



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

**O PAPEL DA PSICOLOGIA NOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA EM
MEIO HOSPITALAR**

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

Autora: Joana de Oliveira Geirinhas

Orientadora: Professora Doutora Catarina de Oliveira Tomé Lopes Pires

Número da candidata: 30002723

Março de 2024

Lisboa

AGRADECIMENTOS

No decorrer do presente estágio, tive a chance de ter muito apoio, que foi essencial para que conseguisse fazer o melhor possível todos os dias, sem nunca desistir.

Primeiramente, tenho de deixar um enorme agradecimento aos meus pais e à minha avó por estarem sempre do meu lado. Foram momentos muito complexos em termos de regulação emocional e acabaram por ser elementos essenciais para que nunca baixasse os braços e fosse sempre verdadeira comigo mesma e com os meus valores.

Às minhas meninas e aos meus amigos, que no meio dos obstáculos diários que encontrava no estágio, eram o meu porto de abrigo e faziam-me abstrair do que se estava a passar na instituição. Tenho-lhes a agradecer muito, por causa deles mantive sempre um sorriso na cara e no coração.

Aos meus colegas de turma, tenho a dizer que foram muito importantes pois percebi e senti que não estava sozinha e nem desamparada. Obrigada pelas partilhas semanais e pelas vossas palavras de força, pela empatia e preocupação.

Deixo um enorme agradecimento às minhas professoras, Prof. Odete Nunes e Prof. Rute Brites, que todas as semanas me motivavam e não me deixavam desistir. Foi graças a elas que me senti compreendida e ouvida. Nunca me deixaram sozinha no meio do processo que por vezes foi atribulado. Um agradecimento especial à minha Orientadora, Prof. Catarina Tomé Pires, que sempre me compreendeu e auxiliou perante as dúvidas que fui tendo, bem como as inseguranças, foi quem me guiou no processo de escrita deste relatório.

Agradeço também à minha Psicóloga por toda ajuda que me deu e a força para manter a mente sã durante o período de estágio, ajudou-me a trabalhar as ferramentas de que necessitava, e também a compreender melhor a área da Psicologia, não só através das perspetivas teóricas, mas principalmente com o coração e olhando para quem está na cadeira à nossa frente.

Por último, tenho de referir a minha capacidade de resiliência e a minha necessidade que aprender. A minha ambição de fazer a diferença na vida de alguém fez com que mantivesse os olhos na meta final e não deixasse que as situações menos boas me desanimassem. Levo muitas aprendizagens sobre a área da Psicologia, bem como

aprendizagens de caráter pessoal. Foi um período desafiante, mas acredito que me tornou uma pessoa mais rica e completa.

Todos vocês, foram essenciais para que conseguisse concluir esta etapa com um sorriso no rosto.

RESUMO

O presente relatório de estágio, remete para a finalização do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento para a obtenção do Grau de Mestre, pela Universidade Autónoma de Lisboa, em contexto hospitalar. Este estágio teve como finalidade adquirir mais conhecimentos através da componente prática inserida no mesmo, possibilitando ampliar conhecimentos na área da psicologia clínica, com jovens dos 15 aos 25.

No âmbito do relatório, inserem-se problemáticas referentes às fases do desenvolvimento humano, que são inerentes à presença dos progenitores nos primeiros anos de vida e principalmente do vínculo afetivo estabelecido. A infância e a Adolescência, são fases muito importantes para que se adquira determinadas competências e aptidões, que vão ser úteis durante toda a vida. Estas fases muitas vezes são marcadas por eventos traumáticos que podem aumentar a probabilidade de se desenvolverem psicopatologias. Entre as várias patologias, há umas que tendem a ser mais predominantes nestas idades, como a Perturbação de Ansiedade e a Perturbação Depressiva.

Até aos 25 anos, os jovens encontram-se numa fase crítica para que se trabalhe os dilemas e traumas que viveram até então, daí ser fundamental que haja um acompanhamento por parte do psicólogo de forma próxima e transparente, de modo a promover a saúde mental e o bem estar emocional. É fundamental tanto quando existe uma necessidade de internamento ou não, para que a sintomatologia não escale para um possível isolamento social, ideação suicida, ou até mesmo para tentativas de suicídio.

No entanto, ao longo do relatório vou abordando as várias temáticas que foram surgindo ao longo do estágio, referindo tanto o trabalho desenvolvido como as limitações que foram aparecendo ao longo do trajeto. Pude retirar muitas aprendizagens tanto a nível profissional como pessoal durante o tempo que estive na instituição. Por último, apresento a conclusão e uma reflexão sobre estágio. Salientando os momentos de aprendizagem e a capacidade de resiliência, pessoal e profissional que tirei deste estágio.

Palavras-Chave: Estágio; Perturbação de Ansiedade; Abordagem Centrada na Pessoa; Abandono Parental; Psicologia do Desenvolvimento

ABSTRACT

This internship report refers to the completion of the Master's degree in Clinical and Counseling Psychology to obtain the Master's Degree, from Universidade Autónoma de Lisboa, in a hospital context. This internship intended to acquire more knowledge through the practical component included in it, making it possible to expand knowledge in clinical psychology, with young people aged 15 to 25.

Within the scope of the report, issues relating to the phases of human development are included, which are inherent to the presence of parents in the first years of life and to the emotional bond established. Childhood and adolescence are particularly important stages for acquiring certain skills and abilities, which will be useful throughout life. These phases are often pointed by traumatic events that can increase the likelihood of developing a psychopathology. Among the various pathologies, there are some that tend to be more predominant at these ages, such as Anxiety Disorder and Depressive Disorder.

Up to the age of twenty-five, young people are at a critical stage in order to work on the dilemmas and traumas they have experienced up to that point, which is why it is essential that there is close and transparent monitoring by a psychologist in order to promote mental health and emotional well-being. It is essential whether there is a need for hospitalization or not, so that the symptoms do not escalate to possible social isolation, suicidal ideation, or even suicide attempts.

However, throughout the report I will address the various themes that emerged throughout the internship, referring both to the work carried out and to the limitations that appeared along the way. I was able to learn a lot on both a professional and personal level during my time at the institution. Finally, I present the conclusion and a reflection on the internship. Highlighting the moments of learning and the capacity for personal and professional resilience that I gained from this internship.

Key-Words: Internship; Anxiety Disorder; Person-Centered Approach; Parental Abandonment; Developmental Psychology

Índice

Introdução.....	10
Parte I – Enquadramento Teórico	12
1. Psicologia do Desenvolvimento	13
1.1. Etapas do Desenvolvimento Humano	13
2. Fases específicas do Desenvolvimento Humano: Infância e Adolescência	17
2.1. O impacto do Abandono Parental na Infância	20
2.2. Teoria da Vinculação	22
2.3. Eventos Marcantes na Infância – Consequências na vida adulta	25
2.4. Emoções e Sentimentos - Regulação Emocional	27
3. Perturbações Psicológicas mais comuns em Jovens até aos 25 anos	29
3.1. Perturbação Depressiva Major	30
3.2. Perturbação de Ansiedade	32
<i>Transtorno de Ansiedade Generalizada</i>	<i>35</i>
<i>Transtorno de Ansiedade Social</i>	<i>35</i>
<i>Transtorno de Pânico</i>	<i>36</i>
4. Psicologia Clínica e da Saúde.....	36
5. O Papel do Psicólogo.....	37
5.1. O papel do Psicólogo na Reabilitação após Internamento Psiquiátrico	38
6. Avaliação Psicológica.....	41
7. Intervenção Psicológica	42
7.1. Abordagem Centrada na Pessoa	43
7.2. Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo.....	44
8. A Importância de Incluir uma Abordagem Sistémica.....	45
Parte II – Trabalho de Estágio.....	49
1. Objetivos	50
1.1. Objetivos Gerais.....	50
1.2. Objetivos Específicos	50
2. Atividades Realizadas.....	50
2.1. Reuniões Clínicas.....	50
2.2. Observação de Consultas	51
2.3. Observação da Consulta de Psiquiatria	52
2.4. Terapia Ocupacional	52
Parte III – Análise dos Casos	54
1- Caso 1 - Avaliação Psicológica	55

1.1.	Identificação	55
1.2.	Motivo de Consulta	55
1.3.	Antecedentes Pessoais.....	55
1.4.	Anamnese Biográfica e História Clínica.....	56
1.5.	Instrumentos Utilizados.....	57
1.5.1.	<i>Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5)</i>	57
1.5.2.	<i>Figura Complexa de Rey – Osterirrieth (FCR-O)</i>	61
1.5.3.	<i>D-70 – Teste de Dominós</i>	62
1.6.	Resumo das Sessões de Avaliação	63
1.7.	Resultados	64
1.8.	Limitações na Aplicação	65
1.9.	Discussão do Caso.....	65
1.10.	Reflexão do Caso de Avaliação Psicológica	66
2.	Caso 2- Acompanhamento Psicológico.....	67
2.1.	Identificação	67
2.2.	Motivo da consulta	67
2.3.	Antecedentes Pessoais.....	67
2.4.	História da Doença Atual	67
2.5.	Anamnese Biográfica e História Clínica.....	68
2.6.	Resumo das Sessões	70
2.7.	Discussão do Caso à Luz da Teoria Psicoafetiva	77
2.8.	Reflexão sobre o caso.....	80
	Parte IV – Limitações do Estágio e Conclusão	82
	Limitações	83
	Conclusão e Reflexão Pessoal	85
	Referências Bibliográficas	87
	Anexos	98
	Anexo A - Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5).....	98
	Anexo B - Figura Complexa de Rey – Osterirrieth (FCR-O).....	99
	Anexo C - D-70 – Teste de Dominós	102

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Interpretação das Dimensões Globais dos 5 Fatores	58
Tabela 2 - Interpretação dos Fatores Primários	59

Lista de Siglas e Abreviaturas

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

IMV - Ingestão Medicamentosa Voluntária

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

TO - Terapia Ocupacional

TS – Tentativa de Suicídio

Introdução

O relatório que se segue, vem no âmbito do estágio curricular, com o objetivo de obter o grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, conferido pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). O estágio realizou-se durante 9 meses em contexto hospitalar, especificamente no internamento de psiquiatria, com jovens dos 15 até aos 25 anos.

O trabalho desenvolvido ao longo desse tempo foca-se nas questões psicopatológicas que chegam à Unidade de Internamento, bem como nos quadros clínicos e do tipo de acompanhamento psicológico que cada caso necessitava.

Deste modo e dada a faixa etária da população, surgem muitos desafios inerentes à idade e a todas as mudanças que ocorrem nesta altura, tanto a nível físico, como a nível psicológico e hormonal (Veríssimo, 2002). Contudo, os comportamentos apresentados na adolescência e no início da vida adulta acabam muitas vezes por ser um reflexo do que se experienciou anteriormente na infância, tal como, pode ser uma consequência da relação estabelecida com os progenitores nessa fase inicial de vida (Frankel, 2023).

A infância é a altura em que certas visões do mundo vão sendo criadas e moldadas consoante o meio em que a criança se insere. É fundamental que os pais estejam presentes e forneçam as ferramentas necessárias para exista um desenvolvimento saudável e seja possível implementar sentimentos de confiança, autonomia e orgulho (Erikson, 1994). A ausência de uma relação afetiva com os pais, pode vir a ter consequências no futuro, tanto a nível psicológico e emocional que pode acabar por interferir com o bem-estar da criança a longo prazo (Marici, et al.,2023).

O período da adolescência é a transição da infância para a vida adulta. Durante esta altura vão surgindo alterações biopsicossociais, tal como se verificam mudanças físicas e estruturais, tal como a nível do funcionamento do organismo (Blos,1967). No entanto é nesta altura que o processo de maturação em que o adolescente se encontra lhe permite aprofundar o seu autoconhecimento (Becker, 2017).

Na adolescência, há certas psicopatologias que são mais comuns, nomeadamente a Perturbação Depressiva, a Perturbação de Ansiedade e mais recentemente observa-se um aumento do diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, também conhecido por PHDA (Costello, et al.,2003). Esta população, tende a ter uma maior predisposição a desenvolver pensamentos suicidas, que pode ser acompanhado de ideação

suicida com passagem ao ato (Berryman, et al., 2018). De acordo com o diagnóstico, é fundamental que se trace um plano terapêutico adequado (Berryman, et al., 2018; Costello, et al., 2003).

Existem vários fatores exteriores que podem contribuir para que se desenvolvam transtornos mentais (Bor, et al., 2014). Desde o seio familiar em que a criança cresce, aos fatores biológicos e genéticos que estão intrínsecos em cada um. Estes fatores podem aumentar ou diminuir a probabilidade de o jovem vir a desenvolver algum tipo de psicopatologia (Ferraz, et al., 2017).

Além da competente teórica, neste trabalho estarão em análise dois casos clínicos (um caso de acompanhamento psicológico e um caso de avaliação psicológica). O caso do acompanhamento psicológico, incide sobre questões de depressão e ansiedade, que se relacionam com a relação afetiva com os progenitores. No caso da avaliação psicológica, não se verifica nenhuma patologia, foca-se no autoconhecimento de determinadas questões pertinentes para o jovem.

Em suma, o presente relatório, divide-se em quatro partes. Foca-se inicialmente numa contextualização teórica que engloba as várias temáticas abordadas ao longo do trabalho. A segunda parte faz referência ao contexto prático realizado ao longo do estágio e as atividades realizadas. O terceiro ponto do trabalho visa a apresentar os casos clínicos e as suas singularidades. Por último, na quarta parte do relatório apresento a conclusão do mesmo, bem como uma reflexão onde refiro as aprendizagens e os desafios encontrados durante este período.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Psicologia do Desenvolvimento

O campo do desenvolvimento humano frisa as mudanças ao longo do ciclo da vida, sublinham-se as variáveis afetivas, sociais, cognitivas e biológicas (Mota, 2005). No entanto acabam por se cruzar com diversas áreas como: Antropologia, Sociologia, Biologia, Medicina e Educação (Xavier & Nunes, 2015).

A Psicologia do desenvolvimento, é uma área da Psicologia que se foca em estudar essas alterações que vão ocorrendo ao longo do tempo. Procurando aprofundar as questões físicas, emocionais, mentais e sociais. É importante perceber como é que o corpo se desenvolve e cresce, além de perceber as componentes sentimentais e a forma como expressamos as emoções, isto é essencial para compreender o ser humano, que inclui também a nossa forma de pensar e de refletir sobre tudo isso (Papalia & Martorell, 2021).

Existem vários autores que apresentam perspetivas diferentes sobre o assunto, de um modo geral, focam-se nos processos adaptativos do ser humano ao longo do seu desenvolvimento nos diferentes aspetos da sua vida, em que muitas vezes isso acaba por estar interligado com o meio em que a criança se insere (Tinajero & Páramo, 2012).

1.1. Etapas do Desenvolvimento Humano

Desde que a primeira célula é gerada, até ao final da vida, vão existindo transformações. Os bebés tornam-se crianças, estas tornam-se adolescentes e após a maturação, desenvolvem-se em adultos (Mota, 2005).

O Desenvolvimento Humano incide fundamentalmente sobre as fases iniciais da nossa vida, como a infância e a adolescência, visto que são períodos que exigem uma atenção especial aos estímulos apresentados, à questão dos cuidados primários que se deve ter, entre outros aspetos que caracterizam estas fases. Apesar disso, o ser humano está em constante evolução até ao final do ciclo da vida (Verissimo, 2002).

Erik Erikson, refere que o ser humano tem várias fases de desenvolvimento, o autor refere que existem 8 fases fundamentais do desenvolvimento de cada indivíduo, estes são:

- I- Bebê até aos 18 meses de vida – Estágio Sensorial:** À medida que o bebê vai crescendo, aprende a explorar o mundo a través dos sentidos. Inicialmente parte

do comportamento das figuras significativas, nomeadamente com a figura maternal, passando gradualmente para as outras figuras que se inserem no meio que rodeia a criança. Isto traduz-se em sentimentos de confiança derivado do reconhecimento mútuo entre mãe e bebé, isto é, se a mãe reagir aos sinais do bebé de forma consistente, transferindo calma e tranquilidade, esta pode estruturar o seu mundo através desse comportamento, tornando o ambiente seguro e previsível. O conjunto destes fatores resulta numa criança mais confiante.

No entanto, caso isto não se verifique, a criança pode desenvolver um sentimento oposto, pode tornar-se mais assustada e desconfiada, mais medrosa e carente de afeto (Verissimo, 2002).

II- Dos 18 meses aos 3 anos – Desenvolvimento Muscular (1ª Infância): Neste estágio do desenvolvimento a criança inicia a sua exploração do mundo de forma mais ativa. Nesta fase o papel dos pais é fundamental, pois os que encorajarem habilidades como o andar, falar, trepar, resulta na promoção da independência e da autonomia do bebé (Erikson, 1994). Caso haja uma superproteção, criticando e limitando, até através da preocupação e acautelando um possível perigo nessa busca do meio que rodeia a criança, muitas vezes resulta num comportamento regido pela dúvida e insegurança, bem como pelo retraimento, além de aumentar a probabilidade de a criança desenvolver uma autoimagem com caráter de incerteza e de culpa relativamente às suas capacidades. É importante que durante este período do desenvolvimento os pais encontrem um equilíbrio saudável entre o desleixo e a superproteção a ter face à supervisão de atividades que a criança procura ter. É de realçar a importância que existe da criança explorar e experimentar, justificando com possíveis situações de perigo, é essencial que se vá reforçando os comportamentos normativos para que a mesma consiga ganhar ferramentas úteis para o futuro (Verissimo, 2002).

III- 3 aos 5 anos – Controlo Locomotor (2ª Infância): Nesta etapa do desenvolvimento, a criança aprende a fazer determinadas tarefas e atividades por iniciativa própria, como brincar, planear, explorar. O “faz de conta” realça a imaginação, experimentando papéis, integrando uma narrativa naquela brincadeira. No entanto também o facto da criança ter mais capacidades motoras aumenta as possíveis situações de perigo a que a mesma pode estar exposta, aumentando a preocupação dos pais e consequentemente fazendo que os mesmos estejam mais atentos. Contudo essa vigilância não deve ser proibitiva, isto é, os

pais devem estar atentos às atividades, às brincadeiras e às narrativas que as crianças vão gerando e em simultâneo promover esses mesmos comportamentos. Caso não se verifique pode resultar em crianças menos curiosas e com uma diminuição de capacidades de tomar iniciativas face a algo no futuro, pode também originar ausência de ambição acompanhado de sentimentos de vergonha. A ambição é o motor para que a criança consiga tomar iniciativa e, conseqüentemente, alcançar os objetivos que foi delineando (Verissimo, 2002).

- IV- 5 aos 13 anos – Período de Latência (Idade Escolar):** Durante este período do desenvolvimento, a confiança, a autonomia e a tomada de iniciativa têm um maior peso, desenvolvendo-se mais. Nesta fase a criança ganha um maior controlo dos seus impulsos, permitindo que haja uma maior atenção, cuidado, perseverança, esforço e um maior sentido de responsabilidade. É nesta altura que o contexto social em que a criança se insere sofre alterações. Com o ingresso na escola, surgem outras nuances como o reconhecimento através do elogio e das recompensas, isto pode resultar numa auto-estima baseada em comentários exteriores. A introdução da responsabilidade através dos trabalhos de casa, faz com que a criança se tenha de esforçar para aprimorar as suas capacidades. Os pais, quando reforçam de forma positiva essas capacidades, resulta num sentimento de orgulho na criança e das suas competências. Mas quando o resultado do esforço é desvalorizado por parte dos progenitores podem surgir sentimentos de inferioridade por parte dos jovens (Verissimo, 2002).
- V- 13 os 21 anos – Moratória Psicossocial (Puberdade e Adolescência):** Quando termina a infância, inicia-se a próxima etapa do desenvolvimento que é a adolescência, iniciada pela puberdade e pelas alterações fisiológicas. Durante este período vão surgindo algumas crises de identidade, desencadeadas pela exploração do sentido de identidade. Entre a infância e a idade adulta, o jovem vai desempenhando vários papéis que vão sendo oferecidos nos diferentes contextos sociais. Desta forma o *ego*, vai tentando estabelecer um sentido com o *self*, isto é, o jovem vai-se questionando sobre quem é, o seu valor, mas também a impressão que causa e o impacto que pode ter nos outros. As explorações através da introspeção destes aspetos vão sendo importantes para que o jovem se compreenda e se afirme, explorando o seu papel nos diferentes grupos e contextos sociais, pois só assim é possível chegar à conclusão do que quer ser e do que faz sentido para si, além dos seus gostos. O facto de existir mais liberdade neste

estágio abre portas a que se consiga desenvolver um sentido de identidade do *ego* bastante concreta e sólida. Nesta altura o jovem desenvolve uma maior percepção das suas capacidades e dos seus talentos, mas também das suas angústias e limitações, que estão associados à expressão e regulação de emoções, necessidades e ao controle dos impulsos (Erikson, 1994). A procura pelo seu *eu*, pode gerar uma confusão de papéis, entre a entrega e o receio da rejeição, acompanhado por sentimentos de isolamento, vazio, angústia e indecisão, no entanto o próprio adolescente pode recusar a integração na vida adulta. Os pais podem impulsionar a integração na vida adulta de forma saudável, no entanto, quando tentam omitir partes dessa mesma realidade pode não ter um resultado positivo, visto que impede o reconhecimento de determinadas realidades sociais, podendo resultar num comportamento mais retraído (Verissimo, 2002).

VI- 21 aos 40 anos – Maioridade Jovem (Jovem Adulto): Nesta altura, espera-se que o jovem tenha desenvolvido um sentimento de identidade sólido, além de iniciar procura de relações mais íntimas com quem o rodeia, com o intuito de as aprofundar, principalmente as relações de amor e que representem algum tipo de compromisso, sejam elas sexuais ou não. A consequência da existência destas relações pode trazer algum sentimento de gratificação, mas não estão livres de desenvolverem algum tipo de conflito ou desacordo, como também de alguma desilusão, até mesmo medo de que isso possa acontecer e resultar numa rejeição por meio de uma das partes. Daí a importância de resolver estas situações, pois podem originar um isolamento e evitamento social. Os jovens que apresentem uma maior desconfiança nas relações, temem mais pelo fracasso e por uma possível rejeição social, além de mostrarem uma maior dificuldade em tomar iniciativas, que pode resultar numa dificuldade em estabelecer relações amorosas (Verissimo, 2002).

VII- Dos 40 aos 60- Meia-Idade (Adulto): Esta fase incluiu as etapas expectáveis: casar, ter filhos e trabalhar de forma consciente e produtiva para a qualidade de vida (Erikson, 1994). Neste estágio espera-se que exista um sentido altruísta, ajudando quem necessita e que esteja desenvolvido um sentido de preocupação geral para com toda a gente, além do bem-estar geral. É importante que haja uma perspetiva alargada do mundo e do papel que cada um desempenha, tal como é importante dar sentido a esse mesmo papel. No entanto, existem pessoas que não apresentam um sentido de solidariedade social e que não conseguem viver com

comunidade. Geralmente são pessoas que apresentam características muito viradas para eles próprios, onde só encontram sentido na vida através da gratificação pessoal (Verissimo, 2002).

VIII- Além dos 60 anos- Maturidade (Idade da Reforma): Com o aproximar do fim de vida, é nesta fase que as pessoas tendem a ser mais introspectivas e a refletir em situações do passado, resultando muitas vezes em sentimentos de satisfação e integridade, amargura e negação. É uma altura que surge um sentido de plenitude e se fazem balanços do que se viveu. No entanto caso certos temas não sejam resolvidos, desenvolve-se um sentimento de amargura, fazendo com que a morte se torne um tópico mais complicado para interiorizar (Verissimo, 2002).

2. Fases específicas do Desenvolvimento Humano: Infância e Adolescência

A infância trata-se de ser uma fase importante do desenvolvimento humano, visto que é reconhecida como sendo um período crítico do desenvolvimento humano (Cardona, et., 2012). Na infância, o papel que os pais desempenham é fundamental, pois são as primeiras figuras de referência, consequentemente, acaba por impactar o desenvolvimento do bebé. O meio e os estímulos que existem em torno do bebé, também acabam por ter impacto no seu desenvolvimento (Verissimo, 2002; Cardona, et., 2012)

A primeira infância baseia-se no “faz de conta” que tem um papel essencial para a criança explorar a imaginação e o seu sentido criativo. A narrativa que as crianças criam muitas vezes refletem o que as mesmas sentem ou situações que as mesmas vivenciam, tanto na escola como em casa (Verissimo, 2002).

A criança, ao explorar o mundo, promove o desenvolvimento dos seus traços de personalidade, como também trabalha a capacidade de liderança e o seu sentido de independência (Erikson, 1994). Deste modo, ao longo do desenvolvimento humano, as crianças desenvolvem o seu conhecimento e aprendizagem de si e do mundo, através da exploração e da imitação - Teoria de Aprendizagem Social – a cópia de comportamentos sociais dos pares e dos adultos de se inserem na vida da criança (Biaggio, 2003).

De acordo com a Teoria da Aprendizagem Social, de Albert Bandura (1977), esta teoria junta inúmeras dinâmicas e estratégias comportamentais, bem como de aprendizagem que o autor considera essenciais para o sucesso das suas interações sociais. Esta teoria, caracteriza

que o desenvolvimento e o funcionamento humano, partem da relação recíproca entre os estímulos internos, os estímulos externos e o comportamento (Melo-Dias & Silva, 2019).

Deste modo, podemos dizer que a aprendizagem na infância parte destas três componentes, dos estímulos internos, externos e do comportamento (Melo-Dias & Silva, 2019). A aprendizagem desenvolvida nesta altura é configurada como sendo uma aprendizagem vicariante, isto é, é uma aprendizagem diretamente com outras pessoas, de diversas formas (Bandura & Walters, 1977; Melo-Dias & Silva, 2019). As diferentes pessoas que integram o panorama social em que a criança se insere, resulta em diferentes competências, interesses e valores que vai desenvolvendo ao longo do tempo (Melo-Dias & Silva, 2019).

O desenvolvimento da criança, parte da interação entre a pessoa e as suas próprias capacidades de observação (Melo-Dias & Silva, 2019). Essas mesmas capacidades impactam o funcionamento psicossocial numa ampla rede de interações recíprocas (Melo-Dias & Silva, 2019). No decorrer da aprendizagem social, vai existindo um processamento e codificação da informação através de fatores cognitivos como a atenção, capacidade de memória e a motivação (Bandura & Walters, 1977; Melo-Dias & Silva, 2019).

Desta forma a criança vai retendo e processando determinados comportamentos que depois replica ao longo do seu crescimento (Melo-Dias & Silva, 2019). Passando esta primeira fase, a criança embarca da chamada “idade escolar” que dá início aos 5 anos (Verissimo, 2002). Dos 5 aos 13 anos, é uma altura crítica no crescimento humano, visto que é nesta altura as crianças expandem a sua rede social, interagindo com outras pessoas fora do núcleo familiar (Verissimo, 2002). Com a integração no meio escolar, surgem mais responsabilidades que fazem com que a criança tenha de se esforçar para limar e melhorar as suas capacidades, aprendendo com as novas interações que vai tendo (Verissimo, 2002).

O período da adolescência é marcado por ser a transição da infância para a vida adulta, sendo uma fase onde surgem várias alterações biopsicossociais (Blos, 1967). Durante esta altura vão surgindo alterações estruturais e do funcionamento do organismo (Blos, 1967). Neste processo de metamorfose, o jovem vai-se debruçando sobre ele próprio, aprofundando o autoconhecimento (Becker, 2017). É a fase que se iniciam os processos de maturidade sexual e de autodescoberta (Ferreira & Nelas, 2006).

Esta fase do desenvolvimento tem início aos 11 anos e vai até aos 20 anos (sendo algo discutível para vários autores o início e o fim deste estágio do desenvolvimento) (Ferreira &

Nelas, 2006). Contudo existem diferenças que podem tornar este processo precoce ou podem fazer com que este se inicie mais tarde, tais como: o impacto e as diferenças do sexo feminino em relação ao sexo masculino, a etnia, condições socioeconómicas e culturais (Ferreira & Nelas, 2006). É possível que os jovens apresentem diferentes ritmos de maturação e desenvolvimento, isto é, cada adolescente apresenta um ritmo de maturação único e muitas vezes não é previsível o seu início o seu fim, tornado o processo de evolução muito singular (Ferreira & Nelas, 2006). A metamorfose aliada a esta fase do ciclo de vida, é processo é fundamental para que a criança se transforme num jovem adulto maduro e completo (Becker, 2017).

Bloss (1967), refere que a adolescência é a segunda fase de individualização do ser humano. O autor defende que a primeira fase de individualização ocorre no final do terceiro ano de vida da criança. Estes momentos partilham da urgência para que ocorram mudanças estruturais a nível psicológico, observando-se uma mudança na relação de dependência com os pais. Na adolescência, surge a necessidade do jovem se desconectar com o lado da infância de forma a evoluir e a criar uma estrutura social para o futuro.

A adolescência é o ponto de mudança, onde se frisa a alteração de dependência dos progenitores, bem como um aumento das responsabilidades. É o momento em que a criança de torna um jovem, originando uma necessidade de construir a sua identidade social, identificando os seu pontos e modelos de referência. É durante este período que se tomam as primeiras decisões face à vida profissional e aos objetivos de vida (Ferreira & Nelas, 2006).

Deste modo, a adolescência, é vista como sendo um processo e não somente uma fase. Verificam-se muitas mudanças que são vividas com bastante intensidade e além das mudanças visíveis, é possível perceber que vão ocorrendo alterações cognitivas e psicológicas (Ferreira & Nelas, 2006). Nesta altura os jovens procuram e desenvolvem ferramentas para lidar e gerir as novas emoções e sentimentos que vão surgindo (Becker, 2017). A evolução que o jovem vai sentindo, resultam na reestruturação da própria imagem (Ferreira & Nelas, 2006).

Becker (2017), refere que nesta altura o adolescente expande os seus interesses em busca de novas sensações, em simultâneo tenta encaixar-se no ambiente social que o rodeia e que muitas vezes se pode tornar algo intenso, frustrante e confuso. O autor sublinha também as mudanças que ocorrem no meio social, em que adolescente deixa de ser tratado como uma criança e passa a ser tratado como um jovem que está a entrar gradualmente na fase adulta do

ciclo de vida. Nesta fase, surgem outras responsabilidades, o trabalho, o indivíduo planeia estabelece-se e gerar uma família, existe uma procura de um equilíbrio a longo prazo, que acaba por ser um pensamento que não está tão presente na adolescência (McGoldrick & Shibusawa, 2016).

O período da adolescência, apresenta várias especificidades que diferem da infância, os jovens nesta fase demonstram mudanças físicas, psicológicas e hormonais, que se traduzem num aumento de emotividade e de *stress*. É comum existirem momentos de maior irritação, excitação, bem como episódios depressivos transitórios. É uma fase da vida muitas vezes marcada por períodos de instabilidade emocional e de conflito, onde ocorrem mudanças de humor ao longo do dia, muitas vezes acabando por ser algo incontável (Oliveira, 2006).

O final deste processo verifica-se quando o jovem atinge determinadas metas do seu desenvolvimento, nomeadamente no campo intelectual, social, mas também a nível afetivo e sexual, caracteriza-se também pela entrada no próximo capítulo da sua vida que é início da sua vida adulta como um ser individual (Ferreira & Nelas, 2006). A adolescência é um período que se foca pelas várias mudanças que vão surgindo, nomeadamente a alteração entre a vinculação da infância (estabelecida somente com os progenitores) para a vinculação adulta (estabelecida com figuras externas ao meio familiar) (Ainsworth, 1989).

É importante perceber que o adolescente ainda não é um adulto completamente formado, logo, o seu pensamento ainda não detém de um certo nível de maturidade, visto que ainda se encontra nesse processo de metamorfose (Becker, 2017; McGoldrick & Shibusawa, 2016).

2.1. O impacto do Abandono Parental na Infância

O abandono parental pode ser caracterizado como sendo, uma ausência permanente ou temporárias de um ou de ambos os progenitores, na vida do bebé (Cardona, et al., 2012; Mishne, 1979) Contudo, noutros casos existe rejeição parental em que criança é negligenciada e pode chegar ao ponto de haver algum abuso de menores (Marici, et al., 2023).

Ao longo do seu crescimento, o abandono físico ou emocional da figura de referência, pode ser perspectivado como sendo uma situação traumática vivida na infância (Frankel, 2023; Lorente, 2023).

Infelizmente, é um cenário que se repete com inúmeras crianças em todo o mundo, todos os dias (Marici, et al.,2023). São crianças e bebês cujos pais biológicos não conseguem cumprir as suas responsabilidades, não têm capacidade de cuidar e educar outro ser humano, metendo de lado as suas necessidades básicas de desenvolvimento (Cardona, et al., 2012; Marici, et al.,2023).

A presença dos progenitores no crescimento e desenvolvimento do bebê é algo fundamental para o bem estar do bebê, bem como promove a criação de um vínculo afetivo entre pais e filhos (Marici, et al.,2023). A ausência de um ou de ambos os progenitores, pode pôe em causa a relação, bem como, pode ter consequências físicas e psicológicas na criança a longo prazo (Cardona, et al., 2012). Muitas vezes essa ausência dos pais, vem a pronunciar-se mais tarde na idade adulta e nas relações interrelacionais que a pessoa procura (Marici, et al.,2023).

Além da ausência física, existe também um distanciamento emocional - abandono emocional – que é a consequência de pais com traços narcisistas que não se focam nas necessidades emocionais básicas de um ser humano no início da sua vida. (Cardona, et al., 2012; Frankel, 2023).

Proveniente da ausência dos progenitores, os jovens podem vir a desenvolver sentimentos de vergonha e culpa (maioritariamente em casos de rejeição parental) sendo que é um ponto essencial na forma como crescem e se aceitam como pessoas (Marici, et al.,2023; Runcan, 2012). Existe uma maior predisposição para que uma criança que não tenha os pais biológicos presentes (emocionalmente ou fisicamente), desenvolva inseguranças e dificuldade em estabelecer relações interpessoais, bem como uma maior dificuldade em regular emoções e sentimentos, além de demonstrar uma baixa autoestima (Frankel, 2023).

Deste modo, a ausência física e emocional do progenitor, pode ter um efeito a longo prazo em termos relacionais, como por exemplo, pode levar à criação de relações interpessoais superficiais devido ao absentismo parental e à ausência do vínculo afetivo (Runcan, 2012).

Claro que cada situação familiar e relacional dos progenitores, estabelece uma tendência face ao ser humano que está a ser gerado. Há fatores que contribuem para o abandono parental, como: o risco pré e pós-natal, características temperamentais na criança, baixa qualidade de vínculo entre mãe e bebê, fraca qualidade de competências de cuidar de

outro ser, características de personalidade dos progenitores, o status da relação, dinâmica familiar, dificuldades económicas (Carson, 1987; Cardona, et al., 2012).

2.2. Teoria da Vinculação

A vinculação é algo fundamental no crescimento do ser humano. É um laço afetivo que se vai desenvolvendo e aprofundando entre duas pessoas e que tem tendência a perdurar no tempo (Moura & Matos, 2008).

Deste modo, a Teoria da Vinculação, debruça-se sobre a criação desses laços afetivos desde o nascimento (Troisi, 2005). A relação que o bebé estabelece com os pais no início de vida, pode ditar na infância certos padrões comportamentais que se traspõem para a adolescência e mais tarde, para a vida adulta (Bowlby, 2008). Esse vínculo traduz-se sobre o nível de dependência que a criança pode vir a desenvolver não só com os pais, como mais tarde nas outras relações no decorrer da vida (Ainsworth, 1989; Bowlby, 2008).

A Teoria da Vinculação procura entender a formação e o desenvolvimento da personalidade, no que diz respeito às relações afetivas de forma a justificar a influencia que essas mesmas relações podem na formação para a vida adulta. É importante para compreender de que forma o jovem capta e percebe as relações interpessoais, bem como a relação consigo mesmo (Bastos & Costa, 2004; Troisi, 2005).

Podemos perceber que esta teoria também se caracteriza pela necessidade que o ser humano tem de procurar e manter uma relação próxima, tanto a nível afetivo como a nível físico, com as suas figuras de vinculação (mãe e pai) principalmente em situações e contextos que possam ter características adversas e *stressantes* (Moura & Matos, 2008). A teoria da vinculação, parte do pressuposto de que o bebé utiliza a figura de vinculação como sendo algo reconfortante que lhe transmite segurança, permitindo que a criança explore o mundo que a rodeia com mais confiança (Ainsworth, 1989). Isto só se verifica quando as figuras iniciais, aprofundam o vínculo estabelecido com o bebé, principalmente a mãe (Bowlby, 2008).

Segundo a teoria de Bowlby (2008), a primeira relação que a criança estabelece ocorre ainda dentro do útero com a figura materna, e consequentemente, após o nascimento, está bastante dependente da mesma principalmente no primeiro ano de vida (Ainsworth, 1989).

Por exemplo, nos primeiros tempos de vida o bebê comunica através do choro e vai percebendo quem é a mãe pelo cheiro e pelo toque, estes processos de comunicação e de identificação revelam-se extremamente importantes para que o bebê se sinta seguro (Fearon, & Roisman, 2017). Desta forma, o papel da figura materna é ir de encontro ao que o bebê necessita tanto a nível físico como emocional, promovendo a sensação de bem-estar que favorece a relação e o desenvolvimento dos laços afetivos entre mãe e bebê (Bowlby, 2008; Fearon, & Roisman, 2017). Depois, à medida que a criança vai crescendo, esta dependência vai sofrendo alterações, visto que a criança amplia as suas figuras de vinculação, passando para o pai, para a família mais próxima, e mais tarde para os pares, pois a sua rede social também vai aumentando gradualmente (Bowlby, 2008; Moura & Matos, 2008). Este processo, gera, inevitavelmente outros laços afetivos com as suas especificidades (Moura & Matos, 2008).

A adolescência é a primeira fase que refere a alteração de vínculo estabelecido somente com os pais para a procura de outros vínculos exteriores ao meio familiar. Nesta altura do ciclo da vida, é comum que através da interação com outros indivíduos permita o desenvolvimento de figuras de vinculação, que detêm diferentes características das outras figuras que já integram a sua vida (Moura & Matos, 2008). Deste modo, as relações que se estabelecem com os pares e em relações amorosas apresentam-se à parte da relação com os pais (Moura & Matos, 2008). Os progenitores continuam a ter um papel importante no apoio que dão ao jovem, no investimento do vínculo e na disponibilidade emocional que demonstrem, no entanto, e em simultâneo existe uma procura pela independência e de autonomia face à Família (Moura & Matos, 2008).

Contudo, se durante a infância a família se caracteriza como sendo significativo em termos vinculativos, à medida que o adolescente se forma e se desenvolve, o comportamento de vinculação acaba por ser dirigido para figuras não parentais (Bastos & Costa, 2004).

Existem padrões de vinculação, seguros ou ansiosos/inseguros, estes três padrões de vinculação, que se tendem a demonstrar na adolescência, são: (1)Vinculação Segura: O jovem apresenta confiança na presença das figuras parentais, bem como na resposta e na ajuda que estes dão em situações de maior *stress* e de medo. Essa garantia dada pelos pais permite que explore o mundo de maneira ousada e confiante. Este padrão é promovido pelo progenitor nos primeiros anos de vida, especialmente a mãe através da sua disponibilidade e da sua sensibilidade aos sinais apresentados pela criança que procura amor, afeto, uma

sensação de proteção e de conforto (Bowlby, 2008); (2) Vinculação Ansiosa: O jovem está pouco seguro se os progenitores estarão presentes ou se o ajudarão quando for necessário. Derivado desta incerteza vai-se gerando uma ansiedade de separação que tendencialmente se demonstra como sendo muito ansioso e apreensivo face a explorar o mundo sozinho. Este padrão, é promovido pelos pais em que se demonstram muito disponíveis para ajudar numas alturas e noutras situações isso não se verifica. Isto ocorre em algumas ocasiões em que se observe algum tipo de separação, acompanhado de ameaças de abandono (Bowlby, 2008); (3) Vinculação de Evitação: O jovem não apresenta confiança quando precisa de ajuda, pelo contrário, o jovem espera que haja uma rejeição desse pedido de auxílio. Desta forma, um indivíduo que na tentativa de viver a sua vida sem amor e apoio de terceiros, acaba por tentar ser emocionalmente dependente. Consequentemente pode desenvolver traços narcísicos ou pode ser diagnosticado como sendo narcisista (Bowlby, 2008).

Estes padrões, distinguem-se por terem características muito singulares na gestão da distância ou proximidade, no que diz respeito à necessidade de recorrer às figuras de vinculação (Machado, 2007). A Vinculação Segura foca-se no sentido de segurança e conforto, enquanto os outros dois padrões fazem referência ao sentimento de insegurança e ansiedade causada pela falta de apoio e/ou afeto - Vinculação Insegura (Machado, 2007). A falta de confiança pode gerar uma ausência de ambição e de procura de oportunidades, que pode favorecer um atraso no desenvolvimento cognitivo, falta de confiança em si, dificuldade em confiar nas outras pessoas, bem como levar a problemas e/ou dificuldades de regulação emocional (Claro & Mota, 2019).

Isto é, com a criação de novos laços afetivos, muitas vezes podem ser replicados comportamentos inicialmente dirigidos aos progenitores, que passam para essas novas relações (Bowlby, 2008). O alargamento da rede social, promove também que esses padrões afetivos se perpetuem e se estendam além do seio familiar (Machado, 2007).

É fundamental ter em atenção de que forma estes vínculos se traduzem em termos comportamentais, muitas vezes é necessário que se intervenha em jovens que apresentem um padrão inseguro, visto que em alguns casos apresentam estratégias relacionais pobres e inadequadas (Machado, 2007). Essas estratégias são determinadas pela qualidade das relações de vinculação, sendo que acabam por serem modelos para a construção de relações ao longo da vida (Claro & Mota, 2019; Machado, 2007)

2.3. Eventos Marcantes na Infância – Consequências na vida adulta

Algumas crianças, quando expostas a situações traumáticas ou marcantes na sua infância, podem desenvolver Transtorno de Stress Pós-Traumático (normalmente em contextos de abusos sexuais, físicos e/ou psicológicos) ou somente alguns sintomas (Copeland, et al., 2007). Como consequência do que foi vivido e de acordo com historial de ansiedade, bem como o ambiente familiar onde a criança se insere, pode existir uma maior predisposição para o desenvolvimento de determinadas perturbações psicológicas (Copeland, et al., 2007).

As figuras de referência são as figuras com quem a criança se conectou desde o seu nascimento e durante os seus primeiros anos de vida. Em muitos casos, essa figura não passa só pelos pais, mas também pelos avós, tios e educadores de infância. A principal função é cuidar e regular as necessidades do bebé, e dar significado aos sentimentos e emoções que este vai demonstrando. Sendo esta uma etapa fundamental no seu desenvolvimento, visto que é nesta altura que o bebé começa a desenvolver a sua visão do mundo e do que o rodeia através do afeto que vai sentido. (Lorente, 2023). As crianças antes dos 7 anos demonstram que na ausência de um de ambos os progenitores, ou de uma figura importante na sua vida, pode originar dificuldades na separação afetiva para com outros (Mishne, 1979).

Assim sendo, é importante que se trabalhe os traumas afetivos, para que na idade adulta, não se venham a desenvolver problemas como: a dificuldade de estabelecer relações afetivas; inconsistência e desequilíbrio nas relações; relacionamentos que se baseiam na dependência emocional para com o parceiro; sinais de apatia perante os outros; falta de empatia, afeto e compreensão; dependência dos filhos ou de uma figura de referência como a mãe ou o pai que lhes consiga dar o que querem e precisam (Lorente, 2023).

O abandono ou a negligência por parte de uma figura de referência, no início da vida, pode ter várias consequências na criança e na forma como ela encara a situação. De acordo com o contexto, a mesma, pode vir a desenvolver sentimentos de raiva, culpa e vergonha, cada emoção traduz-se em comportamentos de vão sendo exibidos ao longo do crescimento e do desenvolvimento (Lorente, 2023).

Por exemplo, a culpa, muitas vezes traduz-se na amplificação da resposta emocional, numa maior sensibilidade a estímulos emocionais, bem como na consciencialização dos mesmos. A culpa e a vergonha, manifestam-se sentindo uma humilhação e desvalorização

pessoal, que podem desencadear sentimentos de desesperança e desamparo, aumentando o risco de suicídio, especialmente durante a adolescência (Marici, et al.,2023). Verifica-se também que muitas crianças demonstram perturbações de ansiedade e de dependência emocional que acompanham o desenvolvimento até à idade adulta (Copeland, et al.,2007; Whetten, et al.,2011). O sentimento de culpa, pode vir a originar e aumentar predisposições que podem ter consequências interpessoais e internas (Marici, et al.,2023). Os sentimentos de vergonha, estão muitas vezes associados a uma situação traumática e impactante que gerou um Transtorno de Stress Pós-Traumático ou possivelmente Transtorno Obsessivo Compulsivo. Em certos casos existe uma maior da probabilidade de surgirem episódios psicóticos, e depressão associados e esse evento traumático (Stuewig, et al.,2005).

Um evento marcante, como o abandono parental, tem várias ramificações de acordo com as consequências sociais, pessoais, comportamentais que apresenta. Determinadas crianças terão uma maior chance de desenvolver dificuldades de compreensão das suas emoções, de estabelecer relações interpessoais que não apresentem uma dependência emocional, de ter um comportamento normativo na escola e entre os pares, como podem desenvolver problemas de aprendizagem e de rendimento escolar (Whetten, et al., 2011).

No entanto, o abandono emocional, além do abandono físico, causa transtornos para a criança, aumentando a sua suscetibilidade a desenvolver uma hipersensibilidade às intenções, comportamentos e sentimentos dos pais (Ferenczi,1937; Sauvé, et al.,2022).

Muitas vezes essas crianças desenvolvem mecanismos de defesa, como sendo uma resposta adaptativa ao meio que experienciam, como a dissociação da realidade que lhes permite um distanciamento da situação e do que estão a sentir naquele momento, que se pode perpetuar para a adolescência e, conseqüentemente, para a idade adulta (Copeland, et al.,2007; Frankel, 2023; Van der Kolk, et al., 2009). Porém, pode existir também uma dificuldade em distinguir uma relação saudável de uma relação menos estável, além de persistir uma relutância a impor limites a terceiros (Lorente, 2023; Sauvé, et al.,2022)

Certamente, existem crianças que são mais resilientes e têm uma rede de apoio mais extensa, que permite que o trauma não seja extenso e que não se sintam desamparadas, contudo nem sempre é um cenário que se verifica (Lorente, 2023)

2.4. Emoções e Sentimentos - Regulação Emocional

As emoções são algo essencial na nossa vida, no nosso dia a dia são ferramentas extremamente importantes visto que auxiliam na resposta adaptativa ideal num determinado contexto (Santana & Gondim, 2016). Este processo foca-se na compreensão das nossas emoções e dos nossos sentimentos, além de procurar o seu equilíbrio e a sua regulação. Vamos passando por determinadas situações ao longo da nossa vida de despertam determinadas sensações e um certo conjunto de emoções e/ou sentimentos aliados ao contexto que estamos a experienciar (Heller, 2009).

Os sentimentos, caracterizam-se pela sua natureza subjetiva. É percecionado como sendo algo privado e íntimo, de cada pessoa. Pode traduzir-se como sendo a resposta a um estímulo ou a uma situação. Deste modo, representa a consequência direta das emoções (positivas e negativas) ampliando o impacto de uma determinada situação no sujeito (Damasio, 2001).

Podemos dizer que as emoções, bem como os sentimentos, são comuns ao ser humano como resposta a uma situação, tendo um papel fulcral na vida social e nos eventos da nossa vida (Smith, et al., 1993). Em muitos cenários a emoção transmitida por alguém pode afetar outra de forma cognitiva e comportamental, de acordo com o que é interpretado (Van Kleef, et al., 2011). Desta forma, o contexto emocional, pode ter consequências interpessoais, desencadeando reações, que podem ser tanto positivas como negativas (Cole, et al., 2004; Van Kleef, et al., 2009).

A reação emocional, foca-se na experiência pessoal e intrapessoal (Van Kleef, et al., 2011). Muitas vezes as consequências intrapessoais estão na base da sua funcionalidade perante contextos sociais, é observável através de expressões faciais, alterações comportamentais que traduzem o que a pessoa sente face a uma determinada situação, acontecendo de forma inconsciente, neste caso nós acabamos por ser o nosso meio comunicação com os pares (Smith, 1989; Van Kleef, et al., 2011).

De acordo com Frijda (1989), as emoções têm dois espectros importantes: o prazer e a dor, estando conotadas como sendo algo positivo e negativo (respetivamente), em que cada uma representa e corresponde a uma estrutura cognitiva (Frijda, et al., 1989).

Por exemplo, o medo motiva a pessoa a escapar de situações de perigo, enquanto a felicidade e o orgulho desencadeiam motivação face a alcançar certos objetivos. A culpa

motiva a pessoa a aderir às normas sociais estabelecidas, enquanto a raiva motiva a procura de justiça e vingança. A tristeza está associada à procura de conforto e ajuda (Smith, 1989; Smith, et al., 1990).

Em contrapartida, é fundamental que todo esse conjunto complexo de sensações, nos dê ferramentas para que tenhamos alguma consciência e consigamos regular as nossas emoções (Berking & Wupperman, 2012). Esta regulação emocional tem um carácter multidimensional, no sentido em que existem várias definições do que é a regulação emocional, bem como o seu propósito (Berking & Wupperman, 2012; Cole et al., 2004).

A regulação emocional, parte do pressuposto que é uma resposta adaptativa do ser humano, tanto em termos comportamentais, como também a nível psicológico. Em determinados contextos, as respostas fisiológicas tal como as psicológicas, vão sendo despoletadas em contextos específicos. Esta resposta resulta no desenvolvimento e numa tendência de resposta que obtida naquela situação (Gross, 1998).

Contudo, as sensações que o corpo transmite estão interligadas com a estrutura emocional de cada um, isto é, a resposta e o que essa situação origina muitas vezes inserem-se num espectro de vai corresponder a sentimentos que vão da dor ao prazer (Frijda, et al., 1989).

A capacidade de regulação emocional, está associada aos processos intrínsecos ou extrínsecos, que são ligados à resposta emocional (Berking & Wupperman, 2012). Os processos intrínsecos, falam da capacidade de regulação emocional da própria pessoa, enquanto os processos extrínsecos se referem à capacidade de regulação emocional pelo outro (Gross, 1998). Deste modo, promove-se uma monitorização, avaliação e uma possível adaptação da resposta emocional, especialmente no que diz respeito às características a nível da intensidade (Thompson, 1994). Os processos permitem que além destas características, seja possível perceber o momento certo para que essas mesmas respostas possam e/ou devam ser demonstradas. Estas questões podem ter como consequência a resposta emocional e/ou comportamental da outra pessoa (Thompson, 1994).

Por exemplo, as pessoas com depressão têm mais dificuldade na regulação emocional, seja na identificação das emoções seja na capacidade de lidar com as mesmas, principalmente quando são emoções mais negativas, existe uma relutância face à sua tolerância. No caso de pessoas que tenham uma perturbação de ansiedade, estas demonstram uma compreensão fraca do que podem estar a sentir, bem como podem apresentar uma reatividade maior a

emoções negativas, além de existir uma maior dificuldade de acalmar essa sensação emocional (Berking & Wupperman, 2012).

Em síntese, cada pessoa, de acordo com as suas experiências, tende a ter uma resposta emocional num determinado contexto, com uma determinada intensidade. Podendo, em muitos casos, gerar um atrito social ou muitas vezes uma incompatibilidade como consequência das emoções que são expressas e das que são compreendidas pela outra pessoa. Podemos dizer que é essencial que o indivíduo estabeleça estratégias internas, em determinados contextos sociais e reflita um pouco, de forma a regular as suas emoções, antes de dar uma resposta (Thompson, 1994).

3. Perturbações Psicológicas mais comuns em Jovens até aos 25 anos

As crianças e os adolescentes, tal como os adultos, podem desenvolver transtornos ou doenças de foro psicológico. Essas patologias têm vindo a aumentar entre os jovens, e são provenientes da crescente preocupação com as questões da saúde mental e do bem-estar psicológico (Costello, et al., 2003). Este crescimento ocorre em ambos os sexos, nas diferentes faixas etárias (Bor, et al., 2014).

A prevalência de transtornos mentais tem vindo a aumentar, de acordo com o estudo realizado por Erskine (2017), que abrange 187 países, após a aplicação de questionário e da análise das respostas, o autor concluiu que o sexo pode ser um fator importante no que diz respeito à prevalência de certas perturbações mentais, como a ansiedade, depressão. O autor refere que a prevalência geral em jovens é de 6,7%. A ansiedade apresenta uma prevalência geral 3,2% enquanto a depressão apresenta uma prevalência de 6,2% (Erskine, et al., 2017).

Neste contexto, torna-se relevante destacar que existem vários fatores de risco que podem aumentar a vulnerabilidade de desenvolver dificuldades e problemas psicológicos (Costello, et al., 2003). No que diz respeito aos fatores biológicos, existem certas pessoas que têm uma maior predisposição genética para desenvolver certas patologias.

Existem fatores genéticos (psicopatologia parental) que podem contribuir para o desenvolvimento destas patologias na criança ou no adolescente, contudo o meio também contribui para aumentar ou diminuir a probabilidade que isso aconteça. Muitas vezes os jovens podem estar expostos a toxinas, ou pode ter existido problemas na gravidez e/ou no

parto. Quanto aos fatores psicológicos, estes podem pesar na predisposição que pode haver para o desenvolvimento de psicopatologias, como traços disfuncionais de personalidade e os transtornos de aprendizagem. Contudo é essencial que se compreenda o meio familiar em que a criança está inserida, se existe violência entre os pais, se estão juntos ou separados, que tipo de família é, bem como a sua dinâmica (Ferraz, et al.,2017)

Além do contexto familiar é importante entender o que se passa na escola, o grupo de amigos e a influência dos mesmos, tanto pessoalmente como através das redes sociais (que têm ganho cada vez mais espaço na vida dos jovens) (Ferraz, et al.,2017). Cada vez mais é importante perceber esse ponto na vida de cada pessoa, visto que é um meio de comunicação e em contrapartida de exposição social, que pode originar alguma comparação entre o que se vê através do ecrã e a nossa vida, que pode muitas vezes não ser positivo para quem consuma esses conteúdos de uma forma pouco saudável e exaustiva ao longo do dia (Berryman, et al., 2018).

Dentro destas faixas etárias, dos 15 aos 25, observam-se jovens com Perturbações Depressivas, Perturbações de Ansiedade, nomeadamente Transtorno de Ansiedade de Separação, verifica-se também que existe um crescente diagnóstico em Transtorno de Hiperatividade e Défice de Atenção (Costello, et al.,2003; Ferraz, et al.,2017) Muitas vezes tendem a desenvolver pensamentos suicidas e ideação suicida (Berryman, et al., 2018).

Em suma, podemos concluir que existem vários fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais (Bor, et al., 2014). Desde a influência do meio em que o jovem se desenvolve, aos fatores biológicos que estão intrínsecos à pessoa, bem como os outros fatores que podem aumentar ou diminuir a probabilidade de o jovem vir a desenvolver alguma psicopatologia (Ferraz, et al.,2017).

3.1. Perturbação Depressiva Major

As Perturbações Depressivas, incluem várias perturbações, no entanto, todas elas partem de uma desregulação. Existem alguns tipos de perturbações depressivas, elas podem ser: Perturbação Depressiva Major, Perturbação Depressiva Persistente, Perturbação Pré-menstrual Disfórica, entre outras. No entanto irei focar somente na Perturbação Depressiva Major. (APA, 2014).

As pessoas que sofrem desta perturbação, apresentam inúmeras alterações comportamentais, tais como: um humor maioritariamente depressivo, uma redução significativa nos interesses pessoais, alteração nas funções cognitivas e uma mudança nos padrões de sono e de alimentação (Otte, et al., 2016; Gomes, et al., 2013).

Caracteriza-se pela presença de momentos depressivos com a duração de pelo menos duas semanas, envolvendo alterações a nível do afeto, nas funções cognitivas e nas funções neurovegetativas, que vão sendo intercaladas de remissões destes episódios (APA, 2014)

Para que seja possível diagnosticar alguém com uma Perturbação Depressiva, é essencial que se verifiquem pelo menos cinco desses fatores, ou outros, tais como: pensamentos suicidas, ausência ou redução do apetite sexual, choro e uma lentificação motora e/ou a nível do discurso. (Gomes, et al., 2013). É necessário que os sintomas se revelem no mínimo durante 2 semanas (APA, 2014). No entanto, quando o tempo de duração dos sintomas alcança os dois anos, é caracterizada como sendo Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) (APA, 2014).

De acordo com a APA (2014), é necessário que sejam verificados certos parâmetros, este podem ser: (1) humor deprimido, verificado durante maior parte do dia, quase todos os dias, com sentimentos de vazio, tristeza e desesperança (em crianças pode-se exibir através do aumento da irritabilidade); (2) perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades do dia, quase todos os dias; (3) perda ou aumento significativo de peso, sem estar fazendo dieta, como também aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias; (4) insônia ou hipersônia quase todos os dias; (5) agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (podem ser delirantes), todos ou quase todos os dias; (8) capacidade diminuída para pensar ou para manter o foco ou indecisão, quase todos os dias, (9) pensamentos recorrentes de morte (não só medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano delineado, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (Gomes, et al., 2013).

De forma a diagnosticar um Transtorno Depressivo, é importante que se verifiquem cinco dos pontos acima referidos. Após a sua verificação, é importante que se perceba o grau, podendo ser este leve, moderado, grave, com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão completa e por último, pode não estar especificado. Também é fundamental perceber que existem outros sintomas, tais como: ansiosos, mistos, melancólicos, atípicos,

psicóticos congruentes ou incongruentes com o humor, com características catatônicas ou sazonais (APA, 2014)

As mulheres tendem a ter uma maior prevalência da doença em relação aos homens, visto que há fatores hormonais que podem oscilar e contribuir mais para o desenvolvimento desse quadro. O sexo feminino apresenta maiores taxas de risco de tentativa de suicídio e o risco de suicídio completo é mais baixo (APA, 2014).

Embora se desenrolem algumas teorias, assume-se uma dificuldade em perceber a sua origem. Certamente existem fatores genéticos que podem desencadear uma maior predisposição para se desenvolver uma depressão, como fatores biológicos e hormonais. (APA, 2014; Bemnowska, et al., 2015).

Um ponto que pode ter peso face a este transtorno, é o meio em que a pessoa se insere, bem como fatores psicossociais que podem ter impacto negativo, além de experiências traumáticas, *stress* e sobrecarga de tarefas no dia a dia. Relativamente a outros fatores que podem impactar o desenvolvimento de uma perturbação depressiva, existem também fatores económicos, que podem contribuir para esse quadro, questões familiares como o relacionamento com os pais e/ou filhos, divórcios, questões da sexualidade do indivíduo, religiosas e/ou comportamentos aditivos (Belmaker & Agam, 2008; Bemnowska, et al., 2015).

No entanto, recomenda-se que as pessoas que sofrem com esta patologia, tenham acompanhamento psicológico regular, além de incluir um apoio psicofarmacológico que na maioria dos casos é fundamental para que haja um aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Otte, et al., 2016).

3.2. Perturbação de Ansiedade

A Perturbação de Ansiedade, demonstra-se de forma diferente de indivíduo para indivíduo. Contudo, entende-se como uma perturbação de ansiedade, a pessoa que demonstre mudanças somáticas, psicológicas, emocionais e cognitivas (Craske, et al., 2011). Além do mais a ansiedade pode ser compreendida como uma mistura complexa de emoções, como o medo, raiva, vergonha e culpa, interesse e excitação. Estas podem misturar-se de várias formas,

consoante o contexto, originando respostas diferenciadas ao estímulo percebido. (Barlow, 2004).

Podemos dizer que a Perturbação de Ansiedade, detém um medo e uma ansiedade excessiva, bem como alterações comportamentais. Apesar de cada uma destas respostas ser algo normativo no ser humano, em excesso, pode causar um impacto negativo no seu funcionamento. (Craske, et al., 2011; Kandel, 1983).

De acordo com Barlow (2004), a ansiedade é considerada, como sendo algo que se insere nas emoções inatas e que se vai alterando consoante as experiências e as várias situações que o sujeito vai vivenciando ao longo da sua vida.

Pode também manifestar-se de forma subjetiva, podendo traduzir-se numa variedade de sintomas que vão desde um enorme sentido de consciência ao medo profundo que aconteça algo inesperado, como uma catástrofe (Kandel, 1983). Deste modo, o sujeito percebe um contexto como sendo uma situação de perigo ou ameaça, que muitas vezes leva a um *stress* elevado como reação a um estímulo. No entanto sensações de preocupação, medo e inquietação, podem ser consideradas só por si, como um fator stressor para a pessoa. (Stein, et al., 2015).

O medo, traduz-se como sendo uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, acaba por estar associado a momento de excitabilidade autónoma aumentada, muitas vezes associada à resposta *fight or flight*, em que surgem pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga de uma situação ou contexto. (Craske, et al., 2011) Todavia, a ansiedade remete para algo mais fisiológico, no sentido em que existe uma maior tensão muscular, um aumento da vigilância face a um acontecimento futuro, acompanhado de comportamentos esquivos e de precaução extrema (APA, 2014).

Contudo, existem vários tipos de ansiedade, como: (1) Perturbação de Ansiedade Generalizada; (2) Ansiedade Social; (3) Fobias Específicas; (4) Perturbação de Pânico e a (5) Agorafobia. Existem também outras perturbações onde o transtorno de Ansiedade se insere, tais como na Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e na Perturbação de Stress Pós-Traumático (APA, 2014). De acordo com as suas implicações, este transtorno, pode manifestar-se na ausência de qualquer fator que desencadeie *stress* ou ansiedade – Ataque de Pânico – porém manifesta-se mais frequentemente quando ocorre uma situação que induza, um ou ambos, destes sentimentos – Ataque de Ansiedade. (Stein, et al., 2015)

Em termos de sintomas somáticos, verifica-se uma alteração do ritmo cardíaco, aumento da tensão arterial, pode ser acompanhado de tremores, mal-estar geral, sensação de secura na boca e/ou na garganta, com também, mal disposição e vômitos, palidez, dificuldade em respirar e aumento da transpiração (Ribeiro, et al., 2004; Robichaud, et al., 2019).

A ansiedade também pode ser traduzida como sendo um traço de personalidade, que está relacionado com a compreensão das emoções, bem como com as estruturas afetivo-cognitivas que resultam da recorrência de determinadas situações (Barlow, 2004). Está relacionado com o motivo inerente ao que se sente num determinado contexto, e consequentemente, com a sua tendência comportamental. A sua perceção passa pela aptidão de desmontar o estímulo compreendido como sendo perigoso ou uma ameaça, tal como a tendência de resposta face a isso, que se exteriorizam com reações nervosas e/ou ansiosas normativas face à situação. É um sentimento transitório, findando, assim que o estímulo exterior se ausenta, podendo ser um momento menos racional e mais desagradável para quem a experiência num curto espaço de tempo (Spielberger, 1966).

Em termos estruturais, observa-se um aumento exponencial na atividade da amígdala e em simultâneo, vai sendo libertada adrenalina para o nosso sistema nervoso. Isto resulta numa mensagem que é enviada para o cérebro de que estamos numa situação de risco, o que resulta em num aumento do estado de alerta, como também num elevado estado de energia. Assim, acaba por ser uma forma do corpo se preparar em caso de perigo (Craske, et al., 2011).

Para que se confirme o diagnóstico, é fundamental que os sentimentos prevaleçam há mais de 6 meses (Stein, et al., 2015). Muitas das vezes, a ansiedade não aparece como o diagnóstico diferencial, mas como uma comorbilidade, daí ser importante perceber o que está com centro da sintomatologia ansiosa, visto que cada uma delas resulta na resposta ansiosa. De modo a conseguir perceber melhor a origem da ansiedade, é de extrema importância que seja realizado um exame detalhado às situações que se verifiquem algumas destas características, sendo que as experiências do sujeito bem como a forma que foram percecionadas têm um grande impacto.

Transtorno de Ansiedade Generalizada

A terminologia, baseia-se como sendo ansiedade excessiva, associada a uma alteração do funcionamento da vida do sujeito, condicionada por diversos sintomas físicos e cognitivos (APA, 2014)

Verificam-se alterações físicas e psicológicas, como alteração de apetite, alteração do padrão de sono, aumento significativo do stress e da fadiga, devido a preocupações que causam um nível de *stress* acima do normativo, como situações financeiras e familiares. (Robichaud, et al., 2019).

Existe uma preocupação elevada face a um evento e à necessidade antecipatória do mesmo, causando uma angústia significativa na vida da pessoa, causando uma disfuncionalidade (Núcleo de Investigação, 2020).

Transtorno de Ansiedade Social

A ansiedade sentida em contextos sociais, é bastante frequente, contudo, tal como a perturbação de ansiedade, esta é também uma sensação muito intensa (Isolan, et al., 2007). Pode estar relacionada com a experiência social obtida num determinado grupo social, bem como a hierarquia do mesmo (Gouveia, 2000).

É frequente existir um grau de ansiedade tênue, geral, sentido pelo ser Humano, porém a ansiedade social transcende a ansiedade normativa e estável, resultando num funcionamento social singular, onde a pessoa demonstra ausência de motivação para estar com outras pessoas, chegando, em muito casos a evitar contextos sociais (Gouveia, 2000).

O que incide sobre este evitamento social, acaba por ser muitas vezes o receio de julgamento por parte do outro de forma negativa, de parecer ridículo ou de não estar à altura da situação ou das pessoas. Todos estes pontos podem gerar elevados níveis de medo e angústia, bem como um enorme desconforto, limitando o dia a dia em interações muito pontuais, afetando o seu funcionamento social (Gouveia, 2000; Isolan, et al., 2007).

Transtorno de Pânico

Os momentos em que a ansiedade transcende para ocasiões em que não se inserem fatores exteriores que possam impactar a pessoa, denominam-se de ataques de pânico (Craske, 2009).

Estes transtornos caracterizam-se por surgirem de forma inesperada, gerando uma sensação de medo ou desconforto intenso, alcançando o pico de forma gradual. São geralmente acompanhados de sintomas, como taquicardia, sensação de falta de ar ou asfixia, tonturas, medo de morrer, despersonalização/dissociação, consequentemente, observa-se um aumento da atividade do sistema nervoso simpático (Craske, 2009). Pode durar entre 10 e 30 minutos. Só pode ser considerado um transtorno, após reincidir frequentemente ao longo de um mês (APA, 2014)

4. Psicologia Clínica e da Saúde

A capacidade de compreender e tratar as pessoas a um nível clínico, passa pela Psicologia Clínica e da Saúde, que visa aprofundar os conhecimentos do funcionamento humano (Wood & Tarrier, 2010). A Psicologia Clínica e da Saúde, acaba por ser uma das várias áreas em que a Psicologia atua e se insere (Mendizabal, 2019).

A parte clínica da Psicologia, é composta pela parte científica, pela parte teórica e pela prática, com o objetivo de entender, avaliar e prever um possível desequilíbrio ou incómodo, além de promover a adaptação humana e principalmente o desenvolvimento pessoal (Borsa, & Nunes, 2008). Foca-se muitas vezes em trabalhar o sofrimento Psicológico, tentando aliviar esse sentimento (Dutra, 2004).

A Psicologia Clínica e da Saúde, procura estudar a fundo as questões do ser humano (Mendizabal, 2019). Desta forma, torna-se essencial para prever possíveis transtornos; limar o impacto que certas situações negativas podem ter, tentando prevenir o desenvolvimento de possíveis transtornos; promover a resiliência; tratar transtornos Psicológicos; realizar estudos clínicos ao cliente, fazer avaliações Psicológicas e realizar possíveis diagnósticos (Mendizabal, 2019; Wood & Tarrier, 2010). Incorporando várias técnicas no tratamento clínico, com o objetivo de oferecer o que o utente precisa, indo de encontro às suas necessidades. (Wood & Tarrier, 2010)

Esta área da Psicologia pode ser caracterizada pela descoberta de novas nuances e de novos desafios, tentando perceber cada indivíduo e os seus distúrbios comportamentais e emocionais. É um ramo que suporta várias componentes, procurando sempre incidir na parte Psicológica, mas também na emocional. (Borsa, & Nunes, 2008; Dutra, 2004).

Mendizabal (2019), refere que as competências que cada um tem, se inserem de forma pertinente em determinados contextos e situações que as pessoas enfrentam, além dos seus problemas. O autor salienta a importância de se investir num conhecimento contínuo na área, com o objetivo de ir em busca do conhecimento. Deste modo, é importante entender e interpretar os momentos bons, bem como os momentos maus que vamos passando ao longo da vida, de forma que não se crie uma imagem irrealista do mundo e de quem somos. (Wood & Tarrier, 2010)

5. O Papel do Psicólogo

A presença dos Psicólogos em meio hospitalar tem vindo a aumentar lentamente, apesar dos avanços na área das ciências comportamentais e da saúde mental. Desta forma, os Psicólogos inserem-se na compreensão do conceito entre a saúde física o bem estar mental, bem como as doenças associadas à ausência desse equilíbrio. Integram a relação entre as ciências biológicas, cognitivas e sociais (Boyle, et al., 2011).

Além da Psicologia Clínica, os psicólogos inserem-se várias especialidades que podem auxiliar no bem-estar e no desenvolvimento humano (Smith, et al., 1993). Os Psicólogos têm como função principal intervir nas questões psicológicas do sujeito, a observação do utente trabalhando a questão que lhe causa angústia. Pode também realizar avaliações Psicológicas se necessário, bem como, diagnosticar alguma psicopatologia que se verifique (Smith, et al., 1993; Wahass, 2005)

Assim sendo, é uma profissão que se baseia na promoção de comportamentos saudáveis, de forma a prevenir doenças Psicológicas ou até mesmo físicas, de forma a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar (Wahass, 2005). A abordagem que os Psicólogos têm, incide sobre a forma do trabalho diário desenvolvido, junto de quem procura apoio Psicológico. (Bonin, 2018).

Deste modo, o Psicólogo, à luz do Decreto-Lei n.º 414/91 de 22 de outubro, Artigo 2., o papel do Psicólogo clínico passa por: a) O estudo Psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico; b) O estudo Psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de

prevenção e tratamento; c) A participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico; d) O aconselhamento Psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo; e) A intervenção Psicológica e Psicoterapia; f) A responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da Psicologia; g) A integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente; h) A participação em reuniões científicas; i) A participação em ações de formação na área da especialidade e afins; j) A participação em programas de investigação em aspetos relacionados com a sua área profissional; k) A responsabilização por sectores ou unidades de serviços; l) A participação em júris de concurso e de avaliação

Os Psicólogos, em contexto hospitalar, inserem-se em equipas multidisciplinares com o intuito de oferecer um acompanhamento completo e minucioso, face às questões e aos sintomas que a pessoa apresenta, respondendo à necessidade que vai surgindo, auxiliando e dando o seu parecer clínico do caso (Smith, et al.,1993)

É importante, que o Psicólogo compreenda o processo cognitivo da pessoa, de forma a identificar como funcionam os seus processos mentais, podendo identificar a existência de algum défice nessa matéria. É um elemento fundamental para recolher informações, de modo que o Psicólogo consiga delinear o melhor tipo de intervenção a implementar, bem como o seu objetivo (Keo-Meier, et al.,2017; Smith,1993; Switzky, 1995)

De forma sucinta, tudo reforça a magnitude que o trabalho do Psicólogo pode ter na vida das pessoas, pois a relação estabelecida entre o Psicólogo e o utente, pode aumentar ou diminuir a chance de sucesso do processo terapêutico (Keo-Meier, et al.,2017; Smith, et al.,1993).

5.1. O papel do Psicólogo na Reabilitação após Internamento Psiquiátrico

O momento em que se direciona o utente para um internamento psicológico, demonstra a necessidade de apoio que a pessoa tem face às questões e às atitudes que antecederam a esse momento. Em meio hospitalar, salienta-se as equipas multidisciplinares que trabalham junto com os utentes e muitas vezes com as suas famílias, como objetivo de auxiliar na melhoria do quadro clínico através da delineação, e consequente implementação, do plano terapêutico (Fonseca, 1985; Fossi, & de Fátima Guareschi, 2004)

A equipa que se insere no âmbito da Psiquiatria acaba por ter bastante peso na reabilitação Psicológica e no bem-estar de quem está internado (Fonseca, 1985). O Psicólogo

tem um papel essencial nesse processo, em alguns momentos é essencial que debata o caso com os restantes membros da equipa, de modo a obter uma visão mais ampla do utente (Fossi, & de Fátima Guareschi, 2004)

Neste cenário os Psicólogos visam compreender melhor a pessoa, tal como as suas atitudes e comportamentos. É importante que se analise a pessoa no seu todo e de forma individual (Boyle, et al., 2011).

Deste modo, o momento que antecede o internamento, como o próprio internamento, podem ser experiências um pouco assustadoras, visto que pode ser um cenário um pouco impessoal e impulsionador de um grande desconforto, medo e ansiedade (Hirdes & Kantorski, 2004) O facto de existir uma separação dos familiares, bem como pontuais dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde, podem alimentar esses sentimentos (Teixeira, et al., 2009).

A reabilitação psicológica, promove o nível de funcionamento normativo que o indivíduo pode ter, através da redução das desordens mentais e da sua tradução comportamental (Hirdes & Kantorski, 2004). Assim sendo, podemos referir a importância de tratar e focar na sintomatologia, porém é igualmente relevante compreender o que está por trás da mesma. Neste cenário, o Psicólogo tem como propósito a compreensão do outro. Quando este se insere num contexto de internamento, ou do seguimento pós-alta, é essencial que se dê significado às ações e se tenha atenção ao sintoma. É de salientar que o sintoma é o centro do funcionamento, delineando comportamentos, atitudes e pensamentos. Sendo assim, é fundamental que se perceba o destino do sintoma e o que o utente faz com a sua doença, ou seja, qual o significado atribuído e a consequência que esse significado pode trazer (Fonseca, 1985)

Além disto, é necessário que se compreenda o comportamento e as atitudes como sendo um reflexo da organização mental e das causas que levaram ao internamento. É essencial que se recolha o máximo de informação possível para perceber a origem do sintoma, qual a causa da patologia e estabelecer o melhor plano terapêutico para aquele caso em concreto. Este processo tem o intuito de trabalhar as capacidades do sujeito, estas podem ser a nível pessoal, social, profissional e familiar (Fonseca, 1985)

O Psicólogo acaba por ter duas funções, neste cenário, a prevenção e a componente terapêutica. A prevenção advém da premissa de que é necessário realizar a manutenção do bem-estar mental, intervindo quando haja indícios de problemas de funcionamento de forma

a evitar o desenvolvimento de uma patologia, no entanto quando esta já se encontra presente o objetivo passa por evitar o seu agravamento (Fonseca, 1985).

Cada vez mais é valorizado o trabalho do Psicólogo nestes contextos de internamento, visto que se têm vindo a provar que são uma mais-valia no tratamento, pois promovem o sucesso da terapêutica (Waisberg, et al., 2008).

Assim é possível compreender o funcionamento geral do sujeito, visto que há a perceção, não só do sintoma, como também das emoções, dos sentimentos, do estilo de vida e das várias formas de encarar a doença (Cantarelli, 2009). Podemos dizer que Psicologia neste contexto, incide somente sobre o paciente, dando palco à sua subjetividade e às suas singularidades (Cantarelli, 2009; Waisberg, et al., 2008).

Deste modo, é vital que se inclua o utente no seu próprio processo terapêutico, de forma que não existam reinternamentos e que ele compreenda toda a situação com a máxima clareza possível. De acordo com Anthony (1997), os doentes psiquiátricos apresentam números elevados em relação a voltarem a ser internados, cerca de 40% a 50% dos utentes voltam ao hospital no primeiro ano, e após terem alta num período que vai até aos 5 anos apresentam uma percentagem de 75% de reinternamento. É aqui que o seguimento destes casos é importante, após o período de internamento, pois, de acordo com o autor, somente 20% a 30% arranjam um trabalho estável a tempo inteiro.

A reabilitação promove a reinserção social, mas também promove a redução do estigma e preconceito que ainda existe sobre a saúde mental no geral e, consequentemente sobre as patologias associadas, como a esquizofrenia, a depressão, entre outros...Deste modo o tratamento acaba por se focar não nas questões sociais, mas principalmente, na redução dos sintomas da doença para que haja um funcionamento normativo para com a comunidade e com a sociedade (Hirdes & Kantorski, 2004)

No entanto, este cenário acaba por não se verificar, devido à ineficácia do próprio Psicólogo como em muitos casos, da rede de apoio envolvente. É de salientar a importância deste acompanhamento, pois em alguns casos acaba por se traduzir como um método preventivo face a possíveis internamentos futuros, ou, consoante a doença, pode prever possíveis momentos mais complicados e conturbados (Anthony, 1997).

6. Avaliação Psicológica

A aplicação de instrumentos de avaliação, tem como objetivo explorar os diferentes fatores psicológicos (Lins, et al., 2017). Neste contexto vem reforçar a capacidade de recolha de informação sobre as aptidões cognitivas, sensório motoras e emocionais (Meyer, et al., 2001). É possível também explorar questões sociais e afetivas, como também é possível explorar traços de personalidade e comportamentais (Lins, et al., 2017).

A Avaliação Psicológica é um processo sistemático e objetivo realizado por profissionais da área da psicologia para compreender e avaliar diversos aspetos do funcionamento psicológico do sujeito (Lins, et al., 2017).

Essa avaliação é realizada através da utilização de instrumentos e técnicas específicas (variando de caso para caso e de teste para teste), podem incluir entrevistas e questionários, como também podem inserir testes psicométricos e observações comportamentais, consoante o objetivo da avaliação (Lins, et al., 2017; Meyer, et al., 2001).

A avaliação psicológica estabelece uma relação entre os resultados e a informação recolhida. Baseia-se na compreensão do sujeito, com o objetivo de perceber o funcionamento cognitivo, emocional, social e comportamental do indivíduo. Serve também para realizar um Diagnóstico mais completo, ou para o esclarecer melhor, pois é possível identificar certos transtornos psicológicos e emocionais, tal como os seus sintomas, enfatizando as suas necessidades terapêuticas específicas (Meyer, et al., 2001).

Orientação e aconselhamento também se inserem na componente de avaliação, visto a avaliação ajuda a fornecer informações e recomendações para orientar o indivíduo em relação a questões específicas face ao futuro, como a escolha profissional, desenvolvimento pessoal e auxiliar na tomada de decisões. (Meyer, et al., 2001). Este é também um ponto essencial para que seja possível delinear uma intervenção e um plano terapêutico adequado às necessidades que foram concluídas nos testes e cruzadas com a informação recolhida (Bornstein 2017).

Em suma, a realização de avaliações psicológicas, visa contribuir para que haja um maior entendimento sobre o funcionamento do sujeito, bem como a potencialidade das suas habilidades cognitivas (Bram, 2013).

Em casos em que se observe um quadro psicopatológico, é possível perceber o grau em que a doença está e as suas capacidades cognitivas. É essencial para confirmar ou refutar as

informações retiradas ao longo das sessões, tal como para identificar as necessidades terapêuticas, em determinados pontos (Bram, 2013). Ressaltando sempre a importância de traçar o melhor plano de acompanhamento, oferecendo as melhores ferramentas e a melhor orientação (Bram, 2013).

Em muitos casos de doenças mentais como a demência ou o Alzheimer, é importante que se vão realizando avaliações de forma a perceber a progressão da doença, que implica que se ajuste o tratamento. É importante para avaliar possíveis ameaças à integridade psicológica e neuropsicológica, bem como, medir a eficácia do tratamento delineado (Meyer et al., 2001). Por sua vez, é necessário que haja uma rede de apoio consistente e que seja motorizado o tratamento ao longo do tempo (Cohen, et al., 1996).

É crucial que no final do processo de avaliação haja sempre uma devolução dos resultados, de modo a incluir a pessoa no seu processo de avaliação, trazendo-lhe um maior entendimento sobre ela própria (Matarazzo, 1992; Meyer, et al., 2001).

É importante salientar que a avaliação psicológica deve ser conduzida por profissionais devidamente treinados sobre a matéria e que todo o processo deve respeitar princípios como a confidencialidade (Lins, et al., 2017). Além disso, os resultados da avaliação devem ser interpretados de maneira cuidadosa e contextualizada, evitando interpretações erradas ou generalizações inadequadas do caso (Lins, et al., 2017).

7. Intervenção Psicológica

A Intervenção Psicológica, refere-se a uma variedade de estratégias e técnicas utilizadas, de modo a ajudar os indivíduos a superar dificuldades emocionais, comportamentais ou psicológicas (Walton, 2014). Pode envolver diferentes terapêuticas, dependendo da natureza do problema e das necessidades que indivíduo apresenta (Walton, 2014; van Agteren, et al., 2021).

Neste caso, a intervenção psicológica, tem como objetivo promover mudanças positivas a nível do comportamento, do pensamento ou da emoção experienciada pelo indivíduo (Walton, 2014). Isso pode incluir o tratamento de transtornos mentais, a melhoria do bem-estar emocional e/ou o desenvolvimento de estratégias de *coping* e de regulação emocional (van Agteren, et al., 2021).

7.1. Abordagem Centrada na Pessoa

No decorrer do presente estágio, a intervenção individual, foi inspirada no Modelo de Rogers, salientando os pilares da Abordagem Centrada na Pessoa. O autor defendia que o Ser Humano possuía as ferramentas para lidar com os obstáculos do dia a dia, no entanto os recursos designados como sendo inatos, ao longo do nosso desenvolvimento não vão estando sempre presentes de forma consciente, mas sim como potenciadores para que o sujeito consiga evoluir (Rogers, 1957).

De acordo com Rogers, a sua Abordagem sublinha a importância dos **3 pilares** a serem incorporados de modo a ajudar o cliente no seu processo terapêutico, dando destaque ao sujeito como um todo, visto que todas as pessoas têm a capacidade de se transformar (Telles, et al.,2014; Witty, 2007).

Esses 3 Pilares são a **Não Diretividade**, a **Tendência Atualizante** e as **6 Condições Necessárias**, sendo estas: (1) contacto psicológico entre duas pessoas; (2) o cliente tem de estar em estado de incongruência, vulnerabilidade e/ou ansioso; (3) o terapeuta tem de estar congruente e integrado na relação terapêutica; (4) o terapeuta tem de experienciar consideração positiva incondicional, pelo cliente; (5) o terapeuta experiencia uma compreensão empática de referência pela estrutura interna do mesmo e se esforce por comunicar isto ao cliente; por último, (6) refere-se a que a comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja realizada, pelo menos num mínimo grau (Rogers, 2007).

É importante referir a Tendência Atualizante, sendo que este pilar tem como base a capacidade do ser Humano de ir mudando e evoluindo, de acordo com as experiências que vai vivendo ao longo da vida (Paulo, 2003). É fundamental que isto coexista com o resto para que o Homem consiga compreender a sua potencialidade para que uma mudança interna ocorra (Hipólito, et al.,2011).

O pilar da Não-Diretividade, tem por base a motivação do sujeito e a sua iniciativa em referir certos temas, resultando na capacidade de devolver o poder à pessoa de conduzir a sessão e de se reorganizar (Hipólito, et al.,2011). É um pilar importante para que haja um desenvolvimento pessoal. No entanto, ao contrário de outras abordagens incide em priorizar o presente, focando-se mais na pessoa e não só no problema apresentado (Rogers,1946; Witty, 2007).

Ou seja, para a mudança ocorrer e para se seja possível o crescimento pessoal, é fundamental que haja em simultânea **congruência, compreensão empática e consideração positiva incondicional** (Brodley, 1997). Só quando todas estas condições estão reunidas, é que se pode observar um florescer interior do sujeito (Paulo, 2003; Witty, 2007).

Em suma, todos estes pontos são essenciais, não só em relação terapêuticas, mas como também se pode levar determinadas aprendizagens para as relações interpessoais e assim, crescer dia após dia mergulhando no auto-conhecimento, promovendo o conforto, respeito e empatia (Paulo, ,2003).

7.2. Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo

João Hipólito (2011), com o seu livro “Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano”, vem descrever a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo, fazendo referência à capacidade que o ser humano tem de se aprimorar e de se formar, que vai de acordo com a complexidade humana do seu crescimento – **Tendência Formativa** - tendo a capacidade de atualizar as suas aptidões de forma sistemática - **Tendência Atualizante** – o que resulta num processo contínuo de autodescoberta e de evolução no decorrer da vida (Hipólito et al., 2011)

O autor, sugere que ao longo da formação embrionária e da vida intrauterina, o feto pode sofrer “traumas” de várias origens, que podem pôr em causa as suas capacidades após o nascimento e ao longo da sua vida. (Hipólito et al., 2011) Apesar do ser humano ir experienciando alguns traumas, estes podem levar a sintomas (neuróticos e/ou somáticos) e traumatismos que originam uma fragilidade na capacidade de distinção entre o self real e o self desejado, e consequentemente, no deterioramento do funcionamento normativo psicológico do sujeito (Ribeiro, et al.,2020).

Apesar dos traumas (orgânicos ou psíquicos) e da visão do *self* (ideal, real, organismico) que o Homem vai tendo ao longo da vida, Hipólito faz uma analogia em que menciona que vida embrionária pode abrir portas ao conhecimento sobre esta matéria. Pois, visto que o embrião está sujeito a possíveis traumas biológicos, este apresenta capacidade possuir *locus* de controlo interno, ou seja, existe uma tendência para prosseguir com o seu desenvolvimento até ao parto, sem a intervenção de fatores externos. Após o seu nascimento, a sua evolução continua até chegar à capacidade de diferenciar o *self* organismico e do mundo que o rodeia.

Iniciando a percepção do outro como um ser à parte de si, este processo dá-se primeiramente com a figura maternal, visto que é a sua figura de referência nos primeiros tempos de vida, ampliando-se gradualmente para as restantes pessoas e seres à sua volta (Hipólito, et al., 2011). Sendo que um desenvolvimento saudável, se traduz como tendo as condições necessárias de otimização e atualização nas áreas biopsicossociais (Ribeiro, et al., 2020).

Mais tarde, por volta dos 8 meses de idade, aparecem as condições de valor, em que o bebé se apercebe que necessita e está dependente da figura maternal. Nesta fase o bebé começa a tentar enquadrar-se nas condições de valor da mãe, que levam a uma dissociação entre o que o bebé sente e o que está simbolizado de acordo com a sua percepção. A dissociação parte do pressuposto do que a criança experimenta – **Locus de Controlo Interno** – e às atitudes dos outros – **Locus de Controlo Externo**. Neste processo incide também a dissociação entre o **Self Percebido** – a forma como o bebé se percebe a si mesmo- e o **Self Desejado** – como o bebé pensa que deveria ser para que seja aceite por terceiros (Hipólito, et al., 2011).

Aos 18 meses, a criança começa a alterar a sua capacidade de diferenciação. Mais tarde, entre os 4 e 8 anos, desenvolve a capacidade de compreender e distinguir o que é real do imaginário. De acordo com a evolução, é fundamental que se garanta que o desenvolvimento vai sendo normativo e saudável, existindo sempre condições para que vá existindo uma tendência atualizante do sujeito de acordo com os traumas que vai tendo (Hipólito, et al., 2011).

Os sintomas que o Ser Humano vai demonstrando são o reflexo da tentativa de adaptação e de manter o equilíbrio perante a mudança e a evolução. Pode-se dizer que para que haja um desenvolvimento saudável é importante que o sujeito atinja as suas potencialidades, e além disto que detenha diferenças no self real, ideal e organísmico (Hipólito, et al., 2011). Por sua vez, a morte cessa este processo, marcando o início de outro ciclo (Ribeiro, et al., 2020).

8. A Importância de Incluir uma Abordagem Sistémica

A abordagem sistémica deixa de reverter a sua atenção para o sujeito, direcionando-a para o funcionamento global do sistema em que o sujeito está inserido (Carvalho, et al., 2011). Durante o desenvolvimento humano, as famílias podem passar por momentos mais conturbados que afeta não um subsistema (como as faixas etárias mais avançadas, pai e avós)

como também os outros subsistemas que são, por exemplo as crianças e os adolescentes do sistema (Fonseca, 2004).

Podemos dizer que um sistema é um conjunto de elementos que interagem entre si, devido às suas unidades de interação (Von Bertalanffy, 1975). No entanto no sistema, existem subsistemas, por exemplo: o sistema é o núcleo familiar e o subsistema são os filhos, os pais ou os avós (Minuchin, et al., 1984).

Os principais fundamentos da abordagem sistêmica são: confrontação entre os membros da família, a ação direta sobre as relações e o reforço da competência familiar. A terapia familiar consiste em inserir todos os indivíduos na sessão, visto que a família funciona como um todo, é importante que todos os integrantes estejam presentes. Deste modo, é essencial que se olhe para a família como um todo, sem o dividir, através de uma perspectiva holística (Paulo, 2003).

É importante perceber inicialmente o conceito de família e depois é importante que haja um olhar para a família como sendo um sistema (Carvalho, et al., 2011). O sistema caracteriza-se como sendo um conjunto de partes interdependentes que interagem entre si com objetivos comuns, que formam o seu contexto global (Webering, 2016). Cada um dos elementos comporta-se como um sistema ou subsistema, cujo resultado acaba por ser maior no seu todo, do que o resultado que as unidades poderiam ter de forma independente. Se houver alteração de uma das partes, irá ter consequências no seu todo, visto que estão interligadas e existe um fator de interdependência entre as mesmas. Desta forma podemos reter que um sistema deve deter 4 características fundamentais, que são: (1) os Elementos, (2) Relação entre os elementos; (3) Objetivo em comum; por último, (4) o Ambiente (Von Bertalanffy, 1975).

A família é um sistema social aberto e auto-organizado. A família é um todo e em simultâneo pertence a outros sistemas e a outros contextos, interligando-se com a sociedade e com a comunidade ao seu redor. Tal como existe esta hierarquia social, existe uma hierarquia também nos próprios sistemas, em que neles se inserem subsistemas chegando ao subsistema individual, ou seja, a família é um sistema, pais filhos e avós são subsistemas, e por exemplo, o filho é um subsistema individual. Deste modo é mais simples perceber o papel e o impacto que as relações entre os elementos apresentam (Carvalho, et al., 2011).

Observa-se que é mais pobre olhar para os fenómenos de forma singular, salientando a importância de os unir e de os organizar. Só assim é possível compreender a sua complexidade, visto que há a perspectiva do seu todo (Paulo, 2003; Von Bertalanffy, 1975)

A terapia familiar, insere-se sobre a necessidade de evolução do sistema, em que cada elemento familiar apresenta uma especificidade. (Minuchin, et al., 1984). Deste modo, o subsistema parental, necessita de ir evoluindo de acordo com as necessidades que vão surgindo ao longo da vida dos filhos. Há medida que estes vão crescendo e ganhando mais autonomia, é fundamental que se vá dando oportunidade para que as crianças possam tomar decisões e desenvolver pensamento crítico, já na adolescência é necessário que se vá realizando uma negociação, de forma a navegar esta fase de vida, pois os adolescentes exigem mais autoridade, como também necessitam de desenvolver o seu sentido de responsabilidade (Fonseca, 2004)

A prevenção deste cenário passa por duas etapas, a prevenção primária e a secundária. A prevenção primária foca-se em ajudar a família a entrar numa nova fase e em auxiliar o jovem a realizar as suas tarefas específicas da idade. A prevenção secundária baseia-se em deter os quadros psicopatológicos e proceder de forma que exista um encaminhamento e seguimento adequado (Fonseca, 2004).

De acordo com o cenário geral, é possível perceber qual é o elemento que transporta o sintoma. Isto é, o sujeito que exhibe um comportamento lógico, acompanhado de coerência no contexto onde está inserido, gera uma disfuncionalidade na cadeia interativa para com os elementos. Assim que se identificam sintoma é importante se alargue a visão para o funcionamento global do sistema em que o sujeito se insere. Desta forma o sintoma passa a ser percebido como aspeto do funcionamento e o foco é direcionado para os restantes elementos, bem como, para a sua interação e dinâmica, tendo em conta o objetivo comum. O problema do sintoma é que se manifesta não só não sujeito a quem o sintoma está agregado, mas consequentemente aos restantes elementos do sistema.

É importante que na abordagem terapêutica se trabalhe as interações entre os membros da família, trabalhando em simultâneo o funcionamento individual, desta forma foram desenvolvidos certos pontos que devem estar presentes nesta abordagem, que são:

- I. Descrição e explicação da estrutura familiar, a sua dinâmica, o seu processo e a sua mudança
- II. Descrever as estruturas interpessoais e as dinâmicas emocionais dentro da família

- III. Ter em conta a família como ligação entre o indivíduo e a cultura
- IV. Descrever o processo de individualização e a diferenciação dos membros da família
- V. Prever a saúde e a patologia dentro da família, ou seja, ter um conjunto de hipóteses sobre o funcionamento familiar e as causas da disfunção
- VI. Estabelecer estratégias terapêuticas para lidar com a disfunção familiar

Devido à sua complexidade, é vital que se estabeleça uma estratégia, para que estas implicações evolutivas, sejam ultrapassadas e seja possível atingir um patamar estável na relação entre os elementos (Minuchin, et al., 1984).

De acordo com Bloch (1999), são necessários que se verifiquem vários parâmetros no que diz respeito à avaliação do funcionamento familiar no presente. Tais como: comunicação e troca de informações; o estado emocional e a expressão de sentimentos; a atmosfera familiar; a coesão, o sentido de pertença e a lealdade; as fronteiras estabelecidas entre os subsistemas; operações familiares na resolução de problemas do quotidiano.

A integração de todos os elementos numa sessão, é de conseguir avaliar o problema que é identificado pelo sujeito, perceber como é que o sintoma se desenvolveu, como também é importante perceber o papel da família na sua manutenção. A partir destes pontos é possível averiguar as mudanças a fazer com o objetivo de aliviar e melhorar o problema aumentando a qualidade de vida no seio familiar, promovendo então a mudança e a negociação (Carvalho, et al., 2011).

Nos sistemas, inserem-se os Sistemas Abertos que vão sofrendo alterações de acordo com o meio onde estão e deste modo, a interação gera realimentação que pode ser tanto positiva como negativa. Origina uma autorregulação regenerativa, que resulta em novas propriedades (benéficas ou não) para o todo organismo independente das partes. A realimentação gera uma dinâmica, isto é, em todo o sistema se verifica um ciclo de retroação. Ou seja, de acordo com a dinâmica, vai existir uma resposta e essa resposta, que acaba por gerar uma dinâmica e assim sucessivamente, sendo algo cíclico (Von Bertalanffy, 1975)

Parte II – Trabalho de Estágio

1. Objetivos

1.1.Objetivos Gerais

A realização deste estágio, tem como objetivo geral, aprofundar a componente teórica que foi sendo lecionada ao longo destes 5 anos de aprendizagem e fundi-las com a componente prática. Assim sendo, foca-se na promoção de competências profissionais na área da Psicologia Clínica e de Aconselhamento, que se traduz também no fator relacional para com o utente.

1.2.Objetivos Específicos

De acordo com os objetivos específicos do estágio, o mesmo baseia-se na exploração de diversas áreas da Psicologia, tais como: a possibilidade de desenvolver a componente prática através da realização de avaliações psicológicas, sendo que nela se inserem a aplicação, a cotação e interpretação de resultados, e as hipóteses de diagnóstico; possibilidade de fornecer apoio psicológico individual com o objetivo de auxiliar na perceção do que a pessoa sente, da compreensão face ao que está a experienciar, favorecendo o seu processo de internamento; realizar intervenções de grupo inserindo algumas dinâmicas de modo a promover a coesão grupal e a resolução de conflitos.

2. Atividades Realizadas

2.1.Reuniões Clínicas

A minha passagem pela instituição onde realizei o estágio, incidiu-se sobre num serviço hospitalar, onde integrava maioritariamente as reuniões do serviço e formações semanais.

As reuniões do serviço, têm como objetivo a discussão dos casos do internamento e perceber se há alguma alteração no quadro clínico, bem como possíveis alterações de medicação a fazer. Estas reuniões são semanais, e têm a duração da parte da manhã.

São fundamentais para compreender se o indivíduo está estável ao ponto de ter alta ou se continua internado no serviço. Cada caso apresentado é minuciosamente estudado, de forma

que Psicólogos, Psiquiatras e toda a equipa de enfermagem estejam de acordo face ao plano a implementar.

Durante este período também tive a oportunidade de assistir a formações semanais que iam decorrendo, sendo fundamentais para a integração de novos conceitos e de fundamentar melhor certas temáticas do âmbito da saúde mental. Estas formações integravam temas de Psiquiatria, visto que eram apresentados pelos internos de Psiquiatria do serviço em que me encontrava.

Estes momentos foram bastante enriquecedores, sendo que davam uma perspetiva mais completa de certas patologias ou comportamentos, em que noutro contexto não seria possível que isto acontecesse. Finalizada a apresentação do tema iniciava-se breve debate.

2.2.Observação de Consultas

A observação de consultas foi essencial para perceber de que forma poderia fundir os conhecimentos adquiridos com a componente prática. Foi uma atividade fundamental, para conseguir perceber que termos biológicos e comportamentais podem ter influência e a forma como cada pessoa se comporta.

Assim sendo, no âmbito do período de observação no começo do estágio, tive a oportunidade de assistir a algumas primeiras consultas, bem como o seguimento de dois casos, até ao momento de desistência por parte dos utentes.

Curiosamente, os dois casos partilhavam várias características e problemáticas semelhantes. Fazendo referência a questões de identidade de género e orientação sexual, visto serem mulheres biológicas, mas identificando-se com o género masculino, tendo preferência nos pronomes usados como sendo -ele e -eles.

Apesar das semelhanças que estas duas jovens apresentavam ao longo do seu desenvolvimento, era possível identificar características que originavam um diagnóstico diferenciado, sendo que uma apresentava um Transtorno Bipolar com características Narcisistas e traços de personalidade *Borderline*, acompanhado de várias tentativas de suicídio graves, a outra jovem apresentava somente um quadro Narcisista.

No seu crescimento experienciaram situações adversas no seio familiar, em que o núcleo familiar não era estruturado, acabando por viver com os avós durante um certo período das suas vidas, e de terem relações conturbadas com um ou ambos os progenitores.

Pude compreender ao longo da observação, as suas questões de identificação de género, bem como o impacto que determinadas situações familiares, sociais e financeiras, tiveram no seu desenvolvimento pessoal e no seu bem-estar.

2.3.Observação da Consulta de Psiquiatria

Ao longo do período de estágio, tive a chance de observar o funcionamento de uma consulta da especialidade de Psiquiatria.

Foi algo que aconteceu somente uma vez durante todo o período de estágio, no entanto, foi um momento muito importante e marcante na aprendizagem de certas nuances da saúde mental.

Nesse dia, pude estar presente em variadas consultas seguidas, onde pude observar o seu funcionamento. Acabou por expandir os meus conhecimentos na integração da Psicofarmacologia com a Psicologia, visto que por vezes o tratamento medicamentoso em alguns casos é inevitável.

2.4.Terapia Ocupacional

Ao longo do tempo, tive a oportunidade de assistir a dois tipos de Terapia Ocupacional.

A primeira focava-se em incorporar a terapia com a dança e com os movimentos, permitindo soltar o corpo e trazer consciência sobre o mesmo. Assisti quando estive presente uns dias na Unidade de Centro de Dia, onde se inserem as pessoas que necessitam de uma rotina e de acompanhamento diário sobre as questões que apresentam bem como o quadro clínico que têm.

Além de observar esta atividade integrei-a também, realizando os movimentos propostos pela terapeuta e pude experienciar as sensações ao longo da sessão. Permitiu também criar uma relação de proximidade e de confiança com os utentes.

Mais tarde, integrei também dois momentos de Terapia ocupacional na Unidade onde passei a maior parte do estágio. Como anteriormente não tive a oportunidade de conhecer os utentes, como seria expectável, na TO, pude conhecer os utentes de uma forma mais próxima.

Pude perceber os seus comportamentos e as suas fragilidades, pois, tive de me inserir e participar na atividade, juntamente com as enfermeiras e a terapeuta. Foi um dos meus

momentos favoritos do estágio, porque tive a oportunidade de lidar com os utentes e de os conhecer, perceber o que eles estavam a passar e o que estavam a sentir.

Apesar de serem atividades relativamente simples, percebia-se que muitos jovens tinham dificuldades em integrá-las fosse por receio, desconforto, ansiedade, etc.. e foi interessante olhar para eles e compreendê-los a partir desse ponto de vista, com empatia pelo que eles estavam a passar, muitos deles por estarem no internamento novamente.

Parte III – Análise dos Casos

1- Caso 1 - Avaliação Psicológica

1.1. Identificação

O pedido da presente avaliação, foi realizado por Ricardo, um jovem de 19 anos, do sexo masculino.

Ricardo, concluiu o 12º Ano na Área de Gestão e Programação de Sistemas Informáticos, neste momento está à procura de emprego na área. Nasceu e cresceu no Distrito de Lisboa, atualmente vive com a mãe, mas mantém uma boa relação com o pai. Não tem irmãos. No presente não tem nenhuma relação amorosa.

1.2. Motivo de Consulta

A Avaliação foi solicitada pelo próprio e tinha como objetivo aumentar o seu autoconhecimento, especificamente no que diz respeito à perceção de sentimentos e emoções, assim como à gestão dos mesmos.

A primeira sessão teve como objetivo a recolha de informação importante para a construção da história clínica. A sessão seguinte consistiu na aplicação dos testes definidos após a análise da informação recolhida e da observação realizada. A última sessão realizou-se para a devolução dos resultados.

1.3. Antecedentes Pessoais

Ricardo realizou uma pequena cirurgia, com o intuito da remoção de um sinal na parte superior da cabeça, seguido de um curto internamento. Nega ter realizado mais cirurgias ou ter problemas de saúde.

O tio, irmão da mãe, faleceu quando o jovem tinha apenas 7 anos, na sequência de um cancro no fígado. Em 2011 a mãe de Ricardo foi diagnosticada com cancro. Mais tarde, na altura da pandemia, a avó paterna foi encaminhada para o hospital por problemas cardíacos, tendo sido operada ao coração. Na cirurgia existiram algumas complicações, tendo ficado ligada às máquinas ainda alguns dias, acabando por falecer no hospital. Mais recentemente, a mãe e a avó materna foram diagnosticadas com cancro. Atualmente a progenitora de Ricardo

encontra-se estável, mas a avó acabou por falecer em 2022, de AVC. Faleceu após 40 dias de internamento, na sequência desse episódio.

Em suma, observa-se uma prevalência de doenças oncológicas na parte materna da família. Não faz referência a outras patologias da parte paterna, nem de doenças mentais em ambos os lados da família.

1.4. Anamnese Biográfica e História Clínica

Ricardo, nasceu na região de Lisboa, é filho único fruto de uma gravidez planeada e desejada. Descreveu que nunca quis ter irmãos e que não sentiu falta desse elemento ao longo do seu desenvolvimento. Os seus pais divorciaram-se em 2016, o que diz ter sido o melhor para todos.

Descreve a sua relação com os pais como sendo de muita proximidade, sempre teve muito apoio de ambos, sentindo-se sempre acarinhado. Referiu ser mais próximo da mãe visto que está mais vezes com ela, por viverem juntos. No entanto, diz ter uma boa relação com o pai e que este o ajuda em tudo, apesar de não viver com ele refere que falam muitas vezes ao telemóvel e que vão estando juntos frequentemente.

Diz que a sua mãe esteve a lutar contra dois cancros, que o deixou muito preocupado com o seu estado de saúde. Ricardo conta que o irmão da mãe faleceu com um cancro inesperado no fígado e que a avó materna, pouco antes de falecer de AVC estava a superar um cancro.

Ricardo, realça a relação com as avós, que sempre foram pessoas muito importantes para ele. Num espaço de 2 anos (aproximadamente), ambas faleceram, o que o deixou muito triste. Nunca conheceu nenhum dos avôs, visto que ambos faleceram antes dele nascer.

Refere ter tido uma infância normal, tendo sempre um percurso escolar sem percalços. Relata que na escola sempre teve facilidade em fazer amigos e em brincar com os colegas quando era mais novo, contudo entre o 5º e 9º ano nomeia alguns episódios de *bullying*, em que os amigos gozavam com ele pela falha de cabelo na parte superior da cabeça, e chegaram a roubar-lhe o lanche uma vez.

Diz ter sido um aluno com notas dentro do expectável e que nunca ficou retido por insucesso escolar. No entanto no 10º Ano, como não sabia o que havia de escolher, acabou por ficar um ano atrás dos seus amigos, pois só recomeçou novamente o 10º no ano letivo seguinte, em Gestão e Programação de Sistemas Informáticos.

Desde muito novo e até aos 18 anos praticou natação competitiva. Entre 2018 e 2021 ingressou no Rugby, mas foi obrigado a parar devido a lesões no pulso e nas mãos. Em seguida arranhou um trabalho de atendimento ao público, mas teve de se despedir em 2022 na sequência da morte da avó materna, pois não se sentia apto para trabalhar.

Ricardo descreve que usa o humor para lidar com as situações mais complexas da sua vida, acabando algumas vezes por não conseguir expressar o que sente, distanciando-se emocionalmente das situações. Refere algumas dificuldades na exteriorização das emoções e dos sentimentos.

Salienta uma grande entrega religiosa, fazendo parte do grupo de jovens da igreja em que se insere onde organiza atividades para os jovens e toca na banda. Semanalmente, promove momentos de partilha e de leitura da bíblia com a juventude da igreja.

Não refere nenhuma relação amorosa, não bebe nem fuma.

1.5.Instrumentos Utilizados

Tendo em conta os dados recolhidos na entrevista acompanhados por uma cuidadosa observação, pretende avaliar-se e compreender os traços de personalidade do jovem, a perceção de sentimentos e emoções, assim como a gestão dos mesmos, da capacidade visuo-espacial, como também analisar as suas capacidades de logica numérica. Para tal foram seleccionados três questionários: Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5), Figura Complexa de Rey – Osterirrieth (FCR-O) e o D-70 – Teste de Dominós.

1.5.1. *Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5)*

O Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5), visa a compreender os traços de personalidade do sujeito e de que modo é estes nos dão uma perceção do comportamento, assim como as suas nuances. Desenvolvido por Cattell entre outros autores, inclui 185 elementos e tem como objetivo perceber os Cinco Grandes fatores globais de personalidade, como a Extroversão, Ansiedade, Dureza, Independência e Autocontrolo (Sánchez-Gallego, et al.,2011).

É um questionário composto por 16 escalas primárias; (1) Afabilidade, (2) Raciocínio, (3) Estabilidade, (4) Dominância, (5) Animação, (6) Atenção às Normas, (7) Atrevimento, (8) Sensibilidade, (9) Vigilância, (10) Abstração, (11) Privacidade, (12) Apreensão, (13) Abertura à Mudança, (14) Autossuficiência, (15) Perfeccionismo e (16) Tensão, que permitem

observar e interpretar o perfil psicológico da pessoa , destacando os pontos mais fracos e os mais fortes (Cattell e Mead, 2008)

I. O modelo dos Cinco Fatores

O modelo dos cinco fatores, como referido anteriormente, incide sobre as cinco grandes dimensões dos traços de personalidade, estes são: Extroversão, ansiedade, dureza, autocontrolo e independência (Sánchez-Gallego, et al.,2011). Estes fatores permitem que a pessoa se organize, além de construírem a base relacional em que o indivíduo atua, permitindo que a pessoa consiga gerir as suas emoções, as suas motivações, bem como as atitudes que estão correlacionadas com isso.

Tabela 1 - Interpretação das Dimensões Globais dos 5 Fatores

Dimensão (+)	Descrição do Sujeito	Dimensão (-)	Descrição do Sujeito
Extroversão <i>(Ext +)</i>	Extrovertido, sociável e participativo	Extroversão <i>(Ext -)</i>	Introvertido e socialmente inibido
Ansiedade <i>(Ans +)</i>	Muito ansioso e perturbável	Ansiedade <i>(Ans -)</i>	Pouco ansioso e imperturbável
Dureza <i>(Dur +)</i>	Resistente ao conflito, altruísta e benevolente	Dureza <i>(Dur -)</i>	Mente aberta, intuitivo e recetivo
Independência <i>(Ind +)</i>	Independente, gosta de polemica e critico	Independência <i>(Ind -)</i>	Cede rapidamente
Autocontrolo <i>(AuC +)</i>	Auto-controlado e repressor de impulsos	Autocontrolo <i>(AuC -)</i>	Impulsivo

É um questionário composto por 16 escalas primárias, Afabilidade, Raciocínio, Estabilidade, Dominância, Animação, Atenção às Normas, Atrevimento, Sensibilidade,

Vigilância, Abstração, Privacidade, Apreensão, Abertura à Mudança, Autossuficiência, Perfeccionismo e Tensão, que vão ajudar na percepção e interpretação do perfil psicológico, destacando os pontos mais fracos e os mais fortes do sujeito (Cattell e Mead, 2008).

II. Fatores Primários - Descrição da Tipologia de Personalidade de Cattell

Tabela 2 - Interpretação dos Fatores Primários

Fatores	Valores Baixos	Valores Altos
A (Afabilidade)	Reservado	Expansivo
	Impessoal	Participante
	Distante	Atencioso/Caloroso
B (Raciocínio)	Menor capacidade mental	Maior capacidade mental
	Pensamento Concreto	Pensamento Abstrato
C (Estabilidade)	Emocionalmente instável	Emocionalmente Estável
	Imaturo	Maduro
	Inadaptado	Adaptável
E (Dominância)	Humilde	Afirmativo/Assertivo
	Brando/Conformista	Dominante
	Cooperativo	Agressivo
F (Animação)	Sóbrio/Sério	Despreocupado/Exuberante
	Retraído	Alegre/Expansivo
	Prudente	Animado/Entusiasta
G (Atenção às normas)	Evasivo/Despreocupado	Consciencioso
	Inconveniente	Preso às normas
H (Atrevimento)	Acanhado	Desenvolto
	Tímido	Ousado
	Sensível	Insensível
I (Sensibilidade)	Prático	Sensível
	Objetivo	Harmonioso
	Realista	Sentimental
L (Vigilância)	Confiante	Desconfiado

	Acredita nas pessoas	Cauteloso
M (Abstração)	Cuidadoso	Boémio
	Preciso	Impreciso
	Formal	Informal
N (Privacidade)	Genuíno	Requintado
	Sincero	Esmerado
	Simples	Isolado
O (Apreensão)	Seguro de si	Indeciso
	Sereno	Perturbado
	Despreocupado	Apreensivo
Q1 (Abertura à mudança)	Conservador	Renovador
	Tradicional	Liberal
Q2 (Autossuficiência)	Depende do grupo	Autossuficiente
	Afiliativo	Solitário
	Parcial	Individualista
Q3 (Perfeccionismo)	Sem autodisciplina	Autodisciplinado
	Flexível	Perfeccionista
	Tolerante à desordem	Organizado
Q4 (Tensão)	Sereno	Tenso
	Relaxado	Impulsivo
	Paciente	Impaciente

Ainda no instrumento, inserem-se três estilos de resposta: Manipulação de Imagem (MI); Infrequência (IN); Aquiescência (AQ), permitem retirar informações relativamente ao potencial das várias dimensões, como a autoestima, as competências sociais, a empatia, a adaptação, o potencial de criação, bem como o potencial de liderança (Cattell, et al.,1995).

Este questionário pode ser aplicado em vários contextos, nomeadamente no contexto clínico, organizacional, escolar, ou com o intuito de estudar e investigar tanto adultos como adolescentes. Pode ser administrado de forma individual ou em grupo (Cattell, et al.,1995).

O instrumento inclui um caderno de aplicação, o manual técnico e uma folha de respostas. Para elaborar este teste foi necessário um lápis ou uma caneta para assinalar as respostas. O teste tem a duração aproximadamente de 45 a 60 minutos. A cotação das respostas é realizada através de um programa, onde se inserem as mesmas, que gera as notas

brutas para cada uma das cinco dimensões globais, bem como para as 16 dimensões e os três estilos de resposta possíveis (Cattell, et al.,1995; Cattell & Mead, 2008).

O total – valor bruto – traduz-se através de decapitos ou percentis, que se inserem numa tabela no manual no instrumento. No final faz-se a interpretação dos resultados, cruzando-os com alguma informação recolhida (Cattell, et al.,1995).

1.5.2. *Figura Complexa de Rey – Osterirrieth (FCR-O)*

A **Figura Complexa de Rey – Osterirrieth**, foi aplicada com o intuito de estudar a construção viso-espacial, assim como a capacidade de memória. Foi originalmente criado por Rey, implementado e padronizado mais tarde por Osterrieth.

É um teste que se divide em duas partes, cópia, memória imediata, ou seja, houve um primeiro momento de cópia da figura e seguido de um segundo momento de reprodução da figura através de memória imediata (Espírito-Santo, Het al., 2015).

A primeira parte, incide sobre a cópia da figura que está à frente, de modo a ficar o mais semelhante possível, depois é retirada a figura fazendo uma pausa de cerca 3 minutos. Após esta pausa, sem aviso prévio, é pedido ao indivíduo que reproduza novamente a figura, agora a partir de memória e do que se lembra da mesma. (Jamus & Mäder, 2005). A prova tem a duração de 20 a 30 minutos (Espírito-Santo, Het al., 2015).

Para a aplicação deste teste, é necessário que o mesmo seja aplicado num *setting* em que não surjam fatores distratores que possam enviesar as respostas. É também necessário que estejam disponíveis certos materiais, tais como: 2 folhas A4 de papel branco, canetas ou lápis de cores diferentes, que vão permitir que se observe o processo de desenho da figura.

A imagem apresentada, é uma figura geométrica complexa, composta por um retângulo grande no centro da imagem, com planos bissetores horizontais e verticais, assim como duas diagonais e detalhes geométricos adicionais, tanto na parte interna e externa do retângulo grande. O desenho é apresentado e o indivíduo deve copiá-lo para a folha branca que se encontra à sua frente (Rey, 1998)

Assim que esta etapa termina, é dado um tempo de pausa (não deve exceder os 3 minutos) e em seguida é pedido que repita a elaboração da imagem, agora de memória. É importante ter em atenção as etapas e a sequência dos elementos apresentados na figura, de forma a perceber e a destacar mais tarde, no processo de avaliação, a distorção, a localização e a exatidão do desenho (Rey, 1998)

De acordo com Osterrieth, para que se faça uma interpretação detalhada do teste, é importante ter em consideração sete tipos de construção da Figura Complexa de Rey, estes são:

- 1- A construção sobre a armação, que corresponde ao desenho que é iniciado pelo retângulo principal, passando a funcionar como referencia central, a partir do qual se dispõem todos os elementos da figura;
- 2- Foca-se na reprodução dos detalhes englobados na armação, remetendo para o desenho que é começado por um ou por outro detalhe próximo do grande retângulo;
- 3- Faz referência ao contorno da figura, começando pela representação das propriedades sociométricas do Teste da Figura de Rey, não distinguindo qualquer estrutura em particular, colocando os detalhes posteriormente;
- 4- Enfatiza a sobreposição dos detalhes, onde o sujeito introduz os detalhes lado a lado, de modo a parecer um puzzle, em que não se verifica um ponto de referência inicial para a elaboração da figura;
- 5- Salienta os detalhes sobre o fundo confuso, sendo visto como grafismo, pouco ou nada estruturado, não sendo possível localizar o modelo, embora existam alguns detalhes perceptíveis;
- 6- Valorização de semelhanças com um esquema familiar, na qual o sujeito transforma a imagem em algo familiar para si, podendo observar-se alguns membros da família; por último temos o tipo 7 que é formado por rabiscos, a partir do qual não é possível identificar nenhuma figura nem nenhuma forma.

No final, observa-se estes pontos, analisando o tipo de traço e se está tudo correto, se há linhas a mais ou a menos. A cotação é através de uma análise precisa do desenho e dos traços, que são cotados entre 0 e 2 pontos (0 - irreconhecível; 0,5 – mal situado; 1 – deformado; 2 -correto e bem situado). A pontuação máxima que se pode obter neste instrumento corresponde a 36 pontos (Espírito-Santo, Het al., 2015).

1.5.3. D-70 – Teste de Dominós

Por último, o **D-70 – Teste de Dominós** que retrata a lógica numérica e a sua resolução (Alves, 2006; Kowrousky & Rennes, 2019).

Este teste, surgiu em França, nos anos 70, por Kowrousky e Rennes, como uma avaliação paralela ao D-48, que tem como objetivo avaliar a inteligência geral não verbal – Fator G - não verbal (Chartier, 2009; Lotito, 2015).

O D-70, é composto por 44 itens de resposta e 4 exemplos, em que se apresentam num conjunto de figuras de pedras de dominós em sequência, em que o sujeito tem de descobrir

qual o número (de 0 a 6) que deve ter a metade que falta no dominó, completando assim a sequência (Alves, 2006; Lotito, 2015)

Este instrumento vem acompanhado de um Manual, de uma folha de respostas e de uma folha de correção. Para realizar este teste, é necessário um lápis ou uma caneta para inserir o número que falta na metade do domino. O tempo da prova é de 25 minutos e a dificuldade vai aumentando gradualmente (Lotito, 2015; Kowrousky & Rennes,2019).

As respostas obtidas e a cotação final das mesmas, inserem-se num percentil que se encontra tabelado no manual do instrumento. No entanto os valores variam consoante a idade do participante e do nível de escolaridade (Kowrousky & Rennes,2019).

1.6.Resumo das Sessões de Avaliação

De modo a realizar o momento de avaliação Psicológica, foram necessárias 3 sessões. Todas as sessões tiveram um *setting* sem ruídos de fundo, promovendo a capacidade de foco

A primeira sessão, teve duração de 90 minutos, em que se realizou uma entrevista inicial, com o objetivo de recolher alguns dados do jovem. A recolha dos dados permitiu perceber quais seriam os testes mais adequados a aplicar.

A segunda sessão focou-se na realização dos testes e teve uma duração de aproximadamente 3 horas. A realização desta sessão deu-se num ambiente de sala de aula. Ricardo encontrava-se sentado numa secretária. Nesta sessão foram aplicados os 3 testes, efetuando pausas entre cada um.

Começou por responder ao 16PF-5, após ser explicado o mesmo e de lhe ser entregue a folha de respostas. De seguida houve uma breve pausa e foi aplicado o segundo teste, Figura Complexa de Rey – Osterrieth. Foi inicialmente foi explicado o teste e pedido que reproduzisse a figura que estava a ver, após uma pausa de 3 minutos foi pedido que o fizesse de novo, mas agora sem ver a imagem. O terceiro e o último teste foram o D70 – Dominós. Após entregar a folha de respostas e de explicar o teste, Ricardo foi respondendo até acabar a prova.

Por fim, a última sessão, focou-se na devolução dos resultados e do relatório dos mesmos, foi a sessão mais curta tendo a duração de 60 minutos.

1.7.Resultados

I. Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5)

Ricardo tende a ser reservado e racional, com uma ligeira dificuldade em aceitar outros pontos de vista. É uma pessoa imaginativa, ressaltando a imaginação em função das coisas práticas. Demonstra estar mais inclinado para os seus próprios processos mentais e para as suas ideias. Tende a evitar conflitos, perante os desejos e vontades do outro, reprimindo os seus desejos e sentimentos, contudo, parece ser uma pessoa que se apoia na empatia e na sensibilidade para tirar as suas próprias conclusões.

Salienta-se ainda alguma reatividade e instabilidade emocional na sua forma de encarar a vida e os seus desafios. Verifica-se uma possível falta de controle face à sua vida, com tendência a reagir contra a mesma, em vez de se adaptar às alternativas propostas.

Coloca-se ainda a hipótese de que seja uma pessoa apreensiva, menos confiante e insegura, preocupando-se muitas vezes antecipando eventos futuros, o que se pode traduzir em alguns sintomas de ansiedade.

Finalmente, salienta-se um estilo de resposta marcado pela infrequência, i.e., Ricardo respondeu às questões de uma forma muito diferente, o que pode indicar uma dificuldade na compreensão da questão, evitar “dar má impressão”, entre outras razões.

II. Figura Complexa de Rey – Osterrieth

A cópia da figura é precisa e rica. O resultado obtido por Ricardo encontra-se acima dos valores médios esperados para a sua idade (PC75-95). A execução do desenho de Ricardo é reveladora de uma maturidade ao nível da organização do mesmo.

Quanto à reprodução da figura de memória, o resultado obtido pelo jovem também o coloca muito acima do esperado para o seu grupo etário. (PC90), com o total de 33 pontos. Estes resultados indicam a presença de boas capacidades visuo-construtivas e uma memória imediata visual acima da média.

III. Teste D70 – Dominós

Os resultados obtidos colocam o Ricardo num nível médio de inteligência (PC45), comparativamente às pessoas da sua faixa etária. Tal significa que Ricardo consegue resolver problemas em termos do raciocínio lógico, i.e., da dedução de reações entre os estímulos.

1.8.Limitações na Aplicação

Face aos testes acima referidos, existiram algumas limitações na aplicação dos mesmos. Dado que o Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5) é um teste extenso, no final do mesmo, era notório algum cansaço por parte de Ricardo, o que originou algumas respostas enviesadas, causando uma incongruência em certos pontos.

Porém o tempo disponível para a sua aplicação, também foi um fator que não contribuiu, sendo que Ricardo acabou por responder aos três testes de seguida. Embora tenham sido realizadas pausas entre cada um deles, o cansaço foi um fator determinante na qualidade do foco e consequentemente da resposta.

Notoriamente, no Teste D70 – Dominós, a resolução do problema apresentado na segunda parte do teste comprova isso mesmo, sendo que algumas respostas não estavam corretas e muitas das perguntas não tinham sido respondidas.

1.9.Discussão do Caso

Para a discussão do caso de avaliação, foram cruzados os dados obtidos nos testes realizados com a informação recolhida na entrevista clínica.

Ricardo é um jovem com um nível médio de inteligência geral, contudo obteve uma pontuação acima da média para a sua idade na **Figura Complexa de Rey**, mostrando boas capacidades ao nível da perceção e da memória visual.

Demonstra ser um rapaz sensível, porém apreensivo face às questões que vão surgindo na sua vida. Predomina o seu lado introspetivo e lógico, usando, maioritariamente o seu lado mais racional.

Devido à sua flexibilidade perante a mudança, Ricardo tende a lidar bem com situações que exijam isso, porém é de salientar que o teste demonstra em simultâneo uma dificuldade em aceitar as opiniões do outro, existindo uma rigidez neste âmbito, visto que está na fase do ciclo vital em que se vai questionando sobre quem é, bem como mete em causa o seu valor e o impacto que pode ter nos outros (Verissimo, 2002).

Futuramente, será importante monitorizar a ligeira ansiedade, assim como um possível desconforto em situações que tenham predominantemente uma componente emocional, visto que é nesta altura que são percecionadas as capacidades (Verissimo, 2002). Além disto é a

altura em que surgem determinadas angústias e limitações, que estão associados à capacidade de regulação emocional e ao controle dos impulsos (Berking & Wupperman, 2012).

Em suma, demonstra ser um rapaz com um funcionamento normativo, sensível e lógico, pensando sobre as questões que lhe vão surgindo no dia a dia. Embora tenha uma boa aptidão intelectual, é de ressaltar a importância da autoestima, de forma que esta não o deixe vulnerável perante a opinião de terceiros.

1.10. Reflexão do Caso de Avaliação Psicológica

A realização da avaliação psicológica inicialmente foi desafiante, visto que não estava familiarizada com os testes bem como a sua aplicação, pois todos têm instruções muito específicas e diferentes dos outros.

O facto de o jovem ter sido muito colaborativo, trouxe-me bastante tranquilidade nesse aspeto, visto que estava um pouco insegura ao início.

Acredito que se fosse noutro contexto, com mais tempo e com maior disponibilidade os resultados poderiam ser melhores, sendo que o cansaço foi um ponto importante na realização do último teste, no entanto aprendi bastante com esta tarefa, pude explorar cada teste.

Em contrapartida, o que acabou por ser mais complicado e exigente foi a análise e a interpretação dos resultados de cada teste, mas também por isso mesmo sinto que aprendi bastante. Pude aprofundar essas questões tanto a nível de perceber o instrumento e o que avalia, como também tive a chance de explorar e compreender como fazer a análise dos resultados consoante cada caso e o objetivo da aplicação do teste.

2. Caso 2- Acompanhamento Psicológico

2.1. Identificação

O acompanhamento psicológico foi realizado a uma jovem adulta de 21 anos, do sexo feminino. Ana, natural do Brasil.

Até então residia no Brasil, junto dos tios, há cerca de 9 meses veio viver para Portugal com a mãe biológica, residindo no distrito de Lisboa. Com o 12º ano concluído no Brasil, tem o objetivo de estudar Medicina Dentária em Portugal.

2.2. Motivo da consulta

Ana, chegou à consulta por via de encaminhamento da Psiquiatria do hospital onde ficou internada. A jovem ficou internada na Unidade de Jovens, cerca de um mês e meio por ter realizado uma grave tentativa de suicídio, inicialmente realizou uma Ingestão Medicamentosa Voluntária (IMV), seguido de cortes verticais no antebraço. Foi aconselhada a ser seguida regularmente em Psicologia. Ana foi diagnosticada com Perturbação Depressiva e Perturbação de Ansiedade enquanto estava no internamento. A jovem relatava que sempre foi um pouco ansiosa, tendo piorado desde que veio morar para Portugal com a mãe biológica, ampliando o sentimento de vazio e tristeza.

2.3. Antecedentes Pessoais

A jovem dizia que sentia sempre um pouco de ansiedade, contudo, desde a mudança de país que os sintomas eram mais persistentes. Não faz referência a cirurgias nem a outras patologias. Igualmente, não reconhece nenhum antecedente de doenças físicas e/ou mentais no seio familiar

2.4. História da Doença Atual

No momento atual da entrevista, Ana, apresenta um diagnóstico inicial de perturbação depressiva com pensamentos suicidas, tendo já passado ao ato, através de uma IMV e de efetuar cortes verticais do antebraço. Observou-se uma alteração nos comportamentos sociais,

como o isolamento social e dificuldade levantar-se da cama de manhã, em manter o autocuidado diário e até mesmo em realizar refeições as refeições diárias. Demonstrou sentir-se desmotivada em relação a tudo sentido uma espécie de “não querer existir”. Apresentava também um diagnostico complementar de Perturbação de Ansiedade, que se manifestava, geralmente no aumento do batimento cardíaco, na ausência de apetite e alteração do ciclo do sono em que relata uma insónia inicial.

Insistiu que desde que estava em Portugal se sentia muito triste, com um enorme vazio dentro de si. Isto contribuiu para a elevada sensação de ansiedade e desesperança face ao presente e ao futuro.

2.5. Anamnese Biográfica e História Clínica

Alina, foi adotada pela irmã da mãe aos 2 anos. Não tem irmãos biológicos, mas cresceu com a filha da tia, que considera como sendo sua irmã. Vê este núcleo como sendo a sua família.

Diz ter sido concebida num único encontro entre os pais. Nasceu prematura apenas com 950 gramas, proveniente de uma gravidez não planeada, mas desejada.

Deste modo acabou por não ter relação com o pai biológico, nem tão pouco tem informação se o pai sabe que ela existe. A falta de conhecimento sobre este tema, deixa-a muito cabisbaixa, sente que tem questões às quais não tem respostas o que lhe dá uma sensação de vazio.

A relação com a mãe biológica é muito conturbada devido à sua ausência física, por estar a residir noutros países ao longo do seu desenvolvimento, nomeadamente nos Estados Unidos. Ao longo do seu crescimento foi mantendo contacto com mãe por telefone e por carta, visto que esta estava a trabalhar noutro país e que não poderia voltar ao Brasil. Ficou cerca de 5 anos sem ver a mãe. Esta ausência fez com que a jovem fosse criando uma imagem da mãe na sua própria cabeça. Ana reconhece que o que idealizou não corresponde à realidade, ficando muito magoada e confusa, com um enorme sentimento de tristeza perante a relação entre ambas.

Em relação aos pais adotivos, a irmã da mãe e o seu companheiro, são pessoas que sempre a trataram como filha, nunca tendo feito distinção entre ela e a filha biológica. Sempre foi muito protegida e nunca lhe faltou nada. Sempre teve uma relação boa e próxima com ambos.

Não menciona o resto da família, mas refere a existência da avó materna, com quem não tem ligação, bem como outros irmãos da mãe que não estão presentes na vida de ambas, até à data sabe-se que ainda residem no Brasil.

Refere que no jardim de infância não tinha muitos amigos e foi assim durante todo o percurso escolar. Tinha alguma dificuldade em fazer amizades, visto que era uma criança muito tímida e magra. O *bullying* também começou por volta desta altura até concluir o 12º ano. Essencialmente as outras crianças gozavam com ela por ser muito magra e introvertida, acabando por gerar mais tarde algumas inseguranças físicas e sociais, tendo sido um fator que contribuiu para a crescente ansiedade e desconforto que Ana ia sentindo para com os pares.

Aos 9 anos, a sua mãe tinha a possibilidade de ficar mais tempo no Brasil (entre 2 a 3 meses), nesta altura ficou acordado que Ana poderia passar alguns fins de semana em casa da mãe. Neste contexto, surge uma situação que se revela como sendo bastante traumática para a jovem. Num fim de semana que ia dormir em casa da mãe, a mesma recebe uma visita de uma amiga enquanto Ana brincava na sala, passado um tempo a jovem foi procurar a mãe e deparou-se com as duas despidas na cama. Esta situação deixou-a muito confusa e abalada, começando a ficar mais agitada e mais distante das pessoas.

A partir deste acontecimento, Ana, começou a desenvolver alterações comportamentais também amplificadas pelo bullying que estava a sofrer na escola. Pouco tempo depois, a mãe adotiva achou por bem procurar um psicólogo para a ajudar a trabalhar nas suas questões pessoais. Nestas consultas, foi diagnosticada com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Foi encaminhada para a psiquiatria onde começou a ser medicada com Ritalina (não especifica até quando).

Após finalizar a escola, tinha como objetivo ingressar no curso de medicina dentária no Brasil. Contudo, como a mãe biológica vivia em Portugal há cerca de 2 anos, achou que poderia ser uma boa oportunidade para se reconectarem, como também de se matricular na Faculdade de Medicina Dentária em Portugal, no curso que ambicionava estudar.

A mudança de país e o facto de ter vindo viver com a mãe, deixaram-na inicialmente esperançosa de que “tudo iria ficar bem” e que iriam ter a relação que nunca tiveram, no entanto, essa visão rapidamente mudou.

Começou a desenvolver uma enorme saudade do Brasil e da sua família, o que despoletou um sentimento de tristeza e vazio, que foi crescendo à medida que os dias passavam. Além da frustração de querer ingressar no ensino superior e necessitar de realizar os exames de acesso à faculdade. Em simultâneo, houve um aumento da ansiedade, deixando-a de rastos, sem

vontade de estar com ninguém, sem vontade de falar com os seus familiares no Brasil, nem de viver.

Passado uns nove meses de estar em Portugal, Ana, efetuou uma tentativa de suicídio. A jovem pegou numa embalagem de comprimidos e tomou alguns realizando inicialmente uma IMV, de seguida pegou numa faca de cozinha e efetuou vários cortes verticais no antebraço. Depois entrou em pânico e ligou para o 112 onde foi socorrida pelo INEM e pela polícia. Foi admitida nas urgências, onde, após estar estável, foi encaminhada para o Internamento Psiquiátrico, ficando internada cerca de um mês e meio.

Ainda em internamento, foi diagnosticada com uma Perturbação Depressiva e com Perturbação de Ansiedade. Foi descartado o diagnóstico prévio de PHDA. Atualmente, é seguida em Psicologia e em Psiquiatria, estando a ser medicada para ambas as psicopatologias.

Relata que quando se sente mais ansiosa e triste, tem tendência a saltar refeições, muitas vezes realizando somente uma ao longo do dia. Refere também que tem alguns momentos com dificuldade em adormecer (insónia inicial). Nestas alturas descreve que em contrapartida, tem imensa dificuldade em sair da cama de manhã e por vezes de cuidar de si mesma.

Não faz referência a relacionamentos amorosos. Refere que não fuma e que bebe moderadamente em eventos sociais.

2.6. Resumo das Sessões

No âmbito do acompanhamento psicológico, levaram-se a cabo sessões semanais, com um total de 11 sessões, com a duração de 60 minutos cada uma, presencialmente em consultório.

A abordagem utilizada sustentava-se na abordagem centrada na Pessoa, o que levou a que houvesse escuta ativa, uma postura empática face às informações que estavam a ser transmitidas, tentando sempre incluir os princípios base da abordagem, estabelecendo em simultâneo uma relação terapêutica consolidada e segura para que a pessoa tenha espaço de sentir o que quiser e falar se assim entender.

A pedido da própria, foi integrada a figura materna numa das sessões, de forma a trabalhar o que sente sobre a sua infância e de como isso se traduz nos dias que correm.

1ª Sessão

Na primeira sessão, Ana, mostrou-se muito colaborante ao longo da sessão, embora notoriamente agitada e ansiosa. A nível do bem estar mental, referiu sentir uma “recaída” quanto à sua saúde mental, concretamente, a Perturbação Depressiva e Perturbação de Ansiedade, não especificando nenhum evento. Salientou sentir-se muito triste.

Ao longo da sessão, fez várias vezes referencia à sua mãe, tal como a pressão que sentia face à exigência de “estar bem” e, assim, corresponder às expectativas da mesma.

Ana, verbalizou que se sentia pronta para começar a ter uma rotina mais sólida, assim como procurar uma ocupação para realizar ao longo do dia (ex.um trabalho ou voluntariado). Este tópico, trouxe-lhe algum animo e motivação em relação ao futuro e ao que pode fazer.

No final da sessão, foi solicitada a entrada da mãe de forma a esclarecer alguns temas, com o intuito de melhorar a comunicação entre ambas, bem como, fazer com que ambas tenham consciência da sua perspetiva face ao ponto em que Ana se encontrava. Na mãe de Ana pode observar-se uma preocupação extrema para com a filha, essa situação tinha-a levado a um esgotamento físico de exaustão.

2ª Sessão

Na segunda sessão, Ana referiu a questão do voluntariado e de um possível trabalho. Ana relatou que não ter tido motivação para procurar trabalho nem uma ação de voluntariado a que se possa juntar, salientou ter receio de o fazer pela da reação que a mãe pudesse ter. Embora Ana demonstrasse receio, sentia uma enorme pressão no que diz respeito a ocupar o seu tempo durante o dia. Referiu que ao iniciar algo na sua vida não era capaz de o manter, o que a deixava muito frustrada e com ainda menos motivação.

Nesta sessão, Ana deu mais detalhes sobre a sua relação com a mãe. Comentou que a sua relação com a mãe, acabava por ser o centro de tudo Ana, referiu que evitava conflitos por ter receio de ser “abandonada” (palavra usada por Ana) novamente. No final da sessão, Ana salienta que naqueles dias se tinha sentido “burra” por não conseguir lembrar-se de coisas simples, de pensar sobre certas coisas e de ter foco para ler algo que lhe agradasse, o que a levava a pensar que estaria melhor internada.

3ª Sessão

A sessão iniciou-se com Ana a referir sentir um aumento da sua motivação face a arranjar uma ocupação, como um Part-Time. Ela referiu que “(...) me sinto mais motivada para fazer coisas, fui no psiquiatra a semana passada e ele me aumentou a dosagem... me sinto melhor”. Acrescentou, ainda, que estava com vontade de iniciar um estilo de vida mais saudável, indo ao ginásio e mantendo uma alimentação regular, pois sentia-se muito “magrela” e queria aumentar a sua massa corporal. Disse também que a prática regular de exercício físico no ginásio a iria ajudar a ter uma melhor auto-estima.

Ao falar da sua mãe comentou que esta andava muito cansada. Tinha dificuldades em vê-la ultimamente. Relatou que a sua mãe durante a semana se deitou no seu colo a chorar e que esse momento lhe tocou muito. Ana comentou que realizava as tarefas domésticas como limpar a casa, fazer o jantar, lavar a loiça de forma a ajudar a sua mãe a sentir-se menos sobrecarregada quando chegava a casa. Ao terminar este relato, Ana referiu que esta inversão de papéis mãe-filha lhe fazia um pouco de confusão por não estar habituada, mas não se importava de cuidar a sua mãe. Em palavras suas comentou: “(...) os papéis se inverteram e agora a ajudo mais e trago Tranquilidade quando a minha mãe chega em casa”.

Nesta sessão, Ana, pela primeira vez, referiu-se à sua vida amorosa. Ana relatou que as suas dificuldades nos relacionamentos íntimos se demonstravam nas relações amorosas com rapazes, levantando a questão se poderá ser pela ausência do pai biológico.

No final da sessão, A relatou que desde sexta-feira que não via a mãe e que tinha estado com os amigos de família, que a tratavam como filha e parte da família, sendo um grande apoio para ambas.

4ª Sessão

Questionei-a sobre a questão do part-time que foi falado na sessão anterior, da faculdade, bem como do seu futuro. Em resposta Ana, comentou que tinha medo de não ser capaz e de que aquilo que idealiza não dar realmente certo

Ainda ao falar sobre o seu futuro, Ana relatou que queria frequentar, mas não sabia ainda quando. Colocava em hipótese iniciar o curso em setembro desse ano ou até o próximo

ano, pois para já não fazia sentido nem era possível porque tem de refazer determinados exames do 12º ano.

Ana comentou que se sentia incomodada por não ter tido a mãe presente, contudo o que faz mais confusão é que não o conhece.

Ao referir-se à sua relação com o seu pai comentou em palavras suas que: “É como se faltasse algo em relação ao meu pai biológico...”. Ao aprofundar melhor este tema, referiu que apesar do pai biológico ter sido um pai ausente, o que a magoava mais era não saber quem ele. Além disto, não sabia se o pai biológico tinha informação sobre se ela existia. Ao longo da sessão desabafou sobre este tema que de forma notória lhe causava mal-estar psicológico: “Na realidade desde pequena sempre tive esse sentimento, ainda fui falando com a minha mãe, mas ela não fala muito sobre isso... Ela escreveu uma carta para ele, mas nunca enviou... Acho que nunca enviou com medo de me perder.... Que ele me fosse buscar!”. Relatou que quando nasceu tinha uns olhos muito fechadinhos e rasgados e que mais ninguém da sua família tinha os olhos como ela.

Ao referir-se ao seu estado atual, comentou que o que mais a incomodava tinha a ver com questões laborais. Sentia muita ansiedade e medo, além de estar bastante inquieta por não obter respostas sobre o seu futuro.

No final da sessão, Ana referiu também, que tinha um certo medo de crescer e de sair da sua zona de conforto, pois sempre tinha sido muito protegida pelos pais adotivos/tios de quem tinha muitas saudades.

5ª Sessão

Ana começa por dizer, nesta sessão, que tinha ido a um espetáculo sozinha, o que a assustou um bocadinho. O facto de ter ido sozinha ao espetáculo, fez com que se sentisse empoderada e autónoma, pois nunca tinha ido a um espetáculo sozinha. Ficou muito feliz de ter conseguido, visto que era uma banda ela gostava muito. Ainda no espetáculo acabou por conhecer algumas pessoas, especialmente um rapaz, com quem esteve no espetáculo.

Referiu que naqueles dias tinha havido uma mudança na sua relação com a mãe. Ambas estavam um pouco mais próximas.

Ana recordou alguns momentos da sua infância. Contou que quando era mais nova costumavam gozar muito com ela. Os seus colegas faziam-se bullying por ela ser muito magra. Referiu que o bullying começou no Jardim de infância e que, a partir daí, começou a ter complexos com o corpo devido à sua magreza. Durante este período, vivia com os pais/tios, e referiu que eram muito protetores tanto com ela, como com a sua irmã/prima. Muitas vezes, não se apercebiam de determinadas coisas que aconteciam na escola, como por exemplo o bullying.

6ª Sessão

Ana, nesta sexta sessão, chegou cabisbaixa, acabando por chorar até ao final da mesma. Foi uma sessão onde Ana expressou a presença e persistência de emoções negativas e pensamentos suicidas. Referiu que tinha tido “pensamentos ruins de não querer viver mais”. Não aprofundou mais o tema, tendo agradecido a possibilidade de desabafo, pois realmente só precisava de um sítio seguro para chorar. Salientou que chorar em algo complicado de fazer em casa, pois isso deixava a mãe preocupada.

7ª Sessão

A sétima sessão, teve a participação da mãe Ana, por pedido da mesma. Este pedido parte da necessidade que Ana tem em expor o que sente nas situações que acontecem em casa com a mãe, bem como resolvê-las. A inclusão da mãe neste processo terapêutico foi algo bastante importante na componente relacional entre ambas.

Ana, referiu que tinha ocorrido uma grande discussão entre as duas. Acrescentou que já não aguentava mais. Apesar de na sessão anterior se ter verificado uma aproximação entre Ana e a sua mãe, nesta sessão fez-se notar um distanciamento físico e emocional de Ana para como a mãe.

Após expor a discussão e como se sentiu, referiu a sua vontade e de querer voltar para o Brasil e ir viver com tios.

Contou que tinha começado a trabalhar no dia a seguir da última sessão, num armazém. Tinha, assim, como objetivo poupar dinheiro para conseguir comprar o bilhete para voltar para casa, ou seja, para o Brasil.

No final da sessão, depois da mãe tocar novamente na discussão que se passou nessa semana, Ana chorou a chorar efusivamente. Em que a mãe referiu que a situação que a Ana está a passar a está a matar lentamente e que está muito exausta.

A sessão termina com Ana a dizer que ficou muito magoada com toda a situação e que não recuperou da discussão, pois foi muito intensa.

8ª Sessão

Tendo uma diferença de quase um mês da última sessão, Ana, contou que a demitiram e que isso foi uma surpresa “Não estava a contar pois achava que estava tudo a correr bem”

Este acontecimento deixou-a frustrada e triste, pois não tinha tido nenhum feedback de que o trabalho que estava a desempenhar não ia de acordo com o que estava a ser pedido. Consequentemente, isto também a deixou desmotivada a continuar a viver em Portugal. No entanto disse que tem de arranjar outro modo de regressar ao Brasil. Estava muito ansiosa para voltar pois já não aguentava viver com a mãe biológica. Relatou que ao chegar ao Brasil queria ir trabalhar. Os seus pais adotivos tinham-lhe dito recentemente que ela tinha mudado muito por causa da mãe biológica e vice-versa.

Ainda nessa sessão, Ana referiu-se a um episódio traumático que foi marcante quanto tinha 9 anos. Esse episódio foi descrito em detalhe por Ana. Comentou que tinha ido passar o fim de semana com a mãe. Tinha sido nessa altura que a sua mãe tinha conseguido um apartamento e passava 3 meses no Brasil e três meses fora. Nessa altura, passava alguns fins de semana com a mãe biológica e o resto da semana com os pais/tios. Numa das suas estadias com a mãe, a mesma recebe uma visita de uma amiga da mãe em casa.

Ana, relembrou-se que estava a brincar quando decidiu ir ao quarto onde ambas se encontravam. Quando abriu a porta encontrou-as despidas na cama. Naquele instante, Ana referiu ficar muito confusa perante o que se estava a passar o que a deixou muito agitada sem saber o que fazer. Desde este episódio refere que os pais e os restantes familiares notaram uma alteração no seu comportamento. Durante este período da sua infância marcada por eventos traumáticos, Ana foi também vítima de bullying na escola. Dadas as mudanças de comportamento verificadas em Ana, que esta se encontrava mais agitada e mais desconectada, a jovem começou a ser acompanhada por um/a psicólogo/a por sugestão de

familiares. Nesta altura foi diagnosticada com Transtorno de Hiperatividade e Défice de Atenção para o qual foi medicada com ritalina.

Recordou, também, que por volta dos 12 anos, foi ameaçada pela mãe sobre a sua relação com os seus pais adotivos/tios maternos. A sua mãe tinha-lhe dito: “vens viver comigo para Portugal e nunca mais vais falar com os teus pais”. Tais palavras, segundo Ana, tinham-na deixado com muito medo e muita ansiedade face ao futuro.

9ª Sessão

Esta foi uma sessão marcada por silêncios e choro, revelando a vivência de momentos intensos por parte de Ana com a mãe. Durante toda a sessão a jovem chorou repetindo que sente raiva da mãe. Ana desabafou sentir-se muito incompreendida e muito cansada. Referiu que Diz que a mãe não muda a sua forma de estar e que, portanto, num momento a mãe está bem como está mal, tentando sempre discutir por coisas simples. Ana salientou o cansaço e a desilusão que sente face à relação entre ambas, demonstrou-se muito triste com tudo o que tem acontecido entre as duas

Ultimamente, Ana tinha-se manifestado muito agitada e ansiosa, além de triste e com muitas saudades da sua vida no Brasil.

10ª Sessão

Nesta décima sessão, Ana, deu a conhecer um relacionamento passado com um rapaz. Referiu que se tratava de uma relação da qual tinha saído muito afetada. Recentemente tinha visto uma foto dele com a sua nova namorada, o que a deixou triste. Esta situação tinha sido difícil de gerir por parte de Ana, que surpreendentemente, não estava à espera que tivesse tanto impacto no seu bem estar.

Esta situação veio contribuir para o seu estado de desmotivação que foi realçado pela sua falta de vontade de fazer coisas, como por exemplo, acordar cedo de manhã e cuidar de si própria

11ª Sessão

A última sessão foi marcada pela presença de questões do foro laboral. Após ser questionada sobre o seu trabalho, Ana referiu não ter arranjado nenhuma ocupação e que isso a deixa um pouco frustrada, pois parece não ser suficiente para nada.

Nos últimos tempos, Ana comentou que a sua mãe tem de estado fora em trabalho, e que há 2 semanas que não a via. Referiu sentir saudades dela, apesar de realçar que essa distância física da mãe, poderia ter um impacto positivo para a relação das duas. Apesar da ausência da mãe, referiu ter tido apoio dos amigos de família, e que isso a ajudava a não se sentir sozinha.

No entanto, demonstrou-se triste com o facto de ser a última sessão de acompanhamento, mas salientou que estava contente com o seu progresso nos últimos meses.

2.7. Discussão do Caso à Luz da Teoria Psicoafetiva

De modo a aprofundar a compreensão do caso, salientam-se alguns momentos na vida de Ana, os mesmos podem ser analisados com base na Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo, de João Hipólito, que permite compreender os processos de atualização da jovem (Hipólito, 2011).

Com base nesta teoria, destacam-se alguns traumas que Ana experienciou ao longo da sua vida, nomeadamente traumas de origem Psicológica, Biológica, Social (Hipólito, 2011)

Ana, foi fruto de uma relação única entre os pais, a gravidez não foi planeada, mas acabou por ser desejada pela progenitora, o que fez com que nunca conhecesse o pai biológico (Trauma Social, Psico-afetivo), isto fez com que a jovem sentisse um vazio face a não conhecer o pai, o que lhe causa alguma angústia até hoje. A jovem acabou por nascer prematura, com apenas 920 gramas (trauma Biológico), acompanhado de um parto complexo que levou a que Ana fosse internada durante algumas semanas (trauma Biológico).

Aos dois anos, foi entregue pela mãe, à sua tia (irmã da mãe) (trauma Psicológico, Psico-afetivo), deixando-a até hoje com o sentimento de que foi abandonada pela mãe. No entanto a sua tia, foi uma condição ótima para que a jovem não se sentisse desamparada e se sentisse amada, além de ter uma figura maternal na sua vida e todo um núcleo familiar estável onde nele integrava o seu marido e a sua prima (filha do casal).

A sua mãe biológica foi em busca de uma vida melhor fora do Brasil, estando sem a ver até aos 7 anos, falando com ela pontualmente através do telefone (trauma Psicológico). Por volta desta altura ingressa na escola, onde expande os seus amigos, no entanto também deu início ao período de *bullying* que se perpetuou até ao final do 12º Ano (trauma social)

Durante o seu desenvolvimento e após ter feito 7 anos, via a mãe uma ou duas vezes por ano (trauma Psicológico). Aos 9 Anos, a mãe regressa ao Brasil durante umas semanas e ficou acordado que passariam os fins de semana juntas. Neste contexto, aparece uma amiga da mãe e vão as duas para o quarto, passado um tempo Ana vai à procura da mãe e depara-se com as duas juntas e despedidas na cama (Trauma Psicológico e Social). Esta situação deixou-a muito confusa e notoriamente abalada, levando a alterações comportamentais que foram detetadas pelos familiares mais próximos e até na escola.

Após este acontecimento, a tia (mãe adotiva) achou que o melhor seria que a jovem tivesse acompanhamento Psicológico. Este cenário proporcionou que houvesse oportunidade para se abrir espaço para se desenvolver uma condição ótima de atualização, onde Ana, teve a chance de ter acompanhamento psicológico e trabalhar o que sentia.

Mais tarde, aos 12 anos, num regresso momentâneo da mãe ao Brasil, a meio de uma conversa, esta ameaça Ana, dizendo: “Irás um dia viver comigo para Portugal e nunca mais irás falar com os teus tios, nem com ninguém!”, (trauma Psicoafetivo e Psicológico) que gerou uma sensação de medo face ao futuro e de desconforto com a mãe biológica.

No dia de celebrar os seus 15 anos, na sua festa de aniversário, descobrem-se imensas situações em que a mãe não foi correta, além de algumas mentiras e histórias mal contadas (trauma Psicológico e Social), foi nesta altura que a relação com os restantes membros da família se desvaneceu, o que lhe custou muito pois nunca mais teve contacto com o resto da família.

Uns tempos depois, a mãe biológica muda-se para Portugal com o objetivo de preparar uma eventual vinda da filha. Após concluir o 12º Ano no Brasil, Ana muda-se para junto da mãe, agora num novo País (trauma Psicológico). Refere que sente muitas saudades de “casa” e dos seus pais adotivos, o que lhe custa muito e lhe traz muita tristeza, saudade e angústia.

Em Janeiro de 2023, após esses sentimentos se terem intensificado, após uma discussão com a mãe, Ana efetuou uma tentativa de suicídio (trauma Biológico e Psicológico), em que ingeriu alguns comprimidos e prosseguiu em realizar cortes verticais no antebraço, de seguida, em desespero ligou para o 112 (trauma Psicológico e Biológico)

Após esta situação deu entrada no serviço de urgência, após realizarem alguns exames foi encaminhada para a Psiquiatria que sugeriu que seria essencial internamento Psiquiátrico (trauma Psicológico). Esteve internada cerca de 1 mês e foi aconselhado que tivesse acompanhamento Psicológico regular. Esse acompanhamento foi uma ótima condição de atualização, pois nessa altura pode trabalhar e aprofundar de onde surgiam alguns pensamentos e comportamentos, bem como demonstrou-se como sendo um espaço onde Ana explorava o que sentia em relação à sua infância e ao seu internamento, bem como as questões e ansiedades face ao futuro

Em Abril do mesmo ano, Ana conseguiu arranjar trabalho numa empresa de logística, mas acabou de ser despedida pouco tempo depois (trauma Psicológico e Social), que lhe gerou um sentimento de frustração e de tristeza.

Ainda durante esse período, teve uma discussão com a mãe em que a jovem refere ter sido a “gota de água (trauma Psico-afetivo) que lhe causou muita raiva e frustração, ficou triste e resguardada algum tempo. Diz não se sentir suficiente (self real) para a mãe visto que parece que não a consegue agradar em relação a nada (condição de valor que consequentemente acabou por influenciar a autoestima de Ana). Recentemente referiu que estava com vontade de regressar ao Brasil por não aguentar mais esta relação intensa e instável com a mãe biológica. A jovem refere algumas vezes que gostava de ser suficiente para a mãe e ser valorizada, gostava de ser mais afetuosa e ter uma relação diferente (self idealizado).

Ao longo do acompanhamento Ana refere que a opinião da mãe biológica tem muito peso na sua vida, mesmo elas nunca tendo vivido juntas. De acordo com os relatos a mesma criou uma imagem idealizada da figura maternal que acaba por ter impacto emocional na forma como esta gere as emoções. No entanto constata-se uma vontade de atualizar as suas potencialidades de forma que isso não a afete tanto e não a deixe tão triste. A relação entre mãe e filha tem algum impacto no relacionamento entre as duas, pela ausência de vínculo afetivo.

Ana, afirmou algumas vezes o receio que tem de poder ser novamente abandonada pela mãe e que esta a deixe de um dia para o outro. Este sentimento que vive dentro dela, acaba por ser um gatilho para que se desenvolvam sentimentos de insuficiência, desvalorização pessoal, falta de autoestima, Ana, relata também alguma dificuldade em estabelecer relações, pois acredita que todas as pessoas a abandonam e que o problema está nela (self real).

2.8. Reflexão sobre o caso

Ao longo do processo, foi possível observar uma evolução do estado emocional de Ana, face às problemáticas abordadas nas sessões.

A primeira sessão foi marcada por momentos de ansiedade de Ana, em que a mesma verbalizou que estava nervosa e ansiosa com a situação, no entanto com o passar do tempo a jovem foi ganhando mais confiança na relação terapêutica o que levou a um aumento do nível de conforto verificado ao longo das sessões. No início, todas as sessões eram muito focadas na relação entre Ana e a mãe, bem como na idealização que tinha da mãe e da sua vida em Portugal. Todo este processo de acompanhamento psicológico foi muito desafiante, sendo que por vezes é complexo perceber o que é efetivamente a imagem e a idealização gerada sobre uma determinada pessoa num certo contexto. No entanto à medida que o assunto era explorado e aprofundado foi possível perceber que não eram sentimentos que surgiram no momento, mas que estavam ligados a muita mágoa e a uma tristeza profunda face à infância.

A ausência da mãe marcou-a até aos dias de hoje. Houve uma sessão em que Ana aprofundou o que sentia face ao pai biológico e à idealização que criou também da figura paternal, bem como a ideia de uma “família perfeita” em que tanto a mãe como o pai eram pessoas presentes, não existiam discussões e eram uns pais extremamente preocupados. Foi possível perceber que a ideia que Ana desenvolveu sobre uma família, era transposta para a angústia de nunca ter tido isso com a sua mãe biológica. Pois apesar de ter os pais adotivos que sempre foram muito presentes, existe uma mágoa profunda sobre o passado.

Estas questões familiares foram algo desafiante de trabalhar em sessão, bem como compreender a visão que Ana tinha elaborado na sua cabeça. Todavia, penso que consegui estabelecer uma boa linha de pensamento juntamente com a utente, que foi sempre muito colaborante e queria explorar e expor as suas questões. Penso que o fato de termos idades próximas e de sermos mulheres jovens, também contribuiu para que houvesse um ambiente confortável para falar de certas temáticas sem tabus, apesar de alguma timidez por parte de Ana

Mais tarde, foram abordadas algumas questões e inseguranças de Ana, tanto a nível Psicológico como Físico. Foi muito interessante perceber de que forma é que o *bullying* a afetou e as sequelas sociais que tinha deixado em Ana. Foi possível constatar alguma insegurança face às capacidades mentais, à qualidade do desempenho no trabalho, como,

também inseguranças com o corpo acompanhada de uma baixa auto-estima. A sua magreza era algo que não gostava e que tinha gosto em mudar (ex: aumento de massa muscular). No decorrer das sessões, foi possível verificar um aumento da autoestima. Foi possível estabelecer pequenas metas terapêuticas com o objetivo promover o bem-estar, em junção com a terapêutica medicamentosa prescrita pelos psiquiatras. Aos poucos foram-se percebendo certas mudanças.

No entanto, é de salientar que se sucederam alguns momentos na vida da utente, que se revelaram menos positivos, o que inevitavelmente tornavam o processo mais complexo e não tão linear. Apesar disso, foi possível constatar, que Ana é uma jovem que dispõe de muitas ferramentas. De facto, durante as sessões foram-se abordando e facilitando estratégias para uma melhor regulação emocional, a idealização VS realidade, a capacidade de perceber e aceitar a mãe como ela é, bem como, trabalhar a questão de estar a entrar na vida adulta.

Considero que Ana, poderia vir a beneficiar da confirmação do diagnóstico prévio de PHDA (que foi descartado). Penso que seria enriquecedor para aprofundar o caso clínico e a compreensão do desenvolvimento de Ana. Gostaria de ter tido oportunidade de explorar e verificar se era algo presente e os possíveis impactos que poderia ter no dia a dia. Por exemplo, a jovem referia algumas inquietações no âmbito da capacidade de memória e de capacidade de manter o foco, acredito que poderia beneficiar do estudo desse tema.

Além destas questões, acredito que seria fundamental para Ana manter um acompanhamento Psicológico regular, de modo poder dar continuidade a um processo de aquisição de estratégias que lhe possibilitem a melhorar as suas competências relacionais com as suas relações interpessoais, particularmente com a sua mãe, dadas as consequências que isso acarreta na vida adulta. É fundamental que haja, consequentemente, um foco nas questões de ansiedade, depressão, com atenção redobrada para a existência de ideação suicida, sendo que há houve uma tentativa de suicídio prévia.

Parte IV – Limitações do Estágio e Conclusão

Limitações

O presente estágio foi marcado por muitos fatores que muitas vezes não contribuíram para efetuar uma aprendizagem completa nas várias valências e objetivos propostos pela faculdade, bem como a nível pessoal.

Desde início de Novembro (data aproximada do início do estágio) até ao último dia, foram-me sempre apresentados vários obstáculos e desafios. Apesar dos meus esforços e das propostas apresentadas com o objetivo de solucionar as problemáticas, foi um período caracterizado pelas adversidades apresentadas. Iniciando o estágio na instituição, havia uma lacuna face à orientação do período de aprendizagem à qual fui inserida. A questão de ter alguém que me propusesse tarefas e desafios não teve resolução durante 3 meses. Só em Fevereiro de 2023, é que a situação se regularizou.

O período de observação foi reduzido dadas as circunstâncias, tendo observado apenas algumas (primeiras) consultas, tendo ficado somente a observar dois casos de duas utentes. A observação de primeiras consultas foi-me negada, bem como a observação de casos que já tinham iniciado o processo de acompanhamento psicológico, o que resultou num pobre período de observação.

A realização de acompanhamento psicológico foi um tema que nunca foi proposto pela instituição, bem como nunca houve abertura a que realizasse mais do que o proposto pela faculdade. No entanto o mesmo decorreu a partir de meados de Abril. A jovem facilitou imenso a questão do acompanhamento psicológico, acabou por ter 11 sessões individualmente comigo, o que atenuou algumas das dificuldades vividas sobre o acesso a utentes no local de estágio.

Seguindo para as atividades no serviço onde fui inserida, estas muitas vezes eram limitadas a reuniões de equipa ou momentos de apresentação de temas por parte da equipa de psiquiatria e dos seus internos. Após solicitar que me fosse apresentado o espaço bem como os próprios utentes, a conversa não era aprofundada, o que acabou por nunca acontecer. Dada a população, propus, realizar apoio psicológico aos jovens, o qual foi igualmente negado.

O que mais me sensibilizou, foi a constante porta que me era fechada semana após semana, de realizar algum acompanhamento aos jovens do serviço. De forma a tentar perceber o que os levou ali (consoante o motivo do internamento), na tentativa de prevenir

um reinternamento, por exemplo. Simplesmente um apoio psicológico a quem se encontra numa situação sensível.

No decorrer do estágio, foi muito complicado conseguir realizar o acompanhamento psicológico, pois era algo que era sempre adiado. A prova do adiantamento de tarefas, é a impossibilidade de observar e de realizar avaliações psicológicas na instituição do presente estágio. Foi algo que nunca me foi proposto ver, bem como nunca me foram mostrados testes e consequentemente a sua aplicação.

É triste perceber que o momento que poderia ter aprendido sobre uma parte tão importante da psicologia, acabou por não acontecer. Sinto que foi uma parte de aprendizagem que me foi negada e adiada inúmeras vezes. Assim, no seguimento desta lacuna, vem a impossibilidade de realizar a mesma na instituição, por o adiamento da mesma até à última semana de estágio.

Além destas questões apresentadas, houve uma grande lacuna no investimento por parte da equipa multidisciplinar no acolhimento, na explicação do serviço e no apoio prestado de modo que me sentisse integrada.

Semana após semana, mês após mês, percebi que a situação não se iria alterar. Não foi pela falta de proatividade, nem pela ausência de propostas, que abrangessem em simultâneo a minha aprendizagem e os utentes.

A ausência de inúmeros fatores pessoais, pela outra parte, determinou a qualidade do estágio, a qualidade e a quantidade de aprendizagem que recolhi, contudo, condicionou ainda mais o Serviço Nacional de Saúde e dos cuidados que se poderia prestar a quem precisa de apoio psicológico.

É com muita tristeza e com muitas lacunas que finalizo este estágio. Porém, tornei-me uma pessoa mais resiliente e mais consciente do trabalho que há a fazer na saúde mental, especialmente junto das camadas mais novas da sociedade. É importante querer ajudar e querer ser ativo nestas questões que tocam em todos nós.

Saí deste estágio com a consciência de que há muito ainda por fazer e de que tipo de profissional irei trabalhar para ser. Que tipo de pessoa, quero ser no mundo vasto da psicologia, tanto para os utentes, como também para quem um dia esteja na mesma situação em que estive durante o ano letivo.

Conclusão e Reflexão Pessoal

Após concluir o presente estágio, é importante refletir sobre as questões que foram levantadas ao longo dos 9 meses deste percurso em contexto hospitalar, destacando os pontos mais relevantes deste trajeto.

Este estágio ficou caracterizado como sendo o primeiro contacto com a psicologia clínica. Foi um momento enriquecedor a vários níveis, uma vez que tive a chance de explorar e de aprender, saindo da minha zona de conforto ao trabalhar com uma população com idade perto da minha.

Durante o período de aprendizagem, estava ciente que seria desafiante dada as características que os jovens apresentam, no entanto isso também trouxe um entusiasmo e uma motivação acrescida para aprofundar os meus conhecimentos. Tanto o caso de avaliação como o acompanhamento psicológico realizando, trouxeram-me bastantes desafios, não só por apresentarem características distintas como principalmente

Nos primeiros tempos, sempre que existia uma situação nova no internamento, apesar das inseguranças próprias de quem está a aprender, estava também com muita vontade de recolher toda a informação que conseguisse para me contruir como futura psicóloga. Pude observar as diferentes patologias e as nuances que são inerentes às características de cada um, além do seu historial de vida. O facto de ter a oportunidade estar em contacto com esta realidade, permitiu fundir os conhecimentos teóricos que foram obtidos ao longo do percurso académico com a componente pratica de ajudar quem se encontra numa situação delicada.

A abordagem utilizada ao longo do período de estágio, baseou-se na Abordagem Centrada na Pessoa, o que levou a que houvesse uma postura de escuta ativa, tal como, uma postura empática face às informações que estavam a ser transmitidas. Tentando sempre incluir os princípios base da abordagem, estabelecendo em simultâneo uma relação terapêutica consolidada e segura para que a pessoa se sentisse segura para se expressar emocionalmente e falar se assim o entender.

Durante o estágio, de uma forma geral, uma das principais aprendizagens a retirar é a resiliência e a necessidade de ver a pessoa pelo que é e não somente através da patologia. Pois a pessoa que procura ajuda já se encontra vulnerável e é fundamental irmos de encontro às suas necessidades e trabalhar com ela essas questões que a levaram a procurar esse apoio extra.

Apesar de existir um aumento da procura no âmbito da psicologia, ainda existe algum tabu em procurar ajuda. Ainda há um longo caminho a percorrer, mas cada pessoa tem o seu papel neste percurso. Acredito que ainda haja campos que têm de ser aprofundados, mas certamente, à medida que a ciência evolui, se vão encontrar respostas para essas questões.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Alves, I. C. B. (2006). Novos estudos psicométricos do Teste D. 70. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 5(2), 251-253. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200017&lng=pt&tlng=pt.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Anthony, W. A. (1977). Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32(8), 658 –662. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.8.658>
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Bachrach, L. L. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Sargent College of Allied Health Professions.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Bastos, M. T., & Costa, M. E. (2004). A influência da vinculação nos sentimentos de solidão nos jovens universitários: Implicações para a intervenção psicológica. *Psicologia*, 18(2), 33-56. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.429>
- Becker, D. (2017). *O que é adolescência*. Brasil: Brasiliense.
- Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major depressive disorder. *The New England journal of medicine*, 358(1), 55–68. <https://doi.org/10.1056/NEJMr073096>
- Bembnowska, M., & Joško-Ochojska, J. (2015). What causes depression in adults?. *Polish Journal of Public Health*, 125(2). <https://doi.org/10.1515/pjph-2015-0037>

- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Berryman, C., Ferguson, C. J., & Negy, C. (2018). Social Media Use and Mental Health among Young Adults. *The Psychiatric quarterly*, 89(2), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9535-6>
- Biaggio, A. M. B. (2003). *Psicologia do desenvolvimento*. Petrópolis: Vozes.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The psychoanalytic study of the child*, 22(1), 162-186.
- Bloch, S. (1999). Psicoterapia de apoio. S. Bloch, *Uma introdução às psicoterapias*, 1, 297-320.
- Bonin, L. (2018). Quality improvement in health care: The role of psychologists and psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(3), 278-294. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9542-2>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(7), 606–616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Bornstein R. F. (2017). Evidence-Based Psychological Assessment. *Journal of personality assessment*, 99(4), 435–445. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1236343>
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. N. T. (2008). O sujeito/pesquisador na pesquisa em psicologia clínica. *Psicologia Argumento*, 26(52), 47-54.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic books
- Boyle, E., Connolly, T. M., & Hainey, T. (2011). The role of psychology in understanding the impact of computer games. *Entertainment computing*, 2(2), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.entcom.2010.12.002>
- Bram A. D. (2013). Psychological testing and treatment implications: we can say more. *Journal of personality assessment*, 95(4), 319–331. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.736907>

- Brodley, B. T. (1997). The nondirective attitude in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 4(1), 18-30.
- Cantarelli, A. P. S. (2009). Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2), 137-147.
- Carson, D. K. (1987). Child abandonment: The abandoned expression of abuse and neglect. *Early Child Development and Care*, 27(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/03004430.1987.10721177>
- Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and testing* (pp. 135–159). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n7>
- Cattell, Raymond B., Cattell, A. Karen, Cattell, Heather. (1995). *16PF-5 Questionário Fatorial de Personalidade*.
- Cardona, J. F., Manes, F., Escobar, J., López, J., & Ibáñez, A. (2012). Potential consequences of abandonment in preschool-age: neuropsychological findings in institutionalized children. *Behavioural neurology*, 25(4), 291–301. <https://doi.org/10.3233/BEN-2012-110205>
- Carvalho, P. N. M., & SILVA, C. P. F. D. (2011). Terapia familiar sistêmica: uma breve introdução ao tema. *Psicologia. pt, Portugal*.
- Chartier, P. (2009). Les tests dominos (D70 et D2000): comment dépasser le constat du seul score total? Propositions d'analyses des réponses. *Pratiques psychologiques*, 15(2), 287-299. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.002>
- Claro, P. D. C., & Mota, C. P. (2019). The role of parental attachment and emotional regulation on schematic investment in appearance in young adults. *Actualidades en Psicología*, 33(126), 97-116. <http://doi.org/10.15517/ap.v33i126.32497>
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Phillips, S. M. (1996). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement*. Mayfield Publishing Co.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>

- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837–844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2009). Transtorno de pânico e agorafobia. *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*, 13-62.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder?. *Depression and anxiety*, 26(12), 1066–1085. <https://doi.org/10.1002/da.20633>
- Damasio A. (2001). Fundamental feelings. *Nature*, 413(6858), 781. <https://doi.org/10.1038/35101669>
- Decreto-Lei no. 414/91 do Ministério da Saúde (1991). Diário da República Série I-A de 1994-09-22, n.º 220/1994. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/241-1994-604441>
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9, 381-387. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. WW Norton & company.
- Espirito-Santo, H., Lemos, L., Ventura, L., Moitinho, S., Pinto, A. L., Rodrigues, F., ... & Daniel, F. (2015). Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth.
- Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 395–402. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001158>
- Ferraz, I. E. I., Leite, Á. J. M., Campos, E. D. M., Jorge, I. F., Espírito Santo, S. R. D., Parente, G. A., & Arraes, B. M. (2017). Fatores psicossociais associados ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes.

Ferenczi, S. (1937). Child Analysis in the Analysis of Adults. *The Psychoanalytic Review* (1913-1957), 24, 83.

Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Millenium*, 141-162.

Fearon, R. M. P., & Roisman, G. I. (2017). Attachment theory: progress and future directions. *Current opinion in psychology*, 15, 131–136.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.002>

Fonseca, A. M. R. (1985). O papel do psicólogo na reabilitação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1(1), 59-64.

Fonseca, H. (2004). Abordagem sistêmica em saúde dos adolescentes e suas famílias. *Rev Adolescência e Saúde da UERJ*, 1(3), 6-11.

Fossi, L. B., & de Fátima Guareschi, N. M. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 29-

Frankel J. (2024). Treating the sequelae of chronic childhood emotional abandonment. *Journal of clinical psychology*, 80(4), 809–823.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23490>

Frijda, N. H., Kuipers, P., & ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 212–228. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.2.212>

Gomes, R. K., & Oliveira, V. B. D. (2013). Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 23-33.

Gouveia, J. P. (2000). Ansiedade social: Da timidez à fobia social

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.

Heller, A. (2009). *A theory of feelings*. Lexington Books.

Hipólito, J. (2011). A auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento rogeriano. Lisboa: EDIUAL. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2556/1/Auto-organiza%c3%a7%c3%a3o%20e%20complexidade.pdf>

Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *Rev. enferm. UERJ*, 217-221.

Isolan, L., Pheula, G., & Manfro, G. G. (2007). Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 125-132. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000300004>

Jamus, D. R., & Mäder, M. J. (2005). A figura complexa de Rey e seu papel na avaliação neuropsicológica. <https://doi.org/10.1590/S1676-26492005000400008>

Kandel, E. R. (1983). From metapsychology to molecular biology: Explorations into the nature of anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 140(10), 1277–1293. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.10.1277>

Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative Psychological Testing and Neurocognitive Assessment with Transgender Adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(1), 51–64. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011>

Kowrouskey, F., & Rennes, P. (1983). *Teste D-70*. CEGOC-TEA, LDA

Lins, M. R. C., & Borsa, J. C. (2017). *Avaliação psicológica: aspectos teóricos e práticos*. Editora Vozes Limitada.

Lorente, S. M. (2023). Consequences of traumatic events in childhood. *LA ESCUELA PROMOTORA DE DERECHOS, BUEN TRATO Y PARTICIPACIÓN*.

Lotito, F. (2015). Test Psicológicos y Entrevistas: Usos y Aplicaciones Claves En El Proceso De Selección E Integración De Personas a Las Empresas (Psychological Tests and Interviews: Key Uses and Applications in the Selection and Integration of Companies). *RAN-Revista Academia & Negocios*, 1(2).

Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade. *Revista portuguesa de pedagogia*, 5-28. https://doi.org/10.14195/1647-8614_41-2_1

Mallett, R. K. (2012). Eco-guilt motivates eco-friendly behavior. *Ecopsychology*, 4(3), 223–231. <https://doi.org/10.1089/eco.2012.0031>

- Marici, M., Clipa, O., Runcan, R., & Pîrghie, L. (2023). Is Rejection, Parental Abandonment or Neglect a Trigger for Higher Perceived Shame and Guilt in Adolescents?. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(12), 1724. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121724>
- Matarazzo, J. D. (1992). Psychological testing and assessment in the 21st century. *American Psychologist*, 47(8), 1007–1018. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.8.1007>
- McGOLDRICK, M., & Shibusawa, T. (2016). O ciclo vital familiar. *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade*, 375-398.
- Melo-Dias, C., & Silva, C. F. D. (2019). Teoria da aprendizagem social de Bandura na formação de habilidades de conversação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(1), 101-113. <https://doi.org/10.15309/19psd200108>
- Mendizabal, J. B. (2019). EuroPsy: Un modelo basado en competencias. ¿Es aplicable a la formación sanitaria especializada en Psicología Clínica? *Educación Médica*, 20, 154- 162 - Colocar também no papel do psicólogo <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.05.017>
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W., & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56(2), 128–165. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Mishne, J. (1979). Parental abandonment: A unique form of loss and narcissistic injury. *Clinical Social Work Journal*, 7(1), 15–33. <https://doi.org/10.1007/BF00761356>
- Mota, M. E. D. (2005). Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas em psicologia*, 13(2), 105-111.
- Moura, O., & Matos, P. M. (2008). Vinculação aos pais, divórcio e conflito interparental em adolescentes [Parental attachment, divorce and interparental conflict in adolescents]. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, 22(1), 127–152. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i1.341>
- Núcleo de Investigação, H. B. M. (2020). Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação de Ansiedade Generalizada.

- Oliveira, M. C. S. L. D. (2006). Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em estudo*, 11, 427-436. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200022>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 16065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021). *Desenvolvimento Humano-14*. McGraw Hill Brasil.
- Paulo, M. F. P. (2003). ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E ABORDAGEM SISTÊMICA: UMA BREVE COMPARAÇÃO. *Pessoa Como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*.
- Rey, A. (1998). *Figura Complexa de Rey Teste de Cópia de Figuras Complexas*. (Original work published 1998)
- Ribeiro, E. G., & Laneiro, T. (2020). Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Compreensão do Aconselhamento Psicológico (Counselling). *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC*, 5(2), 2-12.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315709741>
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415–422. <https://doi.org/10.1037/h0060866>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544.
- Rogers C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 44(3), 240–248. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>

- Runcan, P. L. (2012). The time factor: does it influence the parent-child relationship?!. *Procedia-social and behavioral sciences*, 33, 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.073>
- Sánchez-Gallego, N. J., Gómez-Macías, C., & Zambrano-Cruz, R. (2011). Revisión sistemática del Cuestionario Factorial de Personalidad (16PF). *Pensando Psicología*, 7(12), 1-23.
- Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21, 58-68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Sauvé, M., Cyr, C., St-Laurent, D., Amédée, L. M., Dubois-Comtois, K., Tarabulsy, G. M., Bernier, A., & Moss, E. (2022). Transmission of parental childhood trauma to child behavior problems: Parental Hostile/Helpless state of mind as a moderator. *Child abuse & neglect*, 128, 104885. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104885>
- Smith C. A. (1989). Dimensions of appraisal and physiological response in emotion. *Journal of personality and social psychology*, 56(3), 339–353. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.3.339>
- Smith, G. B., Schwebel, A. I., Dunn, R. L., & McIver, S. D. (1993). The role of psychologists in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *American Psychologist*, 48(9), 966–971. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.9.966>
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and behavior*, 1(3), 413-428.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059–2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
- Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. *Child maltreatment*, 10(4), 324–336. <https://doi.org/10.1177/1077559505279308>
- Switzky, H. N. (1995). The Changing Roles of Psychologists: The Influence of Paradigm Shifts. In *Community rehabilitation services for people with disabilities* (pp. 399-419). Butterworth-Heinemann.

Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 13-20. <https://doi.org/10.18065/RAG.2014v20n1.2>

Thompson R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52.

Tinajero, C., & Páramo, M. F. (2012). The systems approach in developmental psychology: Fundamental concepts and principles. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 457–465. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000400011>

Troisi A. (2005). The concept of alternative strategies and its relevance to psychiatry and clinical psychology. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 29(1), 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.06.012>

van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M., & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature human behaviour*, 5(5), 631–652. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>

Van der Kolk, BA, Pynoos , RS, Cicchetti, D., Cloitre , M., D'Andrea , W., Ford, JD, & Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript. Disponível under : : http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf

Van Kleef, G. A., Van Doorn, E. A., Heerdink, M. W., & Koning, L. F. (2011). Emotion is for influence. *European Review of Social Psychology*, 22(1), 114–163. <https://doi.org/10.1080/10463283.2011.627192>

Verissimo, R. (2002). Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson). (S. B. Series, Ed.) Porto: Faculdade de Medicina do Porto

Von Bertalanffy, L. (1975). *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes.

Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family and Community Medicine*, 12(2), 63-70.

Waisberg, A. D., Veronez, F. D. S., Tavano, L. D. A., & Pimentel, M. C. (2008). A atuação do psicólogo na Unidade de Internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 52-65.

Walton, G. M. (2014). "The new science of wise psychological interventions": Erratum. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 154. <https://doi.org/10.1177/0963721414525908>.

Webering, S. (2016). Paradigma Sistêmico: origens e desdobramentos. *CIAIQ2016*, 3.

Whetten, K., Ostermann, J., Whetten, R., O'Donnell, K., Thielman, N., & Positive Outcomes for Orphans Research Team. (2011). More than the loss of a parent: potentially traumatic events among orphaned and abandoned children. *Journal of traumatic stress*, 24(2), 174-182..

Witty, M. C. (2007). Client-centered therapy. In *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, and prevention* (pp. 35-50). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-29681-4_3

Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical psychology review*, 30(7), 819–829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>

Xavier, A. S., & Nunes, A. I. B. L. (2015). Psicologia do desenvolvimento. *Editora: EDUECE. Fortaleza-CE*.

Anexos

Anexo A - Questionário Fatorial de Personalidade (16PF-5)



16PF-5

16PF-5

FOLHA DE RESPOSTAS

PAF 4.9

Nome [REDACTED]

Habilidades 12^o Ano em Gestão e programação de sistemas Informáticos

Empresa/Escola _____

Idade 19 Sexo M

Data 04/03/2022

EXEMPLOS

1. ☒ A ☐ B ☐ C

2. ☐ A ☒ B ☐ C

3. ☐ A ☐ B ☒ C

1. ☒ A ☐ B ☐ C	17. ☐ A ☒ B ☐ C	33. ☐ A ☒ B ☐ C	49. ☐ A ☒ B ☐ C	65. ☐ A ☒ B ☐ C	81. ☐ A ☒ B ☐ C	97. ☐ A ☒ B ☐ C	113. ☐ A ☒ B ☐ C	129. ☐ A ☒ B ☐ C	145. ☐ A ☒ B ☐ C	161. ☐ A ☒ B ☐ C	177. ☐ A ☒ B ☐ C
2. ☐ A ☒ B ☐ C	18. ☐ A ☒ B ☐ C	34. ☐ A ☒ B ☐ C	50. ☐ A ☒ B ☐ C	66. ☐ A ☒ B ☐ C	82. ☐ A ☒ B ☐ C	98. ☐ A ☒ B ☐ C	114. ☐ A ☒ B ☐ C	130. ☐ A ☒ B ☐ C	146. ☐ A ☒ B ☐ C	162. ☐ A ☒ B ☐ C	178. ☐ A ☒ B ☐ C
3. ☐ A ☒ B ☐ C	19. ☐ A ☒ B ☐ C	35. ☐ A ☒ B ☐ C	51. ☐ A ☒ B ☐ C	67. ☐ A ☒ B ☐ C	83. ☐ A ☒ B ☐ C	99. ☐ A ☒ B ☐ C	115. ☐ A ☒ B ☐ C	131. ☐ A ☒ B ☐ C	147. ☐ A ☒ B ☐ C	163. ☐ A ☒ B ☐ C	179. ☐ A ☒ B ☐ C
4. ☐ A ☒ B ☐ C	20. ☐ A ☒ B ☐ C	36. ☐ A ☒ B ☐ C	52. ☐ A ☒ B ☐ C	68. ☐ A ☒ B ☐ C	84. ☐ A ☒ B ☐ C	100. ☐ A ☒ B ☐ C	116. ☐ A ☒ B ☐ C	132. ☐ A ☒ B ☐ C	148. ☐ A ☒ B ☐ C	164. ☐ A ☒ B ☐ C	174. ☐ A ☒ B ☐ C
5. ☐ A ☒ B ☐ C	21. ☐ A ☒ B ☐ C	37. ☐ A ☒ B ☐ C	53. ☐ A ☒ B ☐ C	69. ☐ A ☒ B ☐ C	85. ☐ A ☒ B ☐ C	101. ☐ A ☒ B ☐ C	117. ☐ A ☒ B ☐ C	133. ☐ A ☒ B ☐ C	149. ☐ A ☒ B ☐ C	165. ☐ A ☒ B ☐ C	175. ☐ A ☒ B ☐ C
6. ☐ A ☒ B ☐ C	22. ☐ A ☒ B ☐ C	38. ☐ A ☒ B ☐ C	54. ☐ A ☒ B ☐ C	70. ☐ A ☒ B ☐ C	86. ☐ A ☒ B ☐ C	102. ☐ A ☒ B ☐ C	118. ☐ A ☒ B ☐ C	134. ☐ A ☒ B ☐ C	150. ☐ A ☒ B ☐ C	166. ☐ A ☒ B ☐ C	176. ☐ A ☒ B ☐ C
7. ☐ A ☒ B ☐ C	23. ☐ A ☒ B ☐ C	39. ☐ A ☒ B ☐ C	55. ☐ A ☒ B ☐ C	71. ☐ A ☒ B ☐ C	87. ☐ A ☒ B ☐ C	103. ☐ A ☒ B ☐ C	119. ☐ A ☒ B ☐ C	135. ☐ A ☒ B ☐ C	151. ☐ A ☒ B ☐ C	167. ☐ A ☒ B ☐ C	177. ☐ A ☒ B ☐ C
8. ☐ A ☒ B ☐ C	24. ☐ A ☒ B ☐ C	40. ☐ A ☒ B ☐ C	56. ☐ A ☒ B ☐ C	72. ☐ A ☒ B ☐ C	88. ☐ A ☒ B ☐ C	104. ☐ A ☒ B ☐ C	120. ☐ A ☒ B ☐ C	136. ☐ A ☒ B ☐ C	152. ☐ A ☒ B ☐ C	168. ☐ A ☒ B ☐ C	178. ☐ A ☒ B ☐ C
9. ☐ A ☒ B ☐ C	25. ☐ A ☒ B ☐ C	41. ☐ A ☒ B ☐ C	57. ☐ A ☒ B ☐ C	73. ☐ A ☒ B ☐ C	89. ☐ A ☒ B ☐ C	105. ☐ A ☒ B ☐ C	121. ☐ A ☒ B ☐ C	137. ☐ A ☒ B ☐ C	153. ☐ A ☒ B ☐ C	169. ☐ A ☒ B ☐ C	179. ☐ A ☒ B ☐ C
10. ☐ A ☒ B ☐ C	26. ☐ A ☒ B ☐ C	42. ☐ A ☒ B ☐ C	58. ☐ A ☒ B ☐ C	74. ☐ A ☒ B ☐ C	90. ☐ A ☒ B ☐ C	106. ☐ A ☒ B ☐ C	122. ☐ A ☒ B ☐ C	138. ☐ A ☒ B ☐ C	154. ☐ A ☒ B ☐ C	170. ☐ A ☒ B ☐ C	180. ☐ A ☒ B ☐ C
11. ☐ A ☒ B ☐ C	27. ☐ A ☒ B ☐ C	43. ☐ A ☒ B ☐ C	59. ☐ A ☒ B ☐ C	75. ☐ A ☒ B ☐ C	91. ☐ A ☒ B ☐ C	107. ☐ A ☒ B ☐ C	123. ☐ A ☒ B ☐ C	139. ☐ A ☒ B ☐ C	155. ☐ A ☒ B ☐ C		181. ☐ A ☒ B ☐ C
12. ☐ A ☒ B ☐ C	28. ☐ A ☒ B ☐ C	44. ☐ A ☒ B ☐ C	60. ☐ A ☒ B ☐ C	76. ☐ A ☒ B ☐ C	92. ☐ A ☒ B ☐ C	108. ☐ A ☒ B ☐ C	124. ☐ A ☒ B ☐ C	140. ☐ A ☒ B ☐ C	156. ☐ A ☒ B ☐ C		182. ☐ A ☒ B ☐ C
13. ☐ A ☒ B ☐ C	29. ☐ A ☒ B ☐ C	45. ☐ A ☒ B ☐ C	61. ☐ A ☒ B ☐ C	77. ☐ A ☒ B ☐ C	93. ☐ A ☒ B ☐ C	109. ☐ A ☒ B ☐ C	125. ☐ A ☒ B ☐ C	141. ☐ A ☒ B ☐ C	157. ☐ A ☒ B ☐ C		183. ☐ A ☒ B ☐ C
14. ☐ A ☒ B ☐ C	30. ☐ A ☒ B ☐ C	46. ☐ A ☒ B ☐ C	62. ☐ A ☒ B ☐ C	78. ☐ A ☒ B ☐ C	94. ☐ A ☒ B ☐ C	110. ☐ A ☒ B ☐ C	126. ☐ A ☒ B ☐ C	142. ☐ A ☒ B ☐ C	158. ☐ A ☒ B ☐ C		184. ☐ A ☒ B ☐ C
15. ☐ A ☒ B ☐ C	31. ☐ A ☒ B ☐ C	47. ☐ A ☒ B ☐ C	63. ☐ A ☒ B ☐ C	79. ☐ A ☒ B ☐ C	95. ☐ A ☒ B ☐ C	111. ☐ A ☒ B ☐ C	127. ☐ A ☒ B ☐ C	143. ☐ A ☒ B ☐ C	159. ☐ A ☒ B ☐ C		185. ☐ A ☒ B ☐ C
16. ☐ A ☒ B ☐ C	32. ☐ A ☒ B ☐ C	48. ☐ A ☒ B ☐ C	64. ☐ A ☒ B ☐ C	80. ☐ A ☒ B ☐ C	96. ☐ A ☒ B ☐ C	112. ☐ A ☒ B ☐ C	128. ☐ A ☒ B ☐ C	144. ☐ A ☒ B ☐ C	160. ☐ A ☒ B ☐ C		

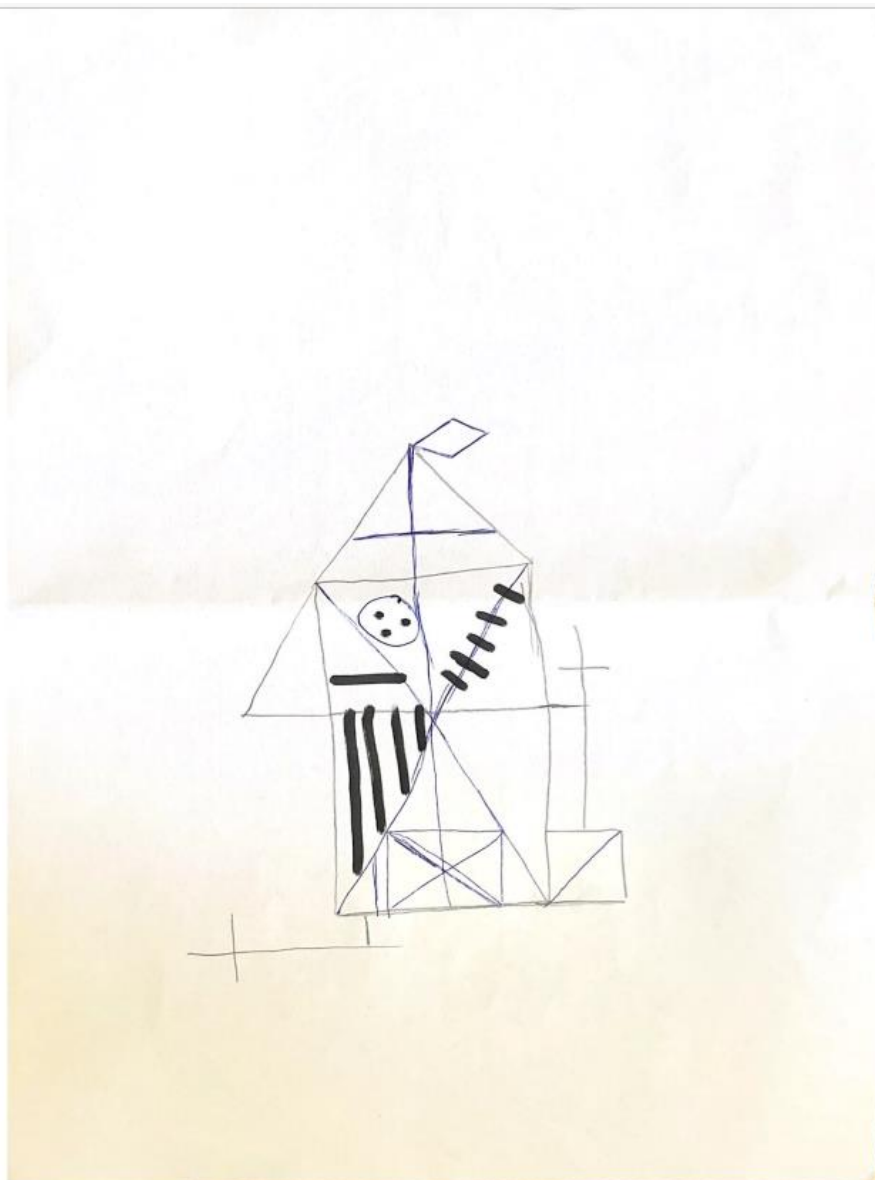
Autores: R.B. Cattell, A.K.S. Cattell e H.E.P. Cattell.

Copyright © 1993 by the Institute for Personality and Ability Testing, Inc., Champaign, Illinois (U.S.A.).

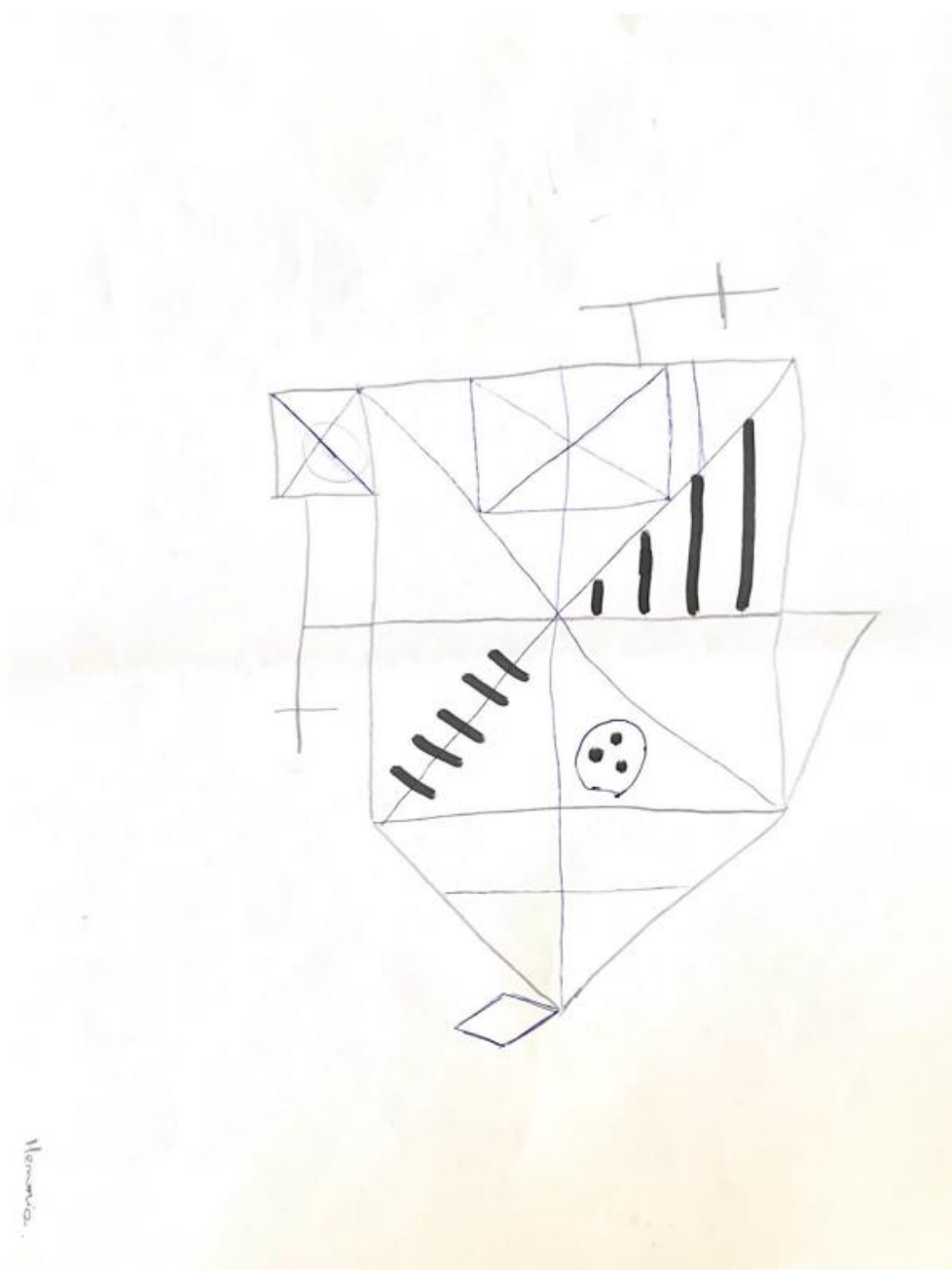
Copyright da edição portuguesa © 1998 by TEA Edições, S.A. - Adaptação de Alexandre Figueiredo do Bares e António Menezes Rocha, tradução Accácio Lameira, com Tia Encarnação, Círculo-TEA e IPAT que se reservam todos os direitos - Proibida a reprodução total ou parcial. Edição: TEA Edições, S.A., Ray Bernardino de Ságuim, 24, 28036 MADRID e CEECOC-TEA, Av. António Augusto Aguiar, 21 - 2º - 1050 012 LISBOA, Madrid, 1998.

ceegoc

Anexo B - Figura Complexa de Rey – Osterirrieth (FCR-O)



(Desenho original)



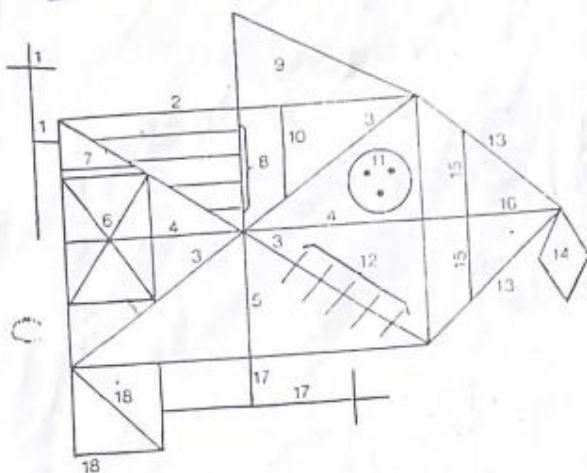
(Desenho de Memória)

NOME _____
 HABILITAÇÕES 12.º Gestão e Programação
de Sistemas Informáticos

PROVA Estadística

IDADE 19 Anos

DATA _____



U.A.L./C.E.U.
 UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
 COOPERATIVA DE ENSINO UNIVERSITÁRIO, C.R.L.
 Rua de Santa Marta, 47-32º Andar - 1169-023 LISBOA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

U.A.L./C.E.U.
 UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
 COOPERATIVA DE ENSINO UNIVERSITÁRIO, C.R.L.
 Rua de Santa Marta, 47-32º Andar - 1169-023 LISBOA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CÓPIA	
1	2
2	2
3	2
4	2
5	2
6	2
7	2
8	2
9	2
10	2
11	2
12	2
13	2
14	2
15	2
16	2
17	2
18	2
Total	36

Tipo _____
 Tempo 4m 30s.
 Perc. _____
 Obs. _____

REPRODUÇÃO	
1	2
2	2
3	2
4	2
5	2
6	2
7	2
8	2
9	2
10	0
11	2
12	2
13	2
14	2
15	2
16	2
17	2
18	1
Total	33
Perc.	

Tempo: 2m 40s

Tipo _____
 Obs. Percepção
do desenho
um pouco maior

O PSICÓLOGO

— EA 63 g — 10/94 — LMCVP

(Folha de Respostas)

Anexo C - D-70 – Teste de Dominós

TESTE D 70

PD	27
PC	45
PT	
GN	

Apelidos _____ Nomes próprios _____
 Data de nascimento 23/10/2003 Sexo Masculino
 Estudos ou títulos académicos 12º ano Gestão programação de sistemas Inform.
 Profissão Desempregado
 Local de aplicação das provas _____ Data 04/02/2023

EXEMPLOS

A

B

C

D

PÁGINA 1

1

2

3

4

5

6

7

PÁGINA 2

8

9

10

11

12

PÁGINA 3

13

14

15

16

17

18

PÁGINA 4

19

20

21

22

23

24

VOLTE A FOLHA S.F.F.

(Frente)

21 + 6 = 27

PÁGINA 5

25

26

27

28

29

30

PÁGINA 6

31

32

33

34

35

36

PÁGINA 7

37

38

39

40

41

PÁGINA 8

42

43

44

 Autor: F. Kowrasky e P. Rennes
Copyright © 1970 by Center de Psychologie Appliquée, Paris
Copyright © 1983, by CEGOC-TEA para a adaptação portuguesa.
Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar, 21-2º - 1050-012 LISBOA
Proibida a reprodução total ou parcial. Todos os direitos reservados.
Depósito Legal 167296/01

ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO EM TINTA AZUL E NEGRA, SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR APENAS NEGRO É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL NÃO A UTILIZE

RESPEITE OS DIREITOS DE AUTOR E APOIE A INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA

(Verso)