as suas dúvidas que ela o faz desde que está em Portugal. A minha mãe disse-me “quando estiveres em Portugal, tudo vai mudar” [sic]. “Ela não acredita em mim” [sic]. A religião é também muito importante para a mãe. A minha mãe diz que “o mês do Ramadão é o mês do abono...diz que as pessoas parecem ser boas mas depois volta tudo ao normal [sic]. Maria afirma que este ano não vai fazer Ramadão, grávidas e pessoas doentes não são obrigadas a fazê-lo.

No final da sessão, Maria manifestou que as sessões de psicologia têm lhe feito bem, sente-se melhor “estas conversas têm-me feito bem, estou melhor. Falo de coisas que só guardava para mim” [sic] “até a minha irmã já notou quando falo com ela ao telefone. Ela diz que falo mais, não estou à espera que ela fale” [sic].

#### **Resumo de Sessão # 4 – 8 de março**

Está bem disposta, chega a horas. Tem sempre a máscara. Diz que tem consulta dia 15 de março no Centro de Saúde. Tem uma lágrima a correr quando se lembra da primeira vez que falamos e se recorda da reação da mãe e da culpa que sentiu. Parece que voltou o sentimento de culpa sobretudo quando fala da mãe “falei com a minha mãe a semana passada, liguei para ela” [sic] “Tenho medo que ela não atenda...Foi uma conversa rápida, parece que está sempre a despachar-me. Antes falávamos mais, antes da gravidez” [sic] “Agora é tudo a correr” [sic] “Tenho notícias mais pela minha irmã...é ela que me diz como está a minha mãe” [sic]. Diz ter muito boa relação com a irmã mais velha, inclusivamente está a pensar vir para Portugal para estudar. A mãe está a ajudar nas burocracias.

Falou com uma amiga que viu o pai e diz que não tem nenhuma relação com o pai “Não quero saber dele, nem me lembro que tenho pai” [sic].

Nesta sessão, também aborda o trabalho. Diz que há um antes e um depois na vida dela, quando estava a trabalhar (até 7 meses de gravidez) nem parecia que estava grávida, nem pensava nisso “ela nem se mexia” [sic]. “Quando deixei de trabalhar e vim para aqui, parece que sinto que estou grávida e a bebé também começou a mexer mais” [sic].

Diz que iniciou as aulas de preparação para o parto e que tem ajudado muito. Coloca dúvidas e são esclarecidas. Mencionou o medo do parto. A sessão termina quando menciono que no momento do parto estará num sítio com profissionais que ajudam e sabem o que fazem. Sinto-a mais tranquila. Agendamento a próxima sessão..

#### **Transcrição sessão #5 – 21 de março**

Chega a horas. Continua com a máscara. Está vestida com calça e blusa de manga curta com padrões africanos. Parece muito feliz. A barriga cresceu muito. Apesar de estar com máscara, percebe-se que está com um sorriso no rosto.

E: Bom dia! Parece estar muito bem disposta hoje!

M: Sim, já estou com 37 semanas. A partir de agora, pode nascer a qualquer momento. (Noto felicidade mas também preocupação)

E: Parece feliz e preocupada ao mesmo tempo.

M: Deveria ter tido consulta na semana passada e não tive, estavam de greve, vou esperar até sexta-feira, se não me ligarem, eu ligo para eles.

E: tem se sentido bem?

M: Tenho algumas dores na barriga. Tenho dores na parte de cima da barriga, está mais dura e em baixo está mais mole. A médica disse que estava tudo bem.

E: com esta informação da médica fica mais tranquila?

M: Sim, mas acho que deveria ter uma consulta na mesma. (Sinto que a tranquiliza mas não totalmente).

E: Tem tido contacto com o pai da criança?

M: Sim e descobri o verdadeiro nome dele. Falei com um amigo dele que estava na festa e disse-me que o nome dele era...descobri que tem o mesmo nome que o meu o pai.

E: É como se estivesse a reviver a história de sua mãe?

M: Sim, que azar o meu. Falei com a minha mãe e ela disse que esse homem não presta.

E: É também isso que acha, que ele não presta e será por causa do nome?

M: ...por causa de tudo (suspiros) O importante agora é que está quase a nascer (sorriso).

E: Como se está a sentir com a aproximação do parto?

M: Estou normal, antes estava sempre a pensar nisso, mas agora estou normal.

E: Está mais informada sobre aquilo que vai acontecer e parece estar mais tranquila.

M: Isto tudo me fez muito bem, eu estar aqui faz-me muito bem. Eu falo consigo e deito tudo para fora, sinto-me muito bem. Eu agora já falo do meu bebé, já ponho no Instagram, não escondo nada.

E: Parece que retirou um peso de cima de si e que agora fala abertamente sobre a sua gravidez, já não se importa com a opinião dos outros.

M: Sim, estou muito melhor...lembro-me da nossa primeira conversa” (risos)

E: parece que agora a gravidez faz parte da sua vida e já a aceitou e está feliz.

M: Sim, mesmo se a minha mãe também engravidou aos 16 anos (não esquece) e o meu pai não me assumiu. Tive um padrasto e gostei muito dele, morreu quando eu tinha 10 anos.

E: Apesar de não ter tido o seu pai na sua vida, teve outra pessoa com quem foi feliz...

M: Sim mas quando morreu, a minha mãe casou com outro homem que tinha seis mulheres. Aquela casa era uma confusão! (risos e suspiros)...Dizia-o a minha mãe quando estava lá, era tudo uma confusão. A minha mãe dizia que não podia deixar os filhos sem pai....eu não sei como é possível ...porque as pessoas dizem que não podem deixar os filhos sem pai? Isto não é ser feliz”.

E: Parece que a felicidade para si não tem obrigatoriamente que passar por um pai para os filhos...

M: Eu tenho de estar bem com a minha filha, só isso...ela tem de nascer e estar tudo bem...por isso é que não quero a minha avó na maternidade comigo. Ela só faz confusão (risos e nervosismo). Não gosto porque ela conta tudo a toda a gente e não fala diretamente comigo. Já lhe disse para falar diretamente comigo.

E: Não quer a sua avó vá consigo porque não lhe traz paz...já sabe com quem irá para a maternidade?

M: Sim, tenho um amigo e já tenho tudo planeado. Ele leva-me as coisas, tenho o saco quase pronto.

E: Estamos a terminar. Falamos para a semana caso a bebé ainda não tenha nascido? Mando mensagem na véspera, pode ser? Se entretanto, houver novidades, diz-me, pode ser?

M: Sim, está combinado. Até para a semana!

A próxima consulta não ficou marcada porque está a aproximar-se o dia do parto. Irei contactar durante a semana.

### **Resumo da Sessão #6 - 29 de março**

Maria continua com máscara facial. Está vestida com tee-shirt, calções e chinelos. Está bem disposta embora com ar mais cansado. Queixa-se das dores na barriga e nas costas. A barriga está visivelmente maior. Após questionar se já teve consulta, afirma que ainda não, ainda não foi chamada e que irá ao centro de saúde amanhã. Questiono como correu a semana, afirma que correu bem. Recebeu a visita de dois tios (irmãos da mãe) provenientes da Guiné-Bissau, chegaram na sexta. Foi uma surpresa quando chegaram, não sabiam que Maria estava grávida. Referiu frases dos tios: “O que é isto?...Quem te fez isto, vou matá-lo”[sic]. Não sabiam que Maria estava grávida. “A minha mãe não lhes disse nada e fiquei a saber que a minha mãe não diz nada à ninguém sobre a minha gravidez” [sic]. “Eu já tinha percebido ao telefone, ela despachava-me, quando tem gente ao pé dela” [sic] “Se estiver sozinha, pergunta se a barriga cresceu muito” [sic]. Maria afirma ter consciência que a mãe não fala da sua gravidez com ninguém. “Mas está tudo bem, até tenho uma mensagem dela no telemóvel e ainda não vi...prefiro ver quando estiver com tempo e sozinha” [sic]. Sinto que neste momento Maria não quer falar mais da mãe. Pergunto se os tios vêm para ficar, Maria diz que sim mas, um vem estudar para

Santarém e outro para o Porto. Diz que estão em Lisboa de passagem. Pergunto se tem estado com os amigos e se tem continuado com as caminhadas. “Fiz uma caminhada com uma antiga colega de trabalho, saí por volta das cinco de casa e só voltei por volta das dez da noite, tive que voltar de Uber...doíam-me muito as costas” [sic]. Também fala da relação com a melhor amiga A. Recorda-se da relação dela com a A. há uns meses “Quando ela vinha cá, nunca queria sair comigo e os meus amigos à noite mas, em Aveiro ela sai sempre com os seus amigos” [sic]. Relata um episódio decorrido no chá de bebês, “A. veio cá mas não me ofereceu nada...eu não quis abrir as prendas porque ela não me tinha oferecido nada, toda a gente estava a pedir para abrir mas, eu não quis para ela não se sentir mal” [sic]. Afirmo que acaba por abrir todas as prendas quando já não estava ninguém. Afirmo: “para si é importante o que faz e o impacto do que faz nos sentimentos da sua amiga” [sic] “Sim, muito...a nossa relação tem altos e baixos...eu é que tenho sempre de voltar atrás, parece uma relação de marido e mulher que nunca vai acabar”[sic]. Digo: “apesar de sentir que a sua amiga não se importa muito consigo, Maria continua a ser amiga dela e a gostar dela” ...Maria responde: “Sim, o que vou fazer?” [sic] “Também me mandou umas fotografias da casa onde mora com loiça por lavar e a máquina da roupa suja, diz que foi a rapariga que mora com ela que lhe mandou para chamar a atenção porque deixa tudo sujo antes de sair de casa [sic].” “Eu disse-lhe: está sujo ou não está sujo? Então o que queres fazer?...Se não limpas, fala com a rapariga que tiveste que sair muito à pressa de casa e não tiveste tempo...Ela tem razão” [sic]. Diz que a amiga quer mudar de casa e de cidade, ir para o Porto, diz que não está feliz. Maria dá-lhe a sua opinião: “Tens casa e trabalho no Porto?” [sic] Ao que a amiga responde que não. “Então vais deixar tudo sem saber?” [sic] Maria acaba por dizer que o problema está nela, se mudar de casa, não vai resolver nada. Maria acaba por afirmar “acho que ela está diferente, ou será que sou eu que eu estou diferente?...Não sei...” [sic] “Eu sei que exagerei muito no verão passado, e agora é este o resultado” [sic]. “No verão passado, saía todos os fins de semana, não estava nunca em casa...Trabalhava de segunda à sábado, pedi à minha patroa para não trabalhar ao sábado, para descansar mais...estava sempre com amigos e saíamos à noite...Eu exagerei, eu exagerei muito” [sic].

Acaba por se lembrar do início da sua gravidez “logo no início da minha gravidez, quando soube que estava grávida de três meses, foi duro...começou-me a doer a barriga e não sabia porquê. Fui ao médico no centro de saúde, ele deu-me um papel para levar à clínica para fazer um aborto...eu esqueci-me de o levar ...estava destinado ela nascer” [sic].

Parece que ao lembrar e relatar o passado, dá sinais de aceitar melhor o presente. Termina a sessão com: “A minha avó não percebe o que venho fazer aqui e diz: não sei o que fazes lá, eu digo-lhe, vou falar e gosto de falar consigo. Fico bem” [sic].

Termino a sessão com a despedida e agendamento de sessão para a próxima semana e confirmação na véspera por mensagem.

### **Transcrição Sessão #7 – 5 de abril**

Está de calções e T-shirt, com chinelos, cabelo apanhado. Continua com máscara. Vou sempre buscá-la a sala. Apesar de ter a barriga muito grande continua com muita agilidade.

E: Bom dia! Então A. está bem onde está e não quer sair?

M: Sim, está muito bem, não quer mesmo! (M senta-se e tem as pernas muito esticadas, mãos na barriga).

E: Chegou a ir ao centro de saúde? Teve consulta?

M: Fui mas não tive consulta, disseram-me que tinha de esperar, ir para a casa e esperar.

E: Foi e ainda não lhe disseram nada?

M: Não, mas está tudo bem. Ela mexe-se muito e está tudo bem. A barriga não doi...

E: Como foi a sua semana? O que fez para a barriga deixar de doer?

M: Estou a caminhar, acho que é das caminhadas. Vou caminhar com o meu amigo no jardim, vou e volto várias vezes, o meu amigo vem comigo.

E: Todos os dias?

M: Sim, faz-me bem.

M: Falou com a sua mãe?

M: Sim, ligou ontem e perguntou se estava bem, se estava a sentir-me bem (encolhe os ombros e revira os olhos) Sinto que não quer continuar a falar da conversa com a mãe e mudo de tema.

E: Continua com o mesmo plano para quando A. nascer? Vai ligar para o seu amigo?

M: Sim, quando começar com dores, ligo para o 112, só depois de estar no hospital, depois de ela nascer, ligo para o meu amigo para me levar o saco. Espero que seja de noite para a minha avó não estar em casa.

E: Não quer que a sua avó saiba do momento do parto, sente-se mais tranquila se ela não for consigo.

M: Ela fala muito, vai dizer que é ela que tem estado a cuidar de mim, que eu não tenho mais ninguém...

E: Parece que só de pensar na possibilidade de ter a companhia da sua avó, a deixa inquieta...

M: Ela fala muito e enerva-me. Ainda esta semana estava a dizer-me que ia comigo e eu disse-lhe que não, mas ela não acredita. Espero que seja de noite quando ela não está, está a cuidar de uma senhora e dorme lá. Cada vez que eu saio, ela pergunta se vai nascer (risos) Ainda hoje quando vim para aqui, ela perguntou se ia para o hospital (mais risos). Ela vai dizer a toda a gente que está a tratar de mim, e é mentira. Eu trato de mim, eu faço tudo. Quero estar sozinha no hospital, assim se gritar, ninguém sabe (risos).

E: Sente-se mais tranquila sozinha. Vai avisar o pai quando já tiver nascido?

M: Nem me lembro dele, não me tenho lembrado (risos), mas sim vou lhe ligar para fazer o registo e depois pode ir onde quiser.

E: É importante para si que o pai registe A., depois é-lhe indiferente se ele quiser fazer parte da vida dela ou não...

M: Não precisa, eu viro-me, nem preciso do dinheiro dele (tom de voz normal, sem agressividade nem ressentimento, bastante tranquila). Não preciso de ninguém. Estou sempre a dizer aos meus tios lá em casa para limpar. Com o meu tio mais novo é mais fácil porque ele na Guiné ele morava na cidade tinha casa de banho, o mais velho é mais difícil, não está habituado, vivia no campo. Lá no campo, faz-se tudo na rua. Agora já estão melhores.

E: Parece que o seu esforço está a dar frutos...

M: Sim, assim se forem para outras casas vão saber limpar. Agora estão habituados a que eu faça tudo...quando A. nascer, eu vou estar no meu quarto com ela, e vai mudar tudo...vou tratar dela.

E: Quando ela nascer, vai-se dedicar totalmente a ela e vai deixar de ter tempo para cozinhar para todos, limpar tudo...

M: A. vai ser mais importante, não vou ter tempo e já disse lá em casa...

E: Chegou a nossa hora, vamos apontar para a próxima quarta-feira mas, falamos por mensagem porque A. pode nascer a qualquer momento...

M: Sim, pode ser.

E: Até a próxima e se quiser pode me avisar se a A. nascer entretanto.

M: Aviso, sim. Bom dia!

No final da sessão, Maria menciona que verificou que a data prevista para o parto afinal não é dia 4 mas sim, dia 9 de abril de 2023.

Troca de mensagens no domingo 9/4, está no hospital, deslocou-se de livre vontade e ficou internada. A. nasce dia 10/4. Troca de mensagens toda a semana, está tudo a correr bem. O amigo já lhe foi levar o saco e sai no dia 14/4. A sessão de dia 3 de maio é combinada por mensagem.

### **Transcrição Sessão #8 – 3 de maio**

É a primeira sessão após o parto é também a primeira vez que vejo Maria sem máscara. Como habitualmente, vou buscá-la à sala de espera e tive dificuldade em reconhecê-la. Tinha avisado que iria chegar um pouco mais tarde porque A. não dormiu durante a noite devido as cólicas. Está bem-disposta, sorridente, voltou a colocar as tranças compridas. Está com a A. no carrinho que lhe foi dado por uma amiga. A. dorme praticamente toda a sessão.

E – Já não falamos há muito tempo, como foram estas últimas semanas para si? Não sei se se recorda, mas a última vez que falámos foi na quarta-feira antes do nascimento da A.

M – Foram uns dias difíceis mas consegui e a A. está cá e está bem. Fui para o hospital no domingo com uma amiga e fiquei lá.

E – Foi para o hospital e foi uma surpresa para si quando lhe disseram que tinha de lá ficar, não estava à espera...

M – Pois...acho que as águas rebentaram, até pensava que estava a fazer chichi, mas disseram-me que eu tinha de ficar, já não podia ir para a casa.

E – Pensava que ia e voltava e afinal acabou por ficar cerca de uma semana...como correram as coisas no hospital? Foi aquilo que tinha pensado?

M – Eu não tinha pensado nada, só queria que ela nascesse bem e está tudo bem, é o mais importante. Sofri muito com as dores, decidiram que tinha de fazer cesariana. Estava com epidural, eu vi tudo. Uma amiga minha tinha-me dito para não levar epidural, mas eu não aguentei e pedi epidural...depois só doeu um pouco na barriga em baixo, já passou...acabei por fazer cesariana, não deu a volta.

E – Apesar de ter sofrido muito, hoje sente-se recompensada e parece-lhe que valeu a pena.

M – Sim...e está tudo bem.

E – Como tem sido a sua rotina nestas últimas semanas?

M – Eu durmo quando ela dorme, faço tudo quando ela quer...a minha avó mudou muito, diz que pode tomar conta dela, mas eu não quero...diz que posso sair que toma conta dela, mas eu não confio.

E – De alguma forma, parece que a sua avó passou a preocupar-se mais consigo e que quer ajudar, mas não se sente confortável em deixar a A. com ela, pelo menos não agora.

M – Sim, eu tomo conta da A....ela pergunta muitas vezes o que faço aqui consigo...eu respondo que não conhece a Dra. e tem de conhecer...eu estava muito mal quando vim para cá. Foi bom desabafar.

E – Parece que estes dias também têm servido para se lembrar do início da sua gravidez e como está agora, como se sentia antes e como se sente agora, parece que o esforço valeu a pena.

M – Sim, eu nem quero acreditar ...lá no hospital conheci mulheres com quem fiz amizade e passaram pelo mesmo que eu, também queriam abortar...

E – Sentiu algum conforto quando conversou com elas e percebeu que não era a única a passar por isto...

M – Sim, estava tão mal. Agora quero trabalhar...não sei se vou ficar quatro meses em casa. Para a semana, vou visitar a minha patroa e os colegas no trabalho. Estão sempre a mandar vídeos e dizem que têm muitas coisinhas para a A.

E – Parece que tem o seu lugar à sua espera...

M – Sim e também mudei o nome da A., tinha pensado em A....e ficou A. Inês (sorriso) Inês é o nome da minha patroa. Ainda não lhe disse, quando ela souber...

E – É uma homenagem que lhe faz como forma de agradecimento por nunca se ter esquecido de si e ajudado muito.

M – Sim, ela ajuda muito e continua a ajudar ...é uma família.

E – Vejo que o trabalho não parece ser um problema.... Tem falado com a sua mãe?

M – Sim, falo....ela pergunta como está a A. A minha mãe quer que eu mande A. para a Guiné mas, eu não quero. Só vai se eu também for, não é para viver lá. Daqui por uns anos quando for mais velha, vamos lá ver a família.

E – Tem uma ligação muito forte com a sua filha, não está preparada para ela ficar na Guiné sem si.

M – Sim, é a minha filha, vai ficar comigo.

E – Relativamente às questões mais práticas, chegou a registar a A. com o nome do pai antes de sair do hospital?

M – Sim, ele foi lá para registar...agora está sempre a ligar-me. Quando estava grávida, não queria saber, agora que está a viver em Inglaterra, está sempre a mandar mensagens e ajuda com as despesas.

E – Parece estar mais preocupado consigo e com a A.

M – Sim...talvez.

E – A sua vida parece estar a organizar-se.

M – Sim, também estou a passar tudo do centro de saúde de Q. para o centro de saúde da A., vou também tratar do abono de família. Amanhã também tenho a marcação no SEF, vou com a minha amiga que me vai ajudar.

E – Está na nossa hora, vamos terminar por aqui. Podemos voltar a falar para a semana? Quarta-feira às 11:00?

M – Sim, claro. Muito obrigada e até para a semana!

E – Até para a semana!

A sessão de dia 10 de maio não aconteceu. Maria avisou na véspera que teria um agendamento na Embaixada e por isso não poderia comparecer. A sessão foi reagendada para a próxima semana. Tinha planeado falar com Maria acerca do aproximar do fim das nossas sessões, o que já não aconteceu.

### **Transcrição Sessão #9 – 18 de maio – Sessão remota**

Esta sessão seria inicialmente presencial, mas por falta de disponibilidade de espaço, passou para a modalidade remota. Foi a única sessão *online*.

Maria está a hora combinada online para a realização da consulta, está a cozinhar e parece não estar sozinha. Pergunto-lhe e de facto, não está. Tenho cuidado nos temas abordados, por saber que não se encontra num espaço com a privacidade necessária.

E – Olá Maria quero começar por pedir desculpa por ontem ter avisado tão em cima da hora, mas só soube que não iríamos ter sítio no próprio dia.

M – Não há problema, está tudo bem.

E – Gostava de saber como correu a sua semana e como está a A.

M – Está bem, fomos ontem ao centro de saúde e ela está com muitas cólicas, estava com a barriga muito grande. Deram-lhe uma coisa e passou o dia com gases.

E – Disseram-lhe porquê que a A. estava com cólicas e qual poderia ser a razão?

M – Tenho que parar de beber coca cola, não bebi durante a gravidez e agora queria voltar a beber...também tenho que parar de comer ervilhas, eu gosto muito de ervilhas.

E – Tem de vigiar o que come porque o que come, a A. também come.

M – Também vai levar a vacina em junho, não é obrigatória. Tenho de comprar a vacina na farmácia. Não sei mas, acho que vou comprar.

E– Ainda não sabe se vai comprar a vacina, ainda está indecisa. Não tomou a decisão.

M – Sim mas acho que vou comprar.

E– Já foi visitar os seus antigos colegas de trabalho?

M – Não, ainda não consegui porque tive que tratar do meu título de residência e não tive tempo.

E – Ainda não conseguiu ver a sua patroa?

M – Ela mandou-me mensagem e diz que vai por alguém para me substituir até agosto. Ela acha que vou voltar em agosto mas não sei se vou...é muito cedo.

E – Durante a gravidez tinha a certeza que queria voltar a trabalhar rapidamente mas agora já não tem a certeza. Esta na dúvida.

M – A. acordou

E – Agora que A. acordou e também já percebi que não está sozinha para falar a vontade, vou deixá-la e voltamos a falar na quarta-feira às 11:00, pode ser?

P – Sim, claro.

E – Até quarta!

P – Até quarta!

Nesta sessão informei que o meu estágio está na fase final e que as nossas sessões deverão terminar em breve, mas que se assim o entender poderá continuar a ser acompanhada por outra psicóloga da Instituição. Maria afirma que não quer outra psicóloga. Reforço que voltaremos a abordar este tema e que precisava de a informar.

A sessão de dia 24 de maio foi desmarcada por mim no próprio dia por razões de saúde.

### **Transcrição Sessão #10 - 31 de Maio**

Maria está com a A., bem-disposta e chega a hora marcada.

E – Bom dia, como está? Começo por pedir desculpa novamente por ter desmarcado a nossa última sessão no próprio dia, mas não me estava a sentir bem.

M – Bom dia, está tudo bem.

E – Como correram as duas últimas semanas?

M – Correram bem... correram bem. A. está bem, come e dorme...estive com muitas cólicas, comprei um medicamento e já está melhor.

E – Tem sido uma fase de adaptação, parece que não tem sido fácil, mas de alguma maneira tem conseguido lidar com todas as novidades.

M – Sim, é verdade...também estive no meu antigo trabalho (sorri e parece muito feliz). Foi uma festa, estive lá na segunda-feira. A minha patroa tinha lá toda a gente, foi muito bom. Queria fazer uma surpresa, mas não consegui porque já não conheço o segurança.

E – Conseguiu finalmente ir ao seu antigo trabalho e ver a sua patroa e os seus colegas. Parece que foi um bom momento onde matou as suas saudades e todos já conheceram a A.

M – Sim, foi muito bom. A minha patroa não deixava ninguém pegar na A., era só ela. A. dormiu ao colo dela.

E – Foi bom para si ver os seus colegas e a sua patroa que finalmente conheceram a A.

M – Sim, e ela foi me mostrar o trabalho da pessoa que me substitui, ela quer que eu volte rapidamente porque diz que não faz o trabalho como eu. É muito trabalho só para uma pessoa. Eu tenho planos quando trabalho, eu planeio e faço tudo. Eu levo o trabalho a sério.

E – Não só gosta de trabalhar, como tem objetivos e consegue cumpri-los.

M – Sim, eu gosto de trabalhar bem e de ter o meu dinheiro. Não gosto de pedir. Eu já ouvi muitos homens a dizer “ela está sempre a pedir dinheiro” Eu não quero ser assim. Até nos meus namoros, eu gosto de pagar a minha parte nos jantares.

E – É importante para si ter a sua independência financeira e não pedir nada a ninguém. É um ponto de honra para si.

M – Sim, a minha mãe sempre disse que eu não preciso de nenhum homem para me pagar as contas, até mesmo agora com a A....quero voltar a trabalhar, não sei se aos quatro meses se aos seis meses porque ela é muito pequenina e tenho de arranjar uma creche. A minha patroa diz que vai inscrevê-la na creche ao pé do trabalho porque assim é mais fácil, vou de manhã com ela, A. fica na creche e eu vou trabalhar.

E – A sua patroa preocupa-se muito consigo e esta ajuda com a creche vai tornar-lhe o quotidiano mais fácil.

M – Sim, é verdade, mas não sei se vou viver para o Algarve. Eu já lá vivi e trabalhei e é muito mais calmo do que aqui. A minha patroa de lá também me perguntou se queria voltar. Não sei...

E – Está indecisa, se por um lado gosta da vida mais calma do Algarve, também gosta de viver cá. Ainda precisa de pensar mais.

M – Sim, no Algarve a vida é mais calma, é tudo mais perto. Não sei, vou esperar e ver.

E – Ainda está muito indecisa e precisa de mais tempo para refletir (silêncio). Como tem sido a sua relação com o pai da A.?

M – Normal, pedi-lhe o dinheiro para o medicamento, ele enviou. Ele ainda está em Inglaterra, está tudo bem, ele ajuda.

E – Apesar de ele estar longe, ajuda financeiramente com a educação da A., o que também lhe traz alguma paz....a sua avó também tem ajudado?

M – Ela não tem estado muito lá em casa porque agora a minha outra avó veio da Guiné, está a viver no C. mas está numa cadeira de rodas. A minha avó trabalha de noite e depois vai ajudar a minha outra avó. Quase nem a vejo, só liga a perguntar como está a A.

E – Então parece que tudo está mais calmo lá em casa, o que também é bom para a A.

M – Sim, está mais calmo, mas também não gosto de ficar muito tempo em casa. Já arranjei um canguru e vou começar a levá-la no canguru para irmos passear. Também quero que ela se habitue a outras pessoas e ela tem de se habituar.

E – Está preocupada com o que a A. poderá vir a estranhar no futuro na creche, se ela não conviver com outras pessoas. Quer que seja tudo mais fácil para ela.

M – Sim, por isso é que fui a casa de uma amiga a margem sul, a A. ficou o dia todo acordada, sempre a olhar para todo o lado, sem chorar e sempre acordada...

E – Aproveitou para sair e apanhar ar e ao mesmo tempo, A. contacta com mais pessoas para ela se habituar.

M – Sim, é isso e foi bom...

E – Lembra-se de eu lhe ter dito que o meu estágio estaria a terminar?

M – Sim...

E – Isto significa que as nossas sessões também estão a terminar. Poderá continuar com o acompanhamento psicológico aqui, mas será com outra psicóloga. Já decidiu se quer continuar?

M – Não posso ficar consigo mas noutra sítio? (olhar muito triste)

E – Não, eu tenho mesmo de terminar este estágio para poder ser psicóloga. Este estágio faz parte da minha formação. Não posso mesmo. Também não iremos ter um espaço para as nossas próximas sessões.

M – O que vou fazer agora a quarta-feira de manhã? Estava sempre à espera de falar consigo. Ajudou-me muito, eu estava tão mal (tem lágrimas nos olhos).

E – Eu agradeço imenso as suas palavras, a minha função era precisamente essa: a de a ajudar. Tenho a certeza que será muito bem entregue e a outra psicóloga também a poderá ajudar e dar continuidade ao que fizemos em conjunto.

M – Eu queria mesmo ficar consigo, eu gosto de vir cá e falar consigo, a minha avó pergunta-me o que venho aqui fazer e eu digo que vou falar com a Dra. (está a chorar).

E – Eu percebo e vejo que está muito triste com esta mudança, mas não tenho outra alternativa, lamento imenso. Podemos ainda ter algumas sessões, mas em breve irão terminar.

M – Acho que prefiro terminar. Se continuar, ainda vai ser pior...vai acabar!

E - A Instituição contactará consigo para lhe atribuir outra psicóloga com quem, se assim o entender, poderá continuar o seu processo. Desejo-lhe o maior sucesso, para si e a sua menina. Foi muito bom acompanhá-la ao longo das nossas sessões. Conheci-a há alguns meses quando estava a passar por uma fase de grande sofrimento e parecia que a sua vida não lhe fazia sentido, aos poucos Maria encontrou respostas às suas perguntas. Caminhamos juntas na companhia da sua família, dos seus amigos e colegas de trabalho. A. também esteve connosco desde o início. Hoje a sua vida parece estar a ganhar sentido, um novo sentido com novas rotinas. Parece que Maria também é uma pessoa diferente que conseguiu ultrapassar um período de maior dor. Uma nova fase começa.

M – Sim, é verdade...é isso mesmo...foi muito bom também estar consigo (está a chorar).

Levantamo-nos e abraçamo-nos, Maria chora.

### Anexo III-Acordo de Colaboração – Avaliação Psicológica

#### Acordo de colaboração

A ~~Associação de Solidariedade Social~~ Associação de Solidariedade Social, com NIF ~~254232740~~ representante legal da beneficiária menor acolhida em residência de adolescentes ~~Associação de Solidariedade Social~~ solicita e autoriza a realização de uma avaliação psicológica executada por Nadir Lopes Vaz Rezende, estagiária de psicologia no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. Esta avaliação tem como objetivo avaliar as competências parentais ~~da beneficiária~~.

Serão realizadas várias deslocações da estagiária às instalações onde reside a beneficiária na Rua Afonso Lopes, nº40, 3ºesquerdo, Lisboa para a realização das várias fases da avaliação psicológica.

A realização da entrevista clínica e a aplicação dos instrumentos psicológicos não antecipam qualquer risco para a participante além dos esperados na vida quotidiana.

A beneficiária ~~Associação de Solidariedade Social~~ participa desta avaliação de livre vontade.

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos desta avaliação respeitando as regras de proteção de dados da ética da investigação, o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses e as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Lisboa, 10 de fevereiro de 2013

Pela ~~Associação de Solidariedade Social~~ diretora técnica

Dra. Sofia Pires

*Sofia Pires*

Estagiária Psicologia,

Nadir Rezende

*Nadir Rezende*

## Anexo IV - Resultados – CAQ – Perfil Obtido

### Resultados – Personalidade e Competências

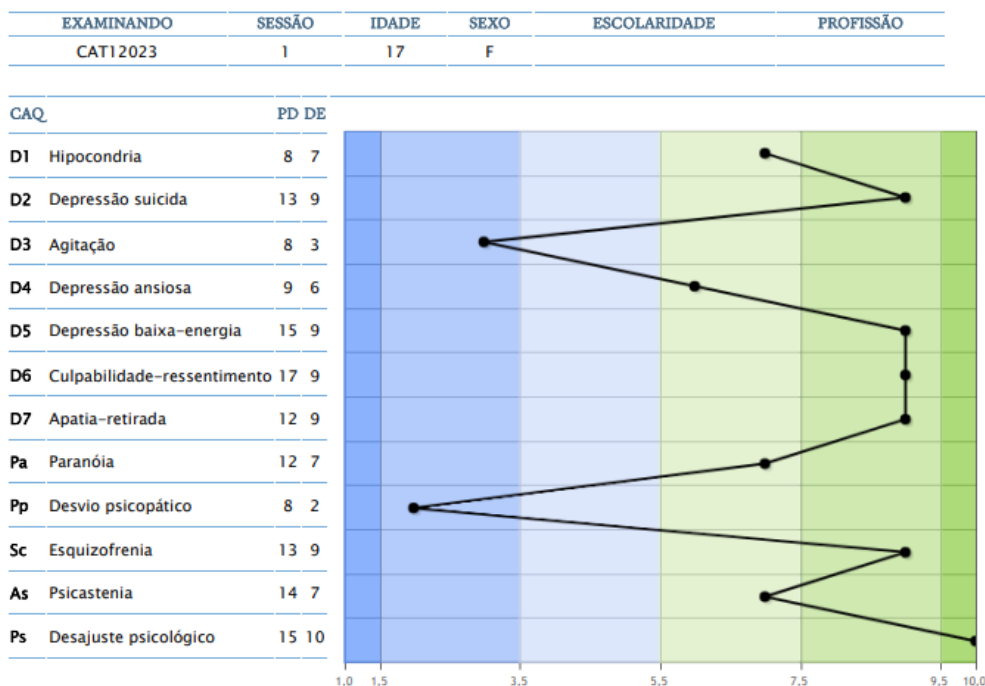


Tabela de normas: Adolescentes – Sexo feminino

**A escala D1 – Hipochondria** – situa-se no desvio médio 7, demonstra uma preocupação um pouco acima da média no que diz respeito às funções do seu corpo e saúde.

**A escala D2 – Depressão suicida** – situa-se no desvio extremo 9, o que representa uma insatisfação com a vida e a existência de pensamentos autodestrutivos. Esta escala em conjunto com a D1(desvio médio 7) e a D5 (desvio extremo 9) constituem a tríade de maior peso no fator secundário de depressão, em outras depressões primárias e em tipos de personalidade antissocial.

**A escala D3 – Agitação** – AC situa-se no desvio médio 3, pode significar que tendencialmente evita situações de maior risco, não tendo muita necessidade de situações agitadas.

**A escala D4 – Depressão ansiosa** – Leonor situa-se no decapito médio 6, valores normativos para enfrentar as situações que ocorrem.

**A escala D5 – Depressão baixa-energia** – situa-se no desvio extremo 9, com nível elevado de preocupação e intranquilidade, sem energia para agir. Valores elevados podem indicar uma falta de energia para enfrentar o dia, tristeza e mau humor. O valor é especialmente elevado para pessoas depressivas.

**A escala D6 – Culpabilidade-ressentimento** – situa-se no desvio extremo 9, possibilidade de fortes

traços de autocrítica e sentimento de culpa. Pontuações elevadas podem estar relacionadas com problemas de conduta. **A escala D7 – Apatia-retirada** – situa-se no desvio extremo 9, evita contactos interpessoais por ser uma situação desconfortável. Poderá sentir-se demasiado em baixo e inútil para se relacionar com outras pessoas.

**A escala Pa – Paranoia** – situa-se no desvio médio 7, apresenta um desvio médio no sentimento de confiança, na afetação dos ciúmes e inveja. Pode ser alta em pessoas com problemas de conduta. **A escala Pp – Desvio psicopático** – apresenta uma pontuação baixa com desvio extremo 2. Pontuações baixas indicam mais inibição do que a maioria das pessoas na dor, no perigo e críticas da sociedade.

**A escala Sc – Esquizofrenia** – apresenta o desvio extremo 9, poderá indicar impulsos repentinos e incontrolados, desligados da realidade. Dificuldade em expressar as suas ideias.

**A escala As – Psicastenia** – AC apresenta o desvio médio 7. Pode apresentar falta de capacidade para gerir pensamentos e ideias. Possibilidade de permanência de ideias e pensamentos durante dias.

**A escala Ps – Desajuste psicológico** – AC apresenta o desvio extremo 10, possível sentimento de inferioridade em relação aos outros. Pode considerar-se um desastre como pessoa.

## Anexo V - Resultados Escala de Desenvolvimento de Griffiths (0 aos 2 anos)

**1. Dados Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ M ☐ F

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Cód Postal: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

De Nascimento: 19/10/2022 Tempo de Gestação: 36 semanas Peso ao nascer: 3400g

Posição na Fratria (p.e. 1/1, 1/3, 4/6 etc.): \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Pai: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

☐ Tempo inteiro ☐ Tempo parcial ☐ Tempo inteiro ☐ Tempo parcial

**2. Exames**

Audição \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Visão \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

**3. Idade da Criança**

Ano Mês Dia

Data da avaliação 2023 03 02

Data de nascimento 2022 08 19

Idade cronológica

Idade: Meses Dias

6 13

Idade em meses: Meses

6

**4. Resultados**

| Sub-escala   | Resultado Bruto | Idade Mental (meses) | Quocientes das Sub-escalas e Quociente Geral | Percentil |
|--------------|-----------------|----------------------|----------------------------------------------|-----------|
| A            | 11              | 3,5                  | 67                                           | 2         |
| B            | 19              | 5,25                 | 87                                           | 42        |
| C            | 13              | 4,25                 | 83                                           | 14        |
| D            | 9               | 3                    | 53                                           | 42        |
| E            | 10              | 3,5                  | 64                                           | 2         |
| Índice Geral | 62              | 3,75                 | 72                                           |           |

**5. Perfil**

Examinador: \_\_\_\_\_

Relativamente à **subescala Locomoção**, o bebé não mantém a cabeça continuamente direita nem consegue erguer-se estando em decúbito dorsal. O bebé não consegue gatinhar apesar das minhas

tentativas e das da mãe em encorajá-lo com um brinquedo, não manifesta nenhuma tentativa de movimento em direção ao brinquedo. A partir deste item, o bebê irá falhar os restantes: não consegue rolar de um lado para o outro passando por decúbito dorsal, apesar da estimulação sonora, não consegue manter-se sentado só com um ligeiro apoio, não consegue levantar os pés alternadamente numa tentativa de reação para andar, não consegue sentar-se sozinho por pouco tempo sem apoio, não consegue rodar sobre si mesma com o recurso a um brinquedo no seu campo visual e não apresenta progressos no ato de gatinhar sendo para a frente ou para trás.

**Na subescala Pessoal-Social**, o bebê não apresenta nenhuma atividade corporal quando antevê que alguém lhe vai pegar ao colo. O bebê não apresenta nenhum sinal de atenção relativamente ao ambiente que o rodeia. O bebê não demonstra nenhum sentimento de desagrado ao ser-lhe retirado um brinquedo. A partir deste item, irá falhar nos próximos seis: não mostra interesse por crianças pequenas (informação dada pela mãe), não tenta segurar na caneca de beber, não tenta tirar o pano de cima da cabeça, não bebe pela caneca colocada a boca, não se estica para que lhe peguem, não come com os dedos.

**Na subescala Audição e Linguagem**, o bebê ainda não se ri alto, a mãe confirma que não se lembra de ouvir rir alto, nem emite qualquer som na interação com o examinador ou mãe, não emite qualquer som ou para de chorar quando ouve música, não produz quatro sons diferentes, nem balbucia duas sílabas. A criança não manipula a sineta, não tenta agarrá-la para fazê-la tocar, não procura chamar a atenção para si. A criança não entoia sons de canto, a partir deste item, a criança falha os seis itens seguintes: não usa nenhuma palavra clara e com significado, não balbucia quatro ou mais sílabas seguidas de uma só vez, não demonstra gostar de rimas ou canções infantis, após questionar a mãe, a mesma informa que o bebê não conhece nenhuma. Não demonstra qualquer sinal de reconhecimento do seu nome ou de si. Não “fala” sozinho, após questionar a mãe, diz que raramente emite sons quando está sozinho ou a brincar.

**Na subescala Coordenação Olho-Mão**, a criança não segue o movimento da argola, não demonstrou interesse em explorar o ambiente novo com o olhar (este item foi cotado no final da avaliação após maior percepção acerca da reação da criança). O bebê não chega a alcançar a argola nem a agarrá-la, não estende a mão para agarrá-la. A partir deste item, a criança falha os restantes itens: as mãos da criança não exploram a superfície onde se encontram os brinquedos, não brincam com a argola de qualquer forma, visto nem sequer a agarrar. Não agarra no fio da argola, nem olha para baixo a procura de algum brinquedo caído.

**Na subescala Realização**, a criança não abana a cabeça vigorosamente como reação ao papel nem consegue tirar o papel da cara. O bebé não agarra o cubo por um breve período, não larga um cubo para agarrar outro. O bebé não segura dois cubos em simultâneo, a partir deste item, falha os restantes: não manipula um cubo ou brinquedo, não agarra a caixa de cubos, não passa nenhum cubo ou brinquedo de uma mão para a outra, não estende o braço para apanhar o lenço de papel das minhas mãos. Não brinca com as duas argolas, uma em cada mão.

#### **Anexo VI – Resultado Matrizes Progressivas de Raven - Percentis**

| Percentil  | Capacidade intelectual igual ou superior na faixa etária | Nível intelectual             |
|------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 95 ou mais | 5% da população                                          | I – Superioridade intelectual |
| 90         | 10% da população                                         | II – Superior a média         |
| 75         | 25% da população                                         | II – Superior a média         |
| 50         | 50% da população                                         | III - Média                   |
| 25         | 75% da população                                         | IV – Inferior a média         |
| 10         | 90% da população                                         | IV – Inferior a média         |
| 5          | 95% da população                                         | V – Deficiência intelectual   |

**Anexo VII - Resultados Inventário HOME (Escala dos 0-2 anos)**

| Subescala                                                            | Pontuação | Abaixo da média | Média   | Acimo da média |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|---------|----------------|
| I –<br>Responsividade emocional e verbal da mãe                      | 5         | 0 - 6           | 7 - 9   | 10 - 11        |
| II – Aceitação do comportamento da criança                           | 6         | 0 - 4           | 5 - 6   | 7 - 8          |
| III –<br>Organização do ambiente físico e temporal                   | 4         | 0 - 3           | 4 - 5   | 6              |
| IV -<br>Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados | 3         | 0 - 4           | 5 - 7   | 8 - 9          |
| V –<br>Envolvimento materno com a criança                            | 3         | 0 - 2           | 3 - 4   | 5 - 6          |
| VI – Variedade estimulação diária                                    | 1         | 0 - 1           | 2 - 3   | 4 - 5          |
| Pontuação total                                                      | 22        | 0 - 25          | 26 - 36 | 37 - 45        |

**Escala I – Responsividade emocional e verbal da mãe** – Resultado: 5; Média 10-11. As respostas desta escala foram recolhidas através da observação. Verificou-se que a mãe ao longo da visita não mencionou qualquer informação direcionada a criança num estilo didático,

nem realizou comentários de forma espontânea para o entrevistador. De uma forma geral, não tem um discurso espontâneo. Não permitiu a criança envolver-se em jogos ou brincadeiras que sujassem a casa. Não elogiou espontaneamente comportamentos da criança, nem existe um sentimento positivo quando a mãe fala da ou com a criança.

**Escala II – Aceitação do comportamento da criança** – Resultado: 6; Média 7-8. As respostas desta escala foram recolhidas através da observação. Verificou-se que não existem pelo menos 10 livros no lar nem a existência de um animal de estimação.

**Escala III – Organização do ambiente físico e temporal** – Resultado: 4; Média 6; As respostas foram recolhidas através da observação e entrevista. Verificou-se que a criança não sai de casa praticamente durante toda a semana.

**Escala IV – Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados** – Resultado: 3; Média: 8-9; As respostas foram recolhidas através da entrevista. Não tem brinquedos que envolvam muita atividade muscular, nem de empurrar ou puxar.

**Escala V – Envolvimento materno com a criança** – Resultado: 3; Média: 5-6; As respostas foram recolhidas através da entrevista. Não encoraja o desenvolvimento da criança, nem investe em brinquedos mais complexo. Não estrutura períodos de brincadeira com o filho.

**Escala VI – Variação da estimulação diária** – Resultado: 1; Média: 4-5; As respostas foram recolhidas através da entrevista. Não tem contacto diário com o pai, apenas o vê no fim de semana. Faz uma refeição por dia com a mãe.

## **Anexo VIII – Relatório de Avaliação Psicológica entregue na Instituição**

### **1 - Identificação**

**Nome:** Leonor                      **Data de Nascimento:** ----- (17 anos)      **Sexo:** Feminino

**Número de sessões realizadas:** 4

**Duração de cada sessão:** 1 hora para cada entrevista clínica, 1 hora para a aplicação dos testes psicológicos, 2 horas para a recolha de informação para o preenchimento do inventário Home.

### **2 - Motivo da Avaliação:**

A avaliação psicológica foi solicitada pela Instituição no sentido de avaliar se Leonor possui as competências parentais para cuidar do filho, proporcionando-lhe o bem-estar físico e emocional para um desenvolvimento saudável.

A avaliação psicológica foi feita num contexto abrangente com o objetivo de avaliar o desempenho intelectual geral, os traços de personalidade com possíveis indicadores de psicopatologia e a observação do ambiente no qual vivem Leonor e o seu filho de cinco meses (L.).

### **3 - História Familiar e Informação Contextual**

Leonor tem 17 anos e vive numa residência de acolhimento para mães adolescentes. Tem um percurso de acolhimento em várias instituições desde junho 2021, das quais fugiu várias vezes para viver com o namorado, o pai do filho de cinco meses.

Leonor nasceu de uma gravidez não planeada. A mãe tem 36 anos, o pai cerca de 50 anos, separaram-se quando Leonor tinha cerca de 11 anos. Atualmente AC tem um padrasto e um irmão de quatro anos. Leonor não apresenta problemas de saúde.

Desde sempre que conheceu o pai com comportamento de consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Viveu em ambiente de violência doméstica durante a infância e início da adolescência. As suas primeiras memórias com os pais remontam a idade aproximada de cinco anos, com a mãe são agradáveis e recorda várias brincadeiras, com o pai são negativas e lembra os episódios de violência em casa. Por volta dos três anos, na creche começa a ser vítima de *bullying* até a idade aproximada de 14 anos (10º ano). Diz nunca ter tido muitos amigos (um ou dois). Teve acompanhamento psicológico por volta dos cinco anos. Voltou a ter acompanhamento psicológico em conjunto com a mãe por volta dos 10 anos.

Com a separação dos pais, a guarda foi partilhada. Aos 16 anos, numas férias passadas com o pai, Leonor conhece o atual namorado através de redes sociais, hoje têm um filho em comum. Leonor fugiu de duas instituições de acolhimento para poder estar com o namorado. Chega à Instituição em junho de 2022. O filho nasce em agosto 2022, relata o parto como uma experiência negativa, os seus pedidos não foram levados em conta no hospital. Diz saber cuidar do filho. Na última sessão de avaliação, Leonor estava separada do namorado.

A relação de Leonor com o namorado não é bem aceite pelos pais. Atualmente, Leonor não tem nenhuma relação com o pai, diz ter uma boa relação com a mãe e também com a avó materna.

A relação de Leonor com a Instituição não é boa, diz que os seus contributos não são valorizados. Com as restantes adolescentes da residência a relação é inconstante e com alguns conflitos. Afirmar que assim que fizer 18 anos, deixará a Instituição.

Hoje frequenta o 11º ano de um curso profissional na área psicossocial, quer ir para a faculdade. No futuro, vê-se a viver com o namorado e o filho.

#### **4 - Provas de Avaliação Administradas:**

**Matrizes Progressivas de Raven - Escala Geral SPM (Raven, 2001).** Teste não verbal que avalia a inteligência geral (fator G) mais propriamente a capacidade de dedução de relações.

**CAQ - Questionário de Análise Clínica (Krug, 1997)** é um instrumento que permite medir traços normativos e patológicos de personalidade, obtendo um perfil completo e também por dimensões avaliadas.

**Escala de Avaliação do Ambiente Familiar, versão portuguesa da Home - 0-2 anos (Bradley, 1988).** Avalia a qualidade e a quantidade de estimulação, suporte e estrutura disponibilizados à criança no seu ambiente familiar, bem como a utilização de recursos existentes na comunidade onde a família está inserida. Esta escala foi adaptada considerando outros ambientes familiares ou de amas. As respostas são recolhidas através da observação e/ou da entrevista com a família ou pessoas que lidam diariamente com a criança.

#### **5 – Observações do Comportamento**

Todas as sessões se desenrolaram na Instituição, tendo Leonor sido pontual. Durante quase todas as sessões, Leonor evitou o contacto visual. Na primeira sessão, foi explicado o objetivo da avaliação, afirmando estar disponível para cooperar. A postura corporal apresentava alguma

rigidez, sendo notória alguma agitação psicomotora. A expressão facial não se alterava, independentemente do tema abordado.

Na segunda sessão, Leonor demonstrou impaciência e algum nervosismo, com uma expressão facial que traduzia a sua contrariedade.

Na terceira sessão, Leonor parecia bem-disposta. Depois de explicar as regras do teste de inteligência e de exemplificar, Leonor realizou o teste, procurando “despachar” a realização do mesmo. A impaciência aumentou progressivamente ao longo da sessão. Entre a realização de cada teste, foi sugerido a Leonor que fosse ver o filho, para se acalmar. Mostrava-se impaciente e intolerante perante o choro do filho.

Na quarta sessão (aplicação do inventário Home), Leonor acompanhou a visita e foi cooperante, apesar de evidenciar um humor triste. A meio da visita, chorou e queixou-se de se sentir maltratada na Instituição.

## **6 - Resultados**

### **I. Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral SPM – Teste Inteligência (fator G)**

Na análise da diferença entre a pontuação obtida e a pontuação esperada, verifica-se uma discrepância de mais de 2 pontos (subescala A), o que significa que a pontuação total pode não ser representativa da capacidade intelectual de Leonor. O valor obtido está muito abaixo do nível intelectual médio (percentil 5), o que significa que 95% da população da faixa etária de Leonor apresenta valores iguais ou superiores ao obtido por si. Contudo, reforça-se o facto de a pontuação obtida não representar a capacidade intelectual de Leonor.

### **II. CAQ – Teste de Personalidade**

No perfil obtido destaca-se uma tendência para a insatisfação com a vida e a existência de pensamentos autodestrutivos, sendo uma característica de pessoas depressivas, havendo um valor muito elevado na escala de depressão suicida. Valores elevados desta escala em conjunto com valores elevados da escala de hipocondria e da escala de depressão-baixa energia podem constituir uma tríade de maior peso no fator secundário de depressão. Leonor apresenta também valores muito elevados na escala de depressão baixa energia, o que pode indicar uma falta de energia para enfrentar o dia, tristeza e mau humor. Este valor é especialmente elevado para pessoas depressivas.

O perfil obtido também apresenta um sentimento de preocupação, culpa e autocrítica, visível no resultado elevado da escala de culpabilidade-ressentimento. A escala de apatia-retirada apresenta igualmente um valor muito elevado, o que poderá representar um desconforto no contacto com os outros, por isso evitará contactos interpessoais. A escala de esquizofrenia apresenta valores altos, o que poderá indicar comportamentos impulsivos, repentinos, incontrolados e algum distanciamento face a realidade. Por fim, o valor baixo na escala de desajuste psicológico parece indicar a presença de um grande sentimento de inferioridade, relativamente aos outros.

### **III. Escala Home – Avaliação ambiental**

Todos os resultados obtidos das várias subescalas encontram-se na média ou abaixo da mesma. A pontuação final é de 22 valores, situa-se igualmente abaixo da média (26-36).

Escala I – Responsividade emocional e verbal da mãe -Verificou-se que a mãe ao longo da visita não mencionou qualquer informação direccionada a criança num estilo didático, nem realizou comentários de forma espontânea para o entrevistador. De uma forma geral, não tem um discurso espontâneo. Não permitiu que a criança se envolvesse em jogos ou brincadeiras que sujassem a casa. Não elogiou espontaneamente comportamentos da criança, nem existe um sentimento positivo quando a mãe fala da ou com a criança.

Escala II – Ausência de restrição e punição – Verificou-se que Leonor não verbaliza nem relata nenhuma punição relativamente ao filho.

Escala III – Organização do ambiente físico e temporal - Verificou-se que a criança não sai de casa praticamente durante toda a semana.

Escala IV – Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados - Não tem brinquedos que envolvam muita atividade muscular, nem de empurrar ou puxar.

Escala V – Envolvimento materno com a criança - Não encoraja o desenvolvimento da criança, investe pouco em brinquedos mais complexo. Não estrutura períodos de brincadeira com o filho.

Escala VI – Variação da estimulação diária - Não tem contacto diário com o pai, apenas o vê ao fim de semana. Faz uma refeição por dia com a mãe.

## 7 – Conclusões

No que diz respeito às funções cognitivas, Leonor apresenta um resultado que não corresponde ao seu nível intelectual, o que poderá ser explicado pela atitude desprendida e o nível de desatenção demonstrados ao longo da realização de toda a prova. O tempo reduzido na realização do teste, confirma o fraco investimento na prova. Ao longo de todas as sessões, não foi detetada qualquer sintomatologia de deficiência intelectual. Esta tendência em “despachar” denota alguma dificuldade em lidar com a frustração, principalmente quando o nível de dificuldade aumenta. É também este sentimento de frustração que Leonor apresenta em momentos de maior exigência no cuidar do seu filho.

No que diz respeito aos traços de personalidade, o teste aplicado aponta para uma insatisfação com a vida e pensamentos autodestrutivos, quando Leonor é questionada sobre o que gosta mais na Instituição, é clara na resposta: “sic: Nada, só cuidar do meu filho. Não gosto de fazer nada aqui porque sinto que não é a minha casa” “sic: Faço tudo por obrigação”. As dificuldades de relacionamentos estão presentes na vida de Leonor, tem problemas de relacionamento com as restantes mães adolescentes. Quando questionada acerca da sua vivência na Instituição, responde: “sic: Não gosto de estar aqui, quero ir embora, tento ser amiga delas e não consigo, elas não querem” “sic: Sou só eu a trabalhar nisso”, não tendo consciência das possíveis causas. Estas respostas vão ao encontro das dificuldades de relacionamento identificadas no teste de personalidade.

Apesar de Leonor ser adolescente e a adolescência ser uma fase de vida caracterizada por comportamentos de rebeldia e de risco, Leonor apresenta comportamentos impulsivos e uma noção de realidade desajustada acima da média, como verificado no teste CAQ. Na sua visão do futuro daqui por um ano, Leonor afirma que “Daqui por um ano, o L. terá 2 anos, vai estar na creche e eu vou estar a trabalhar e o T. também, vamos ter a nossa casa”. O facto é que L. não terá 2 anos, mas sim 1 ano e 5 meses. Leonor mencionou ao longo da entrevista que quer continuar a estudar no entanto, quando questionada sobre o futuro a curto prazo, não põe essa hipótese. Os elementos recolhidos apontam para a construção de um mundo com uma frágil noção da realidade e inconsistência.

Na relação com os pares, Leonor queixa-se que até ao 10º ano sofreu de episódios de discriminação na escola, vítima de *bullying* “sic: gozavam comigo porque era pobre” “sic: gozavam comigo porque estava toda vestida de rosa”. Quando questionada acerca da sua reação face a este tipo de comportamentos: “sic: Reagia mal, ia para a casa de banho e depois ia para

a biblioteca e ficava a ler”. Trata-se de uma dupla discriminação pelo facto da escola como Instituição também não ter tomado nenhuma medida. “sic: A escola não se apercebia”. Poderá ter desenvolvido um sentimento de inferioridade baseado num autoconceito negativo caracterizado por uma baixa autoestima. Por outro lado, viver num ambiente de violência doméstica até aos 11 anos, no qual não desenvolveu qualquer relação afetiva com o pai, pode ter contribuído também para uma baixa autoestima. O facto de a mãe de Leonor considerar que não tem as condições físicas e psicológicas para tê-la ao seu cargo pode originar um sentimento de rejeição na Leonor que também contribui para o seu autoconceito negativo. Apesar de Leonor considerar que hoje têm uma boa relação “sic: Deixamos o orgulho de lado “. São relações que poderão ter contribuído para a construção do seu autoconceito negativo e consequente sentimento de inferioridade, o que vai ao encontro do resultado da escala de desajuste psicológico.

A observação de Leonor na residência de acolhimento permite verificar várias dinâmicas. O facto de Leonor estar acolhida numa residência com outras adolescentes com os seus respetivos filhos, limita a liberdade nos tipos de brincadeiras que podem ser realizadas com o filho. Foram observados apenas comportamentos instrumentais de cuidado do bebé com um fraco envolvimento emocional. Ao ser questionada acerca do cuidar do filho, responde com uma lista de tarefas enumeradas sem a demonstração de qualquer tipo de sentimento. “sic: A minha relação com o L. é, boa” “sic: Eu cuido bem do meu filho, dou-lhe comida, mudo-lhe a fralda, dou-lhe banho, ponho creme, pronto”. Não é visível qualquer envolvimento emocional ao falar acerca da sua relação com o seu filho.

L. não se encontra na creche, passa os dias na residência aos cuidados da mãe ou da auxiliar quando Leonor está nas aulas. Embora L. não tenha muitos brinquedos que favoreçam a coordenação viso-motora, como verificado na subescala IV do inventário Home, Leonor demonstrou alguma preocupação em estimular L. e desenvolveu-lhe uma atividade que segundo Leonor, não foi bem aceite na residência: “sic: não valorizam aquilo que eu faço e aprendo no meu estágio que é na área da psicologia”. Leonor considera que podiam valorizar o seu contributo e acaba por afirmar “sic: tratam-me mal” e utiliza a expressão “gosto mais de quem fala melhor comigo”.

Na fase final desta avaliação, Leonor já não tinha nenhuma relação com o pai do filho. Tinham terminado a relação, Leonor não quis partilhar as razões.

As competências relacionais e parentais de Leonor devem ser melhoradas e poderão passar por uma intervenção que envolve a AJM, a família e um acompanhamento psicoterapêutico, visto que Leonor se encontra a realizar sessões de psicologia desde que está acolhida na AJM sem evolução notória.

## **8 – Recomendações**

Propõe-se uma intervenção integrada entre a residência da Instituição, a família e o acompanhamento psicoterapêutico:

Na residência, com o objetivo de construir uma relação de confiança entre a Instituição e Leonor para adquirir mais competências parentais:

- Ouvir e valorizar, quando possível, contributos de Leonor, tanto ao nível das regras de funcionamento como na criação de momentos lúdicos com o filho.
- Utilização de uma comunicação mais assertiva.
- Promover saídas com o filho (com supervisão, caso seja necessário).
- Criar momentos de contacto próximo entre Leonor e o filho, com a orientação de assistentes sociais.

Envolver a família no processo, neste caso na figura da mãe, com o objetivo de reaproximar Leonor da família:

- Promover trocas de informação, mesmo que realizadas à distância, para pontos de situação regulares.
- Troca de experiências nos comportamentos de cuidar dos filhos.
- Leonor continuar a sentir-se parte da família.

Realização de sessões de psicoterapia regulares, fora da Instituição, com o objetivo de:

- Autoconhecimento para melhor adaptação e regulação emocional.
- Desenvolvimento de competências relacionais.
- Foco na gestão dos sentimentos de frustração e de rejeição.
- Trabalhar o seu autoconceito negativo e baixa autoestima.