



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

RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM
CONTEXTO COMUNITÁRIO

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

Autor: Adailton Souza da Silva

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Ribeiro

Número do candidato: 30008848

Maio de 2024

Lisboa

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

RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM
CONTEXTO COMUNITÁRIO

Relatório final de estágio apresentado a
Universidade Autónoma de Lisboa no Mestrado
em Psicologia Clínica do Aconselhamento,
sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Luísa Ribeiro.

Maio de 2024

Lisboa

AGRADECIMENTOS

Expressar gratidão é um ato de humildade e reconhecimento das bênçãos que recebemos ao longo da jornada da vida. Ao expressar gratidão a Deus, à família, aos amigos e aos mentores, reconhecemos a importância de seus papéis em nosso desenvolvimento e sucesso. Neste texto, vamos expandir as expressões de gratidão mencionadas, explorando suas profundidades e impactos.

Primeiramente, é crucial reconhecer a gratidão a Deus, fonte de bondade e orientação. Ao atribuir a Ele a honra por oportunidades e conquistas, demonstra-se uma conexão espiritual profunda e um reconhecimento da orientação divina ao longo do percurso acadêmico e da vida em geral. Essa gratidão não apenas fortalece a fé, mas também inspira confiança e determinação para enfrentar desafios futuros.

A gratidão em relação à família é um pilar fundamental. O apoio incondicional e a crença em nosso potencial por parte de pessoas queridas são fundamentais para superar obstáculos e alcançar metas. Especialmente a menção à esposa, que não só ofereceu apoio prático ao proporcionar tempo para os estudos, mas também compartilha da vitória como uma conquista conjunta, destacando a importância dos relacionamentos e do apoio mútuo na jornada acadêmica e na vida em geral.

O reconhecimento ao amigo Rodrigo Message ressalta a importância do estímulo e da motivação proporcionados pelas amizades. Amigos que nos incentivam a seguir nossos sonhos e a persistir em nossos propósitos desempenham um papel crucial em nossa jornada. Sua visão de um futuro brilhante para o autor demonstra um apoio emocional significativo, incentivando a confiança e a determinação necessárias para alcançar objetivos desafiadores.

Agradecer aos mentores acadêmicos, como a orientadora e as orientadoras de estágio, é uma demonstração de reconhecimento pelo apoio intelectual e orientação prática fornecidos ao longo do curso. A troca de experiências, discussões de casos e orientações recebidas enriquecem não apenas o conhecimento acadêmico, mas também o crescimento pessoal e profissional. Esses mentores desempenham um papel crucial na formação e no desenvolvimento do aluno, preparando-o para os desafios futuros da carreira.

Por fim, expressar gratidão aos pais é uma homenagem ao alicerce emocional e moral que eles proporcionam. O amor e o apoio dos pais são inestimáveis e fundamentais para moldar o caráter e os valores de um indivíduo. Reconhecer sua contribuição para a vida do

autor é uma expressão de amor e gratidão que fortalece os laços familiares e transmite um profundo apreço pela influência positiva que tiveram.

Expressar gratidão é mais do que apenas uma cortesia; é uma prática que alimenta relacionamentos, fortalece a fé, promove o crescimento pessoal e fortalece os laços comunitários. Neste texto, cada expressão de gratidão reflete não apenas uma palavra de agradecimento, mas também uma profunda reflexão sobre os relacionamentos e as experiências que moldaram o autor ao longo de sua jornada acadêmica e além. A gratidão é, portanto, uma virtude que não apenas enriquece a vida daqueles que a expressam, mas também inspira bondade, generosidade e compaixão naqueles que a recebem.

RESUMO

Este relatório de estágio teve como objetivo realizar avaliação e acompanhamento psicológico de casos, proporcionando assim a aquisição de conhecimento teórico e prática clínica em avaliação e intervenção psicossocial em contexto comunitário, sendo realizado durante os anos de 2022 e 2023. O estágio foi conduzido em uma instituição de apoio comunitário da nos Olivais, totalizando 400 horas de experiência prática. A estrutura desta pesquisa é composta por três partes distintas: a primeira se dedica à apresentação da revisão da literatura com os enquadramentos teóricos referente a infertilidade, a fertilização *in vitro*, os impactos psicológicos da infertilidade, sobre a intervenção em contexto comunitário, tendência atualizante, as proposições de Carl Rogers e as seis condições necessárias para a mudança. Na segunda parte, dedica à apresentação da instituição onde o estágio foi realizado, onde é detalhado o caso clínico e prático abordado no decorrer dessa pesquisa, incluindo as avaliações e intervenções conduzidas. Por fim, na terceira parte é realizada uma discussão aprofundada sobre os resultados obtidos e suas implicações, culminando em algumas considerações relevantes para a prática clínica e para o campo da psicologia como um todo.

Palavras-chaves: Psicologia Clínica, Aconselhamento, Estágio, Instituição Comunitária, Avaliação e Intervenção.

ABSTRACT

This internship report aimed to carry out psychological assessment and monitoring of cases, thus providing the acquisition of theoretical knowledge and clinical practice in psychosocial assessment and intervention in a community context, being carried out during the years 2022 and 2023. The internship was conducted in a community support institution of the Olivais Parish Council, totaling 400 hours of practical experience. The structure of this research is made up of three distinct parts: the first is dedicated to presenting the literature review with theoretical frameworks regarding infertility, in vitro fertilization, the psychological impacts of infertility, intervention in a community context, updating trend, Carl Rogers' propositions and the six necessary conditions for change. In the second part, it is dedicated to the presentation of the institution where the internship was carried out, where the clinical and practical case covered during this research is detailed, including the evaluations and interventions carried out. Finally, in the third part, an in-depth discussion is carried out on the results obtained and their implications, culminating in some relevant considerations for clinical practice and the field of psychology.

Keywords: Clinical Psychology, Counseling, Internship, Community Institution, Assessment and Intervention

LISTA DE SIGLAS

DASEC – Divisão de Ação Social, Educação e Cidadania

FEAPP - Federação Europeia das Associações Profissionais de Psicólogos

FIV – Fertilização in Vitro

PIMP - Programa de Intervenção de Médio Prazo

PER - Plano de Erradicação Barracas

SIS – Serviço de Intervenção Social

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	09
PARTE I DESCRIÇÃO E NARRATIVA DO ESTÁGIO	12
1.1 Caracterização da Instituição e do Estágio.....	12
1.2 Descrição e História da Instituição.....	13
1.3 Objetivos e Valores Institucionais.....	16
1.4 Serviço de Intervenção Social.....	18
1.5 Serviço de Psicologia.....	19
1.6 Gabinete de Psicologia.....	22
1.7 Caracterização do Psicólogo.....	24
PARTE II REVISÃO DA LITERATURA.....	26
2.1 Enquadramento Teórico.....	26
2.1.1 Infertilidade.....	26
2.1.2 Impacto Psicológico da Infertilidade.....	27
2.1.3 Fertilização in Vitro.....	28
2.1.4 Intervenção em Contexto Comunitário.....	29
2.1.5 As Seis Condições Necessárias para Mudança.....	31
2.1.6 As 19 Proposições.....	32
2.1.7 Tendência Atualizante.....	36
2.2 Início e acordo de Estágio.....	37
2.3 Fases do Estágio	38
2.4 Caso de Avaliação Psicológica.....	39
2.4.1 Descrição do Caso.....	40
2.4.2 Entrevista com os Pais.....	41
2.4.3 Primeira Sessão.....	41
2.4.4 Segunda Sessão.....	42
2.4.5 Terceira Sessão.....	43
2.4.6 Quarta Sessão.....	43
2.4.7 Resultados.....	44
2.4.8 Reflexão do Caso.....	46
2.5 Caso de Intervenção Psicológica.....	46
2.5.1 Entrevista.....	46
2.5.2 Segunda Sessão.....	48

2.5.3 Terceira Sessão.....	49
2.5.4 Quarta Sessão.....	50
2.5.5 Quinta Sessão.....	50
2.5.6 Sexta Sessão.....	51
2.5.7 Sétima Sessão.....	51
2.5.8 Oitava Sessão.....	52
2.6 Reflexão do Caso.....	53
2.6.1 Condições Necessárias para Mudança.....	53
2.6.2 Desenvolvimento Psicoafetivo.....	54
2.6.2.1 Tendência Atualizante.....	54
2.6.2.2 Movimento de Dissociação.....	54
2.6.2.3 Self Real e Self Desejado.....	55
2.6.2.4 Sintomas e Traumas.....	55
2.6.3 Teoria da Personalidade e da Conduta de Carl Rogers.....	56
2.6.3.1 As Proposições.....	56
 PARTE III DISCUSSÃO.....	 61
3.1 Caso M - Avaliação Psicológica.....	61
3.2 Caso P – Intervenção Psicológica.....	61
 4 CONCLUSÃO.....	 64
 REFERÊNCIAS	 67
 ANEXOS	
ANEXO I: TESTE DE FIGURAS PARA CRIANÇAS – MANUAL TÉCNICO	
ANEXO II: O TESTE DO DESENHO DA FAMÍLIA - LIVPSIC	
ANEXO III: NORMAS DE AVALIAÇÃO	
ANEXO IV: TRANSCRIÇÃO DA CONSULTA CASO P - SESSÃO 4	
ANEXO V: TRANSCRIÇÃO DA CONSULTA CASO P - SESSÃO 8	

INTRODUÇÃO

O presente projeto é fruto do seminário de estágio do último ano letivo do Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, realizado na Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio curricular ocorreu em uma instituição de Serviço Social na zona de Lisboa, tendo início em 27 de outubro de 2022 e terminado no dia 10 de maio de 2023.

A escolha desse local de estágio foi motivada pela população de interesse, composta por crianças, jovens e adultos em situação de risco, com idades entre 5 e 60 anos, e suas famílias. O objetivo geral foi realizar avaliação e acompanhamento psicológico de casos, proporcionando assim a aquisição de conhecimento teórico e prática clínica em avaliação e intervenção psicossocial em contexto comunitário (Allen et al., 1995).

A avaliação e intervenção psicológica adotada durante o estágio foram fundamentadas na Abordagem Centrada na Pessoa desenvolvida por Carl Rogers. Um dos pilares dessa abordagem é a Tendência Atualizante, que permite ao cliente encontrar-se consigo mesmo, promovendo sua autenticidade e expertise no entendimento de seu próprio caso e vida (Rogers, 1957).

Durante o estágio, foram realizadas diversas atividades práticas, como avaliação psicológica de casos, sessões de aconselhamento individual e participação em grupos de apoio comunitário. Essas atividades proporcionaram uma experiência valiosa de aplicação dos conhecimentos teóricos em um contexto real, permitindo uma compreensão mais aprofundada das necessidades e desafios enfrentados pela população atendida.

Ao longo do estágio, foi possível observar a importância do trabalho em equipe e da colaboração interdisciplinar no desenvolvimento de intervenções eficazes. A troca de experiências com outros profissionais, como assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, enriqueceu o processo de aprendizagem e contribuiu para uma abordagem mais abrangente e holística no atendimento aos clientes.

Além disso, a supervisão clínica regular proporcionou orientação e feedback essenciais para o desenvolvimento profissional. A supervisão permitiu a reflexão sobre as práticas clínicas, a identificação de pontos fortes e áreas de melhoria, e a aquisição de novas habilidades e técnicas de intervenção.

No que diz respeito aos resultados alcançados, foi possível observar melhorias significativas nos clientes atendidos, tanto em termos de bem-estar psicológico quanto de funcionalidade social. A abordagem centrada na pessoa mostrou-se eficaz na promoção da

autonomia e autoconsciência dos clientes, bem como na melhoria dos relacionamentos interpessoais e na capacidade de enfrentar desafios (Rogers, 1995).

No entanto, algumas limitações foram identificadas durante o estágio. Uma delas foi a falta de recursos disponíveis para atender à demanda crescente por serviços psicológicos na comunidade. A falta de psicólogos, e a ausência de financiamentos, dificultaram a realização de atividades de prevenção e promoção da saúde mental, bem como a continuidade do acompanhamento terapêutico para os clientes atendidos.

Outra limitação foi a falta de integração entre os diferentes serviços oferecidos pela instituição de estágio. Embora houvesse uma equipe multidisciplinar, a comunicação e a colaboração entre os profissionais nem sempre eram eficazes, o que resultou em lacunas no atendimento aos clientes e em uma abordagem menos coordenada e abrangente.

Para superar essas limitações e melhorar a qualidade dos serviços prestados, algumas sugestões foram propostas. Uma delas foi o aumento do financiamento público para serviços de saúde mental na comunidade, visando a expansão da capacidade de atendimento e a melhoria da infraestrutura e recursos disponíveis.

Outra sugestão foi a implementação de programas de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde mental, visando aprimorar suas habilidades clínicas e promover uma abordagem mais centrada no cliente e baseada em evidências.

Além disso, foi sugerida a criação de redes de colaboração entre instituições de saúde mental e organizações da sociedade civil, visando fortalecer a integração e a coordenação dos serviços oferecidos e ampliar o acesso aos cuidados de saúde mental na comunidade.

O estágio proporcionou uma experiência enriquecedora e desafiadora, permitindo a aplicação prática dos conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de habilidades clínicas e profissionais. As reflexões e aprendizados adquiridos durante o estágio contribuíram para uma compreensão mais ampla e profunda do papel do psicólogo clínico e do aconselhamento na promoção da saúde mental e bem-estar da comunidade.

O relatório de estágio está dividido em três partes. A primeira dedica-se à apresentação da instituição onde o estágio foi realizado, os valores da instituição, a história da instituição, os serviços de intervenção social que a instituição oferece incluindo o gabinete de psicologia e a caracterização do psicólogo em contexto comunitário.

A segunda parte consiste em realizar uma revisão da literatura com os enquadramentos teóricos referente a infertilidade, a fertilização in vitro, os impactos psicológicos da infertilidade, sobre a intervenção em contexto comunitário, tendência atualizante, as proposições de Carl Rogers e as seis condições necessárias para a mudança. Incluindo fatores

de risco e comorbilidades associadas (Elzirik et al., 1989). Destaca-se o impacto das condições comunitárias na saúde mental, nos relacionamentos e na integração psicossocial dos indivíduos. Será detalhado os dois casos clínicos, estão divididos em avaliação psicológica e acompanhamento psicológico. Os objetivos do currículo proposto baseiam-se nos padrões de formação profissional definidos pela Federação Europeia das Associações Profissionais de Psicólogos e pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos, 2020).

Na terceira parte, apresenta-se uma discussão sobre o período de aprendizagem, destacando as competências adquiridas, as limitações enfrentadas e sugestões para melhorias futuras no contexto comunitário e por fim uma conclusão em relação ao trabalho de avaliação e acompanhamento em contexto comunitário.

PARTE I

DESCRIÇÃO E NARRATIVA DO ESTÁGIO

1.1 Caracterização da Instituição

A instituição onde o estágio foi realizado foi em uma instituição de Serviço Social na zona de Lisboa. Esta instituição oferece uma variedade de serviços à comunidade local, abrangendo desde terapia da fala para crianças e adolescentes até acupuntura, atendimento de enfermagem e uma loja solidária. Além disso, abriga um gabinete de atendimento psicológico, onde o estagiário realizou sua prática clínica.

A instituição possui uma estrutura organizacional bem definida. A direção das políticas para Intervenção Social é elaborada pela chefe de Divisão de Ação Social, Educação e Cidadania e pelos Interlocutores.

A instituição de Serviço Social desempenha um papel vital na promoção do bem-estar e na melhoria da qualidade de vida dos residentes da freguesia dos Olivais. Oferecendo uma variedade de serviços de saúde e apoio social, o departamento busca atender às necessidades diversificadas da comunidade, com foco especial em grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes e famílias em situação de risco (Trickett, 2009).

O atendimento psicológico disponibilizado pelo departamento é um dos serviços mais procurados e valorizados pela comunidade. O gabinete de atendimento psicológico oferece suporte emocional, aconselhamento e intervenções terapêuticas para indivíduos que enfrentam desafios emocionais, relacionais ou psicológicos. O estagiário teve a oportunidade de realizar sua prática clínica neste ambiente, sob a supervisão de profissionais qualificados, contribuindo assim para o bem-estar psicológico dos clientes atendidos.

Atualmente o serviço de psicologia possui dois psicólogos que realizam em média 500 atendimentos aos utentes por ano. Há outros departamentos que oferecem uma gama de outros serviços de saúde e bem-estar, em geral, todos os serviços podem chegar em torno de 2 mil a 2.500 atendimentos por ano aos utentes na instituição. A terapia da fala é destinada a crianças e adolescentes com dificuldades de comunicação e linguagem, visando melhorar suas habilidades de comunicação e integração social. A acupuntura é oferecida como uma forma alternativa de tratamento para uma variedade de condições de saúde, promovendo o equilíbrio físico e emocional (Meissner, 2000).

O atendimento de enfermagem é outro serviço essencial oferecido pelo departamento, proporcionando cuidados de saúde básicos, como medição da pressão arterial, administração de vacinas e curativos. Esses serviços desempenham um papel crucial na promoção da saúde preventiva e no tratamento de condições de saúde crônicas ou agudas (Patterson, 1987).

A loja solidária é uma iniciativa que visa ajudar indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Oferecendo uma variedade de produtos a preços acessíveis ou gratuitamente, a loja solidária ajuda a atender às necessidades básicas da comunidade, como alimentos, roupas e itens domésticos.

A equipa da instituição de Serviço Social é composta por profissionais dedicados e capacitados, incluindo psicólogos, terapeutas da fala, enfermeiros e voluntários. O trabalho em equipa e a colaboração interdisciplinar são valores fundamentais que permeiam todas as atividades e serviços oferecidos pela instituição (Allen et al., 1995).

A instituição desempenha um papel vital na promoção da saúde e bem-estar da comunidade em que está inserida, oferecendo uma variedade de serviços de saúde e apoio social para atender às necessidades diversificadas da população local. O estágio realizado neste ambiente proporcionou uma experiência valiosa de aprendizado prático e contribuiu para o desenvolvimento profissional do estagiário.

1.2 Descrição e História da Instituição

Integrada na cidade de Lisboa desde 1886, a instituição possui uma história rica e complexa, que remonta ao século XIV, mais precisamente a 1393, quando foi criada através do desmembramento das freguesias de Sacavém, ao norte, e do Beato, ao sul.

Os Olivais têm suas raízes profundamente ligadas às atividades agrícolas. Inicialmente, a região era ocupada por casais agrícolas, dedicados ao cultivo de vinhas e oliveiras. Com o passar do tempo, essas atividades deram origem a quintas, promovendo o surgimento de pequenos núcleos habitacionais.

No século XIX, a região começou a passar por mudanças significativas. Com o advento da industrialização, iniciou-se a instalação de indústrias na área dos Olivais. Paralelamente a esse desenvolvimento, foram realizadas melhorias locais, como a fundação da Sociedade Filarmónica União Capricho Olivalense e a construção de infraestruturas básicas, incluindo o chafariz na atual Praça da Viscondessa e o Asilo dos Olivais. No entanto, o crescimento territorial e industrialização não ocorreram de maneira uniforme, levando à perda gradual da

identidade comunitária e ao surgimento de disparidades sociais e econômicas entre os habitantes da região.

Com a ascensão do Estado Novo em Portugal, na primeira metade do século XX, iniciou-se uma nova fase de transformação. A política de Obras Públicas desse regime trouxe consigo uma significativa intervenção no território, visando à reestruturação integral da cidade de Lisboa. Uma das principais consequências dessas medidas foi a construção do Bairro Social da Encarnação entre 1940 e 1946. Contudo, apesar dos esforços empreendidos, o interesse inicial pelo projeto não correspondeu às expectativas, principalmente devido à distância do centro de Lisboa, à falta de transporte público adequado e à acessibilidade das rendas mensais (Patterson, 1987).

Nos anos 60 e 70, Lisboa passou por uma nova fase de urbanização e desenvolvimento, emergindo como uma nova cidade que buscava resolver questões relacionadas ao ordenamento do território e à carência de habitação social. O plano GTH, estabelecido em 1964, foi uma resposta a esses desafios. Este plano determinou a implementação de zonas habitacionais e serviços sociais de acordo com categorias de renda, visando a coexistência harmoniosa de diferentes classes sociais na região. Em 1986, foram lançados o Programa de Intervenção de Médio Prazo (PIMP) e o Plano de Erradicação de Barracas (PER), com o objetivo de restaurar e remover imóveis degradados e barracas presentes na área, contribuindo assim para a melhoria das condições de vida da população.

A década de 90 testemunhou diversas intervenções urbanas, com destaque para a inauguração do Metropolitano e do Centro Comercial dos Olivais. Essas iniciativas, juntamente com outras infraestruturas implementadas em preparação para a Expo'98, contribuíram para a dinamização e interligação da freguesia com o restante da cidade de Lisboa.

Compreender as mudanças históricas e territoriais é essencial para uma análise mais detalhada e contextualizada da realidade atual e do funcionamento da população que está a ser atendida. Essa compreensão histórica permite uma abordagem mais eficaz e sensível às necessidades e desafios enfrentados pela comunidade, promovendo assim uma intervenção mais efetiva e significativa.

Ao longo dos séculos, os Olivais passaram por transformações profundas, desde suas origens agrícolas até se tornar uma das maiores e mais dinâmicas áreas urbanas de Lisboa. Essas mudanças refletem não apenas a evolução física e demográfica da região, mas também as aspirações e desafios enfrentados por seus habitantes ao longo do tempo.

No entanto, apesar do progresso alcançado, a comunidade em questão, ainda enfrenta uma série de desafios socioeconômicos. A diversidade cultural e étnica da população, combinada com a pobreza, exclusão social e insucesso escolar, demanda uma abordagem multifacetada e inclusiva por parte das autoridades locais e organizações da sociedade civil.

Nesse contexto, a instituição de Serviço Social desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar e na melhoria das condições de vida da população. Através de seus programas e iniciativas, e busca identificar e atender às necessidades individuais e familiares dos residentes, oferecendo apoio em áreas como saúde, habitação, educação e integração social.

Um dos principais objetivos da instituição de Serviço Social é minimizar as assimetrias sociais e promover a inclusão e o desenvolvimento social. Isso envolve não apenas a prestação de assistência material e financeira, mas também o fortalecimento dos laços comunitários e a promoção da participação cívica e do empoderamento dos residentes.

Para alcançar esses objetivos, a instituição trabalha em estreita colaboração com uma variedade de parceiros, incluindo organizações não governamentais, instituições de ensino, serviços de saúde e agências governamentais locais e regionais. Essa colaboração permite uma abordagem mais abrangente e integrada aos desafios enfrentados pela comunidade, aproveitando os recursos e conhecimentos de diferentes setores da sociedade.

Além disso, a instituição também desempenha um papel importante na promoção da cultura e das tradições locais, organizando eventos e atividades que celebram a diversidade e a riqueza da comunidade. Isso não apenas fortalece o senso de identidade e pertencimento dos residentes, mas também contribui para o desenvolvimento econômico e turístico da região.

O local que a instituição está inserida tem uma comunidade vibrante e diversificada, com uma história rica e complexa. Apesar dos desafios enfrentados, instituição está empenhada em promover o bem-estar e a qualidade de vida de seus residentes, através de uma abordagem inclusiva, colaborativa e orientada para o desenvolvimento sustentável.

1.3 Objetivos e Valores Institucionais

A intervenção comunitária desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar e na redução das disparidades sociais em qualquer comunidade. Na comunidade em questão, marcada por uma diversidade cultural e étnica significativa, assim como por desafios como a pobreza, a exclusão social e o insucesso escolar, a instituição de procura ser um agente de mudança e de apoio para os seus habitantes. Esta intervenção é fundamentada em objetivos e

valores institucionais que visam não só suprir necessidades imediatas, mas também promover uma transformação positiva nas vidas dos residentes.

Desde o pagamento de prescrições médicas até o encaminhamento de pessoas em situação de sem-abrigo para espaços habitacionais adequados, a instituição realiza uma série de ações pontuais para responder às necessidades emergentes da população. Este apoio vai além do âmbito meramente económico, estendendo-se à esfera educativa, social e de bem-estar dos indivíduos e famílias.

Um dos objetivos primordiais é a minimização das assimetrias sociais. Esta meta é alcançada através de uma abordagem holística, que reconhece não só as necessidades materiais dos residentes, mas também as suas necessidades emocionais, educacionais e sociais (Rogers & Kinget, 1965/1979). Ao identificar e compreender as múltiplas dimensões da pobreza e da exclusão, a instituição está mais bem equipada para implementar políticas e programas que promovam uma distribuição mais equitativa de recursos e oportunidades.

Além disso, tem como objetivo promover a melhoria das condições de vida da população em geral. Este desígnio transcende a mera subsistência, aspirando a proporcionar aos residentes uma qualidade de vida digna e satisfatória. Isto implica não só a satisfação das necessidades básicas, como alimentação e habitação, mas também o acesso a serviços de saúde adequados, educação de qualidade, oportunidades de emprego e participação ativa na comunidade.

Para alcançar estes objetivos, é adotada uma abordagem proativa e colaborativa. Em primeiro lugar, identifica as necessidades dos indivíduos e das suas famílias, através de um processo de recolha de informação e de elaboração de diagnósticos sociais. Este passo é essencial para compreender as especificidades e os desafios enfrentados por cada grupo e indivíduo na comunidade.

Com base nestes diagnósticos, desenvolve políticas e programas específicos que visam dar resposta às necessidades identificadas. Estas iniciativas são concebidas de forma a serem inclusivas, acessíveis e eficazes, promovendo a participação ativa dos residentes no processo de tomada de decisão e implementação.

Além disso, adota uma abordagem de acompanhamento e de avaliação contínua dos casos e das políticas implementadas. Esta prática permite monitorizar o impacto das intervenções realizadas, identificar eventuais lacunas ou áreas de melhoria e ajustar as estratégias de acordo com as necessidades emergentes.

A promoção de uma mudança positiva na vida das pessoas da comunidade é um objetivo central da intervenção. Esta mudança não se limita apenas à resolução de problemas

imediatos, mas visa também capacitar os residentes para que possam enfrentar os desafios futuros de forma autónoma e resiliente. Isto implica não só o fornecimento de apoio material e emocional, mas também o incentivo ao desenvolvimento de competências, à promoção da autonomia e à criação de redes de apoio e de solidariedade na comunidade.

Além dos objetivos institucionais, a instituição também está comprometida com um conjunto de valores fundamentais que orientam a sua atuação. Estes incluem a justiça social, a solidariedade, a equidade, a transparência, a participação democrática e o respeito pela dignidade e pelos direitos de todos os residentes.

A justiça social é entendida como um princípio orientador da distribuição equitativa de recursos e oportunidades na comunidade. A solidariedade é vista como uma expressão de empatia e de apoio mútuo entre os membros da comunidade, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade. A equidade é defendida como um compromisso com a igualdade de oportunidades e com a eliminação de qualquer forma de discriminação ou de exclusão.

A transparência é considerada essencial para garantir a prestação de contas e a confiança da comunidade na instituição. O respeito pela dignidade e pelos direitos de todos os residentes é considerado como um princípio fundamental que deve orientar todas as ações e políticas da instituição.

A intervenção nesta comunidade é guiada por objetivos claros e por valores sólidos, que visam promover o bem-estar e a inclusão de todos os seus residentes. Ao adotar uma abordagem holística, proativa e colaborativa, a instituição procura não apenas responder às necessidades imediatas da população, mas também promover uma mudança duradoura e positiva nas suas vidas.

1.4 Serviço de Intervenção Social

O Serviço de Intervenção Social (SIS) desempenha um papel crucial na promoção e melhoria das condições de vida dos fregueses. Este serviço tem como objetivo principal realizar uma avaliação diagnóstica para apoiar os agregados familiares que procuram apoio social na comunidade local.

Uma das formas de intervenção do SIS é encaminhar os utentes para o gabinete de psicologia, estabelecendo uma coordenação constante com essa valência. Isso é especialmente importante em casos em que são identificadas necessidades psicológicas ou emocionais que requerem atenção especializada. A coordenação entre o SIS e o gabinete de psicologia permite

uma abordagem integrada e holística para o atendimento dos fregueses, garantindo que recebam o suporte adequado para enfrentar seus desafios.

Por sua vez, os psicólogos afetos ao gabinete de psicologia desenvolvem seu trabalho em estreita articulação com o SIS. Essa colaboração multidisciplinar é essencial para garantir que os fregueses recebam um atendimento abrangente e integrado, que leve em consideração não apenas suas necessidades psicológicas, mas também sua saúde física e bem-estar geral.

A divisão de responsabilidades e a colaboração entre esses diferentes serviços permitem uma resposta eficaz e coordenada às necessidades da comunidade local.

Além de uma avaliação que o SIS realiza para perceber as necessidades da comunidade, faz encaminhamento para serviços especializados. O SIS também desenvolve uma série de iniciativas e programas para apoiar os fregueses em diferentes áreas da vida. Isso pode incluir apoio financeiro para emergências, assistência na obtenção de recursos sociais e educacionais, e promoção de atividades comunitárias e de integração social.

Um dos principais desafios enfrentados pelo SIS é lidar com situações de vulnerabilidade e exclusão social que afetam muitos residentes da comunidade. Isso pode incluir casos de desemprego, pobreza, violência doméstica, problemas de saúde mental e outras dificuldades que impactam negativamente a qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

Para enfrentar esses desafios, o SIS adota uma abordagem proativa e centrada na pessoa, que visa não apenas fornecer assistência imediata, mas também capacitar os fregueses a superarem suas dificuldades a longo prazo. Isso pode envolver o desenvolvimento de planos de intervenção personalizados, o estabelecimento de parcerias com outras organizações e serviços locais, e o fornecimento de apoio contínuo e acompanhamento (Rogers, 1974).

Além disso, o SIS também trabalha em estreita colaboração com outros órgãos, bem como as instituições governamentais, organizações não governamentais e voluntários da comunidade. Essa rede de apoio e colaboração é essencial para garantir uma resposta abrangente e eficaz aos desafios sociais e de bem-estar enfrentados pela comunidade.

Por meio de suas atividades e iniciativas, o SIS desempenha um papel fundamental na promoção da inclusão social, no fortalecimento dos laços comunitários e na melhoria da qualidade de vida dos fregueses. Seu compromisso com a justiça social e o bem-estar dos residentes demonstra o valor e a importância do trabalho realizado por essa instituição na comunidade local.

1.5 Serviço de Psicologia

O Serviço de Psicologia Clínica oferecido pela Instituição dos Olivais tem como objetivo principal fornecer consultas especializadas à população local, atendendo às suas necessidades psicológicas e promovendo a prevenção primária e secundária. Este serviço desempenha um papel crucial na promoção da saúde mental e no bem-estar emocional dos fregueses, contribuindo para a melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Para aceder a este serviço, os indivíduos precisam passar por um processo de inscrição e triagem, onde são avaliadas as suas necessidades e disponibilidade de recursos. A admissão aos serviços de psicologia é condicionada pela disponibilidade de recursos humanos e pela capacidade de resposta do serviço às necessidades da comunidade.

As consultas de psicologia seguem uma frequência semanal, com a primeira sessão geralmente tendo uma duração mais prolongada, entre 1 hora e 1 hora e meia, enquanto as consultas de seguimento têm uma duração média de 50 minutos. Este formato permite uma abordagem terapêutica consistente e contínua, permitindo que os indivíduos recebam o suporte necessário ao longo do tempo.

É importante destacar que existe uma política de preços para as consultas de psicologia, onde os residentes da freguesia têm um custo diferenciado em comparação com os não residentes. Os residentes pagam 25€ por sessão, enquanto os não residentes pagam 30€. No entanto, a situação socioeconómica do indivíduo é sempre considerada, e aqueles que comprovarem carência económica podem beneficiar de tarifas mais reduzidas.

Para os utentes que demonstram carência económica, é realizado um processo de avaliação social pelos técnicos do Serviço de Intervenção Social (SIS). Essa avaliação visa enquadrar o utente num dos escalões sociais definidos, onde o valor da consulta é ajustado de acordo com o escalão atribuído. Por exemplo, indivíduos enquadrados no Escalão C pagam 10€ por sessão, no Escalão B pagam 5€, e no Escalão A pagam 2,50€.

Essa política de preços diferenciados demonstra o compromisso da Instituição dos Olivais em garantir o acesso equitativo aos serviços de psicologia, independentemente da situação financeira dos utentes. Isso reflete uma abordagem inclusiva e solidária, que visa atender às necessidades de todos os membros da comunidade, independentemente das suas circunstâncias individuais.

Além das consultas individuais, o Serviço de Psicologia Clínica também pode oferecer outros tipos de intervenção, como terapia de grupo ou workshops temáticos, dependendo das necessidades e interesses da comunidade. Essas atividades podem fornecer oportunidades

adicionais de suporte e aprendizagem, permitindo que os fregueses beneficiem de diferentes abordagens terapêuticas e desenvolvam habilidades de enfrentamento eficazes.

A abordagem adotada no estágio de Psicologia Clínica que realizei é a abordagem centrada no cliente, respeitando a individualidade e autonomia de cada indivíduo. Os psicólogos responsáveis pelo serviço são profissionais qualificados e experientes, que utilizam abordagens terapêuticas baseadas em evidências para fornecer o melhor suporte possível aos fregueses.

Além disso, a coordenação entre o serviço de psicologia e outras valências, como o Serviço de Intervenção Social, permite uma abordagem integrada e holística para o atendimento dos fregueses. Isso garante que a comunidade receba um suporte abrangente que leve em consideração não apenas suas necessidades psicológicas, mas também sua saúde física, social e emocional.

O serviço de psicologia oferecido pela Instituição dos Olivais, desempenha um papel crucial na promoção da saúde mental e no bem-estar emocional da comunidade.

Além de oferecer consultas especializadas, o serviço de psicologia também desempenha um papel importante na promoção da saúde mental e na prevenção de problemas psicológicos na comunidade. Através de iniciativas de educação e sensibilização, o serviço procura aumentar a conscientização sobre questões relacionadas à saúde mental e fornece recursos e estratégias para lidar com o stress, a ansiedade e outros desafios emocionais.

Essas iniciativas podem incluir a realização de palestras, workshops e campanhas de conscientização em escolas, centros comunitários e outros locais públicos. Ao fornecer informações e orientações sobre saúde mental, o serviço de psicologia ajuda a reduzir o estigma associado aos problemas psicológicos e encoraja as pessoas a procurarem ajuda quando necessário.

Além disso, o serviço pode estar envolvido na criação e implementação de programas de intervenção precoce, visando identificar e intervir em problemas psicológicos em estágios iniciais. Isso pode incluir o desenvolvimento de programas de promoção da resiliência em crianças e adolescentes, bem como a oferta de apoio psicológico a grupos de risco, como vítimas de violência doméstica, idosos isolados e indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

A abordagem preventiva adotada pelo serviço de psicologia é essencial para reduzir o impacto negativo dos problemas de saúde mental na comunidade e promover o bem-estar geral. Ao investir em iniciativas de prevenção e educação, o serviço ajuda a construir uma comunidade mais resiliente e capacitada para lidar com os desafios da vida moderna.

Além disso, o serviço de psicologia pode desempenhar um papel importante na promoção da inclusão e integração social de grupos marginalizados ou excluídos (Eizirik, 1989). Isso pode incluir o desenvolvimento de programas de apoio psicossocial para imigrantes, refugiados, pessoas com deficiência e outros grupos vulneráveis, visando facilitar a sua participação ativa na comunidade e promover a igualdade de oportunidades.

A colaboração com outras instituições e organizações da comunidade é fundamental para o sucesso das iniciativas desenvolvidas pelo serviço de psicologia. Ao trabalhar em parceria com escolas, centros de saúde, organizações não governamentais e outros parceiros locais, o serviço pode ampliar o alcance de suas atividades e garantir que as necessidades da comunidade sejam atendidas de forma abrangente e eficaz.

Além disso, a participação ativa da comunidade na implementação das iniciativas do serviço de psicologia é essencial para garantir que estas sejam culturalmente sensíveis e relevantes. Isso pode envolver a realização de grupos focais, entrevistas e outras formas de consulta pública para recolher feedback e insights dos membros da comunidade sobre as suas necessidades e preferências em relação aos serviços de saúde mental.

O serviço de psicologia da Instituição dos Olivais desempenha um papel crucial na promoção da saúde mental e no bem-estar emocional da comunidade. Através de uma abordagem integrada e colaborativa, o serviço trabalha para fornecer suporte especializado, promover a prevenção de problemas psicológicos e facilitar a inclusão social e a participação ativa dos fregueses na comunidade.

1.6 Gabinete de Psicologia

O gabinete tem um espaço dedicado tanto as consultas para crianças como para jovens e adultos, neste espaço permite à criança expressar e elaborar as suas vivências internas e seus problemas. O ambiente permite ao psicólogo realizar as consultas em um *setting* adequado. O *setting* é de extrema importância para manter a ordem e a estabilidade com o cliente em relação ao tratamento. O *setting* começa quando o primeiro contato é feito, em um ambiente calmo e tranquilo, sem ruídos, sem interrupções, isso faz uma grande diferença no processo terapêutico, mas o *setting* não se define apenas pelo espaço físico, mas também como um ambiente emocional e relacional estabelecido entre o psicólogo e o cliente (Eizirik, 1989).

O Gabinete de Psicologia é um espaço dedicado ao atendimento psicológico de crianças, jovens e adultos da comunidade local. Este gabinete desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental e no bem-estar emocional na vida das pessoas da

comunidade, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para a expressão e elaboração de vivências internas e problemas. O espaço foi cuidadosamente concebido para garantir que os clientes se sintam confortáveis e à vontade durante as consultas.

O *setting* terapêutico também inclui elementos como a postura e linguagem corporal do psicólogo, o tom de voz utilizado, a empatia demonstrada e a capacidade de criar uma relação terapêutica de confiança e respeito mútuo. Esses aspectos são fundamentais para estabelecer uma conexão terapêutica sólida e promover um ambiente propício ao crescimento e mudança (Moreira & Esteves, 2012).

No caso específico do atendimento a crianças, o ambiente do gabinete de psicologia é especialmente adaptado para atender às necessidades específicas desse grupo etário. É importante proporcionar um espaço lúdico e acolhedor, onde as crianças se sintam à vontade para expressar seus sentimentos e experiências através do brincar e outras formas de expressão criativa (Rogers & Kinget, 1979). Isso pode incluir a disponibilização de brinquedos, jogos, livros e materiais artísticos que facilitem a comunicação e a interação terapêutica.

Além disso, o psicólogo que trabalha com crianças no gabinete de psicologia deve possuir habilidades específicas para estabelecer uma relação terapêutica eficaz com esse público. Isso pode envolver o uso de técnicas terapêuticas adaptadas às necessidades e características individuais de cada criança, bem como a capacidade de compreender e interpretar os comportamentos e comunicações não verbais das crianças (Marco, 2011)

No que diz respeito ao atendimento de jovens e adultos, o ambiente do gabinete de psicologia é projetado para proporcionar um espaço seguro e confidencial onde os clientes possam explorar questões pessoais e emocionais de forma aberta e honesta. É importante que o ambiente transmita uma sensação de acolhimento e respeito, promovendo assim a confiança e a abertura na relação terapêutica (Madeira, 2017).

O *setting* terapêutico estabelecido no gabinete de psicologia é essencial para manter a ordem e a estabilidade durante o processo de tratamento. Ele cria as condições ideais para que os clientes se sintam à vontade para explorar questões profundas e sensíveis, sabendo que estão num ambiente seguro e protegido. Isso contribui significativamente para a eficácia e sucesso da terapia (Moreira & Esteves, 2012).

Além do atendimento individual, o gabinete de psicologia também pode oferecer terapia de grupo, *workshops* e outras atividades terapêuticas que visam promover o crescimento pessoal e o desenvolvimento emocional dos clientes. Essas atividades são realizadas no mesmo ambiente acolhedor e seguro do gabinete, proporcionando assim uma continuidade no suporte terapêutico oferecido para a comunidade.

Através de um ambiente terapêutico cuidadosamente projetado para oferecer um espaço seguro e acolhedor que promove a expressão, exploração e elaboração de questões pessoais e emocionais. Isso contribui significativamente para o sucesso e eficácia da terapia, permitindo que os clientes alcancem uma maior compreensão de si mesmos e encontrem soluções para os seus desafios emocionais e psicológicos. Esta abordagem reconhece a importância da participação ativa do cliente no processo terapêutico e valoriza a sua capacidade de autodeterminação e resiliência (Rogers, 1951).

Ao longo das sessões de terapia, os psicólogos do gabinete trabalham em estreita colaboração com os clientes para identificar e explorar as suas necessidades, metas e recursos pessoais. Esta abordagem colaborativa permite que os clientes se sintam capacitados e envolvidos no processo terapêutico, tornando-se parceiros ativos na sua própria jornada de crescimento e cura.

Além do atendimento individual, o gabinete de psicologia também pode oferecer terapia de casal e terapia familiar, visando abordar questões relacionadas com relacionamentos, comunicação e dinâmicas familiares. Estes serviços são especialmente importantes para promover o entendimento e a harmonia dentro das relações interpessoais, contribuindo assim para o bem-estar emocional e a estabilidade das famílias na comunidade.

Para além dos serviços de consulta, o gabinete de psicologia pode também promover atividades de sensibilização e educação para a comunidade, visando aumentar a consciencialização sobre questões relacionadas com a saúde mental e promover estratégias de autocuidado e prevenção (Madeira, 2017).

O gabinete de psicologia da instituição desempenha um papel ativo na promoção de uma cultura de saúde mental na comunidade, onde o apoio emocional e psicológico é valorizado e acessível a todos os fregueses. Esta abordagem proativa e integrada reflete o compromisso em garantir o bem-estar emocional e a qualidade de vida dos seus residentes, promovendo assim uma comunidade mais saudável, resiliente e coesa.

1.7 Caracterização do Psicólogo

De acordo com a Ordem dos Psicólogos (2020), o perfil dos Psicólogos em Saúde Pública visa apoiar as realidades individuais, sociais e económicas no contexto da saúde, utilizando evidências científicas para promover eficácia e gerar um custo-benefício para a população. Os Psicólogos desempenham um papel fundamental no estudo dos

comportamentos da população, abordando aspetos motivacionais, cognitivos e os mecanismos mentais em domínios como o patológico, pedagógico, fisiológico e social.

A dinâmica desta atividade começa pelo envolvimento parental, com o consentimento informado dos pais ou do paciente com maior idade. A recolha de dados anamnésicos é detalhada e abrange eventos relevantes da infância, adolescência e idade adulta, bem como fatores de desenvolvimento, condições biológicas, sociais e psicológicas, permitindo uma compreensão mais profunda do cliente e das suas queixas.

As sessões de acompanhamento psicológico ocorrem semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, de acordo com as necessidades do cliente e a disponibilidade do serviço. Durante estas sessões, é realizada a avaliação psicológica utilizando instrumentos adequados para a especificidade do caso. Após a avaliação, procede-se à devolução dos resultados e ao aconselhamento parental, visando fornecer orientações e estratégias para lidar com os desafios identificados.

É importante reconhecer que cada pessoa tende a se desenvolver e atualizar de forma diferente, dependendo do ambiente e das oportunidades disponíveis. Esta perspectiva, inspirada na abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers (1951), enfatiza a importância do respeito pela singularidade e subjetividade de cada indivíduo, bem como da criação de um ambiente de apoio e compreensão durante o processo terapêutico.

Neste contexto, o papel do psicólogo em saúde pública vai além da simples resolução de problemas, envolvendo também a promoção da saúde mental e o desenvolvimento de estratégias preventivas. Os psicólogos trabalham em estreita colaboração com indivíduos, famílias, escolas, instituições de saúde e outras entidades para identificar necessidades, implementar intervenções eficazes e promover a resiliência e o bem-estar da comunidade.

Além disso, os psicólogos em contexto comunitário desempenham um papel crucial na sensibilização e educação da comunidade sobre questões relacionadas com a saúde mental, reduzindo o estigma associado e promovendo uma cultura de cuidado e apoio mútuo. Isso pode envolver a realização de palestras, workshops, grupos de apoio e outras iniciativas de sensibilização para aumentar a compreensão e a aceitação das questões de saúde mental na sociedade.

No contexto das consultas psicológicas oferecidas pela Instituição dos Olivais, é essencial que os psicólogos estejam bem-preparados para lidar com uma variedade de questões e desafios apresentados pela comunidade. Isso requer competências sólidas em avaliação psicológica, intervenção terapêutica, aconselhamento e coordenação de cuidados com outros profissionais de saúde e serviços sociais.

Os Psicólogos desempenham um papel fundamental na promoção da saúde mental e bem-estar da comunidade, utilizando abordagens baseadas em evidências e centradas no cliente para abordar as necessidades individuais e coletivas da população. A sua contribuição é essencial para construir comunidades mais saudáveis, resilientes e solidárias.

PARTE II

REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Enquadramento Teórico

2.1.1 Infertilidade

A definição de infertilidade está ligada ao conceito de saúde sexual e reprodutiva, este último definido pela Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2011) como uma forma de todos terem uma vida sexual responsável, segura e satisfatória, refere também que a infertilidade é um problema de saúde pública, devido impactar negativamente a saúde mental, social e o bem-estar físico. A capacidade de reproduzir e a liberdade de tomar decisões quando e com que frequência isso acontece.

A nível demográfico, a infertilidade é considerada a incapacidade de uma mulher sexualmente ativa de gerar um filho com vida sem usar contraceptivos (Larsen, 2005).

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, a infertilidade pode ser definida como uma doença do aparelho reprodutor que resulta na incapacidade de atingir uma gravidez clínica depois de 12 meses de relação sexual sem proteção (Zegers-Hochschild, Adamson, De Mouzon, Ishihara, Mansour, Nygren, Sullivan e Vanderpoel, 2009).

A fertilidade é influenciada por fatores etários, que declinam após os 31 anos, e por determinantes psicossociais, como a ingestão de substâncias como tabaco e cafeína (Remoaldo, Machado, Reis, Pereira, & Xavier, 2004). Ou seja, ao conceito de infertilidade está o conceito de fecundidade, definido como a taxa de concepção que ocorre numa população num determinado período.

Segundo Moutinho (2003), as mulheres portuguesas estão a conceber filhos em uma idade cada vez mais tardia, a fim de uma maior procura de estabilidade emocional na relação amorosa, e um maior reconhecimento das competências à nível profissional, devido a competitividade no mercado de trabalho. Ao longo dos últimos anos, a idade avançada das mulheres é um dos fatores que tem contribuído para o crescimento da infertilidade, devido a perda gradual de resposta dos folículos primordiais aos níveis hormonais que resulta em menos folículos maduros e mais folículos imaturos, e a ovulação pode parar. Um estudo realizado em 2023, revela que a idade média para as mulheres em Portugal ter o primeiro filho é de 30.9 a 32.3 anos (Costa, Marafona & Martins, 2023).

Aproximadamente 20% dos casos de infertilidade não podem ser identificados, portanto a causa pode ser desconhecida. Mas principais causas da infertilidade são: Endometriose, patologias uterinas, pólipos que provocam frequentes hemorragias, antecedentes familiares e hábitos do cotidiano como o stress ocupacional (Associação Portuguesa de Infertilidade, 2020). A síndrome dos ovários policísticos tem reações hormonais que impedem a formação de ovócitos maduros e até mesmo a ovulação, o que pode aumentar o tamanho do óvulo e não deixando espaço suficiente para o desenvolvimento do ovócito (Lascasas, 2018).

2.1.2 Impacto Psicológico da Infertilidade

De acordo com a OMS de 2014 a saúde mental é definida como a capacidade de cada pessoa realizar o seu potencial, ser capaz de lidar com acontecimentos estressantes comuns da vida, é definido como um estado de felicidade em que se pode manter um estado de boa saúde, sendo motivado para trabalhar de forma produtiva e contribuir com a sua comunidade, ou seja, há um desenvolvimento positivo da pessoa de carácter psicológico, social e biológico.

Um estudo qualitativo longitudinal conduzido por Daniluk (2001) descobriu que, à medida que os casais refletiam sobre a sua infertilidade, aperceberam-se de que existem poucas experiências na vida que são mais difíceis de processar do que receberem uma notícia em que ambos não serão pais, em não terem a experiência de um nascimento, de educar e cuidar de um filho devido a impossibilidade da gravidez.

A maioria destes casais relatou que a infertilidade afetava todos os aspetos das suas vidas, citando as dificuldades de viver como uma pessoa infértil num mundo com pessoas férteis à margem da sociedade.

Um estudo realizado por Chen, Chang, Tsai e Juang (2004) relatou uma alta prevalência de psicopatologia nas mulheres inférteis. Esses autores constataram que 40,2% das mulheres com problema de infertilidade apresentavam alguma doença mental, sendo o diagnóstico mais comum a perturbação de ansiedade generalizada (23,2%), seguido de depressão major (17,0%) e distímia (9,8%).

De acordo com Domar et al. (1993), relataram que mulheres inférteis apresentavam níveis de ansiedade e depressão semelhantes aos de mulheres com doenças cardíacas, cancro e HIV positivo.

Portanto, embora sejam observadas respostas emocionais ao stress, à ansiedade e à depressão, estas tendem a ser elementos reativos ao próprio diagnóstico e ao impacto dos

cuidados médicos, e a maioria dos casais acaba por se adaptar e aprender a lidar com o problema da infertilidade (Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia & Nazhizadeh, 2009). Alguns casais vivenciam o desequilíbrio emocional severo, que se manifesta como sentimentos de fraqueza, medo e luto. Por isso, destaca-se a importância da avaliação precoce que permite a identificação de casais com alto risco de desenvolver psicopatologia (Galhardo, 2013).

2.1.3 Fertilização In Vitro

A fertilização in vitro tem sido um grande avanço no tratamento da infertilidade, com Robert Edwards e Patrick Steptoe anunciando o nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê concebido fora do corpo humano, no Reino Unido em 1978.

Este método consiste em vários passos ou etapas (Keye, 2006). Os ovócitos são primeiramente estimulados com gonadotrofinas auto injetáveis com o objetivo de obter vários ovócitos.

A coleta de espermatozoides é realizada por ejaculação ou biópsia testicular. Esses gametas também podem ser criopreservados para uso posterior. Uma vez coletados, avaliados e selecionados os gametas, a fertilização ocorre em laboratório e os embriões são implantados no útero da mãe no 2º, 3º ou 5º dia de gravidez.

Essa transferência é realizada por meio de exame ginecológico, e para isso é utilizado um cateter. É um procedimento curto e indolor que não requer anestesia (Barros, 2007).

Após duas semanas da realização da transferência do embrião, uma amostra de sangue será coletada para determinar se a gravidez foi bem-sucedida ou não. A taxa de sucesso de cada procedimento é de aproximadamente 25% a 30% (Firme & Alves, 2022).

Em relação aos impactos psicológicos nas mulheres que realizaram um tratamento de FIV sem obter sucesso. Segundo um estudo realizado por Verhaak e colaboradores (2005) revelaram um aumento da ansiedade e depressão, no acompanhamento de seis meses, essas mulheres continuaram a apresentar níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

Em um estudo mais recente realizado com 862 indivíduos submetidos a FIV numa clínica na Suécia, descobriu-se que 30,8% das mulheres e 10,2% dos homens revelaram diagnóstico psiquiátrico, sendo a perturbação mais frequente do estudo é a depressão maior (10,9% das mulheres e 5,1% dos homens), seguido pela ansiedade que afetam (14,8% das mulheres e 4,9% dos homens) (Volgsten, Skoog, Ekselius, Lundkvist, & Sundstrom, 2008).

2.1.4 Intervenção em Contexto Comunitário

A intervenção em contexto comunitário é uma abordagem fundamental para promover o bem-estar e a saúde mental das famílias e comunidades. Segundo López, Chaves e Quintana (2010), essa intervenção é influenciada por diversos fatores, incluindo o contexto psicossocial, as necessidades específicas das crianças e as competências parentais. Compreender esses aspectos é crucial para garantir uma intervenção eficaz e adaptada às necessidades da comunidade.

No âmbito das intervenções municipais, é essencial considerar as circunstâncias imediatas que caracterizam a vida das famílias na freguesia. Isso inclui aspectos como a localização geográfica, características sociodemográficas, econômicas e políticas. Esses elementos proporcionam uma visão objetiva da realidade municipal, permitindo o desenvolvimento de planos e estratégias adequadas às necessidades específicas da comunidade (López, Chaves & Quintana, 2010).

Os autores ressaltam que o apoio social desempenha um papel crucial na promoção da saúde física e psicológica das famílias, além de reduzir o impacto de eventos indutores de estresse. Esse tipo de suporte também contribui para fortalecer a identidade, autoestima e integração social das famílias, funcionando como um fator de proteção essencial (López, Chaves & Quintana, 2010).

Nesse contexto, as equipes de psicólogos que atuam em ambientes comunitários têm como objetivo principal desenvolver o bem-estar das famílias, promovendo o sentimento de pertença, união e integração social. Para isso, é fundamental realizar uma análise detalhada das características da comunidade, identificando os fatores de proteção e de risco presentes na população. Essa abordagem permite uma intervenção mais direcionada e eficaz, visando ampliar as redes de apoio familiares, tanto informais quanto formais (López, Chaves & Quintana, 2010).

Portanto, a intervenção em contexto comunitário baseia-se em uma compreensão abrangente das necessidades, desafios e recursos disponíveis na comunidade. Ao integrar os princípios da psicologia comunitária e os conhecimentos sobre o funcionamento das famílias e comunidades, os profissionais podem desenvolver estratégias e programas de intervenção que promovam o bem-estar e a resiliência, contribuindo para uma melhoria significativa na qualidade de vida das pessoas que vivem naquela comunidade.

A intervenção em contexto comunitário engloba uma variedade de abordagens e estratégias destinadas a promover o desenvolvimento saudável e o bem-estar das famílias e

comunidades. Essas intervenções podem incluir programas de apoio psicossocial, educação comunitária, promoção da saúde, prevenção de problemas sociais, entre outras atividades.

Uma das características distintivas da intervenção em contexto comunitário é a sua ênfase na participação ativa da comunidade no processo de mudança e desenvolvimento. Isso significa envolver os membros da comunidade na identificação de necessidades, no planejamento e implementação de programas e na avaliação dos resultados. Essa abordagem colaborativa é essencial para garantir que as intervenções sejam culturalmente sensíveis, relevantes e sustentáveis a longo prazo.

Além disso, a intervenção em contexto comunitário reconhece a interconexão entre os diferentes sistemas e contextos nos quais as famílias e comunidades estão inseridas. Isso significa considerar não apenas os fatores individuais, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos e políticos que influenciam o bem-estar e o funcionamento das comunidades.

Um dos principais objetivos da intervenção em contexto comunitário é fortalecer os recursos internos das famílias e comunidades, capacitando-as a enfrentar os desafios de forma resiliente e eficaz. Isso pode envolver o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, a promoção de redes de apoio social e a melhoria do acesso a recursos e serviços necessários.

Além disso, a intervenção em contexto comunitário visa criar um ambiente que promova a inclusão, a diversidade e a equidade. Isso significa trabalhar para reduzir as disparidades sociais e garantir que todos os membros da comunidade tenham acesso igualitário a oportunidades e recursos.

A intervenção em contexto comunitário desempenha um papel vital na promoção do bem-estar e na construção de comunidades saudáveis e resilientes. Ao reconhecer e abordar as necessidades e desafios específicos das famílias e comunidades, os profissionais podem contribuir significativamente para melhorar a qualidade de vida e promover um desenvolvimento sustentável a longo prazo.

A abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers, é uma das teorias fundamentais no campo da psicologia humanista e tem sido amplamente aplicada em diferentes contextos de intervenção psicológica, incluindo a prática comunitária. Esta abordagem destaca a importância da relação terapêutica, da empatia, aceitação incondicional e congruência por parte do terapeuta para facilitar o processo de mudança e crescimento pessoal do cliente (Rogers, 1983).

2.1.5 As Seis Condições Necessárias para Mudança Terapêutica

O artigo, de autoria de Carl Rogers (1957), destaca seis condições necessárias para facilitar a mudança terapêutica que são: é necessário que o cliente e o terapeuta estejam em contato psicológico; que o cliente esteja num estado de incongruência ou seja, suas emoções e palavras estejam desorganizadas; que o terapeuta esteja congruente ou integrado na relação, é preciso estar atento sem perder a linha das emoções e raciocínio com o cliente; que o terapeuta experimente a consideração positiva incondicional pelo cliente, ou seja, não há julgamentos de valores ou qualquer tipo de julgamento; é fundamental que o terapeuta possua uma experiência de uma compreensão empática, sentir e ver os problemas do cliente com os olhos e emoções do cliente permitirá ao terapeuta uma maior competência para compreender o cliente e poder ajudá-lo; e por último, que a comunicação com o cliente de respostas de compreensão empática do terapeuta e de consideração positiva incondicional seja plenamente efetiva. Essas condições necessárias, quando presentes no contexto da terapia, criam um ambiente seguro e facilitador, permitindo que o cliente explore seus pensamentos, sentimentos e experiências de forma autêntica e genuína.

Ao correlacionar essas condições com a intervenção e avaliação em contextos comunitários, torna-se evidente que a criação de um ambiente terapêutico acolhedor é crucial não apenas para sessões individuais de terapia, mas também para o processo de avaliação e intervenção comunitária como um todo (Trickett, 2009).

Além disso, a abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers enfatiza a importância do cliente como agente ativo no processo de mudança. Os profissionais que trabalham nesses contextos devem demonstrar empatia genuína, congruência e aceitação incondicional em suas interações com as crianças, famílias e membros da comunidade.

A empatia é a capacidade de compreender e se conectar emocionalmente com as experiências dos outros. A congruência refere-se à autenticidade e transparência do terapeuta em suas interações com os clientes. A aceitação incondicional implica em acolher os clientes exatamente como são, sem julgamento ou crítica (Rogers, 2003).

As condições necessárias e suficientes para a mudança na abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers 1957, são fundamentais para facilitar o processo terapêutico e promover o crescimento pessoal dos clientes. Essas condições, quando presentes na relação terapêutica, criam um ambiente propício para a exploração, reflexão e transformação das experiências do cliente. As seis condições necessárias são consideradas por Carl Rogers como fundamentais para facilitar o processo de mudança terapêutica. Essas

condições facilitam a mudança terapêutica, e fortalecem o vínculo entre o terapeuta e o cliente, promovendo uma relação terapêutica mais eficaz e significativa.

2.1.6 As 19 proposições

Além das seis condições necessárias e suficientes para a mudança, Carl Rogers desenvolveu 19 proposições que descrevem os processos subjacentes ao crescimento e desenvolvimento pessoal. Essas proposições são fundamentais para a compreensão da abordagem Centrada na Pessoa e para orientar a prática clínica e a intervenção comunitária baseada nessa abordagem (Rogers, 2003).

Nos casos de avaliação e intervenção, é fundamental aplicar os princípios da abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers. Essa abordagem coloca o cliente no centro do processo terapêutico, reconhecendo sua capacidade inerente para a autorrealização e o crescimento pessoal. Ao incorporar os conceitos de empatia, aceitação incondicional e congruência, os profissionais podem estabelecer uma relação terapêutica genuína e acolhedora, na qual os clientes se sintam confortáveis para explorar seus desafios e experiências.

É importante reconhecer e promover a capacidade inerente do cliente para a autorrealização e o crescimento pessoal. Isso envolve criar um ambiente de apoio e encorajamento, onde o cliente se sinta capacitado para explorar seus objetivos e aspirações e tomar decisões que promovam seu bem-estar e realização pessoal (Rogers, 1951). O terapeuta atua como um facilitador desse processo, fornecendo suporte e orientação à medida que o cliente navega em sua jornada de autodescoberta e desenvolvimento.

As proposições de Carl Rogers oferecem um quadro teórico abrangente para compreender o processo terapêutico na abordagem Centrada na Pessoa. As dezenove proposições evidenciam os seguintes conceitos: Na proposição I, refere que cada indivíduo existe num mundo de experiências, em constante mudança, e cujo centro é ele mesmo. Isto significa que a consciência ajuda a simbolizar algumas experiências. No entanto, no mundo interior da experiência individual, muitas das nossas sensações e sensações viscerais não são simbolizadas, portanto, apenas um pequeno número delas é experimentado conscientemente. Contudo, outras partes estão disponíveis à consciência e podem tornar-se conscientes quando o interesse de um indivíduo é despertado. No entanto, existem outras experiências que impedem um indivíduo de entrar na consciência (Rogers, 2003).

A proposição II, diz que os organismos respondem aos campos perceptivos à medida que são experienciados e percebidos, este campo é a “realidade” para o indivíduo (Rogers, 2003). É um domínio consciente na nossa própria experiência, mas não lhe prestamos atenção. Cada indivíduo percebe e responde às informações da realidade que está vivenciando. O que difere de pessoa para pessoa é que cada pessoa responde à realidade percebida em seu próprio domínio de experiência. Portanto, a realidade para um indivíduo é a soma de suas percepções, o que serve de suporte para os momentos terapêuticos, pois o ajuda a compreender a natureza do mundo em que vive.

A preposição III, refere que um organismo responde ao seu campo fenomênico como um todo organizado (Rogers, 2003). Uma característica fundamental da vida orgânica é a sua tendência a produzir respostas sistemáticas e completas relacionadas com objetivos específicos. Portanto, os organismos vivos são sistemas organizados e as mudanças em uma parte podem afetar outras partes.

Outra proposição relevante é a proposição IV, refere que todos os indivíduos têm uma tendência inerente para a autorrealização e o crescimento pessoal. Isso significa que cada pessoa possui um impulso interno para se tornar a melhor versão de si mesma e para alcançar seu potencial máximo (Rogers, 2003). O papel do terapeuta é facilitar esse processo de crescimento, fornecendo um ambiente de apoio e aceitação onde o cliente possa explorar suas experiências e desafios, desenvolver sua autoconsciência e tomar decisões que promovam o seu bem-estar e realização pessoal.

A proposição V, diz que os organismos vivos têm uma tendência fundamental para renovar, manter e melhorar as suas experiências” (Rogers, 2003). Os seres vivos trabalham para manter o equilíbrio e têm a capacidade de autopreservação. Ou seja, o organismo tende a se manter, mesmo que o caminho para esse objetivo esteja bloqueado, ele caminhará em outra direção rumo ao amadurecimento, ao crescimento, a independência e buscando sempre a autorrealização.

A proposição VI, são as emoções que geralmente acompanham e promovem o comportamento direcionado a objetivos. A intensidade de uma emoção está relacionada à importância percebida desse comportamento para a subsistência e o desenvolvimento de um organismo” (Rogers, 2003).

As emoções são divididas em dois grupos: o primeiro grupo acompanha os esforços exploratórios do organismo, o segundo grupo acompanha a satisfação de necessidades. Desta forma, o primeiro grupo conduz a um comportamento integrativo centrado nas necessidades do organismo, e o segundo grupo centra-se nos esforços do indivíduo para satisfazer as

necessidades. As emoções envolvem ação, tanto no sentimento quanto na reação. Agora, a intensidade das emoções depende das capacidades perceptivas do indivíduo.

A proposição VII é uma das mais significativas de Carl Rogers, refere que a experiência do indivíduo é a melhor fonte de dados para compreender o seu mundo interno e externo, devido ser duas visões diferentes, é importante o terapeuta buscar compreender como o cliente está a ver, desta maneira, proporciona ao terapeuta a valorizar e respeitar essa perspectiva, buscando compreendê-la de forma empática e não julgadora. Assim, o terapeuta facilitará ao próprio cliente ser o especialista em sua própria experiência. Essa proposição destaca a importância da escuta ativa e sensível na abordagem Centrada na Pessoa, permitindo que o cliente se sinta verdadeiramente compreendido e valorizado (Rogers, 2003).

A proposição VIII, refere a uma parte de todo o campo perceptivo que gradualmente se distingue como o self (Rogers, 2003). À medida que a criança cresce, ela se distancia de todo o mundo íntimo que é percebido como “eu” ou “eu”, e a partir daí inicia a construção de um eu mais complexo. No entanto, não existe uma fronteira claramente definida entre o organismo e o ambiente para que o eu experimente o mundo externo.

As proposições IX e X vinculam um tema a estrutura do self. A construção do self ocorre gradativamente à medida que a criança interage com o ambiente e forma ideias sobre si mesma, o ambiente e sobre si mesma em relação ao ambiente. Quando a autoavaliação excede a percepção dos outros, pode ocorrer uma simbolização distorcida e uma rejeição consciente do âmbito da experiência da criança, o que pode subsequentemente levar a um desajuste psicológico. O self construído sobre essas distorções forma um indivíduo que não se reconhece, uma simbolização distorcida de si mesmo (Rogers, 2003).

A proposição XI, diz que algumas experiências, existem apenas no campo fenomenal, mas são ignoradas pelo self porque não são reconhecidas e não atendem às necessidades que o self tem no momento, mas essa necessidade é uma necessidade que o self pode transformar de si mesmo. A maior parte de nossas experiências sensoriais são ignoradas pelo self, existem apenas no domínio das sensações orgânicas e não atingem o nível de simbolização consciente em relação ao meio ambiente. A simbolização distorcida ocorre quando há uma experiência orgânica, mas não há simbolização consciente dessa experiência (Rogers, 2003).

A outra proposição é a proposição XII, refere que a maioria dos comportamentos que os organismos adotam são consistentes com seus autoconceitos” (Rogers, 2003). À medida que os seres vivos lutam para satisfazer as suas necessidades enquanto experimentam o mundo, a forma da sua luta deve ser consistente com o seu conceito de si mesmos. Na neurose

não há regulação do comportamento pelo autoconceito, portanto o organismo satisfaz necessidades que não são reconhecidas pela consciência, ou seja, comportamento incoerente.

A proposição XIII, refere que o self está inconsciente e não pode controlar as ações que realiza. Em outras palavras, o self não pode controlar a experiência orgânica. Portanto, como o conceito de self é inconsciente, as ações não fazem parte do self (Rogers, 2003).

A proposição XIV, diz que a estrutura do self deve estar em harmonia com a estrutura do organismo. Se isso não acontecer, surgem tensões profundas. Ou seja, há um descompasso entre a experiência do organismo e seus pensamentos sobre si mesmo, o que influencia o seu comportamento. O desajuste psicológico ocorre, portanto, quando um organismo tenta satisfazer necessidades incongruentes com o self consciente, o que causa essas tensões no indivíduo e o deixa inseguro quanto à orientação do self ideal no momento (Rogers, 2003).

A proposição XV, refere que a saúde mental ocorre quando o conceito de si mesmo coincide com todas as experiências do organismo (Rogers, 2003).

A proposição XVI se aplica a uma ameaça que ocorre quando uma experiência é percebida como inconsistente com a estrutura do self, resultando em ansiedade. A defesa seria, portanto, uma ação em resposta a uma ameaça destinada a manter a estrutura do self. Desta forma, a defesa resulta na rejeição ou distorção da experiência percebida, a fim de reduzir a discrepância entre a experiência e a estrutura do eu e, como resultado, esse comportamento defensivo reduz a percepção de ameaça e repete o percebido. À medida que as ameaças são repetidas e defendidas continuamente, a atenção é cada vez mais desviada da ameaça original, resultando numa experiência mais distorcida que nos torna cada vez mais sensíveis à ameaça. Isso acontece porque o indivíduo precisa aceitar a realidade (Rogers, 2003).

Na proposição XVII o autoconceito muda tanto em relação ao desenvolvimento normal do indivíduo quanto ao tratamento. Nesse sentido, a terapia pode trabalhar a autoconsciência e a aceitação do indivíduo, permitindo que o indivíduo passe por um processo de autoaceitação e simbolize de forma mais consciente as experiências rejeitadas (Rogers, 2003).

Na proposição XVIII, refere que quando os indivíduos compreendem e aceitam todas as suas experiências viscerais e sensoriais dentro de um sistema coerente e integrado, inevitavelmente compreenderão e aceitarão melhor os outros como seres humanos separados (Rogers, 2003).

Por fim, a proposição XIX, diz que o processo terapêutico auxilia o indivíduo a explorar o seu campo fenomenal, a analisar seus próprios valores introduzidos de forma distorcida e substituí-los simbolicamente de acordo com a percepção do conceito do self real

e do self desejado. Obviamente, este processo de auto renovação biológica é contínuo, uma vez que os humanos estão em constante mudança e evolução. (Rogers, 2003).

A capacidade de autoavaliação e autopercepção é outra proposição central na abordagem Centrada na Pessoa. Isso envolve a capacidade do cliente de refletir sobre suas próprias experiências, pensamentos e sentimentos, e de se avaliar de forma precisa e honesta. O terapeuta facilita esse processo ao fornecer um ambiente seguro e de apoio onde o cliente se sinta confortável para explorar suas emoções e pensamentos mais profundos, promovendo assim o desenvolvimento da autoconsciência e da autoaceitação.

Além disso, a experiência de ser compreendido e aceito por outro indivíduo é essencial para o crescimento e a mudança. Essas proposições destacam a importância da relação terapêutica na abordagem Centrada na Pessoa, onde o terapeuta demonstra empatia, aceitação incondicional e congruência, criando um ambiente de segurança e confiança onde o cliente se sinta à vontade para explorar seus sentimentos mais profundos e desafios pessoais.

As condições necessárias e suficientes para a mudança, juntamente com as 19 proposições de Carl Rogers, oferecem um guia valioso para entender e facilitar o processo de mudança e crescimento pessoal nos casos de avaliação e intervenção. Ao integrar esses princípios na prática clínica e na intervenção comunitária, os profissionais podem criar um ambiente terapêutico que promova a auto exploração, o autoconhecimento e a capacitação, ajudando os clientes a alcançarem seu potencial máximo e a viver uma vida mais plena e significativa (Trickett, 2009).

2.1.7 Tendência Atualizante

João Hipólito em seu livro Auto-organização e Complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano (2011) defende que a pessoa tem dentro de si a capacidade de solucionar os seus problemas, e há um movimento em direção ao “crescimento”, isto é, um movimento em direção à evolução do comportamento imaturo para um comportamento mais maduro.

A tendência atualizante enraíza o crescimento na manutenção e valorização do único indivíduo humano, enquanto a tendência formativa é mais ampla e subsume e existe em diálogo com a tendência atualizante. A tendência formativa se aplica a todos os processos vitais, sejam individuais ou grupais, orgânicos ou inorgânicos, ele postula o crescimento como fundamentalmente interconectado. A priorização explícita de ambas as tendências ajuda a um

entendimento multicultural e ético da teoria centrada na pessoa, onde concessões e aplicações mais amplas são necessárias.

A tendência formativa descreve o impulso geral para o autoaperfeiçoamento, o crescimento e a autorrealização por Carl Rogers em sua terapia centrada no cliente.

Segundo Hipólito (2011), a “Tendência Atualizante e autorreguladoras de uma pessoa, devolvem-lhe o poder de dirigir-se a si próprio e reorganizar a sua concepção do Ego” (p.11). A tendência atualizante é esse mesmo impulso nos seres humanos. É o desejo inato de um indivíduo de se desenvolver e crescer, tentando melhorar na direção de um eu ideal e, nesse processo, dar uma contribuição construtiva para a sociedade.

2.2 Início e acordo de Estágio

O estágio teve início no dia 27 de outubro de 2022. Logo após a confirmação do acordo com a Universidade Autónoma, intermediada pela coordenação do mestrado em psicologia, e a Instituição de serviços socais, para a realização do estágio, tive a oportunidade de me reunir com esta com a coordenadora da instituição. Durante esse encontro inicial, a coordenadora da instituição me explicou o funcionamento dos departamentos, especialmente destacando o serviço de consultas psicológicas oferecido à comunidade.

Nessa primeira reunião, pude ter uma visão geral do contexto e das atividades desempenhadas pela instituição, no âmbito da saúde mental e bem-estar da comunidade. A coordenadora foi muito prestativa ao fornecer informações sobre os serviços disponíveis, os procedimentos de atendimento e as principais áreas de intervenção do departamento.

Após a explicação inicial, fui conduzido a uma visita guiada às instalações da instituição. Durante essa visita, tive a oportunidade de me familiarizar com o espaço físico, incluindo os gabinetes destinados ao atendimento psicológico. Em particular, fui apresentado ao espaço destinado à psicologia da criança, do adolescente e do adulto.

A visita às instalações foi uma oportunidade valiosa para me ambientar com o ambiente de trabalho e entender como as atividades são organizadas dentro do departamento. Pude observar a disposição dos espaços, a infraestrutura disponível e a atmosfera geral do local de trabalho. Isso foi importante para me sentir mais confortável e preparado para iniciar as minhas atividades de estágio.

Durante a visita aos gabinetes de psicologia, pude notar a atenção dada à criação de um ambiente acolhedor e propício ao processo terapêutico. Os espaços foram cuidadosamente decorados e equipados para garantir conforto e privacidade aos clientes durante as consultas.

Fiquei impressionado com o cuidado dado aos detalhes, desde a disposição dos móveis até a iluminação e decoração dos ambientes.

Além disso, pude perceber a importância dada à acessibilidade e inclusão no design das instalações. Os gabinetes foram projetados para serem acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida, garantindo que todos os membros da comunidade tenham igual acesso aos serviços de saúde mental oferecidos pela instituição.

Após a visita às instalações, tive a oportunidade de conversar mais uma vez com a coordenadora da instituição para esclarecer quaisquer dúvidas adicionais e discutir as minhas expectativas e objetivos para o estágio. Fiquei satisfeito em poder compartilhar minhas ideias e interesses, a coordenadora foi muito receptiva e colaborativa em relação às minhas expectativas e esclareceu algumas dúvidas que eu tinha.

No geral, o início do estágio na instituição foi uma experiência muito positiva e enriquecedora. A oportunidade de conhecer o funcionamento dos departamentos e as instalações onde as atividades são realizadas proporcionou-me uma base sólida para iniciar as minhas atividades de estágio com confiança e entusiasmo. Fiquei encorajado para continuar a aprender e contribuir para o trabalho de estágio em prol da saúde mental e bem-estar da comunidade (Ordem dos Psicólogos, 2020).

2.3 Fases do Estágio

Desde o início do estágio, foi reservado um período de 20 dias para integração e observação, não apenas com a equipe e a instituição em si, mas também com os diversos organismos que compõem o Serviço de Intervenção Social (SIS). Durante esse tempo, foi-me fornecida uma lista de pessoas que aguardavam atendimento psicológico, cabendo-me entrar em contato com elas para confirmar o interesse no serviço.

Após entrar em contato com uma mãe da lista, conseguimos agendar o início das consultas. Contudo, após três semanas de acompanhamento, as consultas precisaram ser interrompidas devido à promoção da minha coordenadora de estágio da instituição, ela foi promovida para outra função em outro departamento, através de um concurso público do Estado. Com a saída da coordenadora das suas funções na instituição, o estágio ficou suspenso por 30 dias até que uma outra coordenadora assumisse as funções anteriormente desempenhadas pela coordenadora anterior. Nesse período, foi necessária uma adaptação rápida para lidar com essa transição inesperada.

Em janeiro, enquanto aguardava a nova coordenadora assumir, realizei atividades administrativas, como a organização das pastas dos utentes. Além disso, participei de uma atividade sociocultural com idosos, que consistiu em uma viagem a Arraiolos e Évora. Foi um período de adaptação e organização, aproveitando para fortalecer o vínculo com os membros da comunidade atendidos pela instituição.

Com a chegada da nova coordenadora, o estágio retomou sua rotina e as consultas foram reiniciadas. Meus horários de estágio foram ajustados para acontecerem diariamente, das 9h às 17h, permitindo-me maior disponibilidade para atender às necessidades dos utentes.

A partir de fevereiro até maio, concentrei-me principalmente no acompanhamento de 3 casos. Tive a oportunidade de realizar acompanhamento psicológico e avaliação psicológica de forma autônoma, assumindo a responsabilidade pelo atendimento direto aos clientes. Durante esse período, contei com a supervisão contínua da nova coordenadora da instituição, que proporcionou orientação e apoio indispensáveis para o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

Ao longo da avaliação e do acompanhamento psicológico dos casos, pude aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos na universidade na prática clínica. Foi uma experiência enriquecedora e desafiadora, que me permitiu desenvolver habilidades de escuta ativa, empatia e intervenção terapêutica. Além disso, aprendi a lidar com situações complexas e a adaptar minha abordagem de acordo com as necessidades específicas de cada cliente.

Durante esse período, também participei de reuniões de equipe e supervisões clínicas, onde tive a oportunidade de discutir casos, trocar experiências e receber feedback construtivo sobre meu trabalho. Essas sessões foram fundamentais para o meu crescimento profissional e para aprimorar minhas habilidades clínicas.

No geral, o período de estágio foi uma experiência enriquecedora e formativa. Apesar dos desafios iniciais com a mudança na supervisão, consegui superar as adversidades e aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizado e desenvolvimento oferecidas pela instituição. Estou grato pela oportunidade de contribuir para o bem-estar da comunidade e sinto-me encorajado para aplicar os conhecimentos e habilidades adquiridos no meu futuro profissional.

2.4 Caso de Avaliação Psicológica

As crianças desde o nascimento são avaliadas pela sua condição física, comportamento, linguagem, capacidades cognitivas, aprendizagem, competências sociais, humor e personalidade. As avaliações baseiam-se em teorias psicológicas e conhecimento científico

sobre o desenvolvimento e comportamento da criança de acordo com as normas sociais e culturais vigentes. Os pais, outros membros da família, professores, pares, amigos e profissionais de saúde fazem parte do processo de avaliação como informadores, tal como as próprias crianças (Mash, 2007).

A avaliação psicológica é uma atividade exclusiva do psicólogo e desempenha um papel fundamental na sua prática. É um procedimento estruturado e complexo que possui vários objetivos. É realizado em ambiente clínico, para que possam compreender melhor o indivíduo, planejar melhor as intervenções terapêuticas e/ou recolher informações úteis para monitorizar os problemas atuais. (Mash, 2007).

A avaliação e intervenção em psicologia infantil são fundamentais para entender e promover o desenvolvimento saudável das crianças. Esses processos visam identificar necessidades, avaliar o funcionamento psicológico e emocional, e implementar estratégias de intervenção adequadas para ajudar as crianças a superarem desafios e alcançarem seu potencial máximo (Achenbach, 2011).

2.4.1 Descrição do caso

No caso específico que chamaremos de “M”, é uma criança de 5 anos de idade, o pedido de ajuda foi realizado pelo pai que chamaremos de “E”. O motivo do pedido foi para avaliar o desenvolvimento emocional e psicológico de M devido a separação dos pais. A criança estava a ter alguns comportamentos que para os pais eram estranhos, por isso, solicitaram uma avaliação psicológica.

Antes da entrevista com os pais da criança, foi-lhes explicado sobre a confidencialidade de todo o processo, e apresentado os termos que estavam descritos no consentimento informado como os horários de funcionamento, faltas e desistências, sendo esclarecidas todas as dúvidas, ambos os pais assinaram o termo de consentimento informado.

Durante o processo de avaliação, foram aplicados três testes psicológicos padronizados para M responder. O primeiro foi o teste de Desenho da figura humana (Goodenough, 1982), o teste de desenho da família (Corman, 1990) e o teste de Bar-ilan (Itskowitz & Strauss, 1986). O teste de figura humana visa avaliar a percepção da criança sobre si mesma e suas relações interpessoais, enquanto o teste de desenho da família examina a dinâmica familiar e as relações entre os membros da família. Por fim, o teste de Bar-ilan foi utilizado para avaliar a capacidade de M em lidar com situações de conflito e resolver problemas de forma eficaz.

Foram realizadas cinco sessões para a avaliação. Nestas sessões o M teve um comportamento cooperativo, sem ultrapassar os limites previamente combinados com o terapeuta, muito atencioso, educado, respeitador e participativo.

2.4.2 Entrevista com os Pais

O Pai tem de tem M 34 anos, técnico em logística. A mãe de M iremos chamá-la de “T” tem 36 anos. Atualmente, nenhum dos progenitores estão em novos relacionamentos amorosos.

A entrevista inicial, ou anamnese, revelou que M tem uma irmã de 7 anos e ambos vivem em formato de guarda partilhada, a cada semana ficam com um dos pais, uma decisão realizada por ambos os pais de forma amigável. Ele é descrito como um menino inteligente e sociável, com bom desempenho escolar. No entanto, o pai descreve o motivo do pedido expressando preocupação com o comportamento de M, notando que ele tem receios de coisas novas, fica com medo de tentar realizar algumas tarefas, o pai refere que M é muito perfeccionista e não gosta de errar, quando erra fica a chorar, não gosta de ser repreendido, quando isso acontece chora também. Ele fica muito no canto dele, ultimamente tem dificuldade de pedir para ir à casa de banho, mas que acontece apenas na casa da mãe. Além disso, eles observaram que M parecia estar enfrentando dificuldades para lidar com a separação dos pais.

Em relação a saúde de M não há nenhuma indicação de doenças ou sintomas. Segundo o pai o M tem bons comportamentos na escola, e tem um bom desempenho escolar.

2.4.3 Primeira sessão

Na primeira sessão, foi realizado o primeiro contato com M, foi importante para iniciar a relação terapêutica, foi observado pelo terapeuta que a criança estava calma, bem-vestida e bem cuidada em relação a higiene, não apresentou dificuldade em estar no consultório sem os pais, apresentava um humor normativo, ou seja, não apresentava irritabilidade ou afastamento emocional.

Foi explicado ao M sobre o motivo do pedido dos pais pelo qual ele estava em consulta psicológica e sobre a preocupação dos pais em relação alguns comportamentos que ele estava a apresentar. A avaliação foi realizada em dois sentidos, em um sentido a cada sessão era aplicado os instrumentos e em outro sentido conversamos um pouco para que a avaliação se

desse também por meio da observação nos momentos que tínhamos para aplicação dos instrumentos.

Nesta sessão foi realizado o teste de figura humana. A criança não demonstrou resistência em realizar a tarefa, mas teve algumas dificuldades em desenhar os dedos das mãos e dos pés. Os pais disseram-me que a professora na escola, já havia sinalizado a importância de M treinar a motricidade fina por ter dificuldades em relação a esta situação.

Foi solicitado pelo terapeuta ao M se ele poderia falar como era a escola? Do que ele mais gostava, do que ele menos gostava? O que a criança gostava mais de fazer em casa, o que menos gostava? Como era a relação dele com os pais e com a irmã? Qual era o colega que ele mais gostava e o que menos gostava?

O M respondeu a todas as perguntas com muita espontaneidade. Reportou ao terapeuta que gostava de estar na escola, e gostava de tudo na escola. Disse que era amigo de todos os colegas e não havia nenhum colega que ele não gostasse. Disse que ama muito os pais e gosta de estar com eles e da irmã. Disse que não queria que os pais vivessem separados porque a cada semana precisa estar com um deles, e dizia isso com um aspeto triste. Então o terapeuta perguntou-lhe: “Parece triste ao falar sobre isso?” O M responde: “Sim, fico um pouco triste!” As condições necessárias e suficientes estavam presentes na relação no cliente, no terapeuta e na relação terapêutica.

No final da sessão o terapeuta agradeceu a participação da criança e sinalizou que o gostaria de o ver na próxima semana.

2.4.4 Segunda sessão

Nesta sessão percebi o M estava mais alegre e mais entusiasmado para realizar a avaliação. A criança estava muito à vontade na sessão. Foi realizado o teste do desenho da família. O teste desenho da família foi criado por Corman (2003) com o objetivo de examinar as relações emocionais dentro da família. É um teste projetivo e gráfico que traduz o conteúdo do mundo interior do sujeito por meio de linguagem simbólica.

O M começou por desenhar ele e a irmã primeiro e juntos, logo a seguir desenhou os pais um pouco distante dos filhos. A criança apresenta um aspeto tranquilo ao realizar a tarefa.

Conforme o manual do teste desenho da família, Corman (1990) orienta que, após a criança terminar de realizar a tarefa do desenho, é realizado uma entrevista com a criança para tentar perceber melhor sobre a relação e emoções da criança com a família. Realizei um

diálogo com a criança, neste diálogo foram realizadas algumas perguntas por mim conforme o manual orienta, as quais são:

“Ora vamos saber quem são! Neste momento a criança diz o nome de cada um e a idade”.

T – M poderia dizer em tua relação com os teus pais quem manda mais? E por quê?

M – A mamãe. Ela fica mandando em tudo.

T – Quem tu achas o mais simpático? E por quê?

M – O meu pai. Porque é.

T- Achas alguém menos simpático em tua família?

M – Todos são simpáticos.

T – Quem tu achas da tua família que é mais feliz?

M – Todos são felizes.

T – Imagina que iam dar uma volta de carro, que iam passear; mas havia um que não cabia no carro. Quem ficava?

M – Ninguém ficava iriam todos!

T – Se pudesse mudar alguma coisa nesta família, o que é que mudavas? Ou deixava igual?

M – Que morássemos todos juntos novamente.”

2.4.5 Terceira sessão

Nesta sessão M apresentava um aspeto alegre e saudável, sempre meigo com ambos os pais. Conversamos sobre como foi a semana dele e não havia nenhuma situação fora da normalidade. Foi-lhe apresentado o último teste o Bar-Ilan, que é uma entrevista semiprojetiva, com 9 cartões contendo desenhos que permite-nos avaliar a perceção da criança sobre a sua posição na sociedade, o ambiente educativo formal, o ambiente familiar, bem como as suas próprias fragilidades e capacidade de lidar com as situações do quotidiano.

O M realizou o teste respondendo todas as perguntas de cada cartão dentro do tempo previsto, sem dificuldades.

2.4.6 Quarta sessão

Nesta sessão, houve a devolução dos resultados aos pais como estão descritos nas interpretações dos testes, sinalizando que não foi encontrado comportamentos ou sintomas

não normativos na vida do M com base nas observações em consulta e nos testes realizados. Os pais ficaram contentes com os resultados e mais tranquilos em relação ao M. Perceberam que os comportamentos do M faziam parte do desenvolvimento de sua faixa etária. Agradeceram-me pelo acompanhamento e pela avaliação realizada.

2.4.7 Resultados

Em relação ao primeiro instrumento de avaliação, foi obtido o seguinte resultado referente a interpretação do Teste da Figura Humana.

De acordo com a pontuação do teste da Figura Humana (Anexo III) obtida no desenho, a criança tem uma idade mental de 5 anos. Após análise do desenho verificou-se que apresenta equilíbrio emocional e mental, demonstração de rapidez, energia, e medos para ter iniciativas. Possui abertura a possíveis fugas das situações emocionais, possui ingenuidade, identifica-se com o sexo masculino. A criança demonstra confiança nas funções sociais, apresenta uma ligeira desconfiança dos outros. Apresenta insegurança, timidez e passividade em relação a ter iniciativa, não apresenta ser agressivo, mas tem característica de ser submisso aos outros, possui uma realização infantil para a sua idade.

Em relação ao segundo instrumento de avaliação, foi utilizado o teste desenho da família. Foi criado por Louis Corman (2003) com o objetivo de examinar as relações emocionais dentro da família. É um teste projetivo e gráfico que traduz o conteúdo do mundo interior do sujeito por meio de linguagem simbólica.

A Interpretação do Teste Desenho da Família (Anexo II), revela uma personalidade introvertida. Os desenhos realizados de forma semelhantes podem indicar perda da espontaneidade que ocorre em um ambiente repressivo ou cheio de regras, ou pode estar assim desenhado devido a dificuldades da motricidade fina da criança já referido pela educadora e pelo pai. Existe uma valorização de si mesmo (egocentrismo), em seguida apresenta uma relação próxima com a irmã seja por admiração, submissão ou temor da irmã.

No desenho verificou-se uma distância entre os pais no lado direito e os filhos no lado esquerdo da folha, isso pode estar associado a separação dos pais, ou seja, divisão da família nuclear. É possível que a distância dos dois grupos, possam estar associados a dificuldade no relacionamento em que M e a irmã estão a viver atualmente, devido estarem a ficar uma semana com o pai e outra semana com a mãe alternadamente. Este distanciamento no desenho

sugere a existência de algum desconforto associado a mudança significativa na vida da criança.

Os desenhos com pouco investimento por parte da criança como por exemplo: não havia mãos e pés nos bonecos, as faces dos desenhos faltavam membros como orelhas, sobrancelhas, nariz, não tinha vestimenta, entre outros detalhes. O manual orienta que a falta de investimento no desenho pode estar associada aos sentimentos de insegurança pelo medo de falhar ou pela questão da motricidade já referido. A presença do sol pode estar associada a sentimentos positivos na interação entre todos os elementos, relacionados com amor e afeto. A criança revela um maior contacto com a realidade. (desenho na zona inferior).

Por último, conforme a Análise de Protocolo **do teste Bar-ilan** (Anexo I), segundo as respostas do M que foram recolhidas, obtivemos os seguintes resultados da análise de teste:

Na **caracterização emocional**, revelou um M predominante positivo, se encontra feliz na maior parte da tarefa, exceto quando deseja parar para brincar.

Em relação a **motivação** – apresenta-se motivado para enfrentar as situações desafiantes. O seu locus de controlo interno não tende a culpabilizar a ninguém pelos seus fracassos.

Nos **comportamentos interpessoal e áreas de conflitos** – o M apresenta muita interação positiva com os colegas, não apresenta conflitos entre os colegas.

Em relação aos **professores, pais** - os adultos são vistos como protetores e cuidadores. Os pais são vistos de maneira positiva numa relação afetiva de amor e cuidado. Sente uma tristeza relacionado a separação dos pais que se expressa pela palavra “saudades”. Com os **pares e irmãos** – sente-se feliz e aceitável entre as outras crianças.

No **grau de domínio e sentimento de competência** – o M apresenta uma narrativa de bons comportamentos na escola em que o professor está sempre a elogiá-lo, sente que satisfaz as expectativas dos pais e do professor. Possui força interior para não desistir dos objetivos.

Na **qualidade dos processos de raciocínio** - é inteligente, possui sequência lógica de raciocínio e dos pensamentos, consegue se concentrar no aqui e agora.

Em relação a **atividade** – demonstra ser muito ativo, consegue executar atividades global como jogos e tarefas. Apresenta competência de aprendizagem normativo. Em relação a motricidade apresenta alguma dificuldade a nível do desenho.

Ao realizar todos os testes, verificamos que o M apresenta um desenvolvimento emocional e psicológico normativo dentro da faixa considerada para sua idade. Ele

demonstrou uma boa compreensão de si mesmo e de suas relações familiares, bem como habilidades de resolução de problemas adequadas para sua faixa etária.

2.4.8 Reflexão do caso

No caso de M foi observado os seus comportamentos em diferentes contextos, como é o comportamento na escola, se M tem interações com os professores e colegas, e se tem interesse pelas atividades escolares. Em relação aos comportamentos com a família, como a criança interage com os familiares e como é o ambiente nas casas dos pais. Mesmo que não foi encontrado sintomas de ansiedade de separação, foi importante avaliar o desenvolvimento cognitivo para tentar perceber os porquês de alguns comportamentos que estavam a preocupar os pais, verificando-se que o M está a desenvolver-se de acordo a sua idade.

2.5 Caso de Intervenção Psicológica

A abordagem humanista na psicologia destaca a importância da compreensão e valorização da experiência subjetiva do indivíduo. Chegou ao gabinete de psicologia um pedido de atendimento psicológico da cliente que a chamaremos de P. A P tem 43 anos, solteira, com 1,70cm de altura, magra, cabelos ruivos e por cima dos ombros, faz caminhadas e ginásio. Atualmente vive com o seu namorado em seu apartamento. Trabalha com bases de dados (Empresa de TI), tem licenciatura em Geografia. O motivo do pedido é sobre infertilidade.

Foi-lhe explicado desde o início que seria um estagiário que faria o seu acompanhamento com a supervisão da coordenadora da instituição, e que as sessões poderiam ser interrompidas, devido a carga horária do estagiário ter um limite de horas. Foi-lhe dito sobre a confidencialidade, as normas da instituição como os dias de funcionamento e horários disponíveis para os atendimentos, sobre as quantidades de faltas permitidas, devido ser uma prestação de serviço a comunidade com um valor reduzido. E Por fim, foi-lhe entregue o consentimento informado para assinar com todas as informações.

2.5.1 Entrevista

A P disse que a condição de infertilidade tem-lhe causado muito sofrimento e precisa aprender a gerir esse sofrimento da melhor maneira. Sente-se baralhada em relação as

atividades do trabalho as vezes com falta de concentração, com muitos pensamentos ao mesmo tempo. Ela disse: “parece que apenas eu estou preocupada em ter o bebê”.

Disse que o namorado não fala nada, a não ser, “se tiver de acontecer, acontecerá”. A P diz que ele não é muito de falar, ele evita as discussões. A P relata que é o oposto, quer sempre deixar as coisas claras. Em 2021 a P descobriu que tinha dificuldades para engravidar. Após 6 meses fez uma fertilização in Vitro sem obter um resultado positivo, não tentou outro tratamento até hoje.

Perguntei a cliente se ela sente pressão da sociedade, dos colegas, amigos e/ou familiares para ter um filho?

A P disse: “a pressão social não me afeta em relação a ter um filho, a minha família me apoia de alguma maneira”.

Em relação a história de vida, nasceu de parto normal, os pais eram casados a 3 anos quando a sua mãe ficou grávida, foi desejado pela mãe, mas pelo que ouviu do pai não foi desejado por ele, e não foi planeado. Nasceu com 8 meses. O seu desenvolvimento foi normal quanto a linguagem, a andar e a coordenação motora. Teve uma infância feliz, sem preocupações, mas desde criança teve sempre anemia.

Os pais da P separaram-se quando esta tinha 12 a 13 anos. Foi uma separação pacífica. Disse que não esperava nada daquilo, nunca tinha visto os pais discutirem, mas aceitou a separação. Tem um irmão com 42 anos idade. Aos 18 anos teve o primeiro namorado, ele tinha 20 anos de idade, a relação durou 13 anos. A mãe soube da relação quando tinham 4 anos e 6 meses de namoro. Comentou a P: “nós não tínhamos muita abertura para falar sobre coisas íntimas”.

Morou com a mãe até os 27 anos, neste período a P curso licenciatura em geografia concluindo o curso aos 24 anos, logo a seguir aos 25 anos começou a trabalhar, depois de 2 anos foi morar com o meu namorado no Algarve, depois voltaram para Lisboa e terminaram a relação. A P relatou que quando terminaram, logo depois, o rapaz engravidou a namorada de um amigo. Isso para ela foi horrível e se sentiu mal com isso, como se ele a tivesse traído.

A sua segunda relação, durou 2 anos. (Sem muitas preocupações).

A terceira relação durou 3 anos, essa relação aconteceu quando a P emigrou para Holanda em busca de novas oportunidades, sentiu que precisa mudar de país, deseja ter uma experiência fora, foi com o propósito de juntar dinheiro para comprar um apartamento, esse objetivo foi conquistado, é o apartamento que a P vive atualmente. O ex-namorado era espanhol, depois de um tempo percebeu alguns comportamentos estranhos. O ex-namorado foi diagnosticado com autismo, a P relata que a relação se tornou sufocante para ela e tóxica.

No quarto relacionamento, durou 1 ano e foi o pior de todos até aqui segundo a P. Disse que estava muito sozinha, precisava de alguém que a entendesse, queria falar português já não falava a muito tempo. Foi quando conheceu o seu ex-namorado que inicialmente a entendia, tinha a mesma cultura que ela porque era português. Isso no início foi bom, mas depois começou a loucura e os comportamentos psicóticos segundo a P.

A P diz que o rapaz tinha surtos de ciúmes severos, ela percebia o rapaz consumia alguma substância psicoativas, começou a persegui-la ao ponto que foi necessário ela chamar a polícia. A P iniciou uma terapia psicológica na Holanda, mas não gostou das consultas. Comentou a P: “A psicóloga ficava a me dizer que eu deveria denunciar o meu ex-namorado as autoridades, mas eu não queria fazer isso. Ela ficava a dizer: Se você não o denunciar, será eu a fazer, dizia psicóloga”. A P relatou que se sentia pressionada pela sua psicóloga.

Quanto ao atual relacionamento, a P conheceu o seu namorado depois de regressar para Portugal. Estão juntos a 4 anos e meio, mas não vê muito futuro em seu relacionamento. A P disse: “Nós já nos separamos uma vez, antes de fazer a fecundação in Vitro, um belo dia ele arrumou suas coisas disse que iria para a terra da mãe dele e não voltaria mais, apenas meteu as coisas no carro e foi-se embora”.

Disse que ficou a ver aquilo e a pensar no ocorrido e supostamente não havia motivo para o término repentino. A P emagreceu 12 kg em um mês. Mas depois de 2 a 3 meses começaram a falar aos poucos, e logo a seguir ela permitiu que ele voltasse a viver com ela em Lisboa.

Disse a P: “Sei que não fiz bem, eu deveria ter dado mais tempo para mim, já estava a acostumar a viver sozinha e depois colocar uma pessoa 24 horas em casa, pensando bem não foi muito positivo”.

A P não tem problemas de sono, realiza ioga todas as semanas, tem uma alimentação normal, mas come muito chocolate.

2.5.2 Segunda sessão

A P começou a falar da infertilidade. Nota-se que tem a consciência que o tempo está limitado e que tem poucas chances de acontecer, mas entende que não apareceram as condições ideais para ser mãe antes. (Não se sente culpada em relação a isso), mas está sempre presente a tristeza nela e os pensamentos de ser mãe. Disse que queria deixar um legado para a geração seguinte, queria ter a própria experiência, ensinar um ser, ter a interação com ele. Mas já começa recear que não vá ser mãe.

Depois a P começou a falar sobre o relacionamento dela. Disse que precisa ter uma conversa com o namorado, mas ainda não quis ter por vários motivos. Ela disse: “passou um ano e alguns meses que ele voltou para cá e eu não consigo confiar da maneira que confiava, me parece que ele não está a fazer muito para eu confiar”. Disse está com os pés atrás, fica com esse medo constante que volte a se repetir.

A P volta a falar sobre o facto que foi um dos maiores erros foi quando ele voltou e ela o ter aceitado novamente. Ela disse: “ele ter vindo logo para a minha casa sem que eu pudesse ter espaço, porque foi um bocadinho liga e desliga, ele foi-se embora e tive que aceitar sem saber o porquê? (Observação, o rapaz foi-se embora meses antes que ela tivesse feito a fecundação in Vitro). Ela descobriu que ele não estava sendo 100% sincero, quando ele se foi embora, por ele não partilhar o que pensava. A P fala que quando ele voltou, ele prometeu melhorar e que iria corrigir isso, mas refere que não está a ver ele mudar, acha que ele é assim e que dificilmente mudará.

A P faz um resumo das suas relações e diz que a cada relação, foi tentando melhorar a sua forma de ser, como ser uma mulher melhor para a relação dar certo, mas que não teve muita sorte. A P diz que não sabe por que não consegue falar com ele o que deseja falar (sobre a infertilidade e o ter aceitado), pensando que talvez seja medo dele não ser sincero com ela.

2.5.3 Terceira sessão

Nesta sessão, a P disse que tinha feito uma cirurgia de varizes. Reafirmou que os pensamentos da maternidade estão sempre presente em vários momentos do dia. A P explorou as várias hipóteses que ela teria em sua vida, como por exemplo: O namorado, ela e o bebé; ela e o bebé apenas sem o namorado; outra opção era se fosse o útero de outra mulher, poderia ser, mas ela não se sentira confortável; barriga de aluguel seria a última opção.

Começou a dizer que precisa pensar mais nela e gostar mais de si mesma, porque sempre pensou mais nos outros do que em si mesma. Durante o processo terapêutico, começou a fazer algumas atividades para relaxar como respiração, melhorou a alimentação, e principalmente a cada 2 meses sair de Lisboa em um fim de semana (para a P é muito importante sair de Lisboa, ela sente a necessidade de sair da agitação).

2.5.4 Quarta Sessão

A P teve uma experiência com uma criança de 1 ano e meio filho de uma amiga, que reforçou ainda mais o desejo de ser mãe. Disse que teve uma excelente experiência e que agora não tem dúvida que seria uma excelente mãe. Disse novamente que está por fazer um esforço para pensar mais em si, porque pensa e toma as decisões mais em função do namorado. A P percebe que, do jeito que está a relação não é muito saudável (na verdade, a P é quem toma praticamente todas as decisões do casal, o namorado aparentemente tem um estilo evitante e passivo). A P refere que está a abdicar das suas vontades e desejos pessoais, mas ele não está abdicar.

A P disse que já está a observar melhor o namorado e disse que percebe que ele está a olhar apenas para si mesmo, deu um exemplo sobre uma viagem que tinham para o Algarve quando ele ignorou levar o cão, devido aos custos envolvidos, apesar de ser algo que estava planeado. A P refere que o gasto dele em casa é mínimo, pois o apartamento é dela. (Ou seja, segundo a P, o namorado não respeitou a sua vontade, pensando mais no dinheiro do que nela, sendo que o dinheiro não era o problema). Voltou a falar em sua dificuldade em conversar com o namorado. Diz que não há confiança na relação e que ele não faz nenhuma programação para o casal do tipo, programar um jantar para os dois, não há convida para fazer nada fora da rotina diária, não faz um programa de férias.

2.5.5 Quinta Sessão

Nesta sessão a P disse que falou algumas coisas com o namorado algumas coisas que a incomodavam, mas o resultado não foi positivo. Ela disse: “Fiquei surpresa, porque eu estava a lhe dizer tudo que eu sentia e ele me disse que tudo era culpa minha (que é a P quem faz sozinha), não estava nada à espera das respostas dele. Isso bloqueou-me completamente”.

A P disse que a sensação que teve foi que ele não estava interessado em resolver o problema, mas apenas em dizer que a culpa era dela (Essa conversa foi em relação ao namorado não ter iniciativa para fazer uma programação em casal). A P disse que não quer saber de quem é a culpa, disse o propósito é resolver.

Lhe perguntei se havia mais alguma coisa que a P desejava partilhar? Ela disse:

C – Sobre os pensamentos que sempre estão a vir, quando eu tive com a criança. Eu comecei a reparar que com a cadela comecei a tratar-lhe como se fosse um bebé, tipo comecei a falar “agora vamos fazer assim ou assim”, “agora eu estou a fazer isso ou aquilo”, depois

faço umas festas e fico a pensar será que estou a ver cadela como um bebé? E fico um bocadinho assustada.

2.5.6 Sexta sessão

A P disse que estavam de férias e que as coisas estão a melhorar com o namorado. Viajaram de mota e tiveram mais tempo juntos. Mas que os pensamentos (de ser mãe e conversar com o namorado) estão a incomodar muito.

Fiz uma observação em consulta: “É possível que devido ao facto da P está a “fazer tudo sozinha” e ao facto de você não consegui partilhar com o namorado os temas que são importantes para si e para os dois, parece estar “sufocada”, ou que quer “gritar” e não consegue colocar o que gostaria para fora, acaba por pensar muito mais nesses assuntos consigo mesma.

Lhe perguntei se fazia sentido essa observação. Disse a P: “Faz muito sentido, o facto de eu não partilhar está aqui preso”.

Aqui a P percebeu que é possível que o acontecimento na Holanda, junto com a saída do namorado repentinamente pode ter deixado um trauma que a bloqueia para conversar e resolver a sua situação com o namorado.

2.5.7 Sétima sessão

Nesta sessão o aspeto da P não era bom. O cabelo não estava bem penteado, estava com um olhar triste e desanimada. Percebia que ela não se importava em nada com a sua aparência. Parecia meio perdida. Ela disse que quando sai da rotina isso lhe desestabiliza. Por exemplo: a P quando voltou das férias, ficou a olhar para as coisas no trabalho e não sabia bem o que fazer, referiu que produz menos nas atividades, na organização das tarefas, fica meio perdida, algo que levaria duas horas para fazer, leva um dia para fazer, isso em relação a tudo, tanto no trabalho como em casa. Ela disse que perde o ritmo da rotina e fica confusa para recomeçar.

Voltou a falar na relação com o namorado e que não consegue avançar. Disse que memorizou alguns pontos para falar, mas na hora de conversar sente-se perdida e fica bloqueada. se recebe uma resposta inesperada. Então lhe perguntei: “Quais seriam os pontos que a P gostava de falar com o namorado?”

A P respondeu: “Primeiro é a questão de ser mãe e depois a questão da conexão. Eu fiquei a pensar, se calhar, o facto dele ter se ido embora e não ter me dado um espaço de tempo

não me fez bem trouxe um certo trauma, foi o facto ele não ter respeitado o meu tempo, ou seja, eu lhe tinha dito que não era uma boa ele vir para Lisboa, mas ele ficou insistindo muito e eu acabei por facilitar. Outra coisa foi quando ele voltou, eu coloquei algumas regras, ou seja, algumas questões que não foram respeitadas. Para além dele ter-se ido embora e não ter respeitado o meu tempo, tenho uma certa frustração porque o que combinamos não está sendo respeitado”.

A P continua: “Foi muita coisa que não foi tido em conta e eu sempre tive que aceitar tudo, tive que aceitar que ele foi embora, tive que aceitar ele voltar, tive que aceitar em confiar, tive que aceitar ficar outra vez na mesma casa, tive que aceitar a conviver com os mesmos vizinhos, tive que aceitar tudo. Então quando me pergunto, o que foi que ele cedeu para poder estar aqui? A P respondeu para si mesma, praticamente nada”.

Então lhe perguntei: “O que seria mais importante para si agora, é estabilizar a relação para ter o bebé?”

Ela respondeu: “Agora percebo que preciso estabelecer a relação primeiro para depois ter o bebé, não é possível ter um bebé nessas condições.”

2.5.8 Oitava Sessão

Nesta sessão a P começou a dizer que estava bem, mas estava cansada. Depois começou a falar sobre o trabalho do namorado na empresa dele, dizendo que não está a correr bem e que o ele não está satisfeito. A P fez uma observação e disse que talvez seja por isso, que nos últimos 15 dias o namorado ficou mais ligado a ela. (Nas últimas 3 sessões percebi a P com um aspeto cansado do que apresentava nas primeiras sessões).

Nesta sessão a P começa a externalizar mais sobre os seus medos e emoções. Disse que o facto do namorado ter ido para terra dele, ainda mexe com ela (fica ansiosa se ele irá voltar ou não). Ela sente uma pressão consigo mesma em relação ao facto da conversa que precisa ter com o namorado, mas não consegue, sabe que o tempo está a passar, ela sabe que não está bem, mas nota-se que a P se apegava a pequenos atos de demonstração de afeto do namorado para continuar a relação. Ainda disse tem a sensação de que mesmo que diga todos os temas que precisa falar, sente que nada irá mudar, como até hoje não mudou.

Refere que desde criança teve anemia biológica em que os médicos disseram que o caso dela é diferente dos demais, ou seja, é uma anemia “permanente”. Os médicos receitam algumas vitaminas e dietas. Notei a P frustrada em relação a isso por não haver um tratamento contínuo. Ela disse que já foi a vários médicos e todos dizem a mesma coisa.

Depois a P começa a falar sobre um conflito que ela precisa resolver com uma colega de um grupo de mota que a P criou. Ela disse que consegue confrontar outras pessoas, mas não consegue o fazer com o namorado. Terminamos com a P a dizer que está a deixar o namorado resolver algumas coisas em casa, mas para ela é um esforço fazer isso, devido a sua característica de não esperar por ninguém e fazer o que precisa ser feito.

Terminamos a sessão, agradeci a P por poder fazer o seu acompanhamento, mas como havíamos lhe explicado desde o início das sessões da possibilidade de mudança do psicólogo, e foi o que aconteceu. Então as próximas sessões seriam realizadas pela psicóloga coordenadora da instituição, devido ao meu estágio ter terminado.

2.6 Reflexão do caso

2.6.1 Condições Necessárias para Mudança Terapêutica

Assim que foi estabelecido a razão da entrevista entre a entrevistada e o entrevistador, é encontrada a primeira condição, onde diz que duas pessoas estão em contacto psicológico. Na segunda condição, na entrevista pode-se ver que a cliente se encontra frustrada e incongruente. A terceira condição é encontrada em relação ao entrevistador, ela se encontrava relativamente confortável e congruente com a entrevistada.

A quarta condição, o entrevistador mostrou um cuidado incondicional positivo a entrevistada independente do tema exposto por ela ou das suas reações não verbais. A quinta condição é centrada na entrevista quando o entrevistador experimenta uma compreensão empática do funcionamento interno do cliente, e buscou comunicar esta experiência através da sua presença e sua atenção, o tom de voz, e as respostas de compreensão empáticas.

Na sexta condição a entrevistada demonstrou compreensão de ambos os sentimentos ao decorrer da entrevista, concordando com o entrevistador. Neste sentido, concluímos que as 6 condições necessárias segundo Carl Rogers (1957) para que uma mudança terapêutica construtiva ocorra, estavam presentes na entrevista.

Durante as sessões a empatia, a aceitação incondicional e a congruência estavam presentes, reconhecendo e respeitando os sentimentos e experiências da P, independentemente das circunstâncias adversas que enfrenta (Rogers, 1995).

2.6.2 Desenvolvimento Psicoafetivo

2.6.2.1 Tendência Atualizante

No contexto da teoria humanista, a autorrealização e o crescimento pessoal são aspectos fundamentais a serem explorados (Rogers, 1995). O terapeuta trabalha em estreita colaboração com o cliente identificar e alcançar seus objetivos e potenciais individuais, estimulando-a a refletir sobre suas prioridades e valores mais profundos (Elzirik et al., 1989). Ao fornecer um espaço seguro e encorajador para o autoquestionamento e a autodescoberta, o terapeuta pode ser um facilitador para que o cliente tome as suas próprias decisões conscientes e significativas em relação ao seu processo (López et al., 2011).

A conexão entre a abordagem humanista e o conceito de Tendência Atualizante é evidenciado no processo terapêutico da P, devido a sua busca incessantemente para encontrar um significado ou um sentido em sua vida, realização pessoal tanto em sua vida amorosa quanto na possibilidade de ser mãe, e a P adapta-se às circunstâncias em evolução de sua vida, sendo a especialista da sua própria vida (Rogers, 1957). Assim como a Tendência Atualizante significa uma tendência inerente à organização do sistema nervoso para otimizar o funcionamento, a P demonstra uma busca contínua por autoconhecimento e crescimento emocional para se adaptar às mudanças em sua vida, incluindo a luta contra a infertilidade e os desafios em seu relacionamento.

Nesse sentido, a Tendência Atualizante também se relaciona com a capacidade de P de se ajustar emocionalmente a essas mudanças e encontrar maneiras de avançar, apesar das adversidades. Ela busca ativamente maneiras de lidar com sua situação, explorando suas emoções e buscando apoio para ultrapassar por esse período desafiador. (Hipólito, 2011).

2.6.2.2 Movimento de Dissociação

O movimento de dissociação no indivíduo manifesta em vários níveis de experiência: entre o locus de controle interno (a forma como um adulto experiencia os fenômenos dentro de si, como os sente) e o locus de controle externo (as decisões são tomadas pelo Outro, mesmo que digam respeito ao próprio indivíduo) (Hipólito, 2011). O movimento de dissociação também pode ser definido entre o Self percebido (como o indivíduo se percebe, se vive a ela própria), e o Self real, ou também designado de Self desejado (como o indivíduo deverá ser para ser aceite pelo outro); entre a cognição e a emoção (estes dois

aspectos da experiência deixam de estar integrados numa mesma percepção) (Hipólito, 2011 p.155).

Durante as sessões foi possível identificar o movimento de dissociação da cliente quando a cliente afirma: “eu não consigo “resolver” a minha situação com o meu namorado, tem muitas coisas que estão presas para lhe dizer, mas sinto-me bloqueada. Não consigo ter uma conversa com ele sobre termos um filho, e sobre a nossa relação, sinto-me desestabilizada”.

Em relação ao locus de controlo externo, é evidenciado quando ela disse: “Então quando me pergunto, o que foi que ele cedeu para poder estar aqui? A P responde a si mesma, praticamente nada”. Percebe-se que a cliente atribui a sua condição de vida, a sua falta de realização pessoal a falta de sensibilidade do namorado. Permitindo que ele “decida” por suas próprias escolhas. Outra situação é quando a cliente sente uma necessidade de sempre agradar os outros mesmo que não queira fazer, isso é em âmbito social e com o namorado. Pode estar associado as más experiências amorosas que teve no passado.

2.6.2.3 Self Real e Self Desejado

De acordo com Hipólito (2011), quando acontece uma dissociação entre os Self's (percecionado e desejado), provoca uma tensão e quando esta é equilibrada pelo organismo, neste caso, os sintomas aparecem (dissociação das cognições e emoções). Por exemplo: uma baixa autoestima de si, a pessoa não é capaz de perceber e expressar seus sentimentos e emoções, surgindo como possível sintoma a alexitimia.

Verifica-se uma necessidade do desejo da cliente em ser mãe quando ela disse: “Ser mãe que é dar continuidade na família, eu também vejo que ter um filho, é irmos aperfeiçoando a nossa forma de estar, nossos comportamentos a forma de lhe dar uns com os outros na família. Seria uma forma de melhorar isso para as gerações seguintes, seria também uma forma de eu passar os meus valores, de deixar algo bom”. Neste sentido, nota-se um distanciamento significativo entre o Self real e o Self desejado que revela uma grande frustração.

2.6.2.4 Sintomas e Traumas

Segundo Hipólito (2011) o sintoma constitui o melhor equilíbrio possível do organismo e possui um carácter positivo na medida em que representa a organização que este

conseguiu criar em determinada situação, para se manter em funcionamento. O trauma é visto como representação da manifestação psicológica normal de um processo que é instigado quando a auto estrutura está sob ameaça.

A cliente vê-se com sintomas de ansiedade, medo, paralisação, insegurança, solidão, frustração e abandono. Ela enumera alguns dos sintomas quando se refere que “...quando ele se foi embora eu fiquei mais insegura para dar a cem por cento como eu dava antes”, refere outra situação quando, “parece-me que é uma sensação que ele pode se ir embora a qualquer momento”. A cliente está viver numa tensão e medo constante em sua relação.

Também disse: “Sei que as chances de ter um filho estão cada vez menos”, um momento de frustração quando pensou que não tinha problema para ter um filho e descobriu que a sua chance não era mais do que cinco por cento.

Ela disse: “não tenho sorte nos relacionamentos, o meu penúltimo relacionamento me traumatizou tanto que a polícia precisou intervir, o meu relacionamento atual, também já deixou sua marca em mim”. A cliente, sente-se perdida em todo esse processo, não possuindo o locus de controle interno suficiente para produzir as mudanças necessárias.

2.6.3 Teoria da Personalidade e da Conduta de Carl Rogers

2.6.3.1 As proposições

Além disso, os princípios das "19 proposições" na abordagem humanista ressoam com a experiência de P. A primeira proposição diz: todo o indivíduo existe num mundo de experiência, em permanente mudança, do qual é o centro (Rogers, 2003, p. 487). Logo no início da entrevista a cliente relata: “Eu sou a P tenho 43 anos, vivi na Holanda por 3 anos, tive dois relacionamentos que não deram certo, atualmente vivo em Portugal há 4 anos, trabalho com TI e vivo com o meu namorado...” mostrando assim uma contínua mudança em sua vida pessoal e profissional.

A segunda proposição diz que o organismo reage ao campo perceptivo tal como este é experimentado e percebido. Este campo é, para o indivíduo, «realidade» (Rogers, 2003, p. 488). Pode-se ver que a cliente experimenta a sua realidade e a encara como percebido quando ela disse: “(...) depois de ter passado por suas relações amorosas, me desgastei, perdi muita energia, comecei a ter alguns problemas emocionais”.

“(...) então eu decidi imigrar para outro País, aí veio dificuldades ainda maiores, uma outra língua, sujeitar-me a um trabalho que eu não gosto. Então eu comecei a sentir-me frustrada ainda mais, queria falar português novamente, conviver com a minha cultura”.

Análise: Todas as experiências que a P vivenciou ao longo da sua vida, no seu campo fenomenal ou experiencial, são uma realidade percebida e entendida por ela. A reação gera comportamentos que por sua vez levam a frustração e ansiedade.

A terceira proposição de Rogers (2003) diz que o organismo reage ao seu campo fenomenal como um todo organizado (p.490). Segundo Rogers (1957) o “campo fenomenal”, abarca tudo o que ocorre no organismo em qualquer momento, e que está potencialmente disponível para a consciência. O campo da experiência é único para cada indivíduo, é um mundo particular e individual que pode ou não corresponder à realidade objetiva. A cliente disse: “Eu venho a cada relacionamento melhorando em como ser uma mulher, em como agradar o meu namorado”. (...) quando descobri que tinha poucas chances de engravidar, me organizei fiz uma fertilização in vitro, mas não deu certo.

Análise: A cliente em busca de melhorar a qualidade das próprias experiências, vem modificando o seu ambiente, o seu modo de pensar e agir, correspondendo assim à sua realidade objetiva.

A quarta proposição diz que o organismo tem uma tendência fundamental para: atualizar, manter e realçar a experiência organizacional (Rogers, 2003, p.492). Pode-se ver que no decorrer das mudanças sofridas nos últimos sete anos da vida da cliente, ela mantém-se atualizando os seus sentimentos, e comportamentos perante as novas realidades. Ela disse: “Comecei a dizer a mim mesma, preciso pensar mais em mim e gostar mais de mim, estou sempre pensar mais nos outros do que em mim mesma, comecei a fazer algumas atividades para relaxar com a respiração 15 minutos por dia, melhorei a minha alimentação, e principalmente a cada 2 meses vou sair de Lisboa em um fim de semana em uma zona calma”.

Análise: Mesmo apesar dos obstáculos, o organismo procura atualizar-se, movendo-se em direção ao crescimento e maturidade.

Em relação às proposições cinco e seis que dizem que o comportamento é, sobretudo, o esforço dirigido a um fim do organismo para satisfazer as suas necessidades, tal como as experimenta no campo percebido (Rogers, 1951, p.495) e que a emoção acompanha e, de um modo geral, facilita o comportamento dirigido para um fim; o tipo de emoção relaciona-

se com os aspectos pesquisadores do comportamento em oposição aos aspectos consumados; a intensidade da emoção está em relação com o significado percebido do comportamento para a subsistência e evolução do organismo (Rogers, 2003, p.497). Vê-se que a cliente disse: “Fiquei surpresa, porque eu estava a lhe dizer tudo que eu sentia, e que não estava feliz, e ele me disse que tudo era culpa minha, não estava nada à espera da resposta dele. Isso bloqueou-me completamente”.

Análise: A tristeza e a decepção sentidas pela P conduziram-na ao tipo do seu comportamento com o seu namorado.

As proposições sete e oito dizem que o melhor ângulo para a compreensão do comportamento é a partir do quadro de referência interno do próprio indivíduo (Rogers, 2003, p.498) e que uma parte do campo total da percepção vai-se diferenciando gradualmente como «self» (Rogers, 2003, p.501). Aqui podemos vê-las em ação quando a cliente disse: “Isso acontece desde a infância, as vezes eu aceitava fazer algumas coisas com as colegas ser querer fazer só agradar. E desde quando fui para Holanda isso ficou mais evidente, fui sozinha, sempre a correr, depois os relacionamentos sempre tentando fazer que desse certo, percebi que ficava mais tempo que o necessário, mas caiu mesmo a fixa foi no relacionamento toxico que tive de 1 ano, percebi que eu não estava pensando em mim e precisa mudar isso”.

Em relação proposição nove de Rogers (2003) onde diz que como um resultado da interação com o ambiente e, de modo particular, valorativa com os outros, forma-se a estrutura do self - um modelo conceptual, organizado, fluído, mas, consistente de percepções, de características e relações do «eu» ou de «mim», juntamente com valores ligados a esses conceitos (p. 502). Ela disse: “Tenho uma amiga que me pediu para cuidar do filhinho dela que tinha um ano e meio por uma tarde, foi uma grande experiência para mim. Eu nunca duvidei que era capaz de cuidar de uma criança, sempre pensei que daria o meu melhor e foi o que aconteceu. Parece que inconscientemente eu tinha algumas dúvidas, mas depois percebi que sou capaz de cuidar de um bebé e vi que não é tão complicado”.

Análise: A experiência que a P teve em outro ambiente, e com uma criança de um ano e meio, fez com que ela valorizasse suas capacidades e competências para ser mãe. Havia uma ser confusão interior dentro da P se realmente conseguiria efetivamente ser uma boa mãe, mas com uma breve e satisfatória experiência ela interagiu positivamente com os outro e consigo mesma – Self.

A décima segunda proposição Rogers (2003) diz que a maior parte das formas de comportamento adotadas pelo organismo são aquelas que são consistentes com o conceito de self (p.512). A cliente mostra-se em busca de se descobrir, e ela percebe que só irá conseguir o fazer, a partir do momento que ela sair da zona de conforto dela. Ela disse: “Eu não sei por que isso está acontecendo comigo, nesta parte sinto que estou a regredir. Eu não era assim, sempre disse o que pensava, o que gostava, sempre falei muito. Desde a última relação na Holanda que tive, bloqueio-me e agora sinto-me bloqueada, não consigo falar com o meu namorado sobre isso”.

Rogers (1951) diz que num grande número de casos de desadaptação psicológica, uma das causas de preocupação por parte do indivíduo é que determinados tipos de comportamentos ocorram sem o seu controlo ou sem a possibilidade desse controlo. Na sua proposição treze ele propõe que o comportamento pode surgir, em alguns casos, de experiências orgânicas e de necessidades que não foram simbolizadas. Esse comportamento pode ser inconsistente com a estrutura do self, mas nesses casos o comportamento não é «apropriado» pelo indivíduo (p.513). As circunstâncias estavam a acontecer sem o controlo da cliente. Ela disse: “É isso que notei que quando ele se foi embora eu fiquei mais insegura para dar a cem por cento como eu dava antes”. “...é como se até hoje sentisse a dor, eu não consigo explicar muito bem”.

Análise: Segundo os seus valores, com esta idade já deveria ter condições de decidir sua vida amorosa e está bem resolvida. Esta incongruência entre o seu self real e o self desejado gera uma insatisfação e uma grande tensão psicológica.

Na décima sexta proposição Rogers (2003) afirma que qualquer experiência que seja inconsistente com a organização ou estrutura do self pode ser percebida como uma ameaça e, quanto mais numerosas forem essas percepções, mais rigidamente a estrutura do self se organiza de modo a manter-se a si mesma” (Rogers, 2003, p. 519). A P disse: “o facto dele ter-se ido embora repentinamente trouxe um certo trauma, foi o facto ele não ter respeitado o meu tempo, ou seja, eu lhe tinha dito que não era uma boa ele vir para Lisboa, mas ele ficou insistindo muito e eu acabei por facilitar”.

Análise: Ao analisar tudo o que passou, e perceber essas incongruências com a estrutura do seu self, ela sente que tudo isso está a ameaçar a sua saúde mental, o facto se ainda será mãe e a própria relação com o namorado.

Por último em relação à proposição dezessete que diz que em determinadas condições que impliquem, sobretudo, a ausência total de qualquer ameaça à estrutura do self, podem perceber-se e analisar-se experiências que são inconsistentes com essa estrutura e esta pode ser revista de maneira a assimilar e a incluir tais experiências (Rogers, 1951, p.521). Vê-se que a partir do momento em que a cliente viu um padrão a se repetir quando ela começou a entrar em outro momento de transição. Um exemplo é quando ela disse: “Foi muita coisa que não foi tido em conta e eu sempre tive que aceitar tudo, tive que aceitar que ele foi embora, tive que aceitar ele voltar, tive que aceitar em confiar, tive que aceitar ficar outra vez na mesma casa, tive que aceitar a conviver com os mesmos vizinhos, tive que aceitar tudo. Então quando me pergunto, o que foi que ele cedeu para poder estar aqui? A P responde a si mesma, praticamente nada”.

Análise: Neste ponto, o conceito de self da cliente se modifica me terapia, ela conseguiu visualizar que fez o poderia fazer pela relação, para ter um filho, para ter uma vida satisfatória. A cliente tem uma autoaceitação e passa a ter mais consciência do seu conceito de self.

PARTE III

DISCUSSÃO

3.1 Caso M - Avaliação psicológica

De acordo com Rogers (1951) o homem é o próprio agente no processo de mudança da sua vida. Foi no modelo teórico da personalidade e do comportamento que compreendemos o Caso M. Deve-se levar em consideração que seu campo fenomenológico e sua experiência no mundo são privados e só podem ser verdadeiramente compreendidos por ele mesmo. Contudo, o reconhecimento total destas percepções é limitado.

M, apresenta uma personalidade inicialmente introvertida, porém, consegue relacionar quando é solicitado. As questões inicialmente apresentadas pelos pais aos poucos foram desaparecendo ao longo das sessões. Mesmo sendo sessões em que o objetivo era realizar uma avaliação para dar resposta ao pedido dos pais, as 6 condições necessárias e suficientes para a mudança estavam presentes em todas as sessões, proporcionando a M um autoconhecimento de si mesmo, e da situação em que estava a enfrentar sobretudo com a separação dos pais (Rogers, 1957).

M, apresentou um desenvolvimento normativo para a sua idade conforme a tendência atualizante (Hipólito, 2011). M está a conseguir gerir os seus conflitos e dificuldades a partir do seu desenvolvimento com as suas potencialidades. Ao final da avaliação, verificou-se que a criança tem um sentimento de pertença familiar, não foi encontrado nenhuma psicopatologia evidente. Como por exemplo, ansiedade de separação. É uma criança bem cuidada pelos pais, observei fora do horário das consultas, antes e depois das consultas, o carinho e o amor que os progenitores têm pelos filhos.

3.2 Caso P Intervenção psicológica

P é uma cliente que está numa situação extrema em seus limites, e reconhece a necessidade de mudança. Ela busca apoio psicológico para aliviar seu sofrimento e aprender a gerir as situações menos positivas. Ele menciona situações traumáticas e múltiplos traumas que influenciaram seu potencial (Hipólito, 2011). Como resultado de certos julgamentos de valor feitos em diferentes situações, podem não ter conseguido atingir o desenvolvimento do seu potencial, que ajudaria a gerir as dificuldades e sofrimentos. Um estado de cuidado

positivo incondicional é uma janela de oportunidade em um mundo cheio de opiniões e julgamentos, aceitando plenamente as experiências, emoções e o campo fenomenal dos outros (Rogers, 1957).

Assim como motivos diferentes podem produzir o mesmo comportamento, o mesmo motivo pode produzir comportamentos diferentes em momentos diferentes. Por exemplo, P deseja ser mãe, mas as ações que ela realiza para atingir essa necessidade podem ser diferentes das ações de outras pessoas com o mesmo objetivo. Dessa forma, você pode entender que são as próprias necessidades da pessoa que fazem com que ela se comporte de determinada maneira. Segundo Rogers (1957), ele afirma que há um universo dentro das necessidades psicológicas que existe dentro de cada indivíduo. E como terapeutas, não podemos moldar o cliente a um padrão estereotipado.

De acordo com Hipólito (2011), o feto que está em desenvolvimento já é um organismo vulnerável a traumas, que podem ter consequências como reduzir a realização das suas potencialidades ou afetar a sua capacidade de realizá-lo. A P quando era criança, sofreu com um diagnóstico biológico de anemia, esta enfermidade a acompanha até hoje. Ela realizou vários tratamentos médicos, mas o seu caso foi considerado raro e sem cura pelos médicos. A P referiu sobre a sua frustração todas as vezes que vai à uma consulta médica ou tratamento que é apenas um paliativo.

No caso de P, o seu relacionamento com a mãe nunca muito próximo, não havia o partilhar das questões íntimas, isso fica claro quando P disse: “minha mãe ficou sabendo do meu primeiro namorado quando eu já estava com ele a mais de quatro anos”. Quando a P tinha 12 anos, teve um episódio traumático, o divórcio inesperado dos pais. A P disse: “eu e meu irmão nunca havíamos presenciados uma única discussão dos nossos pais, a separação deles foi uma grande surpresa e tristeza para nós”. Haine et al. (2008) referem que o divórcio dos progenitores, é dos acontecimentos mais difíceis na vida de uma criança ou de um adolescente.

A partir da fase jovem/adulta a P experienciou sucessivas relações amorosas que não terminaram bem. A P experienciou em uma das suas relações o sentimento de traição, em outra a dificuldade em lidar com uma pessoa autista que controla os segundos para todas as situações. Na quarta relação amorosa considera a pior de todas, teve alguns traumas como de ser perseguida pelo companheiro que não aceitava o término da relação, e as demasiadas crises de ciúmes que ele tinha. Atualmente a P está na quinta relação que ela mesmo afirma: “não vejo futuro nesta relação, isso devido há vários fatores”. Ela foi abandonada pelo namorado sem justificar o porquê saiu de casa, mas depois voltaram a relação. Ao olhar para história e o desenvolvimento da P ao longo dos anos, podemos verificar alguns traumas que podem ter

impedido o desenvolvimento de suas potencialidades para gerir os conflitos de maneira saudável a sua saúde mental (Hipólito, 2011).

4 CONCLUSÃO

A intervenção e avaliação em um contexto comunitário representam pilares fundamentais para o desenvolvimento e bem-estar das populações locais. Estes processos multifacetados não apenas visam identificar e abordar as necessidades individuais das pessoas, mas também promover mudanças sistêmicas e comunitárias que possam melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos. Nesta conclusão, exploraremos a importância dessas práticas, os desafios enfrentados e os potenciais soluções para promover intervenções e avaliações eficazes em contextos comunitários.

A intervenção em um contexto comunitário implica em compreender e atuar sobre os determinantes sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde e o bem-estar das comunidades. Isso requer uma abordagem holística, que vai além do foco no indivíduo e considere os sistemas nos quais ele está inserido. As intervenções comunitárias podem incluir programas de promoção da saúde, apoio psicossocial, desenvolvimento de habilidades socioemocionais, entre outros, com o objetivo de fortalecer os laços sociais, capacitar os membros da comunidade e promover um ambiente saudável e inclusivo.

Um dos desafios enfrentados na intervenção comunitária é a diversidade cultural e as diferenças socioeconômicas presentes em uma comunidade. Cada grupo possui suas próprias crenças, valores e práticas, o que pode influenciar a forma como recebem e respondem às intervenções propostas. Portanto, é essencial adotar uma abordagem culturalmente sensível, que leve em consideração a diversidade e promova a participação ativa e inclusiva de todos os membros da comunidade.

Além disso, a sustentabilidade das intervenções comunitárias é uma preocupação importante. Muitas vezes, os recursos são limitados e os programas podem ser interrompidos após o término do financiamento inicial. Para superar esse desafio, é fundamental envolver os membros da comunidade desde o início do processo, identificar e fortalecer os recursos locais e buscar parcerias com organizações governamentais, não governamentais e privadas para garantir a continuidade das ações e programas.

A avaliação em um contexto comunitário desempenha um papel crucial na identificação de necessidades, na avaliação da eficácia das intervenções e no fornecimento de feedback para aprimorar as práticas existentes. No entanto, a avaliação em contextos comunitários apresenta desafios específicos, como a falta de recursos e expertise técnica, a diversidade de stakeholders envolvidos e a dificuldade em medir impactos de longo prazo. Para superar esses desafios, é importante utilizar metodologias participativas e inclusivas,

envolvendo os membros da comunidade em todas as fases do processo de avaliação, desde o planejamento até a análise dos resultados.

A implementação de avaliações participativas, que valorizam os conhecimentos e experiências dos membros da comunidade, pode aumentar a relevância e a utilidade dos resultados obtidos. Além disso, a utilização de indicadores de processo e resultado sensíveis ao contexto local pode fornecer informações mais precisas e significativas sobre o impacto das intervenções comunitárias.

Outro desafio na avaliação em contextos comunitários é a necessidade de adaptar as metodologias de avaliação para atender às especificidades de cada comunidade. Nem sempre os instrumentos de avaliação desenvolvidos em contextos clínicos ou acadêmicos são adequados para avaliar intervenções comunitárias, o que pode levar a uma subestimação dos resultados alcançados. Portanto, é importante investir na capacitação de profissionais locais em métodos de avaliação participativa e adaptar as ferramentas de avaliação existentes para garantir sua relevância e validade em contextos comunitários.

A intervenção e avaliação em um contexto comunitário são processos complexos que requerem uma abordagem holística, participativa e sensível ao contexto local. Apesar dos desafios enfrentados, essas práticas desempenham um papel fundamental na promoção da saúde, bem-estar e desenvolvimento das comunidades, e são essenciais para criar ambientes mais inclusivos, resilientes e sustentáveis para todos. Investir em intervenções e avaliações eficazes em contextos comunitários não apenas beneficia as populações locais, mas também contribui para o desenvolvimento global e sustentável das sociedades.

A realização do estágio acadêmico permitiu-me relacionar o conteúdo teórico e prático do com a psicologia clínica e do aconselhamento. A supervisão semanal nas aulas, juntamente com a supervisão da psicóloga da instituição, as apresentações de casos clínicos nas aulas, a experiências relatadas pelos colegas, as técnicas sugeridas e discutidas, hipóteses diagnósticas e ferramentas que poderiam ser utilizadas, foi para mim um aprendizado inestimável e imensurável.

As atividades desenvolvidas durante o estágio revelaram-se enriquecedoras, desde organizar os formulários dos clientes, os atendimentos em consultório e até mesmo a viagem que realizamos para acompanhar os idosos em um dia de lazer e convívio em Évora.

Acredito que a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica empática e dar aos clientes a oportunidade de expressarem seus pensamentos livremente sem julgamento é um desafio ao psicólogo que deve considerar a individualidade do paciente e vê-lo como um ser que possui características essenciais para o desenvolvimento e como um ser biopsicossocial.

Umas das limitações e dificuldades encontradas durante o estágio foi à falta da prática clínica. Por vezes, ficamos inseguros em manusear os instrumentos de avaliação psicológica corretamente para oferecer um atendimento ao cliente adequado. Outra limitação é o silêncio durante as consultas, é um desafio para nós estagiários, não é fácil gerir estas situações porque temos a tendência de pensar que devemos estar sempre a falar ou a ouvir. Mesmo sabendo que o silêncio nas consultas, faz parte do processo terapêutico como aprendemos em sala de aula.

Outra dificuldade que experienciei foi no caso P. Em relação a perceber que cada indivíduo tem o seu próprio tempo de autoconhecimento, de tomada de decisões, e de gerir suas próprias frustrações. Ao ouvir o relato da P com as suas sucessivas frustrações nas suas relações amorosas, confesso que fiquei comovido e senti muita empatia pela sua situação. Mas, em relação ao namorado atual, quando a P relatou o que havia acontecido como o namorado a abandonou, por não ter demonstrado interesse, nem mesmo em dialogar sobre a possibilidade de ter um filho com a P. Admito que alguns destes momentos fiquei incongruente. Devido estes casos, podem nos levar a realizar rápidos julgamentos sobre a situação do cliente e acreditar que temos de ajudar o cliente com rápidas soluções. A solução mais rápida para resolver um dos problemas da P que eu enxergava era terminar com o namorado.

Por isso, a Abordagem Centrada no Cliente (Rogers, 1957). Fornece a compreensão de respeitar o cliente como uma pessoa capaz de tomar as suas próprias decisões e ser o especialista da sua própria vida. Para nós estagiários é um perigo tomarmos iniciativas para resolver os problemas dos clientes da maneira que pensamos ser o melhor para eles. Assim como tive desejo de sugerir algumas possibilidades, mas não o fiz e segui o caminho que aprendi com os professores em sala de aula.

A experiência no estágio foi muito importante para mim, compreendi que cada indivíduo é um ser único, em que devem ser considerados alguns aspetos consoantes a individualidade de cada cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. (2011). Commentary: Definitely More Than Measurement Error: But How Should We Understand and Deal With Informant Discrepancies? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.
- Allen, A. J., Leonard, H., & Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(8), 976-986. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00004583-199508000-00007>.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf.
- Associação Portuguesa de Fertilidade (2020), Acedido em 24-06-22. Disponível em: <https://apfertilidade.org/#birth>.
- Barros, A. (2007). *Infertilidade (Vol. 17)*. Lisboa: Quidnovi.
- Corman, L. (1990). *O Teste do Desenho da Família*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade de Coimbra.
- Costa, R. V., Marafona, A. S., & Martins, A. O. (2023). A Idade Materna Avançada: Uma Perspetiva da Realidade Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 36(1), 69-70.
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313-2318.
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counselling and Development*, 79, 439-449.
- Elzirik, C., Aguiar, R., & Schestatsky, S. (1989). *Psicoterapia de organização analítica*. Porto Alegre: Artmed. DOI: 10.1590/S0101-81082005000100013.
- Firme, A., & Alves, F. (2022). *O Impacto da Infertilidade na Saúde Mental da Mulher-Scoping Review*.
- Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., & Wolchik, S. A. (2008). Evidence-Based Practices for Parentally Bereaved Children and Their Families. *Professional Psychology, Research and Practice*, 39(2), 113–121. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.113>
- Galhardo, A. M. J. F. (2013). *A infertilidade em Portugal: aspectos psicológicos e estudos de eficácia do programa baseado no Mindfulness para a infertilidade* (Doctoral dissertation, 00500:: Universidade de Coimbra).
- Goodenough, F. (1982). *Teste de Desenho da Figura Humana*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade de Coimbra.

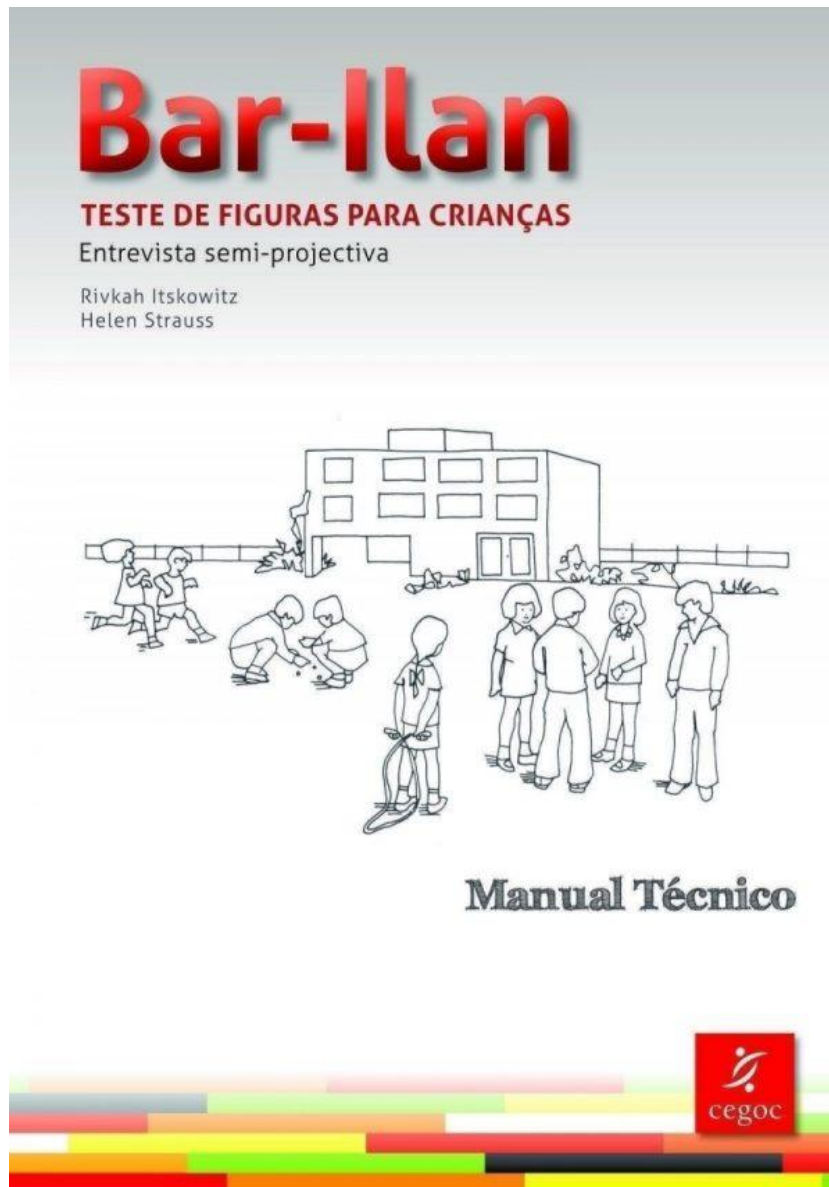
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1679-1704. DOI: S0277953697001020 [pii].
- Hipólito, J. (2011). Auto-organização e Complexidade: *Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Itskowitz, R. e Strauss, H. (1986). The Bar-Ilan Picture test for Children: A Semi-projective Test as a Means of Interviewing Children. *School Psychology International*, 7, 210-216.
- Keye, W. R. (2006). Medical aspects of infertility for the counselor. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Cambridge University Press.
- Lascasas, J. (2018). *Infertilidade*. Acedido em 25-06-22. Disponível em: <http://metis.med.up.pt/index.php/Infertilidade>.
- Larsen, U. L. (2005). Research on infertility: which definition should we use? *Fertility and Sterility*, 83(4), 846-852. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.11.033.
- López, Chaves, & Quintana (2011). *Buenas prácticas profesionales para el apoyo a la parentalidad positiva*. Gráficas Nitral SL. Arroyo Bueno, 2. Disponível em: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4104_d_BuenasPracticasProfesionales_ParentalidadPositiva.pdf.
- Madeira, P. A. G. (2017). *Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário* (Master's thesis).
- Marco, M. N. D. C. (2011). *Acompanhante terapêutico: Caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento*.
- Mash, E. J. & Barkley, R. A. (2007). *Assessment of Childhood disorders*. 4th Ed.. New York: Guilford.
- Meissner, W. W. (2000). The many faces of analytic interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 17(3), 512–546. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0736-9735.17.3.512>.
- Moutinho, S. (2003). *Tudo por um filho*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Moreira, L. M., & Esteves, C. S. (2012). Revisitando a teoria do setting terapêutico. *Psicologia*. p. 1-8.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020, august 17). *O que oferecem a Psicologia e os Psicólogos à Humanidade?* [What does Psychology and Psychologists offer to 95 Humanity?]. disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/portuguese_humanityneedspsychology_2_.pdf
- Patterson, C. H. (1987). *The Therapeutic Relationship, in Client-Centered Psychotherapy*. In E. F. Borgatta & W. W. Lambert (Eds.), *Handbook of Personality Theory and Research* (pp. 427-440). University of Chicago Press. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/c430afbce2a4ba50ff3aa39dc21d3bca/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.

- Ramazanzadeh, F., Noorbala, A. A., Abedinia, N., & Nazhizadeh, M. M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97-103.
- Remoaldo, P. C. A., Machado, H., Reis, I. M. D., Pereira, L. G., & Xavier, M. S. D. P. (2004). *A infertilidade no concelho de Guimarães: contributos para o bem-estar familiar*. Paper presented at the Congresso da Geografia Portuguesa "Portugal: territórios e protagonistas", Lisboa.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin. Disponível em: <https://integrativebiodynamics.com/files/Significant-Aspects-of-Client-Centered-Therapy-by-Carl-R.-Rogers-1946.pdf>.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1959-00842-001>.
- Rogers, C. (1974). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Lisboa: Moraes (Originalmente publicada em 1942).
- Rogers, C. & Kinget, G. (1979). *Psicoterapia e relações humanas*. Belo Horizonte: Interlivros (Obra originalmente publicada em 1965).
- Rogers, C.R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=0yHBXXhJbKQC&oi=fnd&pg=PR9&dq=On+becoming+a+person:+A+therapist%27s+view+of+psychotherapy.+&ots=7vXJx6Mwp-&sig=RivetV4fw3DkAERzKESqNi8n0lw&redir_esc=y#v=onepage&q=On%20becoming%20a%20person%3A%20A%20therapist's%20view%20of%20psychotherapy.&f=false.
- Rogers, C. (1995). *A way of being*. Houghton Mifflin. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ymS0e1jZmtMC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Rogers,+C.+\(1980\).+A+way+of+being.+Houghton+Mifflin.&ots=5Rlwq-X3RM&sig=t41vwRSuL_NF1OylSCiNd-F4Vy4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ymS0e1jZmtMC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Rogers,+C.+(1980).+A+way+of+being.+Houghton+Mifflin.&ots=5Rlwq-X3RM&sig=t41vwRSuL_NF1OylSCiNd-F4Vy4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).
- Rogers, C. (2003). *Teoria Centrada no Cliente*. Edual.
- Trickett, E. J. (2009). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 257-266. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10464-009-9227-y.pdf>.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaimaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 181-190.

- Volgsten, H., Skoog, S. A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundstrom, P. I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063. doi: den154 [pii]10.1093/humrep/den154
- Underhill, A. (1989). *Process in humanistic education*. *ELT Journal*, 43(4), 250–260. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/elt/43.4.250>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Vander Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO). *Revised Glossary on ART Terminology*, 2009. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687. DOI: dep343 [pii]10.1093/humrep/dep343.

ANEXOS

ANEXO I: TESTE DE FIGURAS PARA CRIANÇAS – MANUAL TÉCNICO



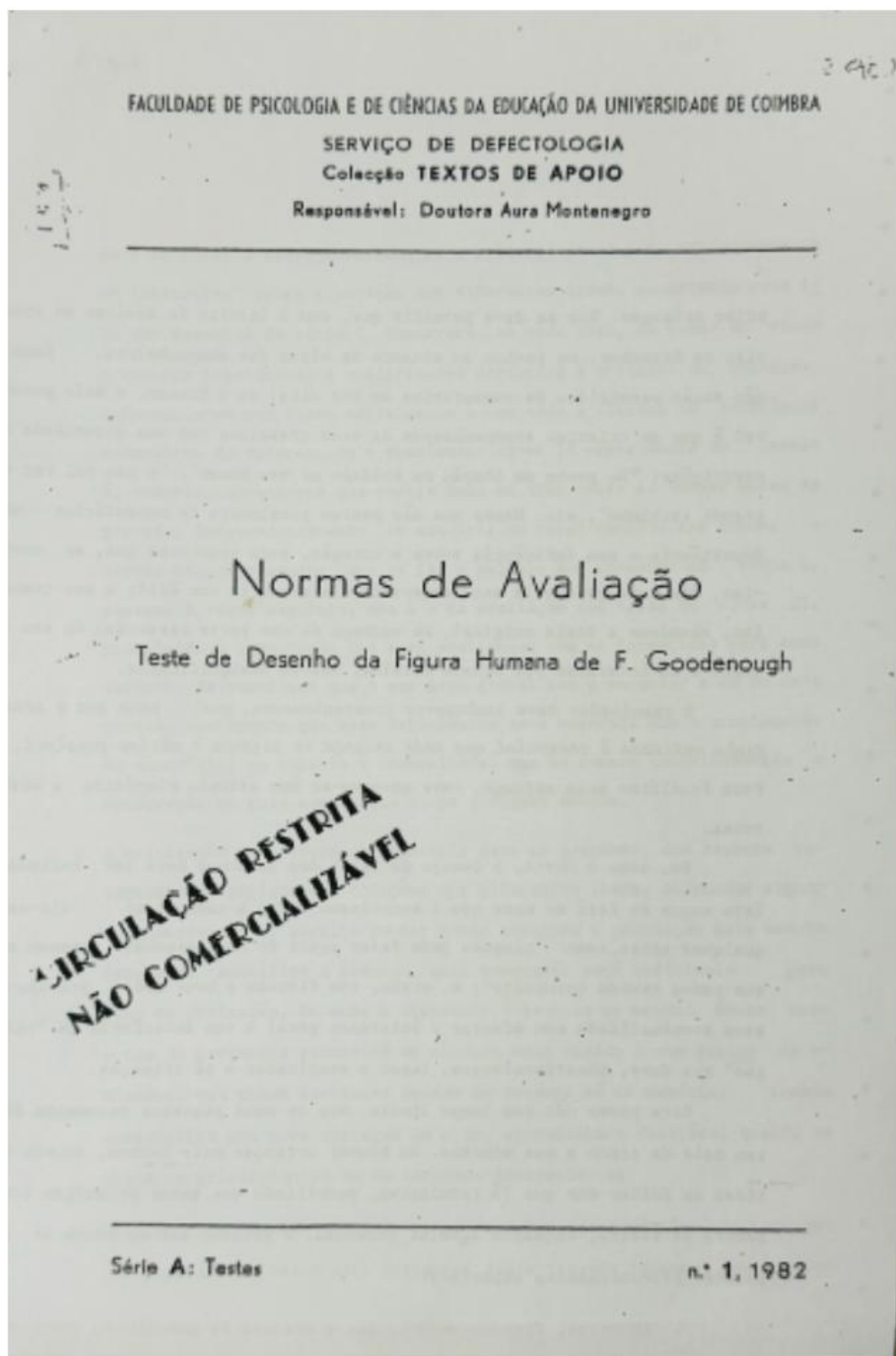
ANEXO II: O TESTE DO DESENHO DA FAMÍLIA - LIVPSIC



AUTOR:	Louis Corman
VERSÃO:	Portuguesa
POPULAÇÃO:	Crianças
APLICAÇÃO:	Individual
TEMPO DE APLICAÇÃO:	Variável
IDADE:	+ 5 anos

Descrição Técnica:

ANEXO III: NORMAS DE AVALIAÇÃO



ANEXO IV: TRANSCRIÇÃO DA CONSULTA CASO P - SESSÃO 4

T - Olá P como está?

P – Está tudo bem. Eu tive uma experiência que mexeu um bocadinho comigo. Tem uma amiga que me pediu para cuidar do filhinho dela que tinha um ano e meio por uma tarde, foi uma grande experiência para mim. Eu nunca duvidei que era capaz de cuidar de uma criança, sempre pensei que daria o meu melhor e foi o que aconteceu. E foi engraçado, porque o pensamento que vinha nos dias a seguir era, se eu tinha dúvida já não os tenho. Parece que inconscientemente eu tinha algumas dúvidas, mas depois percebi que sou capaz de cuidar de um bebé e vi que não é tão complicado.

T – Parece-me que essa experiência reforçou o desejo de ser mãe.

P – Sim. Por um lado, fiquei satisfeita por ter sido feito um pequeno teste e vi que passei. Mas depois tem o outro lado, pensei, vou fazer 44 anos já é um bocado mais difícil então fiquei um bocadinho triste porque percebi que é uma coisa que eu quero e consigo cuidar, e depois senti que já era um bocado tarde.

T – Mas enquanto houver possibilidades científicas tudo pode acontecer.

P – Sim, mas não é fácil. Agora estou a fazer um esforço para pensar mais em mim, porque eu penso muito em conjunto com o meu namorado, e do jeito que está a relação não é muito saudável. Porque notei que eu estou a abdicar das coisas, mas ele não está abdicar. O que estou a pensar agora é: ok devo tomar conta de mim, eu tenho que fazer mais vezes coisas que eu gosto. Quando ele se foi embora e voltou, eu disse a ele que um ponto para melhorarmos era a comunicação, mas percebo que nada mudou, para além dele não ter iniciativa, pela experiência que tenho, é que mesmo quando eu digo nada muda na mesma. Por exemplo, aconteceram situações neste fim de semana que percebi claramente que ele só pensa em si mesmo, coisas que eu não percebia, agora tenho percebido.

T – O que a P está a dizer é que agora consegue perceber melhor como o meu namorado funciona e como isso lhe afetava antes e não percebia.

P – Exatamente. Às vezes eu deixo arrastar as situações para não fazer asneiras, mas depois chega em um ponto que percebo que isso não vai passar daqui isso já aconteceu algumas vezes comigo. Eu já percebi que o meu namorado não mais o mesmo depois que ele voltou, está muito crítico, sempre a criticar tudo e todos, inclusive os próprios pais. Então tive que lhe

dizer sobre isso, porque estava a me afetar. Desta vez ele me deu ouvido e ficou melhorou quanto a isso. Acho que há qualquer coisa com ele, mas ele não se abre e não fala comigo.

T – É possível que haja ali qualquer coisa, conversar com ele o assunto foi importante.

P – Sim foi, porque eu começo a ver se ele está cá e não dar atenção, penso o que ele está cá a fazer? As vezes penso que ele está comigo apenas por conveniência, tipo, a casa é minha, ele não paga nada de renda, o trabalho dele é aqui em Lisboa, as coisas estão muito caras, se ele não estiver lá em casa as coisas não serão tão fáceis assim para ele. Eu o tenho perguntado, mas ele diz que está por causa de mim, mas em termos práticos não me parece bem isso. Sinto-me um bocado triste, por foi com ele que tive mais vontade de ser mãe, e estou a ver que essa relação não irá durar muito tempo do jeito que está.

T – A P está já está a ver que a relação a cada dia fica mais difícil.

P – Sim está. Porque não há partilha, confiança, é isso que eu não quero numa relação.

T – Isso faz a P sofrer.

P – Sim faz. Eu gosto de fazer algumas coisas e vejo que ele ignora completamente. Mas agora quero pensar mais em mim.

T – Parece-me que há um sentimento de solidão de estar só na P.

P – Eu tenho sido muito tolerante, estou a dar espaço para ver se ele reage, mas não vejo reação do lado dele, e as coisas que eu tenho necessidades não sou atendida! Se eu tenho necessidade de sair de Lisboa pelo menos uma vez por mês por eu tenho e ele não dar atenção a isso. Não vejo nenhum investimento da parte dele na relação. Estou sempre fechada em casa, eu limpo a casa, faço a comida, faço tudo. Olhe, só ouve uma vez que ele me chamou para jantar fora, eu fiquei tão contente, até disse a ele, mas não se repetiu mais. Eu acho que não estou a ser injusta e nem a exagerar no que quero.

T – É importante para si ter a perceção que está sendo coerente e justa em suas avaliações e decisões.

P – Sim. Acho o que estou a lhe pedir é natural de uma relação. Teve uma situação por esses dias que iríamos ao Algarve, mas tínhamos que reservar um hotel para cão, então, ele deixou para me dizer que iríamos mais em cima da hora, porque não queria gastar dinheiro com o cão, eu fiquei muito chateada com isso, porque não é gastar o dinheiro com o cão, é algo para

nós dois, então percebi que ele não ver assim. Percebi que o dinheiro é mais importante para ele do que termos um momento juntos.

T – A P está a pensar em partilhar isso com o meu namorado? Porque esse assunto a magoou.

P – Não sei se irei dizer isso. Mas acho que é preciso. Depois fico a pensar como ser mãe assim, se tenho e fico sozinha ou não, está complicado. Porque estou a abdicar de coisas na relação, e se abdicar de ser mãe também, então, prefiro estar sozinha e só abdico de ser mãe.

T – Esta situação de indecisões tem sido difícil para si, em tomar a direção certa.

P – Sim. Sei que tenho pouco tempo de chance para engravidar, a minha relação não está grande coisa, não sei. Depois é se realmente, eu não for mãe, como lhe darei com isso?

T – Aqui a questão e decisões importantes que a P precisa enfrentar.

P – Sim eu fico exausta por estou sempre a pensar nisso, sei que existe a possibilidade, mas as vezes penso em fechar logo a porta e arranjar logo a cabeça e não pensar mais nisso. Ou penso em um óvulo doado, penso nessa hipótese. Mas geneticamente depois isso me faz confusão, mas fico a ponderar essa opção.

T – É importante colocar todas as hipóteses para pensarem e discutirem sobre cada uma delas. Bom o nosso tempo acabou.

P – É verdade. Ok, obrigado doutor.

ANEXO V: TRANSCRIÇÃO DA CONSULTA CASO P - SESSÃO 8

T - Olá P boa tarde, como está?

P – Está tudo bem. Hoje quero falar que na empresa do meu namorado não está a correr bem com ele, tenho notado ele muito desmotivado, devido algumas pessoas novas estarem entrando e estão ganhando mais do que ele, e vejo ele meio desmotivado. Outra coisa é, tenho percebido que quando ele vai para a terrinha isso parece que mexe comigo. Eu sei que vou ter que falar com ele de qualquer das formas.

T – A P precisa do seu tempo e fazer as coisas dentro do seu tempo.

P – Eu tenho a sensação de que mesmo que conversemos, nada irá se resolver e não irá acontecer nada. Eu fui de férias e voltei muito cansada e não consegui organizar as ideias. (A P tinha um aspecto de cansada). Esse fim de semana tive um stress com uma rapariga que está a organizar uma viagem de mota com o grupo. Percebo que ando cansada pela ginastica mental que tive que fazer esse fim de semana.

T – Parece que se houver um stress fora da rotina gera um desgaste energético grande em si.

P – Sim. Tenho notado quando há algo fora da rotina eu regrido um bocado. Parece que ando mais cansada mentalmente que antigamente do que antes. Acho que tem a ver o que eu passei na Holanda.

T – É possível, mas o facto de ter anemia pode estar influenciando em relação ao cansaço e sobre a baixa energia.

P – Sim, pode ser também. Sinto que preciso descansar cada vez mais. Mas já fiz vários exames, em vários médicos e não consigo descobrir a origem da minha anemia. É um bocado cansativo essas idas e vindas do médico sem solução, fico sem saber o que fazer. E todas as vezes que vou ao médico eles passam apenas algumas vitaminas e dizem para eu tomar 2 meses e pronto.

T – Entendi. Já agora, a anemia tem desde criança?

P – Sim, desde criança. Desde criança sempre tive dificuldade para comer, e por causa disso, teve um período que tive dificuldades de andar quando tinha uns 4 anos. Os médicos dizem que é uma questão biológica, dizem que sou um caso “raro”, ou seja, não há muito o que fazer!

T – Isso acaba por ser frustrante para você ter uma condição médica que os médicos não conseguem resolver.

P – Sim, já fiz vários exames. Já fui em vários médicos e sempre dizem a mesma coisa. Gerir tudo isso com um nível baixo de energia não é nada fácil. Ainda tenho que lidar com uma pessoa do grupo que organizei, essa pessoa ficou com algumas funções e não está a fazer nada, eu sempre tenho que ficar a ligar e mandar mensagens está a ser um desgaste muito grande.

T – Parece que surgiu mais uma situação que está a desgastar a P, a roubar suas energias. O grupo foi criado com o propósito de lazer e diversão.

P – Sim está a me desgastar imenso. Mas já falei com a outra colega que iremos ter uma reunião e vou dizer a essa pessoa que não há condições dela permanecer no grupo desta maneira e que ela não tem disponibilidade para o grupo.

T – A P está à vontade para ter a conversa com essa colega, porque será preciso confrontá-la.

P – Sim tem que ser. Vou ter que confrontá-la e será um alívio. Eu não vou dizer o que acho, vou colocar os factos que aconteceram e por isso fico mais tranquila.

T – Parece-me que neste caso consegue confrontar uma pessoa porque tem os factos, e com o meu namorado também tem os factos e os argumentos, mas tem essa dificuldade.

P – Sim, com ele nesse momento não consigo, não consigo mesmo. Mas esses dias tenho notado ele mais próximo a mim. Já está a marcar algumas saídas de férias. Acho que tenho deixado ele mais a frente para tomar algumas decisões.

T – Vejo que para a P é um esforço não tomar a iniciativa para que o meu namorado “assuma” algumas coisas.

P – É um esforço mesmo. Desde criança sempre corri atrás das coisas que queria sem esperar por ninguém. Minha mãe sempre dizia: “Um dia não vou cá estar, então tem de despachar”. Mas estou me esforçando para dar mais autonomia ao meu namorado em relação a nossas coisas.

T – Parece que isso é importante para si também, deixá-lo cuidar de alguns assuntos.

P – Sim é, e para ele será bom também.

T – Muito bem P. O nosso tempo acabou.

P – Ok. Obrigada.