



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

O PAPEL DA PSICOLOGIA CLÍNICA NO CONTEXTO DAS
VULNERABILIDADES SOCIAIS

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

Autor: Guilherme de Aquino Félix

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Odete das Neves Fernandes dos Santos Nunes

Número do Candidato: 30011673

Julho de 2024

Lisboa

Resumo

O presente relatório tem por objetivo apresentar o trabalho desenvolvido durante o estágio curricular, no contexto da psicologia clínica. O estágio permitiu um contacto com a psicologia clínica no âmbito prático, e possibilitou o desenvolvimento de competências e habilidades na utilização de conceitos teóricos e práticos, assim como, o preparo para a prática profissional; totalizando 444 horas de estágio. No âmbito do estágio, as perturbações psicopatológicas de carácter depressivo e de ansiedade foram as que mais se destacaram ao longo do período de estágio. A depressão é uma perturbação que se apresenta através do desânimo, da tristeza e da baixa autoestima, e que podem combinar-se entre si, enquanto a ansiedade é caracterizada pela presença de sintomas como a angústia, a preocupação, e o sentimento de perigo, mesmo sem a presença de uma ameaça concreta.

Na primeira parte do relatório são apresentados os conceitos teóricos a partir de breve revisão bibliográfica, a respeito das problemáticas abrangidas no decorrer do estágio. Enquanto a segunda parte são apresentadas, detalhadamente, as atividades desenvolvidas durante o período de estágio, nomeadamente, o acompanhamento psicológico e a avaliação psicológica.

A pluralidade e variedade de atividades desenvolvidas possibilitou a compreensão das diferentes possibilidades de atuação do psicólogo no contexto da psicologia clínica.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Acompanhamento Psicológico; Avaliação Psicológica; Depressão; Ansiedade.

Abstract

This report aims to present the work developed during the curricular internship, in the context of clinical psychology. The internship allowed contact with clinical psychology in a practical context, and enabled the development of skills and abilities in the use of theoretical and practical concepts, as well as preparation for professional practice; totaling 444 internship hours.

Within the scope of the internship, psychopathological disorders of a depressive and anxiety nature were those that stood out most throughout the internship period. Depression is a disorder that presents itself through discouragement, sadness, and low self-esteem, and which can be

combined with each other, while anxiety is characterized by the presence of symptoms such as anguish, worry, and the feeling of danger, even without the presence of a concrete threat.

In the first part of the report, theoretical concepts are presented based on a brief bibliographical review, regarding the issues covered during the internship. While the second part presents, in detail, the activities developed during the internship period, namely, psychological support and psychological assessment.

The plurality and variety of activities developed made it possible to understand the different possibilities for psychologists to act in the context of clinical psychology.

Key-words: Clinical Psychology; Psychological Support, Psychological Assessment; Depression; Anxiety.

Índice Geral

Lista de siglas e abreviaturas	III
Introdução.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. Caracterização da Instituição.....	3
1.1. Público-alvo.....	3
1.2. Papel do Psicólogo	3
2. Depressão	4
3. Ansiedade	6
4. A Terapia Centrada no Cliente e a Abordagem Centrada na Pessoa	7
4.1. Abordagem Centrada na Pessoa	10
4.2. Teoria do Desenvolvimento Psico-Afetivo.....	11
PARTE II - OBJETIVOS E DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES.....	14
5. Objetivos do Estágio Académico.....	15
5.1. Objetivos Gerais	15
5.2. Objetivos Específicos.....	15
6. Atividades Desenvolvidas.....	16
6.1. Grupo de Competências Parentais.....	16
6.2. Grupo de Musicoterapia	17
6.3. Descrição das atividades promovidas pelo local de Estágio	18
7. Caso de Acompanhamento Individual.....	20
7.1. Identificação.....	21
7.2. Motivo do Pedido.....	21
7.3. Observação.....	21
7.4. História Pessoal.....	22
7.5. Análise do Caso Baseado na Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo.....	24
7.6. Análise do caso e reflexão sobre o desenvolvimento das sessões	28
8. Caso de Avaliação Psicológica.....	32

8.1.	Identificação.....	32
8.2.	Motivo do Pedido.....	32
8.3.	História Pessoal.....	33
8.4.	Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados	34
8.4.1.	Bar-Ilan	34
8.4.2.	CAT-H	34
8.5.	Resultados	35
8.5.1.	Bar-Ilan	35
8.5.2.	CAT-H	36
8.6.	Reflexão e Conclusão do processo de avaliação psicológica	36
9.	Conclusão Reflexiva sobre o Estágio Académico.....	38
10.	Referências	40

Lista de siglas e abreviaturas

APA - American Psychiatric Association

DGS - Direção-Geral da Saúde

Introdução

O presente relatório apresenta-se no domínio do programa de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa. O Estágio Académico refere-se a uma etapa de extrema importância na formação do estudante de Psicologia, como forma de instrumentalizar os recursos teóricos aprendidos para serem aplicados no contexto prático e profissional do ofício da profissão. Para além disso, o objetivo do estágio também é promover a capacidade de combinar reflexão e discussão sobre a prática das atividades desenvolvidas, de modo a preparar o aluno para a vida profissional no contexto real em que se vai inserir.

Este relatório está organizado em duas partes. Na primeira parte são apresentadas as características a respeito da instituição onde ocorreu o estágio, bem como, a descrição e aprofundamento dos conceitos teóricos ao nível da bibliografia que corresponde às problemáticas das quais foram alvo de estudo, acompanhamento e intervenção no âmbito do estágio. Enquanto a segunda parte, corresponde a descrição detalhada de todas as atividades realizadas.

A saúde Mental tem como pressuposto o bem-estar de cada indivíduo nas suas particularidades, ou seja, no desenvolvimento das suas capacidades para se adequar frente aos mais variados contextos de vida e as suas alterações, além das suas condições em lidar com situações adversas e conflitos do âmbito emocional, desenvolvendo relações saudáveis e adequadas quotidianamente (Direção Geral de Saúde, [DGS], 2023).

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Caracterização da Instituição

A instituição, na qual o estágio foi realizado pretende dar resposta ao nível de saúde pública, que auxilia no apoio à promoção da saúde mental e intervenção psicológica ao nível da psicoterapia, assim como, na avaliação psicológica, de pessoas em situação de vulnerabilidades sociais e emocionais em contexto ambulatorial e comunitário, com aposta na prevenção de comportamentos de risco, promovendo alternativas de estilos de vida mais saudáveis, sobretudo, no campo da saúde mental dentro da população-alvo (Site da Instituição).

1.1. Público-alvo

O trabalho da instituição incide no âmbito das intervenções multidisciplinares com jovens e adultos, sendo na sua maioria jovens, que podem aceder ao serviço através de uma triagem que contempla os aspetos biopsicossociais da pessoa. É realizada por profissionais da psicologia, serviço social e enfermagem, sendo avaliados os níveis de adesão ao tratamento e os graus de riscos para a própria pessoa e sua vida, sendo as condições de acesso: ter o cartão de saúde da instituição (feito de modo gratuito e instruído pelos profissionais do serviço), ser referenciado por outras instituições que fazem os devidos encaminhamentos a esta, ou ser membro familiar dependente até 25 anos de idade de algum profissional do quadro de funcionários de qualquer uma das unidades que abrangem o serviço (Santos, Comunicação Pessoal, 10 de outubro, de 2023).

1.2. Papel do Psicólogo

Para além da intervenção psicológica individual, o serviço dispõe de grupos terapêuticos abertos com temáticas específicas, acompanhamento psiquiátrico, consultas de enfermagem e medicina geral, terapia ocupacional e atividade desportiva, sendo os devidos encaminhamentos realizados com base na disponibilidade da agenda dos profissionais, assim como, de acordo com os perfis dos utentes. Neste sentido, a proposta do serviço é dar respostas adequadas à população, no sentido de ir ao encontro das necessidades de cada pessoa, tendo como

direcionamento a adaptação contínua e individual de cada utente, respeitando a singularidade da vida de cada um (Santos, Comunicação Pessoal, 17 de outubro, de 2023).

No âmbito do supracitado, o papel dos profissionais, sobretudo, dos psicólogos do serviço é o de garantir o acompanhamento psicológico dos utentes. A esta equipa cabe realizar as consultas de psicoterapia individual, assim como, os atendimentos no contexto grupal, como o dos grupos terapêuticos, sendo eles fechados ou abertos. Existem reuniões semanais sobre a discussão dos casos clínicos; é extensiva a partilha de casos, para o grupo de estagiários que lá concluem os seus ciclos de estudos. Ainda no contexto de supervisão dos casos e nos seminários de estágios, na qual cada profissional da instituição propõe temas avançadas no ensino e prática da ciência psicológica com a finalidade de proporcionar enriquecimento da instrumentalização dos alunos em formação em psicologia (Santos, Comunicação Pessoal, 24 de outubro de 2023).

Por se tratar de uma clínica que atende pessoas sem que haja o dispêndio de custos pessoais por parte dos utentes, ou seja, uma clínica assente no serviço público de saúde, esperam-se os mais diversos e variados níveis económicos, sociais e culturais. E, por esta razão, muitas das questões que surgem ao nível das queixas, pedidos de ajuda e encaminhamentos, esbarram nas questões de vulnerabilidades e fragilidades do foro social. Assim, e por esta razão, sabe-se que a grande maioria dos casos atendidos derivamse de situações problemáticas advindas dos contextos sociais que os utentes vivenciam; do encaminhamento de outras instituições que referenciam alguns dos utentes, da CPCJs, de tribunais, casas de acolhimento e diversas instituições de saúde. Faz sentido ressaltar que as psicopatologias mais recorrentes neste serviço são a depressão e as perturbações de ansiedade (Santos, Comunicação Pessoal, 24 de outubro de 2023).

Tal como referido, as perturbações de âmbito depressivo e de ansiedade, foram as que mais se evidenciaram no decorrer do período do estágio, razão pela qual, seguidamente, apresento uma caracterização e descrição de sintomatologia destas duas perturbações.

2. Depressão

De acordo com o CID-10, as perturbações depressivas são reconhecidas pelo humor depressivo ou pela ausência de prazer nos mais variados contextos de vida de uma pessoa, acompanhados por sintomas de ordem cognitiva e comportamental, sendo estes, relacionados com significativas perdas ao nível da capacidade de funcionamento da vida de uma pessoa. Já segundo o DSM-V, a perturbação depressiva configura na presença dos sintomas acima descritos, por pelo menos duas semanas, e chegando até dois anos ininterruptos. Os sintomas

podem incluir o humor deprimido, o declínio da autoestima, distúrbios do sono e do apetite. Relativamente ao diagnóstico, este acontece aquando da presença e persistência dos sintomas relacionados, além dos prejuízos significativos ao nível psicossocial na vida da pessoa (APA, 2013).

A perturbação depressiva corresponde a uma das mais elevadas e crescentes patologias na população global, cabendo frisar que esta trata-se de uma perturbação crónica e recorrente, de dinâmica complexa, e que corresponde a uma das questões prioritárias ao nível da saúde pública mundial (APA, 2013).

A depressão pode acometer a pessoa, independente da sua fase da vida, e apesar da grande incidência corresponder às idades mais médias na população, cada vez mais surge nas pessoas em idades mais jovens, como no caso dos adolescentes, assim como, em idades mais avançadas, como no caso da população sénior. Os episódios depressivos podem variar entre brandos e muito graves, acontecendo frequentemente de maneira esporádica, mas podendo surgir de modo mais recorrente ou crónico. Cabe ressaltar que, as mulheres, sobretudo, em decorrência das variações hormonais, estão mais suscetíveis ao surgimento destes episódios, especialmente na idade de maior fertilidade (AngeramiCamon, 2003).

A depressão, para além de ser caracterizada como uma perturbação que acomete o humor da pessoa, esta também caracteriza-se por um grupo de outros quatro tipos de sintomas, sendo eles, os sintomas de ordem emocional (como a perda de prazer); os sintomas cognitivos (que envolvem a distorção da visão sobre si mesmo); os sintomas motivacionais (que correspondem à passividade e a falta de autonomia); e os sintomas físicos (que se manifestam através das alterações de sono e apetite). Para que o diagnóstico seja concluído, a pessoa deve apresentar todos os sintomas acima descritos, sendo que, quanto maior a intensidade destes, mais severa pode ser a condição que a pessoa se encontra (Atkinson, 2002).

Em suma, a depressão pode ser considerada uma patologia que pode surgir em qualquer fase da vida de uma pessoa. Os sintomas podem surgir e variar de acordo a história de vida pessoal, e estes podem levar a estados de desânimo e até a quadros mais graves, na qual a pessoa já não pode responder por si mesma. Cabe acrescentar a necessidade na distinção entre a tristeza transitória, gerada por situações adversas, inerentes a todas as pessoas (como a morte de um familiar ou o surgimento de uma dificuldade financeira). Nestes casos, a pessoa passa pela adversidade de maneira entristecida, mas encontra meio de superação, enquanto nos quadros graves de depressão, a tristeza e o desânimo estão persistentemente presentes, mesmo que não haja causa ou motivação aparentes (Atkinson, 2002).

3. Ansiedade

Cada vez mais os avanços da tecnologia, os desafios económicos, as preocupações climáticas e as pressões sociais se repercutem direta ou indiretamente na vida das pessoas, fomentando sentimentos de insegurança, angústia, medo e preocupação. Assim, em decorrência das questões contemporâneas, as pessoas enfrentam, cada vez mais, dificuldades no ajuste e na regulação das suas emoções. Tal cenário tem contribuído significativamente no desequilíbrio emocional da população, colaborando de maneira significativa para o surgimento de questões relacionadas com o foro mental, especialmente entre outras, a ansiedade (Barlow, 2009).

As perturbações de ansiedade são dos diagnósticos psiquiátricos mais comuns, e acomete às mais variadas faixas etárias. Estas perturbações podem ser caracterizadas pelo surgimento de quatro modalidades sintomáticas, sendo elas: emocionais, comportamentais, físicas e cognitivas. No âmbito cognitivo e emocional, a pessoa pode aumentar a sua condição de alerta e vigília, além de interpretar de maneira distorcida os eventos à sua volta, como sinal de ameaça constante. Já no que toca ao aspeto de ordem mais fisiológica, a pessoa pode apresentar quadros de tensão muscular, taquicardia, aumento da frequência respiratória, tremores e suor excessivo (Barlow, 2009).

Em decorrência da sintomatologia dos quadros de ansiedade, a pessoa pode apresentar forte tendência em desenvolver comportamentos compensatórios, como medida de evitar as situações que possam a ser ameaçadoras. Assim, a pessoa passa a adiar ou evitar situações ou contextos importantes da própria vida, no esquema de fuga e esquiva constante. Este padrão acontece enquanto a pessoa julga de maneira desproporcional a possibilidade de perigo ou ameaça (Barlow, 2009).

Segundo o DSM-V e o CID-10, as perturbações de ansiedade estão organizadas e catalogadas em cinco categorias diagnósticas, sendo elas: a ansiedade generalizada, o stress pós-traumático, as perturbações obsessivas-compulsivas, as fobias e o pânico. Para que o diagnóstico seja realizado, é preciso que a pessoa apresente os sintomas que correspondem aos critérios psiquiátricos, assim como, apresente prejuízo significativo na sua vida quotidiana e sofrimento emocional consideravelmente constante e duradouro, de modo a comprometer negativamente a sua qualidade de vida e o seu desempenho quotidiano (APA, 2013).

Na sequência, são apresentados os conceitos da abordagem centrada na pessoa, assim como os princípios da terapia centrada no cliente, ambos pilares norteadores da minha formação no decorrer do mestrado em psicologia clínica e de aconselhamento.

4. A Terapia Centrada no Cliente e a Abordagem Centrada na Pessoa

A Terapia Centrada no Cliente (TCC) surge como uma alternativa às correntes psicanalítica e comportamental, estas sendo vistas como mais deterministas, tendo como ideia principal, propor um olhar diferenciado sobre o ser humano, diferente dos que vigoravam na época. Inserida dentro da vertente Humanista da Psicologia, a TCC teve o seu pontapé inicial a partir da década de 1940, nos Estados Unidos da América, como contraponto os modelos vigentes na época, como já mencionado. Neste sentido, Carl Rogers (1902-1987) leva para a Psicologia uma nova forma de olhar para o ser humano, e para a pessoa que solicita a ajuda e, conseqüentemente, uma nova maneira de intervir face à ajuda solicitada, o que mais tarde passou a ser conhecida como uma abordagem não-diretiva na relação terapeuta/cliente (Santos, 2004).

Contrapondo as ideias deterministas que reduziriam o ser humano à existência determinada de agentes internos (impulsos intrapsíquicos) ou agentes externos (eventos ambientais) que comprometeriam o seu livre-arbítrio, Rogers navega na oposição, e olha para o indivíduo como intrinsecamente composto por liberdade e poder de escolha. Gradualmente aprofundados no decorrer do tempo, os conceitos teóricos que à priori se destacavam apenas na psicoterapia individual passaram a ganhar força em outros campos da psicologia, como a Educação e a Aprendizagem, os Grupos Psicoterapêuticos e a Psicoterapia Familiar. (Santos, 2004).

Leal, (2018) aponta para os três pilares mais importantes e sólidos relacionados a terapia centrada no cliente, sendo estes: a Tendência Atualizante, a Não Diretividade, e as Seis Condições Necessárias e Suficientes para mudança terapêutica.

Sobre a Tendência Atualizante, está relacionada à tendência intrínseca do ser no seguimento de um fluxo em direção ao seu total desenvolvimento, e por esta razão, o terapeuta disponibiliza a sua confiança no cliente, para que este, através das condições necessárias e suficientes, se oriente no seu processo de auto-organização. Ou seja, nesta perspectiva, o papel do terapeuta na terapia centrada no cliente é de procurar compreender a experiência da vivência consciente do cliente sobre ele e o mundo. Assim, para Rogers, o terapeuta deve procurar enxergar os fenômenos da existência sob a ótica do próprio cliente, mantendo uma atitude de compreensão empática como principal meio de acesso ao mundo do outro, longe de julgamentos, suposições e diagnósticos biomédicos irrelevantes para a sua melhora. Em outras palavras, é a experiência total do outro que constitui o foco e o trabalho do terapeuta, sempre

guiado pelo princípio da confiança nas capacidades de atualização do cliente. A compreensão empática permeia todo o processo terapêutico na transmissão dos elementos e condições que permitem o poder de autodireção por parte do próprio cliente (Santos, 2004).

De entre as diretivas básicas e necessárias para um bom processo terapêutico, sustentam-se: o respeito pela autonomia pessoal do cliente; a crença na capacidade de ajustamento da pessoa; o respeito pela pessoa total; a tolerância e a aceitação das diferenças do cliente; e o desejo de ajuda na compreensão e aceitação de si mesmo. Nesta perspetiva, a relação terapêutica deve ser construída em bases sólidas da democracia, onde se construa liberdade e independência. Porém, e apesar disso, há limites importantes a serem respeitados, nomeadamente, o estabelecimento do tempo de sessão estipulado nos acordos iniciais. Afinal, compreender e aceitar os limites faz parte do crescimento individual do cliente durante o processo terapêutico (Fonseca, 2009).

Durante as sessões, os assuntos abordados são sempre de escolha do cliente, e o terapeuta deve estar apto a compreender todos os tópicos abordados, assim como o silêncio nas pausas que pode indicar constrangimento ou dificuldade na bordagem dos assuntos mais sensíveis da vida do cliente. Ainda que o terapeuta menos experiente sinta embaraço ou constrangimento, é um momento a ser respeitado, e que não deve ser interrompido. Posto isto, é importante salientar que para o cliente sentir-se validado e encorajado na sua partilha, o terapeuta deve ajudá-lo num processo constante de encorajamento na simples aceitação de suas respostas, indicando que compreensão e aceitação (May, 1992).

Segundo May (1992), devem ser levados em consideração alguns aspetos, por parte do terapeuta, nomeadamente: a) o *encorajamento*, porque embora seja um processo fácil dentro do senso comum, no contexto terapêutico pode indicar falta de compreensão e arbitrariedade; uma vez que o processo de sentir-se encorajado dá-se de dentro para fora, e portanto não é necessário que o terapeuta o faça ou fomente de maneira pouco contingente; b) o *elogio*, porque desta forma impõe-se os próprios valores, e tal acto além de pouco útil, não é espontâneo; c) *questões do cliente*, ou seja, o terapeuta deve estar e ser aberto para reformular as questões trabalhadas e da própria relação, sempre que sentir houver a necessidade, desde que para o benefício do cliente; d) *ir contra a vontade*, ou seja, explicar que não existe a necessidade de ajuda contra a sua vontade; e) *relação com individuo portador de deficiência física ou mental*, seguir os mesmos procedimentos, adaptando a relação a partir das necessidades individuais de cada pessoa; f) *realizar apontamentos durante a sessão*, devem ser realizados apenas com o consentimento do cliente, e que pode ser favorável na quebra dos embaraços causados pelos momentos de silêncio; g) *o tempo das sessões e os seus intervalos*; pode ser acordado entre ambas as partes, sem regras estreitas para tal, desde que respeitado por ambos; h) *número de*

sessões; questão aberta, sendo o próprio cliente que decide o momento em que sente não precisar mais daquela ajuda; i) *danos na abordagem não-diretiva*, embora possa não trazer ajuda, como em qualquer outra abordagem terapêutica, os malefícios são nulos. O desenvolvimento e o crescimento do cliente acontece em cinco grandes e demarcadas etapas, compreendidas entre: *o cliente a ser ajudado* (ajuda procurada pelo próprio cliente); *a expressão de sentimentos* (ao notar a compreensão empática por parte do terapeuta, o cliente passa a experienciar de maneira mais profunda os seus sentimentos, e de maneira gradual); *desenvolvimento de insights* (compreensão de si e do seu meio ambiente – reconhecimento e aceitação crescente do self); *ações positivas* (corresponde aos passos no sentido da resolução do(s) problema(s), ou seja, as tentativas do cliente de resolver, através de ações positivas, os problemas que o levaram ao atendimento); *fim da sessão* (a decisão é por parte do cliente, embora o terapeuta deve estar atento para o caso do cliente querer manter um vínculo de amizade após o desfecho da relação terapêutica, como maneira de sentir-se mais seguro e confortável) (Rogers & Rosemberg, 1977).

A questão do *insight* é algo que deve surgir no cliente a partir dele próprio, ou seja, é o cliente quem trabalha as suas questões ao seu próprio modo. Desta forma, o terapeuta não trabalha na perspectiva de comunicar o auto entendimento no cliente, mas de criar contexto para que este trabalhe e conceba a sua própria compreensão. Assim, o objetivo da perspectiva não-diretiva nesta abordagem é dar ao cliente a oportunidade de compreender a sua própria experiência, enquanto ela ocorre (Scheeffer, 1983).

Cabe acrescentar nota sobre a importância da construção de um bom *setting* terapêutico, sendo este um dos pilares mais sólidos que sustentam um processo terapêutico de sucesso, isto é, é uma variável importante na clarificação do que contempla as possibilidades, limitações, expectativas e implicações acerca do tratamento do cliente. Assim, a criação do *setting* prepara o local de atendimento de acordo com as demandas e necessidades específicas do cliente. Neste sentido, o *setting* terapêutico representa o ambiente físico e emocional, no qual se insere o acompanhamento psicológico. O *setting* terapêutico deve ser adequado e suficientemente acolhedor para que a pessoa possa sentir-se segura, confortável, acolhida e pertencente, para que o contato psicológico possa ser estabelecido (Rappaport, Davis & Fiori, 1981).

Na continuidade da importância da construção do *setting* terapêutico integra-se a presença das Seis Condições Necessárias e Suficientes, proposta por Rogers (1957) na condução do processo terapêutico no percurso clínico. Sendo estas: 1- que ambas as partes estejam em contato psicológico (Contacto Psicológico); 2- que o cliente tenha dúvidas e conflitos quanto a sua necessidade de pedir ajuda (Incongruência do Cliente); 3- que o terapeuta,

ao contrário, não tenha dúvidas ou conflitos quanto a estar lá (Congruência do Terapeuta); 4- que o terapeuta tenha aceitação incondicional quanto ao discurso e vivências do cliente (Consideração Positiva Incondicional); 5- que o terapeuta mantenha uma postura de compreensão empática com relação às dúvidas do cliente sobre estar em contexto terapêutico (Compreensão Empática); 6- que o cliente perceba, mesmo que minimamente, a consideração positiva incondicional, assim como, a compreensão empática, da parte do terapeuta (Percepção do Cliente). (Kirschenbau & Henderson, 1989) A TCC privilegia a criação de condições que possibilitem a atualização das potencialidades da pessoa, de maneira a favorecer a sua conservação e seu enriquecimento. Neste sentido, dentro da própria (tendência atualizante) existem condições e capacidades para a reestruturação e reorganização constantes do self, sendo esta uma condição inerente do indivíduo, porém naturalmente condicionadas às variáveis presentes no meio ambiente de cada ser humano (Rogers & Rosemberg, 1977).

A visão da TCC concebe o indivíduo como um todo, e reconhece a sua individualidade, possibilitando a compreensão da psicopatologia como uma experiência subjetiva. Assim, este modelo busca a compreensão para o adoecimento do foro mental, assumindo que tanto as perturbações, assim como o indivíduo, ambos têm a sua importância, caracterizando ambos como interdependentes. A TCC assenta numa perspectiva holística do indivíduo. Deste modo, trata-se de uma abordagem que busca a compreensão dos fatos com o foco na pessoa, procurando compreender como as questões da vida podem influenciar nas questões psicopatológicas, cabendo à psicoterapia a função de considerar o potencial da pessoa, no auxílio desta para seguir rumo às suas potencialidades e capacidades (Dietrich & Meurer, 2022).

4.1. Abordagem Centrada na Pessoa

A evolução do pensamento e da prática de Rogers, levou a considerar que algumas das concepções que sustentavam o modelo psicoterapêutico aplicado a um *setting* próprio, poderiam ser estruturantes e facilitadoras no desenvolvimento de relações humanas mais construtivas.

Surgiu assim, o que designou de Abordagem Centrada na Pessoa, cuja ênfase é dada ao desenvolvimento de atitudes relacionais (core conditions) que são fundamentais num processo de relação de ajuda e aplicáveis em outros contextos de relações humanas. Na apresentação acima do modelo TCC a definição destas atitudes relacionais (compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência), já foi descrita.

4.2. Teoria do Desenvolvimento Psico-Afetivo

A teoria do desenvolvimento psico-afetivo, desenvolvida por Hipólito (2011) apresenta o conceito do desenvolvimento humano baseado na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), permitindo uma maior compreensão com relação às questões psicológicas. Na sequência, seguem os conceitos fundamentais da respectiva teoria, na intenção de um melhor entendimento e discussão ao nível clínico do caso de acompanhamento psicológico, que será mostrado posteriormente.

A tendência atualizante corresponde à tendência inerente ao ser humano no seguimento do curso rumo ao seu desenvolvimento total. É manifestada desde a concepção e do processo de formação inicial do ser humano, englobando a realização de todas as potencialidades do ser, desde a sua concepção até a sua morte. Neste sentido, o indivíduo apresenta uma tendência atualizante, ou uma tendência para a complexidade, adquirindo através da sua evolução condições para a atualização (hipercomplexidade) na busca pela autorrealização (tendência para a hiper hiper complexidade (Hipólito, 2011).

A questão abordada acima tem o seu processo iniciado desde o desenvolvimento das células embrionárias, de maneira autónoma em seu próprio desenvolvimento enquanto formação do ser. Para que este desenvolvimento seja saudável, é necessário que haja condições favoráveis do ponto de vista biológico, assim como, ao nível psicológico. Assim, ao longo do processo gestacional, o sistema neurológico amadurece, originando o *self* e as suas primeiras experiências sensoriais (Hipólito, 2011).

O processo de complexificação tem a sua continuidade após o nascimento, enquanto o bebé passa a compreender as fronteiras do *self* orgânico, diferenciando as figuras do mundo exterior, primeiramente a sua mãe, e gradualmente as demais figuras, de acordo com as suas importâncias (Hipólito, 2011).

Outro aspeto importante para a discussão e compreensão do caso clínico apresentado a seguir, são as condições de valor; sendo estas atribuídas no processo de vinculação do indivíduo ainda bebé, quando este “compreende” que não há condições de permanecer vivo sem o amor do Outro, e assim, regula as suas percepções de acordo com os parâmetros de aceitação da mãe. Por existirem tais condições de valor, estas acarretam no bebé uma dissociação do que é experienciado e do que está integrado no seu campo de percepção (Hipólito, 2011).

Esse processo consciente pode levar a uma dissociação entre o que é vivenciado internamente (locus de controlo interno) e a experiência vivenciada externamente (locus de controlo externo).

Isso pode provocar tensão entre o *self* real e o *self* desejado, aquando da não existência de uma regulação apropriada. Nesse caso, podem originar sintomas relacionados, como baixa estima de si, comprometendo o reconhecimento e a expressão dos sentimentos e emoções (Hipólito, 2011).

Pelo exposto acima, originam-se alguns processos de dissociação, sendo eles: a) O *lôcus* de controlo interno e o *lôcus* de controlo externo, no qual o primeiro está relacionado à maneira como os acontecimentos são experienciados internamente; enquanto o segundo corresponde às decisões tomadas pelo exterior, mesmo respeitando a si mesmo; b) O *self* percecionado *versus* o *self* desejado, sendo o primeiro correspondente à maneira como o indivíduo se percebe a si próprio, enquanto o segundo está relacionado com o modo em que o indivíduo acredita que deveria ser para ser aceite (amado) pelo Outro; c) A dissociação das emoções e a cognição (Hipólito, 2011).

Quanto aos processos dissociativos acima mencionados, estes manifestam-se através do funcionamento do indivíduo e suas relações com o meio e o outro. Relativamente ao que tange às emoções e à cognição, a dissociação pode implicar nas dificuldades de compreensão dos sentimentos, assim como, na expressão dos mesmos. Enquanto que a dissociação entre os *self* percecionado e o *self* desejado, quanto maior o distanciamento entre estes, menor será a estima do indivíduo por si mesmo, podendo acarretar sintomas ao nível da autoestima e autoaceitação (Hipólito, 2011).

No que toca ao processo de atualização, este ocorre perante as condições máximas ao nível biopsicossocial, e de acordo com as condições de valor minimizadas. No entanto, a pessoa pode ter sido exposta a variados níveis de traumas no seu percurso e história de vida, sendo estes ao nível psicológico, biológico e social. Como consequência, possibilitam a manifestação de sintomas (Hipólito, 2011).

Assim, no que toca a psicopatologia, a teoria psico-afetiva compreende-a através da conexão entre os traumas experienciados, embora a tendência atualizante se apresenta por meio do surgimento de sintomas com o propósito da autocura. Neste sentido, quando o indivíduo não tem condições de balancear as tensões geradas a partir das dissociações vividas, apresentam-se os sintomas, sendo estes o melhor equilíbrio possível encontrado pelo próprio organismo como meio de sobrevivência em seu melhor funcionamento (Hipólito, 2011).

Assim, um desenvolvimento pleno é quando o *self* organísmico está ajustado com o *self* percecionado e o *self* desejado. A morte marca o fim desse processo, culminando num novo início de ciclo (Hipólito, 2011).

Em suma, a teoria psico-afetiva salienta a tendência inata para o desenvolvimento pleno, assim como, reforça a importância das experiências do indivíduo ao longo da vida na construção da sua personalidade e no entendimento das questões psicológicas mais complexas.

PARTE II - OBJETIVOS E DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

5. Objetivos do Estágio Acadêmico

Seguidamente são apresentados os objetivos gerais e específicos referentes às intervenções realizadas no decorrer do estágio.

5.1. Objetivos Gerais

Face ao contexto do estágio e suas implicações, foram atribuídos os seguintes objetivos gerais:

- Instituir um contato prático com a Psicologia Clínica.
- Compreender o papel do psicólogo clínico no contexto das vulnerabilidades sociais.
- Desenvolver competências no âmbito do acompanhamento psicológico individual dos casos.
- Desenvolver competências no âmbito da avaliação psicológica.
- Desenvolver competências no âmbito da dinamização de atividades de grupo em Psicologia Clínica.
-

5.2. Objetivos Específicos

No que toca aos objetivos específicos da realização do estágio académico, são apresentados as particularidades abaixo:

- Adquirir condições de associar aprendizagem ao nível teórico e ao nível prático em Psicologia Clínica.
- Compreender a articulação entre a Psicologia Clínica e as questões das Vulnerabilidades Sociais.

- Adquirir competências para a condução de acompanhamentos individuais, baseados na escuta ativa e nos princípios da compreensão empática.
- Aprender o estabelecimento de cuidado incondicional com a pessoa ao longo do seu processo de acompanhamento psicológico.
- Fortalecer as competências no processo de recolha de dados através de uma anamnese completa, estruturada e correta.
- Aprender a aplicar instrumentos de avaliação psicológica mediante às implicações apresentadas.

6. Atividades Desenvolvidas

6.1. Grupo de Competências Parentais

O grupo de competências parentais correspondeu a uma atividade com periodicidade mensal com duração de 2 horas por encontro. O grupo possuía a característica de grupo aberto, podendo ser incluídos novos participantes, a partir do interesse próprio. O grupo teve a sua divulgação na própria unidade de saúde, e os encaminhamentos partiram por parte dos psicólogos responsáveis pelos atendimentos dos filhos dos participantes em questão. Assim, e por este intermédio, o grupo dispunha da característica da partilha voluntária de cada participante, acerca das suas dificuldades e desafios no exercício de suas parentalidades. Os encontros dispunham de uma semiestrutura na qual eram abordadas os seguintes tópicos: breve apresentação individual de cada participante, breve descrição da estrutura familiar, e a apresentação das questões que motivaram a participação no grupo.

O grupo segue em funcionamento, após a conclusão do estágio, com periodicidade mensal. Minha participação correspondeu a 4 sessões, sendo a minha função auxiliar na organização e dinamização dos encontros. Além da minha presença, o grupo também contou com outra estagiária de Psicologia, além de duas psicólogas, ambas responsáveis pela criação do grupo, sendo uma delas, a minha orientadora dos acompanhamentos psicológicos individuais.

A proposta do grupo relaciona-se com o encurtamento das filas de espera da população em questão, assim como, promover o encorajamento através da partilha em grupo e a promoção

da saúde mental ao nível da parentalidade e consequentemente melhores manejos na relação desta com os próprios filhos, criando alternativas de estilos de vida mais saudáveis e mais adequados frente às singularidades apresentadas no decorrer dos encontros.

De acordo com Leal, (2018) a terapia de grupo tem o foco na relação, assim como, em todas as suas formas de comunicação (verbal e não-verbal) proporcionando condições para que o grupo se sinta livre para partilhar e expressar os seus sentimentos, com o intuito de que cada um dos elementos do grupo perceba que não cabem neste contexto julgamentos, mas sim a escolha da direção que desejam seguir de acordo com as questões que possam surgir.

6.2. Grupo de Musicoterapia

A musicoterapia é uma intervenção que utiliza os sons e os recursos do universo da música para promover e facilitar ganhos terapêuticos. Sua utilização, sobretudo, no contexto dos grupos, varia de acordo com as necessidades de cada membro envolvido no grupo. As atividades relacionadas a esta prática envolvem a audição, a composição e o improviso, podendo ser utilizadas em conjunto ou separadas, a depender das sessões e objetivos terapêuticos. Neste sentido, a musicoterapia corresponde a uma intervenção com vista a promoção, prevenção, desenvolvimento e reestruturação dos potenciais de cada indivíduo, através dos recursos da música. O paciente, neste caso, pode manifestar as suas questões através dos sons, da voz e dos instrumentos musicais (Oliveira & Gomes, 2014).

O musicoterapeuta e os facilitadores do grupo podem realizar as suas intervenções de modo direto ou indireto. Assim, cabe aos profissionais a gestão frente a organização das sessões do grupo, a estimulação das habilidades de cada participante, e o estabelecimento de limites, quando necessário (Oliveira & Gomes, 2014).

O grupo de musicoterapia do estágio em questão correspondeu a uma atividade com periodicidade semanal, tendo cada encontro a duração de 1 hora. O grupo possuía a característica de grupo aberto, podendo ser incluído novos utentes do serviço, a partir de encaminhamentos de outros profissionais de saúde da unidade. Todos os utentes que estiveram no decorrer do grupo encontravam-se em atendimento psicológico individual, e tiveram os seus encaminhamentos pelos respetivos psicólogos responsáveis pela condução de cada um destes casos. Os utentes participantes dispunham de autonomia e condições necessárias para serem integrados no grupo em questão, e neste sentido, cabe frisar que, pacientes em condições psicopatológicas mais graves não eram encaminhados para o grupo.

Esta atividade corresponde a um grupo semanal já existente no serviço, cuja minha participação correspondeu a 20 sessões, sendo a minha função dinamizar o início e o encerramento dos encontros através da partilha individual dos membros do grupo, acerca dos seus sentimentos e emoções e sobre como as sessões poderiam contribuir para tal. O grupo contou com oito utentes fixos ao longo das sessões, acompanhados no período do estágio, cujo grupo é dinamizado e organizado por um musicoterapeuta e uma enfermeira especialista em saúde mental.

6.3. Descrição das atividades promovidas pelo local de Estágio

Seguidamente encontra-se a descrição das sessões de seminário de estágio, promovidas pela instituição onde o estágio decorreu, promovidas e orientadas pelos técnicos do serviço.

Sessão 1: Apresentação da instituição e discussão a respeito do funcionamento do serviço, especificamente sobre a população atendida, encaminhamentos e referenciação de casos. A sessão foi dinamizada pela técnica responsável pela coordenação do serviço.

Sessão 2: Apresentação da infraestrutura da instituição, além dos critérios de referenciação para os utentes acederem ao serviço, assim como, a triagem multiprofissional, que é realizada por técnicos de diferentes áreas de atuação, neste caso, a enfermagem, a psicologia e o serviço social. A sessão foi dinamizada por uma técnica do serviço social.

Sessão 3: Sessão dedicada para a partilha dos estagiários sobre os temas de interesse em psicologia, assim como, os temas que podem provocar maior desconforto em contexto de atendimento em psicologia clínica. A sessão foi dinamizada por uma técnica de psicologia do serviço.

Sessão 4: Teve como tema a "Primeira Consulta", que abriu espaço para o tema da anamnese, a confidencialidade, o sigilo profissional, além de outros aspetos que contemplam a ética em psicologia. Face às partilhas, a sessão foi encerrada com um roleplay por estagiários, e o apontamento dos profissionais que dinamizaram a sessão, neste caso, duas técnicas de psicologia do serviço.

Sessão 5: Teve como tema central "O funcionamento mental e as estruturas mentais, em abordagem psicodinâmica". A sessão foi dinamizada por uma profissional de psicologia, do serviço.

Sessão 6: A sessão foi dinamizada pela coordenadora do serviço, cujo tema discutido foi: "As funções das cinco emoções básicas do ser humano, e os seus desdobramentos na clínica psicológica".

Sessão 7: Seminário dinamizado por um dos técnicos do serviço e psicólogo clínico, cujo tema discutido foi "A escrita processual". Na sessão, foi abordado o tema da partilha de informações entre profissionais de saúde, assim como, a escrita clínica em casos de relatórios, laudos e prontuários em contexto de saúde.

Sessão 8: Seminário realizado em formato experiencial e através de dinâmicas de partilha, centrado no tema "O autocuidado do psicólogo". Na ocasião foi abordado o tema do desenvolvimento pessoal e o reconhecimento de formas de autocuidado. A sessão foi dinamizada por uma das técnicas do serviço.

Sessão 9: Seminário baseado na leitura do livro "Terapia focada nas emoções", do autor Leslie Greenberg. Discussão acerca das questões e dúvidas advindas das leituras do livro. Sessão dinamizada pela coordenação do serviço.

Sessão 10: Neste seminário foi realizada a segunda parte da sessão 8, e assim, concluído o tema do "autocuidado do psicólogo".

Sessão 11: Seminário dedicado ao tema do "Psicodiagnóstico". A sessão teve partilha de caso clínico pelo técnico que assumiu a sessão, assim como, o esclarecimento de dúvidas sobre as etapas do processo do psicodiagnóstico nos contextos da clínica e da saúde.

Sessão 12: Seminário dedicado aos instrumentos de avaliação psicológica, com ênfase nos testes projetivos, assim como a sua aplicação, correção e elaboração de relatórios.

Sessão 13: Seminário com foco no atendimento de adolescentes e jovens, e os mediadores como facilitadores no processo de acompanhamento psicológico nesta faixa etária. Neste sentido, a sessão promoveu a divulgação de materiais de apoio como recurso terapêutico, nomeadamente, os jogos, os livros, as atividades de escrita, as cartas, entre outras atividades.

Sessão 14: Seminário dedicado às emoções do terapeuta, face aos acontecimentos em contexto clínico com os pacientes. Neste sentido, o tema "Transferência e Contratransferência" deu suporte à discussão de alguns casos clínicos nos quais os estagiários estavam a acompanhar.

Sessão 15: Seminário direcionado à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), e os seus desdobramentos no contexto clínico, ao nível da sintomatologia, assim como, acerca das possibilidades de atuação e intervenção frente à esta psicopatologia.

Sessão 16: Seminário dinamizado pela assistente social da instituição, cujos temas de partilha contemplaram os seguintes tópicos: os patamares da intervenção social com crianças e jovens em risco; a distinção entre perigo social e risco social; e a interface do serviço social em

atuação conjunta com a psicologia no funcionamento institucional. Sessão 17: Seminário com discussão aberta e livre para a discussão conjunta de casos clínicos.

Sessão 18: Seminário teórico-prático sobre o Psicodrama.

Sessão 19: Seminário com discussão aberta e livre para discussão conjunta de casos clínicos.

Sessão 20: Seminário com discussão aberta e livre para discussão conjunta de casos clínicos.

Sessão 21: Seminário com discussão aberta e livre para discussão conjunta de casos clínicos.

Sessão 22: Seminário realizado com equipa de enfermagem da instituição. Os técnicos apresentaram a intervenção da enfermagem no serviço em conjunto com as demais áreas da saúde, assim como, os projetos desenvolvidos pelos enfermeiros da unidade, com ênfase na enfermagem no contexto da saúde mental.

Sessão 23: Seminário com discussão aberta e livre para discussão conjunta de casos clínicos.

Sessão 24: Seminário direcionado para o processo de finalização dos atendimentos clínicos no âmbito do estágio, cujo tema central foi "Como encerrar e encaminhar casos clínicos em Psicologia".

Sessão 25: Seminário dedicado ao uso de recursos artísticos, como a escrita, a música, e a encenação, como mediadores no processo de acompanhamento psicológico. Sessão 26: Seminário com discussão aberta e livre para discussão conjunta de casos clínicos.

Sessão 27: Seminário dedicado ao processo de conclusão do estágio. Com tema semi-aberto, a sessão foi trabalhada sobre o tema da conclusão do estágio acadêmico, e contou com a partilha voluntária dos estagiários acerca das suas experiências, trocas, aprendizagens e feedback individual e de grupo. Última sessão de seminário de estágio.

7. Caso de Acompanhamento Individual

A seguir, apresenta-se a exploração, através do estudo e análise, de um dos casos clínicos de acompanhamento individual realizados no estágio acadêmico. A escolha para a apresentação do caso consiste no facto de ser o mais completo e detalhado ao nível de informações coletadas, assim como, acredito ser o caso com maior sucesso ao nível da evolução na recuperação por parte da cliente.

Para a recolha da informação, foram utilizadas sessões individuais no âmbito da anamnese e acompanhamento psicológico. Este processo decorreu em 14 de sessões.

7.1. Identificação

Maria (nome fictício) tem 44 anos, é de nacionalidade portuguesa, vive em Lisboa, é casada e tem um filho de 9 anos. Maria é licenciada em Educação, e exerce função de educadora de infância numa creche.

7.2. Motivo do Pedido

Maria procurou ajuda e apoio psicológico para lidar com episódios de fúria excessiva, nomeada por ela como "explosões de humor" (sic), além de irritabilidade constante e pouca paciência, sobretudo, na relação com o marido.

7.3. Observação

No primeiro encontro, Maria apresentou-se de maneira bem vestida e arranjada, e o seu aspeto físico, postura e maneira de se comportar correspondeu com a sua idade. Apesar disso, Maria mostrava-se muito agitada, com uma grande necessidade de falar, muitas vezes dava voltas a diferentes temas sem concluir alguns destes, e a forma como fazia parecia ser carregada de sentimentos difíceis, sobretudo, a zanga. Em outras palavras, Maria neste primeiro momento parecia zangada por diferentes razões e situações, e aparentava ter grande necessidade de falar sobre cada uma delas.

No decorrer da triagem, assim como, na primeira consulta de psicologia, a cliente referiu ser uma pessoa muito nervosa e impaciente e que não consegue pensar antes de agir, e que ao contrário disso, "explode" e depois pensa no que aconteceu, levando a situações difíceis ao nível relacional com o esposo, filhos, amigos e colegas de trabalho.

7.4. História Pessoal

Maria é filha de pais casados, cujo casamento sempre fora saudável, apesar de haver ocasiões mais difíceis. Tem uma irmã mais velha, que vive na Suíça, há mais de uma década, e que embora durante muitos anos foram muito próximas, atualmente não possuem contato entre si.

No que tange à sua primeira infância, e de acordo com o relato dos seus pais, Maria refere ter sido uma criança agitada, que fazia muitas birras quando contrariada e que chorava muito até conseguir o que queria, e que muitas vezes ficava aos cuidados da tia, por sobrecarregar emocionalmente os pais.

Sendo que aos dezoito meses de vida passou por uma situação grave de saúde, após um acidente doméstico que envolveu uma panela de óleo a ferver, e que na ocasião caiu por cima de sua pele, causando graves ferimentos, cirurgias de risco e uma recuperação exigente. Maria, apesar da situação, recuperou-se bem e não apresentou questões de saúde posteriores ao ocorrido.

Já na segunda infância em diante, foi uma criança muito mais calma e tranquila, e lembra de brincar em casa com a sua irmã e ter poucos amigos, principalmente por se retrair na fase escolar, visto que foi uma criança que passou por situação de *bullying* por usar óculos desde muito nova. Nesta fase, Maria relembra que só tinha uma amiga na escola, além de sua irmã.

Com o passar dos anos escolares, a situação de bullying acontecia cada vez mais regularmente, sendo que reprovou o nono ano escolar por não conseguir estar devidamente atenta e concentrada por estar constantemente "presa" ao cenário do *bullying*. Posteriormente a esta situação e no ano seguinte, deu seguimento aos estudos, ainda que com alguns ecos do que havia acontecido nos anos anteriores, nomeadamente, alguma desconfiança por parte de algumas pessoas e o medo da rejeição.

Com a conclusão do ciclo escolar, passou a ajudar os pais no café que tinham, enquanto fazia um curso na área da educação, e relembra que nesta altura voltava para a casa apenas para dormir, passando o dia fora e ocupada com as funções de trabalho e estudos.

Nesta mesma época, conheceu o atual esposo, e começaram logo a namorar. Nesta fase relembra ter resgatado um pouco mais de sua autoestima e sentia-se melhor, comparativamente às idades escolares. Passou então a trabalhar numa escola, na qual trabalhava ainda mais, do que quando estava no café com os pais. Refere que sentia muita dificuldade em expor as suas opiniões e de se posicionar, sendo muitas vezes forçada a fazer trabalhos contra a sua vontade e cumprir horários que lhe causavam prejuízo, ao nível da organização da vida social e afetiva.

Passado algum tempo, começou a trabalhar numa casa de acolhimento como educadora, após a conclusão do curso nesta mesma área. Nesta altura, passou a viver com o atual esposo, e engravidou algum tempo após esta transição profissional e de vida pessoal.

Nesta altura, Maria teve o rompimento de uma relação bastante significativa na sua vida, nomeadamente a relação com a sua irmã, que resolveu emigrar para a Suíça, à procura de novas oportunidades de trabalho e também em virtude de uma relação que mantinha à distância com uma pessoa que já vivia na Suíça. Assim, deixou a família, que na ocasião não concordou com a esta decisão. A decisão da irmã foi tomada de maneira repentina, sendo comunicada à família na véspera de sua viagem. Desde então, a irmã deixou de ter contato com toda a família, e segue assim, desde então.

Com o nascimento do filho, Maria refere que passou a encarar a vida de maneira diferente, levando-a posicionar-se sempre que era preciso, diferente do padrão relacional anterior, onde costumava calar-se ou por vezes ser vítima de situações mais conflituosas. De acordo com as suas próprias palavras, era como se ela precisasse se proteger para proteger também a nova vida que ela havia concebido.

Com o passar de alguns anos, Maria se estabiliza no campo profissional, mas passa a lidar com dificuldades ao nível relacional com o filho, este com três anos de idade, na altura. Maria refere que a comunicação com o filho era difícil e instável. Após alguma investigação clínica, o diagnóstico de autismo foi apresentado a ela e ao marido, através de uma equipa multidisciplinar, especializada em desenvolvimento infantil. Ambos reagiram com alguma dificuldade, embora ela tenha encarado com a mesma força e garra que sentiu com o nascimento do filho, enquanto o esposo tentava negar o diagnóstico.

Sendo cada vez mais confrontado com a realidade, o marido passa a aceitar, embora com certa dificuldade, as questões referentes ao diagnóstico do filho, enquanto Maria, procurava cada vez mais terapias e profissionais capacitados para dar a melhor resposta possível à criança.

Nesse meio tempo, o casamento que havia passado por momentos de fragilidade em decorrência das questões do filho, volta a ser reestruturado por iniciativa de ambos. Porém, nesse percurso, surge o diagnóstico de melanoma no marido, levando-os a um grande abalo, causando novamente fragilidade na dinâmica do casal e da família.

Após algum tempo de tratamento e recuperação ao nível de saúde por parte do esposo, o sogro de Maria, tenta suicídio, saltando da janela do prédio onde vivia. Sobreviveu nos primeiros dias após a situação, contudo, morreu no hospital algum tempo depois. Tal situação

volta a abalar a família, levando João (marido de Maria) a se isolar novamente, como forma de lidar com a situação.

Cerca de dois anos, após o ocorrido, Maria passa por situações de grandes conflitos no trabalho, sobretudo ao nível relacional, onde aconteceram muitas discussões com a equipa em que trabalhava, e é realocada num outro serviço, da mesma empresa, e onde trabalha atualmente. Maria enquanto se recuperava do stress que envolveu a sua saída do trabalho anterior e a entrada na função atual, teve que lidar novamente com outro diagnóstico de cancro do marido, desta vez na bexiga.

O casal passou novamente por uma situação muito delicada, sobretudo nas fases de tratamento, cirurgia e pós cirurgia de João. O filho (Pedro), por sua vez, não reagiu bem ao ver o pai utilizando a bolsa de urostomia. Este fato causou grande impacto na relação de Pedro com o pai, e também na autoestima de João, que se sentiu rejeitado pelo filho. Esta situação com o passar dos meses foi ultrapassada, e a relação entre pai e filho novamente reestabelecida. Apesar disso, a questão sexual do casal passou a ser prejudicada devido a prostatectomia, fazendo estremecer novamente as bases da relação conjugal do casal. Contudo, esta foi sendo reestabelecida pouco a pouco, à medida que o casal tenta outros meios de reaproximação ao nível da intimidade e sexualidade, uma vez que, em decorrência da cirurgia, João apresenta disfunção erétil permanente.

Atualmente, o casal tenta reestabelecer as bases da relação conjugal e familiar, mediante as situações que ocorreram e com os desafios que o filho apresenta enquanto se desenvolve na adolescência.

7.5. Análise do Caso Baseado na Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo

Seguidamente é apresentada uma tentativa de compreensão do caso de Maria na perspetiva da Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo (Hipólito, 2011). Esta abordagem possibilitará compreender o percurso de vida da cliente em questão, ao longo de sua vida e desenvolvimento, assim como, no seu percurso de acompanhamento psicológico, no seu processo de atualização (Hipólito, 2011).

Aos dezoito meses de vida, Maria passou por um trauma ao nível biológico e ao nível psicológico, quando esta virou para cima de seu próprio corpo, num acidente doméstico, uma panela com óleo a ferver. Na ocasião, passou por lesões graves de queimadura na pele, sendo necessário internamento hospitalar, cirurgias de reparo ao nível dermatológico e recuperação pós operatória muito delicada, sendo privada da presença dos pais e da irmã, o que pode ter

causado angústia pelo isolamento e grande stress por parte das dinâmicas hospitalares e de cuidados de saúde realizados pelos técnicos envolvidos nos procedimentos. Para além disso, vivenciou as consequências emocionais advindas por parte dos pais, nomeadamente a culpa e a negligência (Hipólito, 2011).

Ainda em sua primeira infância, e mais precisamente aos três anos de idade, Maria, pode ter sofrido um trauma psicológico, por se ter afastado bruscamente dos seus pais, na tentativa de trazer alívio para estes, ficando sob cuidado da tia materna, por ter sido uma criança que chorava excessivamente e fazia muitas birras, além de apresentar irritação constante. E por esta razão, esteve isolada aos cuidados da tia, durante algumas semanas, na intenção de amenizar a exaustão, que a mãe referia e que os demais familiares sentiam na altura. Além disso, em função da sobrecarga emocional vivenciada pelos seus pais, sobretudo, pela sua mãe, este facto poderá ter impactado Maria, na relação que esta tinha com os pais, em especial com a mãe (Hipólito, 2011).

Durante a sua fase escolar, particularmente a partir dos doze anos de idade e o decorrer da sua adolescência, Maria vivenciou o trauma social, com consequências psicológicas (*bullying*) por usar óculos com alta graduação e consequentemente lentes muito grossas, sendo este o motivo de apontamentos e gozo por parte dos colegas de escola, e deste modo, Maria teve as suas condições de valor postas em causa. Tendo como consequências, o impedimento sobre as condições facilitadoras para a atualização, surgiram o isolamento social, os sentimentos de tristeza e inferioridade, os prejuízos ao nível da autoestima e da autoimagem, assim como, o declínio do rendimento escolar e de aprendizagem, sendo a reprovação do nono ano escolar o grande ápice desta situação de violência social, e consequentemente psicológica (Hipólito, 2011).

Com a conclusão do ciclo escolar, o avançar da fase adulta, o início de namoro com o João e a entrada no curso de Educação, Maria passou a conhecer e frequentar novos meios sociais, algo que ajudou a reestruturar a sua autoestima. Maria relembra que nesta altura, costumava a estar muito ocupada com o trabalho e os estudos, mas também com as saídas com a sua irmã, com os amigos que conheceu no trabalho, e também com o, na época namorado, João. Devidas as condições facilitadoras presentes nesta altura da vida de Maria, tais condições ajudaram-na em seu próprio percurso rumo à atualização, fortalecendo a sua autonomia e autoestima (Hipólito, 2011).

Na fase seguinte de sua vida, e já a trabalhar na área da educação, Maria passou a trabalhar numa escola (algo que sempre desejou, ao nível das expectativas de trabalho), e novamente teve de enfrentar situações adversas. Por ser uma profissional recém-contratada, acabava por ceder

à pressão dos colegas de trabalho, e era submetida a horários e funções laborais das quais não concordava e sentia-se mal por isso. Nas palavras de Maria, era como se novamente ela perdesse a sua voz, como na altura que vivenciou o *bullying* na fase escolar. Porém, nesta fase de sua vida, Maria á conhecia como condição atualizante o respeito, a admiração e o suporte, através da família, amigos, irmã e namorado. A tendência para atualizar de Maria a levou também a procurar por novos trabalhos, culminando em novas e ricas experiências de trabalho, que levaram Maria a novas condições facilitadoras para a atualização (Hipólito, 2011).

Maria, quando sai do trabalho da escola, logo passa a integrar, como educadora, uma equipa multidisciplinar no contexto do acolhimento residencial de crianças, sendo este um dos trabalhos que Mara mais gostou de ter realizado. Para além disso, Maria passou a viver com João, logo engravidou do filho Pedro, e adquiriram uma casa. Maria estava feliz e realizada. Apesar disso, Maria novamente teve de lidar com um novo trauma psicológico inesperado. Sua irmã, na altura, uma das grandes referências em sua vida, resolve emigrar para outro país, sem aviso prévio à família. Além disso, sua irmã não procurou mais a família, desde então, tendo vivido a sua vida de maneira completamente alheia aos seus pais, irmã e amigos, deixados em Portugal. Este fato abalou muito o estado emocional de Maria, tendo como consequência psicológica, a raiva, a não-aceitação e o sentimento de tristeza e abandono. Sendo que a relação com a irmã não fora reestabelecida até o momento (Hipólito, 2011).

Em meio à recuperação do seu estado emocional, frente à desilusão com a partida da irmã, nasce Pedro, seu filho com João, algo que ajudou bastante Maria ao nível do seu processo atualizante. Maria refere, inclusivamente, que nesta altura sentiu uma força muito grande, capaz de lutar contra qualquer adversidade que pudesse surgir em sua vida. Apesar disso, entre o segundo e o terceiro ano de vida do filho, Maria e João passaram a enfrentar alguns desafios ao nível relacional com o filho, Pedro. De acordo com Maria, o filho demonstrava um padrão relacional instável, e apresentava constantemente episódios de irritabilidade, isolamento e agitação, o que causava no casal grande angústia pelo desconhecimento da origem das questões ali apresentadas. Face ao que ali se apresentava, o casal buscou por ajuda especializada, quando receberam o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, através de uma equipa especializada em Desenvolvimento Infantil. Com o diagnóstico do filho, Maria passou a lidar com duas frentes muito adversas e que implicou muitos desafios, sendo elas: lidar com o diagnóstico e lidar com as dificuldades do marido em aceitar o diagnóstico do filho. Maria sentia-se aflita e sozinha nesta altura, e refere que o marido esteve isolado por algumas semanas, até passar a compreender a situação, e progressivamente, compreender a dinâmica de funcionamento do filho. Nesta fase, apesar das adversidades, Maria teve o apoio dos pais, que

estiveram presentes até o restabelecimento da dinâmica saldável do casal, algo que favoreceu o processo atualizante de Maria, apesar das dificuldades impostas pela vida (Hipólito, 2011).

No processo de recuperação da relação conjugal com o esposo, Maria novamente tem a sua relação com desestabilizada, uma vez que este recebe em um curto espaço de tempo dois diagnósticos de cancro, algo que causou um grande desgaste na relação de Maria, João e o filho Pedro, uma vez que, e novamente, João buscou o isolamento como maneira de lidar com as doenças, cirurgias e tratamentos. O fato do João ter passado por estes traumas, que são biológico e psicológico, provocou consequências psicológicas em Maria, que sentia-se desamparada, preocupada, amedrontada e zangada com a situação. Neste mesmo período, entre um diagnóstico e o outro de João, o seu pai, sogro de Maria, numa tentativa de suicídio, salta da janela de sua casa, e morre dias depois. Desta maneira, esta fase na vida de Maria foi marcada por traumas psicológicos, com graves consequências ao nível psicológico, nomeadamente a elaboração de um luto, por morte abrupta, enquanto temia severamente pela vida do próprio marido, ao passo em que tentava dar-lhe apoio. O fato de ter os seus pais novamente presentes em sua vida, foi algo que lhe deu possibilidades de ultrapassar uma das fases mais difíceis de sua vida, com vista a superação, no seguimento do seu processo atualizante, apesar de todas as dificuldades enfrentadas (Hipólito, 2011).

Atualmente, Maria lida com situações adversas na sua vida, sendo uma delas em decorrência de um dos efeitos colaterais da cirurgia em que João foi submetido, o que lhe rendeu um trauma biológico e psicológico, com consequências ao nível conjugal, com efeito secundário e indireto na vida de Maria, nomeadamente a disfunção erétil que João sofre como consequência do trauma cirúrgico de remoção do cancro que sofreu. Neste sentido, Maria relata com frequência sobre as dificuldades relacionadas no âmbito da sexualidade do casal, e consequentemente ao nível relacional com o marido, uma vez que, em função desta consequência, João novamente busca o isolamento quando sente a frustração quanto as questões que envolve a sexualidade do casal. Maria, apesar disso, busca sobretudo na própria psicoterapia um espaço para lidar com esta questão, assim como, como com as dificuldades com o filho e o seu diagnóstico, e também com as situações de conflito e discussões com as pessoas, sendo esta via, a maneira em que Maria compensa as frustrações e dificuldades que enfrenta, embora busque cada vez mais o caminho da assertividade para ter em sua vida relações saudáveis, sem sobrecarregar as pessoas com o que ela mesma chama por "explosões", irritabilidade e desafetos.

7.6. Análise do caso e reflexão sobre o desenvolvimento das sessões

Foi possível notar uma grande evolução em Maria, em comparação à sua primeira até a última sessão de acompanhamento psicológico.

Na primeira sessão, Maria encontrava-se bastante aflita, angustiada e desorganizada ao nível dos pensamentos e sentimentos, assim como, um discurso acelerado e ininterrupto, que mostrava alguma necessidade de partilha sobre tudo o que esteve presente em sua e ainda o que estava a acontecer naquele momento. Além disso, em seu discurso havia a presença notável de uma agressividade, inclusivamente comigo ao longo da sessão. Apesar disso, Maria apresentava grande necessidade de falar e ser ouvida.

Na segunda sessão, Maria ainda apresentava-se com alguma agitação e certa irritabilidade. Este fato ganhou maior destaque, quando foi utilizado como recurso terapêutico umas cartas com nomes de sentimentos e sensações. A atividade foi pensada como meio facilitador no reconhecimento de sentimentos associados à determinadas situações. Maria, quando questionada sobre a escolha das cartas, utilizou do recurso da racionalização, sem permitir que a sessão a levasse à um caminho mais emocional. Neste sentido, as cartas sobre os sentimentos foram postas de lado, e foi permitido que a cliente utilizasse do seu próprio discurso e continuasse a dar vazão às suas questões à sua própria maneira. Apesar disso, no fim da sessão, solicitei que Maria escolhesse uma carta que pudesse ajudá-la nesta fase difícil em que se encontrava, como forma de dar-lhe alguma força quando a situação estivesse mais difícil, e que ela lembrasse da carta como forma de apoio até a nossa próxima sessão. Sua escolha, por sua vez, foi a carta da paciência. Maria sorriu e disse que precisava de paciência para conseguir lidar com tudo o que viveu e ainda vivia.

Na terceira sessão, dando continuidade ao tema da sessão anterior, Maria disse ter pensado a respeito do que falamos. Assim, esteve a refletir ao longo desta sessão sobre o tempo dela *versus* o tempo do outro. Neste sentido, começou a perceber que muitas das vezes das quais entrava em conflito, era em decorrência da sua cobrança e falta de paciência com o tempo das demais pessoas. Neste sentido, concluímos a sessão com Maria a verbalizar que sentia a necessidade de ajustar os relógios das pessoas consoante aos seu tempo e urgência. Ao nível do *locus* de controlo, Maria começou a atribuir a si mesma as causas das discussões e comportamentos explosivos, dos quais se queixava, passando a desconsiderar a culpabilização frente as pessoas a sua volta.

Na quarta sessão, aprofundamos o processo de anamnese, enquanto o foco desta

foi integralmente voltado à sua adolescência, período em viveu a situação traumática ao nível social e psicológico, de *bullying*, algo que acarretou em seu baixo rendimento escolar, levando-a a uma reprovação de um dos anos escolares. Considero esta uma das sessões mais importantes neste processo de acompanhamento psicológico. Seja pelo relato de Maria sem a presença de esquivas ou fugas sobre temas e sentimentos aversivos, assim como, pela capacidade analítica da mesma, que ao fim da sessão verbalizou, enquanto hipótese, o fato de ser uma pessoa com o perfil "explosivo" (de acordo com as suas próprias palavras) em decorrência do silenciamento que viveu enquanto vítima de bullying durante o período mencionado. De acordo com a sua própria leitura, o fato de agir de maneira conflituosa pode ser a consequência de não ter conseguido se posicionar frente às agressões verbais do passado.

A quinta sessão teve continuidade no relato de Maria relativamente a sua história de vida. O destaque da sessão ficou por conta da ênfase da cliente sobre um outro período conturbado de sua vida, onde considera ter sido novamente silenciada em decorrência do contexto opressor em que estava inserida, nomeadamente o trabalho que exerceu no início de sua vida profissional. O fato de Maria conseguir traçar um paralelo reflexivo entre este fato e o acontecimento de *bullying*, revela boas condições de *insights*, assim como, um bom envolvimento na dinâmica psicoterapêutica e também um bom investimento neste processo. Além do supracitado, Maria concluiu a sessão em questão com outra análise importante e que me chamou muito a atenção, sendo o fato de, segundo ela, ambas as situações mencionadas ter gerado em si, dificuldades em sua autoestima (indicando questões importantes sobre o *self* ideal e o *self* desejado). E ainda pontuou que o resgate de sua autoestima se deu, com o fortalecimento do seu percurso profissional, assim como, com o nascimento de seu filho. Maria ainda relata que, foi quando viu o seu filho pela primeira vez, que refletiu que, a partir daquele momento, as pessoas não teriam mais espaço para praticar qualquer tipo de violência contra ela, assumindo uma nova mudança na relação com o outro.

Maria, na sexta sessão, revela que as sessões de psicoterapia têm contribuído para que ela pense de maneira diferente os vários aspetos da sua vida, seja do passado ou mesmo do presente. Por esta razão, acrescenta que passou a ponderar as suas exigências para com o outro, e que assim, tende a evitar os conflitos dos quais foram um dos seus pedidos de ajuda para o acompanhamento psicológico. Relata que passou a ouvir o outro antes de iniciar discussões, o que colaborou significativamente no convívio com o esposo, com o filho, e com os colegas de trabalho. Apesar disso, Maria reitera que apesar de ter mudado o olhar para esta questão, ainda sente que que é um desafio, mas que percebe e compreende as razões para tal mudança.

Na sétima sessão, Maria apresentou-se de maneira serena e muito mais calma do que todas as outras vezes em que havia estado com ela. Algo que chamou muito a minha atenção. Nesta sessão, Maria conta sobre os planos de férias de verão em família. Fala sobre a necessidade de tirar um tempo para descansar, e que apesar de gostar muito do trabalho, sente que precisa de um tempo sem pensar sobre o próprio ofício e as funções laborais.

Na oitava sessão, Maria partilhou sobre a sua irmã. A cliente verbalizou que houve uma grande rutura na relação entre ambas, e que por esta razão, não vê e não fala com a irmã há doze anos. Nesta altura, Maria estava grávida, enquanto a irmã rompeu relações familiares, na intenção de viver a vida em outro país, deixando em Portugal inclusivamente os próprios filhos. Estes ao encargo dos pais. Maria partilhou que ainda custa compreender as motivações da irmã, embora não queira estabelecer contato de momento, porque ainda sente-se muito entristecida. Maria chora e relembra que a irmã nem ao menos chegou a conhecer o seu filho, Pedro.

Na nona sessão, Maria voltou a abordar conflitos no trabalho, na qual refere que, apesar de estar cada vez mais consciente sobre os seus comportamentos, em algumas ocasiões sente que ainda perde o controlo, e acaba por discutir de maneira mais intensa. Ao fim da sessão, Maria reflete sobre os ecos do passado a influenciar os seus comportamentos e relações do presente, nomeadamente, as situações de *bullying* e abuso moral, no contexto da escola, assim como, na primeira experiência de trabalho, respetivamente.

Na décima sessão, Maria referiu que volta a sentir-se muito cansada, e atribui às discussões às discussões que muitas vezes acontecem, em decorrência deste cansaço, que já sente há muito tempo. Verbalizou sobre o cansaço em torno das funções que desempenha, nomeadamente, as funções de educadora, de mãe e de esposa. Além disso, referiu sentir alguma dificuldade em adormecer.

Na décima primeira sessão, Maria retoma o assunto sobre o cansaço que anda a sentir. Menciona também que tem tentado encontrar meios de descanso físico e mental. Maria relata que conseguiu passar um dos dias do seu fim-de-semana sozinha na praia. Referiu que este fato ajudou grandemente no descanso que era preciso, e que pretende adotar tal postura para as semanas seguintes, como algo preventivo ao cansaço que costuma sentir.

Na décima segunda sessão, Maria relata sentir-se novamente cansada. Verbaliza a necessidade de férias. Além disso, reflete que o cansaço que sente está relacionado com as dificuldades da vida, que aconteceram ao longo dos anos passados. Também partilha que as reflexões que faz em contexto de acompanhamento psicológico estão a colaborar positivamente

para uma maior compreensão das suas dinâmicas relacionais. Além disso, reitera que quer dar seguimento ao acompanhamento psicológico após a conclusão do meu estágio.

Na décima terceira sessão, Maria esteve com aspeto bastante tranquilo e postura calma. Relembra que falta pouco para a conclusão do meu estágio, e partilha o seu desejo de que eu pudesse dar continuidade ao meu percurso profissional no local de estágio. Por fim, partilha sobre o seu entusiasmo com os planos de férias em família.

Na décima quarta e última sessão, Maria partilhou novamente o seu desejo em dar continuidade ao processo de acompanhamento psicológico. Também agradeceu pelo meu apoio durante este processo. Por fim, mencionou voluntariamente os ganhos que teve ao longo destas sessões, nomeadamente a compreensão pelas motivações que tem, assim como, as razões por trás dos seus comportamentos.

Considero que as sessões de acompanhamento psicológico com Maria correu bastante bem sobretudo, levando em consideração a rápida evolução e melhora no quadro de sintomas relatados por ela própria. Além disso, acredito que Maria apresentou uma boa capacidade de *insights* ao longo do período mencionado, possibilitando boas leituras e interpretações adequadas sobre si e sobre a sua história de vida, nomeadamente, nas sessões em que conseguiu reviver as situações de *bullying*, e reavaliar o ocorrido e a partir disso, atribuir novos significados ao que aconteceu, colaborando para uma melhor compreensão de si e dos sintomas apresentados em sua vida no momento da procura por acompanhamento psicológico, assim como, no desejo da continuidade pelo acompanhamento psicológico, mesmo com o término do meu período de estágio.

Considero também importante mencionar a aderência de Maria ao processo de acompanhamento psicológico, assim como, a sua pontualidade para as sessões semanais, e o seu empenho após dias de trabalho muitas vezes exaustivos. Neste sentido, cabe referir que Maria apresentou uma única falta durante este processo, e quando o fez, avisou antecipadamente e com justificativa médica.

Maria sempre teve postura aberta, colaborativa e disposta, e acredito que a minha postura empática, assim como, as minhas respostas de compreensão empática frente as questões que surgiam, colaboraram para que Maria não sentisse julgamento da minha parte, nomeadamente, nos momentos onde Maria sentia-se culpada pelas discussões constantes e brigas intensas que permeavam o seu quotidiano, principalmente, com pessoas próximas e que representam importância significativa em sua vida.

Apesar disso, cabe relatar que também houve momentos em que senti dificuldades

neste caso, e que estive mais incongruente, nomeadamente nas primeiras sessões, sobretudo, nos momentos de maior exaltação de voz e nos movimentos mais bruscos, emitidos por Maria, onde esta reconstruía as discussões e brigas vivenciadas por ela nos mais variados contextos de sua vida. Nestes momentos Maria apresentava-se muito zangada e furiosa.

Porém, ao passo em que compreendi que a zanga de Maria encobria muitas tristezas e medos, nomeadamente as doenças recorrentes por parte do esposo, o diagnóstico do filho, e também as suas próprias vivências de *bullying*, a minha postura passou a ser ainda mais empática, e a minha incongruência deixou de estar presente. Este fato colaborou para que Maria também entrasse em contato com as dificuldades acima mencionadas, permitindo a si mesma conhecer a suas vulnerabilidades e outros sentimentos, como o medo da perda, que estavam por de trás da zanga que a levou a pedir ajuda.

Maria deu continuidade ao acompanhamento psicológico, com outro profissional no local onde ocorreu o estágio, e acredito que será bastante benéfico este processo de autoconhecimento.

8. Caso de Avaliação Psicológica

Na sequência, encontra-se o caso de avaliação psicológica desenvolvida no local de estágio, e realizada no decorrer de quatro sessões.

8.1. Identificação

Vasco (nome fictício) do sexo masculino, 14 anos de idade, de nacionalidade portuguesa, residente na cidade de Lisboa. Vive em uma casa de acolhimento para crianças e jovens.

8.2. Motivo do Pedido

Vasco, de acordo com os adultos de referência de sua casa, revela dificuldades no estabelecimento de vínculos duradouros e significativos, e além disso, passou a identificar-se com pares, sobretudo no contexto escolar, que adotam condutas disruptivas. A partir disso, Vasco passou adotar comportamentos desviantes e de oposição, no contexto da escola e da casa onde vive. Além do mencionado, a equipa de acolhimento menciona que Vasco passou a fazer uso do tabaco e apresenta episódios de compulsão alimentar. Pelas razões acima colocadas, a

escola, assim como, a casa de acolhimento, solicitaram junto a serviço de psicologia, do local de estágio, que Vasco fosse submetido à um processo de avaliação psicológica. Esta, por sua vez, prevê avaliar as componentes comportamentais envolvidas no descrito acima, assim como, compreender melhor as motivações e conteúdos latentes do cliente em questão, envolvidos na descrição do pedido.

8.3. História Pessoal

Vasco apresenta um historial de acolhimento residencial, sendo o seu primeiro ocorrido aquando do seu quinto mês de vida, devida a ausência de condições socioeconômicas e socio habitacionais adequadas por parte da família biológica.

Após a separação dos pais, e por razões de violência doméstica, Vasco voltou a residir apenas com a mãe, mas que aquando dos 35 meses, foi novamente retirado dos seus cuidados, por negligência grave, por parte da mesma, corroborando para um novo processo de acolhimento residencial.

Aos 6 anos de idade, Vasco passa a viver sobre os cuidados do pai, porém o mesmo faleceu dois anos após este acontecimento. Por esta razão, Vasco passou a viver na casa dos tios paternos a partir dos 8 até aos 13 anos de idade, tendo posteriormente a esta idade voltado a ingressar em um novo processo de acolhimento residencial, por consequência de comportamentos disruptivos e desviantes, para além de fragilidades no que toca a supervisão e cuidados, por parte dos tios.

No início do ano de 2023, já com 12 anos de idade, Vasco passou a viver com a sua irmã mais velha, através de uma medida de Apoio ao Familiar. Vasco manteve os comportamentos de oposição, corroborando com alguma dificuldade por parte da irmã em lidar com a situação. Este fato levou Vasco à um novo processo de acolhimento residencial, a partir do segundo semestre deste mesmo ano.

Vasco mantém contatos frequentes com uma tia, sendo esta uma figura de referência para o mesmo. Para além disso, Vasco ainda mantém uma relação de grande proximidade com uma psicóloga que já acompanhou o mesmo em idade precoce em um dos seus processos de acolhimento residencial, representando uma outra figura de referência em sua vida.

Relativamente à sua mãe, esta é uma figura ausente na vida de Vasco, constituindo um fator de ansiedade e instabilidade emocional para o mesmo. Enquanto a sua irmã mais velha, revela-se frequentemente indisponível para contatos com Vasco, assim como, no que toca as visitas à casa onde o mesmo reside.

Vasco frequenta regularmente a escola e atividades extracurriculares. Gosta muito de atividades desportivas, nomeadamente, o ténis de mesa e o futebol. Ademais, Vasco se apresenta de maneira simpática, afetuosa e extrovertida.

8.4. Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados

Posterior às etapas de observação e recolha de informações da história de vida de Vasco, dois instrumentos de avaliação psicológica foram aplicados, na intenção de melhor compreender o seu quadro clínico. Dos instrumentos utilizados, estes são o Bar-Ilan e o CAT-H.

A escolha pelos instrumentos se deu através das suspeitas diagnósticas acerca do caso, assim como, a partir das características de Vasco, e sua história de vida.

Na sequência, encontram-se as descrições dos instrumentos acima mencionados.

8.4.1. Bar-Ilan

O Bar-Ilan refere-se a um teste semi-projetivo, de aplicação individual, que possibilita fazer o despiste de situações reais e importantes, comumente relacionadas ao contexto educacional. Este teste permite avaliar a forma como a criança percebe o seu papel e lugar em contextos sociais e de convívio, como o ambiente escolar e o ambiente familiar, e também o seu olhar sobre as suas potencialidades e pontos de maior fragilidade, assim como, as suas condições em lidar com situações quotidianas. Este instrumento foi elaborado para crianças de idade entre os 5 e os 10 anos (Itskowitz & Strauss, 1998).

Este teste se constitui por 9 figuras básicas, sendo 6 das quais são versões diferentes para rapazes e raparigas (as figuras 2, 3, 4, 5, 6 e 9), sendo no total 15 figuras. São apresentadas as figuras de maneira individual e separadas, de acordo com a sequência de números, sendo cada uma delas apresentada através de questões relacionadas com o conteúdo que se apresenta, assim como, com o que a criança manifesta (seus pensamentos, sentimentos e comportamentos) nas situações específicas de cada figura. Trata-se de uma prova que permite grande amplitude de respostas, sem tempo determinado (Itskowitz & Strauss, 1998).

8.4.2. CAT-H

O CAT é uma prova projetiva, que tem por objetivo fornecer resultados acerca da personalidade de uma pessoa. Assim, conforme a pessoa visualiza as pranchas, esta desenvolve histórias com base naquilo que é percebido através das figuras apresentadas. Portanto, trata-se de uma prova que permite que a criança ou o adolescente demonstre os seus conteúdos (fantasias, angústias e medos). Para crianças com idades mais inferiores, pode ser mais fácil criar histórias a partir de animais, sendo utilizados nestas situações o CAT-A (animal), uma vez que parece ser mais fácil para a criança se aproximar e relacionar os conteúdos. Já as crianças em idades mais avançadas e maior maturidade intelectual, tende-se a utilizar o CAT-H, contendo nestas pranchas figuras humanas. Entretanto, ambos os testes (CAT-A e CAT-H) relacionam-se com os mesmos conteúdos latentes. Neste sentido, a criança ao brincar, revela as suas vivências mais pessoais, ao passo em que relaciona-se com o conteúdo presente nas pranchas, de maneira a revelar as suas questões do imaginário para a realidade (Bockholt, 2000).

8.5. Resultados

Em seguida, apresentam-se os resultados do processo de avaliação psicológica de Vasco.

8.5.1. Bar-Ilan

Em relação à caracterização emocional, Vasco apresenta uma predominância negativa sobre as suas emoções, assim como, sobre si mesmo, e demonstra flutuações de humor entre a zanga e a tristeza. Exprime pouco otimismo, e quando o faz, não parece que esteja relacionado com os seus próprios sentimentos. Quanto à sua motivação, esta apresentou-se crescente e constante no decorrer do teste. Entretanto, parece haver pouca motivação investida em si, no que toca aos professores e adultos de referência, e consequentemente, parece que Vasco não apresenta qualquer identificação com estes, acarretando prejuízos significativos nas tarefas que realiza. No que toca ao comportamento interpessoal e as áreas de conflito, Vasco demonstra interação pouco positiva e restritiva com os adultos, assim como, pouca abertura com os pares. Além disso, também revela sentimentos de inferioridade e identificação distorcida com os pares de idades mais avançadas que a sua. Relativamente aos adultos, o seu conflito insere-se no campo do controlo e das atitudes punitivas dos mesmos, e o seu modo de lidar com as situações

é o enfrentamento conflituoso. Sobre os professores, estes são vistos como hostis e punitivos, e que parecem apresentar baixa confiança nas competências de Vasco; reforçando pouco apoio e incentivo. Além disso, Vasco demonstra que é visto pelos professores, assim como, pelos adultos, como pouco capaz, mostrando baixas expectativas ao seu respeito. Apesar disso, revela alguma força interior, buscando aprimoramento e aceitação. No que diz respeito aos pares, estes são vistos como superiores a si. Sobre o grau de domínio e competência, demonstra desejo de corresponder as exigências dos adultos, apesar de punido e castigado quando não atinge os resultados esperados pelos mesmos. E quanto a qualidade dos processos de raciocínio e atividade, Vasco demonstra agilidade, inteligência e grande capacidade de raciocinar de maneira lógica, mesmo sob algum grau de stress. O seu desenvolvimento cognitivo é adequado para a sua idade, embora, nota-se alguma instabilidade emocional.

8.5.2. CAT-H

No decorrer da aplicação do teste CAT-A, Vasco mostrou-se, comparativamente ao teste anterior, menos motivado e mais agitado, ainda que colaborativo.

No que toca à associação das figuras materna e paterna, Vasco privilegia a figura paterna, em detrimento da figura materna. A figura materna, quando presente, é percebida como vilã e má. Em contrapartida, nos momentos nos quais a figura paterna se insere, esta é negligenciada de maneira agressiva e perversa. Ainda neste campo, Vasco parece buscar a compensação da figura da ausência da figura da mãe através da proximidade nas relações masculinas, sobretudo em idades superiores a sua. Ao nível das defesas, Vasco parece utilizar de defesas maníacas e pouco neuróticas, apontando para inclinações mais psicóticas sem recalamento. Relativamente à sexualidade, Vasco demonstra que lida com a questão de maneira crua e primitiva, demonstrando uma sexualidade mais desviante com vista ao imediatismo. Ainda neste sentido, parece que Vasco lida com as frustrações a partir das medidas compensatórias disponíveis, nomeadamente, os consumos, a comida e o sexo, como recompensa para a angústia.

8.6. Reflexão e Conclusão do processo de avaliação psicológica

A primeira sessão de avaliação psicológica deste caso teve como intenção a recolha de dados referente ao processo de anamnese. No entanto, como Vasco esteve em contexto de

acolhimento residencial desde muito novo, a primeira sessão ocorreu com um dos técnicos do serviço onde Vasco reside atualmente. Ainda sobre a recolha de dados, considero que este processo aconteceu de maneira menos profunda em virtude das características da vida de Vasco. Pela existência de muitos processos judiciais que envolveram diferentes casas de acolhimento, algumas informações não puderam ser contempladas nesta recolha de dados.

Na segunda sessão, Vasco esteve presente comigo, e esteve bastante colaborativo e mostrava-se motivado por estar naquela sessão. Este facto colaborou para que o processo de recolha de informação tivesse a sua continuidade. Considero que apesar da colaboração e motivação presentes, Vasco aderiu muito pouco aos aspetos mais sensíveis da sua história de vida, de modo a focar em aspetos do seu quotidiano e de vida atual. Algo que foi respeitado.

Após a recolha de dados, expliquei a Vasco que seriam aplicados dois instrumentos de avaliação psicológica, na intenção de melhor conhecê-lo e melhor compreender quais as melhores maneiras de ajudá-lo em sua vida. Saliento a informação de que Vasco gosta muito de desporto. Por esta razão, assim como, pela sua idade, fiz questão de comparar o processo de avaliação psicológica ao processo de avaliação dos profissionais do desporto, sendo ambos os processos meios de compreender o que melhor se pode melhorar no funcionamento da vida de uma pessoa, para que ela fique o melhor possível. Vasco respondeu de forma positiva e sorridente, e apresentou novamente uma postura de colaboração.

Na terceira sessão com Vasco, foi aplicado o teste Bar-Ilan. Vasco permaneceu em postura interessada e investida durante as etapas constituintes do instrumento utilizado.

Na quarta e última sessão, foi aplicado o teste CAT-H. Vasco neste encontro esteve mais disperso, e por vezes, mais agitado, ainda que em postura colaborante e investida. Realizou tudo o que foi proposto ao longo da aplicação da prova.

Relativamente a aplicação dos instrumentos, ambos os testes mostraram-se de fácil aplicação e correção, e ainda considero que foram bastante úteis e enriquecedores, seja na descoberta de aspetos sobre a vida de Vasco, assim como, na confirmação de suspeitas e queixas levantadas com o pedido de avaliação psicológica.

No decorrer do processo de avaliação psicológica, Vasco mostrou adesão através de um bom vínculo e postura colaborativa. Além disso, relacionou os fatos e apresentou narrativas adequadas e pertinentes aos temas, embora as verbalizações e narrativas apresentem um grande teor de agressividade, sobretudo quando faz a retirada da figura materna em substituição à figura paterna. Vasco parece utilizar de mecanismos onnipotentes de defesa, além de recursos compensatórios para lidar com a frustração, e compreende as questões da sexualidade de maneira crua. Porém, do ponto de vista intelectual, o seu desenvolvimento cognitivo é adequado

para a sua idade, sem indicações de qualquer desordem ou problemática. Porém, do ponto de vista emocional, parece haver falhas que preocupam ao nível das suas defesas, que podem evoluir para quadros psicopatológicos mais sérios. Apresenta tendências de procura pelo contato masculino em oposição às dificuldades com a parte feminina, sendo esta compreendida como pouco sensível e pouco empática. Parece recorrer ao apoio masculino nas suas relações para sentir-se mais empoderado, bem como, na busca pelos prazeres imediatos.

Vasco segue acompanhado no serviço de psicologia clínica do local onde ocorreu o estágio, e acredito que seria benéfico usufruir de intervenções que incluíssem psicoeducação, de forma que Vasco compreendesse os riscos que existem no uso do tabaco, assim como, nas consequências em torno da gestão da sua alimentação. Além desta indicação, acredito que seria benéfico para Vasco dar continuidade nas atividades de desporto.

Acredito na importância de mencionar que a conceção dos resultados dos testes e a elaboração da conclusão do processo de avaliação psicológica, apontam para uma leitura mais diretiva, numa perspetiva mais psicodinâmica a respeito da personalidade de Vasco, diferentemente da maneira como a leitura poderia ser feita por mim, enquanto aluno em formação de abordagem centrada na pessoa. Este fato se deu, sobretudo, pelas diferentes leituras e abordagens utilizadas no local de estágio, e por esta razão, cabe frisar esta questão, que considero pertinente ser ressaltada.

9. Conclusão Reflexiva sobre o Estágio Académico

O estágio académico possibilitou um bom contato com a psicologia clínica, de maneira rica, diversificada, dinâmica e consistente. De modo que foi possível realizar atividades em diferentes âmbitos, nomeadamente, em atividades de grupo, atendimentos psicológicos individuais, avaliação psicológica, seminários de variados temas avançados e psicologia clínica e supervisões apuradas do trabalho realizado em campo de estágio. Foi possível, também, observar diferentes tipos de funcionamentos psicológicos, assim como, diferentes tipos de padrões relacionais, além de compreender de maneira mais abrangente as questões psicopatológicas mais complexas, permitindo um maior aprimoramento das questões mencionadas acima, possibilitando maiores condições de identificá-las, e assim, poder traçar planos de objetivos terapêuticos mais ajustados às particularidades de cada caso atendido.

No decorrer do estágio e dos acompanhamentos psicológicos, foi possível compreender que a postura empática, a constante tentativa de compreensão, o não julgamento e o apoio

incondicional, assim como o cuidado, são componentes fundamentais e que possibilitam aos clientes condições facilitadoras de acesso à resiliência e força rumo aos seus processos em busca pelo melhor que cada um pode ser.

Cabe acrescentar que a abordagem realizada no campo de estágio não correspondia à Abordagem Centrada na Pessoa, de modo que teve de haver ajustes e articulação, no trabalho desenvolvido, com os princípios rogerianos da abordagem mencionada, nomeadamente, a postura empática e o não julgamento, sem desrespeitar a abordagem vigente na instituição em questão, mas de maneira a somar positivamente na realização dos atendimentos prestados.

No que toca ao processo de avaliação psicológica, este foi conduzido com supervisão constante, atenta e acolhedora, na intenção de propiciar a melhor experiência possível ao cliente, assim como, preparar e instrumentalizar ao máximo o psicólogo em formação, no âmbito do estágio.

Relativamente às atividades de grupo, estas exigiram muito preparo anterior às sessões, assim como, alinhamento e organização com os profissionais envolvidos, estudos e aprofundamentos sobre os temas e sobre as práticas psicológicas envolvidas no âmbito das atividades em grupo, para além disso, implicou o preparo para a gestão de conflitos e situações não programadas que podem surgir no desenvolvimento das atividades, de maneira que o trabalho envolvido trouxe grande contributo ao nível da profissionalização das práticas em questão.

Vale ressaltar a importância substancial e fundamental dos encontros com os demais estagiários, assim como, com a equipa clínica do serviço, nos seminários temáticos em psicologia clínica, com periodicidade semanal. Tais encontros possibilitaram a transmissão de conhecimento, a validação das habilidades existentes e da aquisição das competências adquiridas pelos psicólogos estagiários, o crescente e constante processo de aprendizado em conjunto, e o fortalecimento dos vínculos em equipa com os estagiários e demais membros do corpo clínico da instituição.

10. Referências

- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). (pp. 33-35; 38-40; 123-125; 130; 132-134;137).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barlow, D. H. (2009). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo* (5ª ed). Artmed.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil: Abordagem psicanalítica*. Climepsi.
- Atkinson, R. L. (2002). *Introdução à Psicologia de Hilgard*. (13ª ed.). (pp. 562-563). Artmed.
- Angerami-Camon, V. A. (2003). *Temas existenciais em Psicoterapia*. Cengage Learning Edições Ltda.
- Diettrich, M., & Meurer, L. de. (2022). (VI)Vida no que se tem de mais profundo: A depressão na adolescência e um olhar de enfrentamento à luz da abordagem centrada na pessoa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(1), 302–337.
<https://doi.org/10.51891/rease.v8i1.3784>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Porque se fala em saúde mental?*
<https://www.dgs.pt/paginasde-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-erespostas.aspx>
- Fonseca, M. J. M. (2009). Carl Rogers: Uma concepção holística do homem - Da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 36. <http://hdl.handle.net/10400.19/340>
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamen Rogeriano*. (pp.36-37;147-162).EDIUAL.
<http://hdl.handle.net/11144/4108>

- Itskowitz, R., & Strauss, H. (1998). *Manual Bar-Ilan* (1ª ed.). CEGOC. .
- Rogers, C. R., Henderson, V. L., & Kirschenbaum, H. (1989). *The Carl Rogers Reader*. Constable.
- Leal, I. *Psicoterapias*. (2018). (pp. 116-120; 122-123). Pactor.
- May, R. (1992). *A arte do Aconselhamento Psicológico* (3ª ed.). Vozes.
- Oliveira, C. C., & Gomes, A. (2014). Breve história da musicoterapia, suas conceptualizações e práticas. In SPCE. *Atas do XII congresso da SPCE* (pp. 754-764).
<https://hdl.handle.net/1822/39982>
- Rappaport, C. R., Davis, C., & Fiori, W. R. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento*, 4. E.P.U.
- Rogers, C. R., & Rosenberg, R. L. (1977). *A Pessoa Como Centro*. Editora Pedagógica e Universitária.
- Santos, B. C. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa - Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*.
<https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Scheeffter, R. (1983). *Teorias de Aconselhamento*. Atlas.