



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

**A ARTE DE ESCUTAR NO CONTEXTO DA SAÚDE: A PRÁTICA DA
PSICOLOGIA CLÍNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

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

Autora: Ana Catarina Avelar Henriques

Orientadora: Professora Doutora Isabel Souto

Número da candidata: 30007676

janeiro de 2026

Lisboa

Resumo

O presente relatório foi realizado no âmbito do estágio integrado no plano curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio realizado decorreu no contexto de Cuidados de Saúde Primários, num Centro de Saúde da área Metropolitana de Lisboa, tendo como finalidade promover um conjunto de experiências que possibilitaram o desenvolvimento de competências profissionais na área da Psicologia.

Este trabalho tem por objetivo apresentar as atividades realizadas ao longo desse percurso, nomeadamente observação, avaliação psicológica e intervenção psicológica individual, bem como refletir sobre as vivências e aprendizagens adquiridas durante o processo.

Assim foram acompanhados vários casos clínicos, três dos quais são aqui descritos, dois em acompanhamento psicológico e um como avaliação psicológica.

Embora o orientador local tivesse como referência principal o modelo cognitivo-comportamental, a intervenção foi conduzida maioritariamente a partir da Abordagem Centrada na Pessoa, complementada pelo Modelo de Desenvolvimento Psicoafetivo de Hipólito, que apoiou a compreensão dos casos acompanhados e descritos no presente relatório. Assim, de forma complementar, foram aplicadas técnicas cognitivo-comportamentais, adequadas à resposta a problemáticas específicas, nomeadamente em perturbações de ansiedade e depressão.

Este percurso formativo permitiu consolidar competências profissionais e evidenciou a importância do psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários, enquanto elemento fundamental na promoção da saúde mental e na humanização dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Psicologia clínica, cuidados de saúde primários, abordagem centrada na pessoa, desenvolvimento psicoafetivo.

Abstract

This report was produced as part of the internship integrated into the curriculum of the Master's Degree in Clinical and Counseling Psychology at the Universidade Autónoma de Lisboa. The internship took place in the context of Primary Health Care, at a Health Center in the Lisbon Metropolitan Area, and aimed to promote a set of experiences that enabled the development of professional skills in the area of Psychology.

This report aims to present the activities carried out throughout this process, namely observation, psychological assessment, and individual psychological intervention, as well as to reflect on the experiences and learning acquired during the process. Several clinical cases were monitored, three of which are described here: two in psychological monitoring and one as a psychological assessment.

Although the local counselor's primary reference was the cognitive-behavioral model, the intervention was conducted primarily based on the Person-Centered Approach, complemented by Hipólito's Psychoaffective Development Model, which supported the understanding of the cases monitored and described in this report. Cognitive-behavioral techniques were also applied, tailored to address specific issues, particularly anxiety disorders and depression.

This training path allowed the consolidation of professional skills and highlighted the importance of the psychologist in Primary Health Care, as a fundamental element in the promotion of mental health and the humanization of health care.

Keywords: Clinical psychology, primary health care, person-centered approach, psychoaffective development

Índice

Introdução	9
Caraterização da Instituição Acolhedora do Estágio	10
Parte I. Enquadramento Teórico.....	15
A Atividade do Psicólogo Clínico	15
<i>Psicólogo Clínico nos Cuidados de Saúde Primários.....</i>	<i>15</i>
Enquadramento teórico-conceitual das problemáticas psicopatológicas relevantes	21
<i>Perturbação Depressiva</i>	<i>22</i>
<i>Perturbação De Ansiedade/ Ansiedade De Separação</i>	<i>26</i>
<i>Perturbação do Neuro Desenvolvimento Associado à Mutação do Gene CHD2</i>	<i>29</i>
<i>Bulling</i>	<i>31</i>
O Processo terapêutico.....	33
<i>Acompanhamento em grupo: Gravidez e pós- parto.....</i>	<i>33</i>
<i>Acompanhamento individual: A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)</i>	<i>35</i>
Princípios Éticos e Deontológicos.....	38
<i>Desafios éticos na intervenção com crianças.....</i>	<i>39</i>
Parte II. Trabalho de Estágio.....	40
Atividades Desenvolvidas.....	40
<i>Integração em Equipas Cuidados Continuados Integrados.....</i>	<i>40</i>
<i>Reuniões de Equipas de Psicologia e Psiquiatria da ULS.....</i>	<i>41</i>
<i>Acompanhamento em grupo</i>	<i>41</i>
<i>Acompanhamentos de consultas psicológicas.....</i>	<i>42</i>
Parte III. Apresentação e Discussão de Casos	43
Estudo de Caso 1- Beatriz (nome fictício).....	43
<i>Identificação</i>	<i>43</i>
<i>Motivo da consulta</i>	<i>43</i>
<i>História clínica.....</i>	<i>43</i>
<i>Anamnese e História biográfica</i>	<i>44</i>
<i>Dados da observação e síntese das sessões</i>	<i>45</i>
<i>Compreensão do caso.....</i>	<i>49</i>

Estudo de Caso 2- Joana (nome fictício)	55
<i>Identificação</i>	55
<i>Motivo da consulta</i>	55
<i>Dados da observação</i>	56
<i>História clínica</i>	56
<i>Anamnese e História biográfica</i>	56
<i>Compreensão do caso</i>	58
Estudo de Caso 3 (David)- Avaliação.....	62
<i>Identificação pessoal</i>	62
<i>Motivo da consulta/apresentação do problema</i>	62
<i>Anamnese e História familiar</i>	63
<i>Dados de Observação/ resumo das Sessões</i>	64
<i>Plano de avaliação psicológica</i>	67
<i>Discussão das Conclusões do Caso</i>	88
Parte IV. Conclusão	90
Referências.....	93

Índice de Tabelas

Tabela 1. Principais queixas, sinais ou sintomas do foro psicológico (agrupadas de modo simplificado), em função da idade.	14
Tabela 2. Instruções para desenho da casa, figura humana e família imaginária, segundo Campos (1969).....	74
Tabela 3. Resultado da Escala YSR (David, 12 anos).....	78
Tabela 4. Resultados do Teste d2 (David, 12 anos).....	79
Tabela 5. Resumo dos resultados obtidos com a aplicação da Escala EDAH (avaliação realizada pelo DT).....	80

Índice de Figuras

Figura 1. Organograma resumo da ULS.....	11
Figura 2. Percentagem dos utentes em/ para consulta de psicologia nas USF, por Idade e Género.....	12

Lista de Anexos

Anexo 1- Outros *Utentes Acompanhados em Consulta Psicológica*.

Anexo 2 - Genograma da Beatriz (caso prático 1).

Anexo 3- Genograma do David (caso prático 2).

Anexo 4 – Instrumentos de Avaliação do David (caso prático 2)

Lista de Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACP – Abordagem Centrada no Cliente

APA – American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

ASEBA – Achenbach System of Empirically Based Assessment

CERCICA– Cooperativa de Educação, Reabilitação e Capacitação para a Inclusão em Cascais

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IRSN– Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

OECD–Organisation for Economic Co-operation and Development

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PEI– Programa Educativo Individual

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PII – Plano Individual de Intervenção

PSPT –Perturbação de stresse pós-traumático

RNCCI– Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCARED– Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS– Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Primários

YSR –Youth Self-Report

WHO –World Health Organization

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, realizado no ano letivo de 2024/2025, com início em outubro de 2024, término em 09 de julho de 2025, e com a duração de 457 horas de atividades práticas.

Decorreu numa unidade local de saúde de Lisboa, de acordo com o protocolo de colaboração celebrado entre a Administração da Unidade e a UAL- Universidade Autónoma de Lisboa.

Inserido na vertente profissionalizante, constituiu uma etapa fundamental de aprendizagem e desenvolvimento, representando o culminar do percurso académico e a transição para a realidade profissional em saúde mental. Esta experiência permitiu articular o conhecimento teórico adquirido ao longo da formação com a prática em contexto real, proporcionando o contacto com diferentes problemáticas, populações e contextos de intervenção. Para além da aplicação de técnicas de entrevista, avaliação e intervenção psicológica, o estágio possibilitou a aquisição de novas competências técnicas, relacionais e éticas, indispensáveis ao exercício da prática clínica. Paralelamente, favoreceu a observação de práticas profissionais, o trabalho em equipa e a reflexão sobre questões éticas e deontológicas, potenciando o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a consolidação de um “saber fazer” sustentado na experiência em contexto institucional.

O relatório encontra-se estruturado em quatro partes fundamentais que seguem uma prévia caracterização da instituição onde se realizou o estágio.

A I Parte correspondente à revisão da literatura, que se baseia nas problemáticas mais recorrentes na entidade acolhedora de estágio profissional, bem como é feita uma reflexão sobre os princípios éticos e deontológicos subjacentes à atividade do Psicólogo Clínico.

A II Parte apresenta a descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a III Parte dedica-se à apresentação e discussão de três casos, sendo dois de acompanhamento psicológico e um de avaliação psicológica.

Por fim, a IV Parte é dedicada a uma reflexão crítica e pessoal sobre a experiência de estágio e o impacto deste no desenvolvimento da identidade profissional.

Caraterização da Instituição Acolhedora do Estágio

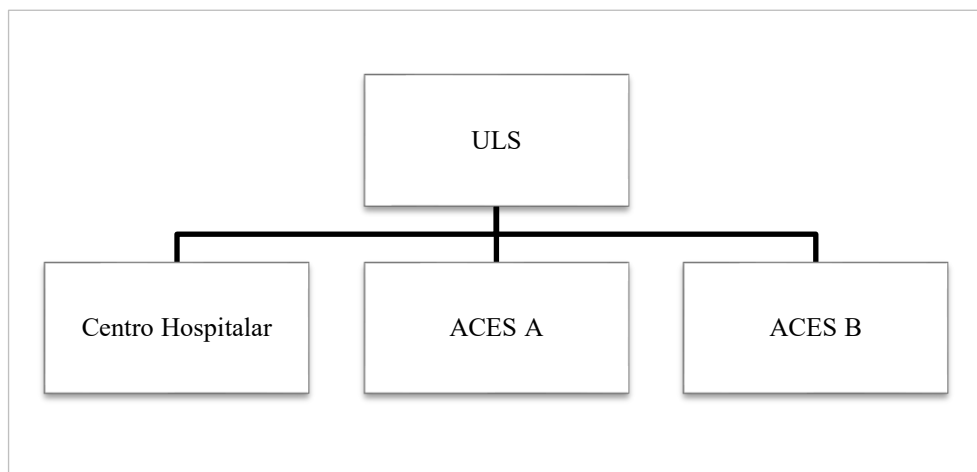
Em 1976, o artigo 64º da Constituição (Constituição da República Portuguesa, 1976), consagrou o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde, bem como o dever de a promover e defender. Para garantir este direito, foi estabelecida a criação de um sistema nacional de saúde que fosse universal, abrangente e gratuito. Este sistema foi concebido para assegurar a proteção da saúde, permitindo que o Estado garantisse o acesso de todos, independentemente da condição económica, a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação. Além disso, previa-se uma cobertura médica e hospitalar eficaz e racional em todo o território nacional. Para garantir este direito, foi estabelecida a criação de um sistema nacional de saúde que fosse universal, abrangente e gratuito.

Em 1979, a Lei n.º 56/79 instituiu formalmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS), abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo cuidados integrados e de acesso público. Atualmente, o SNS organiza-se sob tutela do Ministério da Saúde, através de órgãos centrais, regionais e locais, articulando cuidados de saúde primários, hospitalares e especializados.

No que concerne à evolução dos Centros de Saúde, estes passaram de unidades focadas em saúde pública (primeira geração) para estruturas integradas (segunda geração, 1983), agregando serviços assistenciais extra-hospitalares. Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 28/2008 criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), asseguram a prestação de cuidados de saúde primários, uma vez que os mesmos correspondem ao agrupamento de diferentes centros de saúde organizada de forma territorial. Mais recentemente, o diploma de 14 de setembro de 2024 generalizou as Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando hospitais e centros de saúde numa gestão única. Como tal, a ULS¹ na qual a entidade acolhedora de estágio está integrada, passou a englobar um Centro Hospitalar, o ACeS A e o ACeS B, otimizando a articulação entre níveis de cuidados e reforçando a aposta na promoção da saúde e prevenção da doença (SNS, 2024) (Figura 1). Assim, a ACeS A¹, a integra a entidade onde se realizou o estágio profissional, resulta da fusão de unidades locais e compreende várias Unidades Funcionais, entre as quais as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), onde se inserem os psicólogos. (fonte: ACeS A¹).

¹ ULS integrada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.: a identificação da Instituição foi deliberadamente omitida para garantir o anonimato da mesma. Da forma, salvaguarda-se os direitos autorais da Instituição com a referência à sua utilização como fonte e, simultaneamente, assegurando o cumprimento das normas do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

Figura 1. *Organograma resumo da ULS*



A ULS assegura atualmente cuidados de saúde primários a mais de 480 mil utentes (SNS, 2024). Atualmente dispõe de um universo de 15 psicólogos, distribuídos pelas diversas Unidades que a integram, nomeadamente as URAP's (cuidados de saúde primários) ou Hospital (cuidados assistenciais hospitalares).

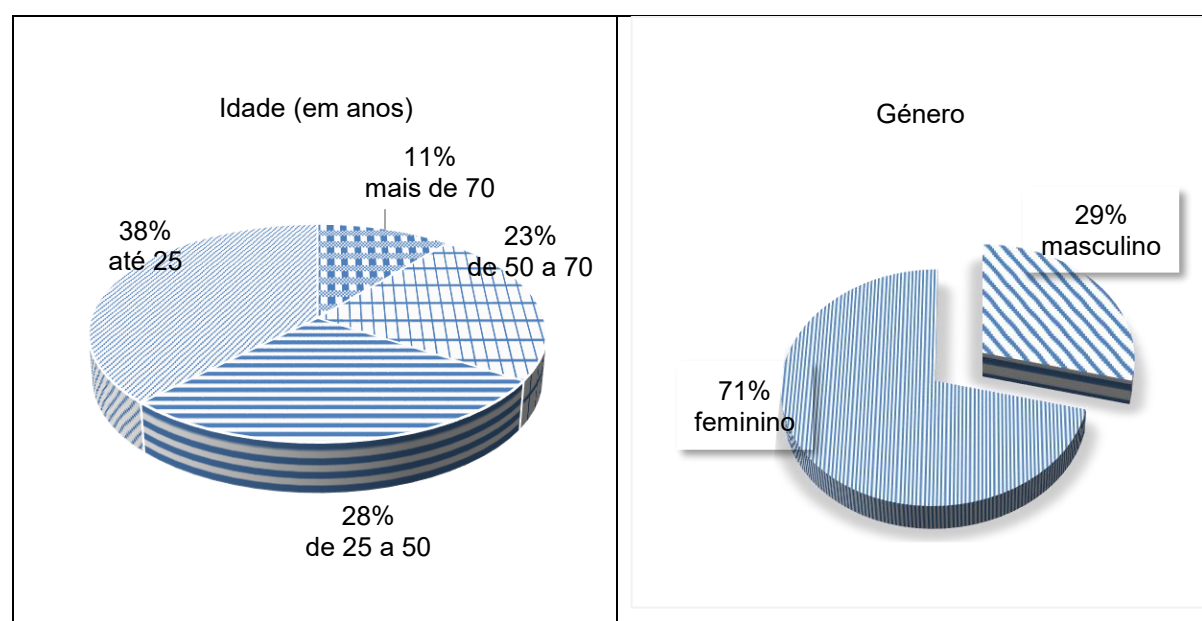
Segundo o Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2024), o serviço de psicologia clínica da ULS tem então como missão de prestação de cuidados diferenciados com elevados níveis de qualidade de acordo com as melhores evidências científicas, constituindo-se como um centro de referência na prestação de cuidados de saúde psicológica, destacando-se pela excelência das suas práticas, ações e dinâmicas. Por fim, é igualmente um serviço que pretende contribuir para a investigação na área da Psicologia, não só no serviço de psicologia clínica prestado, e colaboração com outras especialidades médicas da ULS, com igualmente pela colaboração com outras organizações ou entidades nacionais e internacionais (SNS, 2024). Assim, a psicologia nos cuidados de saúde primários assume-se como um recurso de proximidade, com impacto preventivo e interventivo, articulando-se com outros profissionais e estruturas da comunidade, procurando contribuir para a promoção do bem-estar, bem como para melhorar a adaptação às exigências da vida e para a redução do impacto das perturbações mentais na população (SNS, 2024).

No que concerne ao ACeS A, este cobre uma população de cerca de 238 mil habitantes (INE, 2022). A sua missão centra-se no acesso equitativo a cuidados de qualidade, na vigilância epidemiológica, na investigação em saúde e na formação de profissionais. A Unidade de Saúde onde o presente estágio foi realizado insere-se, então, como unidade estrutural deste ACeS.

Com o objetivo de caracterizar de forma mais rigorosa a população alvo e as

problemáticas predominantes na população da Unidade acolhedora, procedeu-se a um levantamento sistematizado de idade e género dos utentes em/ para consulta de psicologia nas Unidade de Saúde Familiar (USF), salientando-se a predominância dos jovens e adolescentes, bem como as mulheres, como os elementos populacionais locais que mais recorrem a ajuda psicológica (Figura 2).

Figura 2. Percentagem dos utentes em/ para consulta de psicologia nas USF, por Idade e Género.



Nota: Gráfico criado pela autora com base nos dados obtidos na plataforma da ULS.

Por sua vez, no que concerne às principais queixas, sinais ou sintomas do foro psicológico (agrupadas de modo simplificado), importa referir que, ainda que se inclua os casos atualmente seguidos pela psicóloga responsável, esta identificação inclui igualmente informação recolhida junto das equipas médicas, nomeadamente médicos de família (registados na plataforma da ULS), considerando que uma parte significativa dos utentes ainda não se encontra em acompanhamento psicológico. A partir destes dados (Tabela 1), identificam-se as principais problemáticas identificadas, as quais transversais a todas as idades, ainda que com particularidades diferentes, em conformidade com as preocupações próprias do ciclo de vida. Salvaguarda-se que esta divisão é redutora, sendo que os casos devem ser analisados individualmente, até porque muitas das problemáticas estão associadas a outras comorbilidades. Ainda assim evidencia-se que as problemáticas mais frequentes incluem perturbações de ajustamento, dificuldades de adaptação a fases do ciclo de vida, crises pessoais ou familiares, luto, violência doméstica, dificuldades relacionais, alterações emocionais ligadas

à doença crónica, perturbações ansiosas e depressivas ligeiras a moderadas, bem como comportamentos de risco (tabaco, alimentação, sexualidade, adesão a tratamentos).

Evidencia-se a predominância de problemáticas de Ansiedade, sendo que a análise mais cuidada dos processos, em articulação com o Serviço de Psicologia e o orientador local, permitiu identificar padrões distintos na manifestação desta problemática ao longo do ciclo de vida. Nos indivíduos mais jovens, a ansiedade revelou-se predominantemente associada ao desempenho académico e ao contexto avaliativo, bem como a questões relacionais e experiências de isolamento social, verificando-se, em muitos casos, a ocorrência de ataques de pânico. Por sua vez, na população adulta, a ansiedade apresentou maior frequência de associação a preocupações relacionadas com saúde, cuidados parentais de adolescentes em situações de risco (incluindo comportamentos aditivos), e a eventos de vida adversos, tais como separações conjugais, conflitos relacionais e condições laborais adversas, frequentemente associadas a quadros de exaustão emocional e *burnout*.

Entre adolescentes, observam-se ainda queixas frequentes associadas ao divórcio parental ou à ausência prolongada de uma das figuras parentais. Por sua vez, na população acima dos 50 anos, destaca-se a presença recorrente de situações de luto, as quais emergem como temática relevante no contexto clínico.

A impulsividade e as alterações de comportamento, manifestam-se, principalmente entre os adolescentes, no entanto, parece estar a passar a uma forma mais transversal a todas as idades, assim como a violência no namoro e de casal, que parece também ser um denominador comum a todas as idades.

Por fim, importa referir que a identificação do contexto e das necessidades verificou-se fundamental para orientar a realização do estágio curricular em psicologia, permitindo compreender as especificidades do ambiente, os objetivos da instituição e as exigências dos indivíduos envolvidos.

Tabela 1. Principais queixas, sinais ou sintomas do foro psicológico (agrupadas de modo simplificado), em função da idade.

	< 25 anos	De 25 a 50 anos	De 50 a 70 anos	>70 anos
Depressão	3	18	13	10
Luto	4	-	5	4
Ansiedade	20	26	16	9
Alterações de comportamento	4	3	3	-
Atraso no desenvolvimento	5	-	-	-
Perturbações de oposição	1	-	-	-
Bulling	5	-	1	-
Burnout	-	-	2	-
Dificuldades escolares	5	-	-	-
Relações sociais	5	1	-	-
Violência doméstica/ namoro	2	-	1	-
Ansiedade social	2	-	1	-
Alterações ciclo de vida familiar (e.g. divórcio)	14	3	-	-
Pânico	7	1	1	-
Parentalidade/ Problemas com filhos	-	3	2	-
Perturbações alimentares	1	-	1	-
Cansaço/ anedonia	-	2	1	-
Doenças (foro fisiológico)	-	4	-	-

Nota: Tabela criada pela autora com base nos dados obtidos na plataforma da ULS.

I Parte. Enquadramento Teórico

A Atividade do Psicólogo Clínico

Em Portugal, a prevalência das perturbações mentais é elevada: segundo a European Commission & Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], (2023), estimando-se que cerca de 22 % da população portuguesa sofre de alguma perturbação mental, sendo que Portugal continua a apresentar uma das mais elevadas taxas de prevalência de sintomas depressivos e ansiosos na Europa, agravadas pelo impacto da pandemia da COVID-19. Além das perturbações diagnosticadas, uma proporção considerável da população portuguesa apresenta sofrimento psicológico *subclínico*, evidenciado em adultos no geral, dos quais, cerca de metade relatou sintomas emocionais ou psicossociais nos últimos 12 meses. Por sua vez, especificamente na população universitária, cerca de 36 % de estudantes reportam ansiedade e 39 % sintomas depressivos. Estes dados reforçam a urgência de fortalecer a intervenção psicológica, sobre a qual se evidencia não só os benefícios clínicos, como igualmente os benefícios sociais e económicos, incluindo a redução de custos em saúde, do absentismo laboral e da hospitalização, bem como a melhoria da qualidade de vida e da produtividade (European Commission [EC], 2023; Pereira et al., 2024; Serviço Nacional de Saúde 24 [SNS24], 2025).

Neste enquadramento, o psicólogo clínico assume um papel central na promoção da saúde mental, através da prevenção, avaliação, diagnóstico e intervenção psicológica em múltiplos contextos (Goodheart, 2010; Faria et al., 2020). A intervenção psicológica é reconhecida como eficaz e custo-efetiva, sendo, em muitos casos, tão ou mais eficaz do que a psicofarmacologia (Layard et al., 2007; Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015).

Assume-se ainda que o reconhecimento legal do ato do psicólogo em Portugal, através do Aviso n.º 8456/2019², bem como as propostas regulamentares da Ordem dos Psicólogos Portugueses relativas às especialidades profissionais, consolidam a importância e a legitimidade da prática psicológica nos cuidados de saúde. O psicólogo clínico e da saúde é, assim, reconhecido como especialista competente na avaliação, diagnóstico psicológico, intervenção, consultoria e investigação no domínio da saúde mental.

Psicólogo Clínico nos Cuidados de Saúde Primários

Em Portugal, a Psicologia da Saúde iniciou-se em maternidades e hospitais, sendo posteriormente integrada nos centros de saúde. A atuação dos psicólogos dessa área contribui para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos pacientes, além de

² Aviso n.º 8456/2019. (2019). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 93.

favorecer as relações entre profissionais de saúde e utentes. Como resultado, esperava-se reduzir internações hospitalares, diminuir o uso de medicamentos e otimizar a utilização dos recursos de saúde (Teixeira, 2004).

Mais recentemente, a Direção Geral de Saúde [DGS] (2023), através do *Plano Nacional de Saúde Mental 2023-2030*, veio reforçar o papel dos psicólogos nos cuidados de saúde primários, salientando a necessidade de aumentar a acessibilidade e a integração da intervenção psicológica nos serviços de saúde (DGS, 2023). Por outro lado, apesar dos avanços registados na integração da psicologia no Serviço Nacional de Saúde, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021), persistem desigualdades no acesso aos cuidados psicológicos nos cuidados de saúde primários, associadas à insuficiente presença de psicólogos nos ACeS.

A ação dos psicólogos da saúde pode ser conceptualizada em três dimensões, nomeadamente utentes, técnicos e organização, devido à expectável sinergia de atuação nos vários contextos do sistema de saúde, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, entre outros (Teixeira, 2004). Por sua vez, a Psicologia da Saúde abrange um conjunto de práticas assistenciais e educativas realizadas por psicólogos no contexto da saúde, integrando dimensões sociais, culturais e ambientais. Seu objetivo é ajustar as intervenções psicológicas de maneira a promover o bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Almeida & Malagris, 2011). Os ganhos da intervenção dos psicólogos nos cuidados de saúde primários, segundo a OPP (2011), revelam-se tanto ao nível direto como indireto. Ao nível direto evidencia-se a redução da procura das consultas do médico de família, redução das consultas de especialidade (com a melhor adesão ao tratamento), redução da prescrição dos medicamentos, redução do número de dias de internamentos e redução das idas às urgências. Ao nível indireto, aponta-se a diminuição do abstencionismo laboral, aumento da produtividade e diminuição dos encargos, com benefícios fiscais.

No caso específico dos psicólogos integrados nos cuidados de saúde primários (e.g. nos Centros de Saúde), por serem a primeira linha de intervenção em cuidados psicológicos, têm como objetivo intervir junto de populações saudáveis, na prevenção da doença e na promoção da saúde física e psicológica, desenvolvendo vários tipos de atividades. (Teixeira, 2004). Já no caso concreto da saúde infantil, há fatores determinantes a observar para um saudável desenvolvimento da criança, como comportamentos alimentares, exercício físico, consumo de substâncias e prevenção de acidentes, mas também as mudanças no funcionamento familiar, tais como divórcios, lutos, dificuldades económicas, violência doméstica, maus-tratos e negligência, e a adaptação da criança à escola e potenciais contextos de *bullying* (Trindade,

1999). Como tal, nos cuidados de saúde primários, o psicólogo não pode ter apenas competências para a avaliação clínica e para a intervenção terapêutica individual, mas também competências educacionais, sociais e organizacionais, estas últimas ligadas à saúde e à capacidade para proporcionar às equipas de saúde maior consciência acerca dos fatores psicológicos ligados à saúde, à prestação de cuidados, à gestão de recursos, à humanização dos serviços e à intervenção junto da comunidade (Trindade, 1999). Deste modo, o trabalho dos psicólogos nos cuidados de saúde primários divide-se entre diversos domínios, nomeadamente, *i*) a Promoção da saúde, que envolve atividades de informação e educação sobre temas como alimentação saudável, prevenção de hábitos prejudiciais (sedentarismo, tabagismo, álcool e drogas), contraceção, planeamento familiar e comportamentos saudáveis em diferentes fases da vida. Também abrange aspetos psicológicos ligados a problemas de saúde e sua prevenção. Já o domínio *ii*) Consulta psicológica, inclui avaliação e intervenção para apoiar pessoas com dificuldades em adotar mudanças de comportamentos de risco e desenvolvimento de comportamentos saudáveis, intervenção em crises pessoais e familiares (e.g., luto, transições de vida, violência doméstica, isolamento social, aposentadoria, questões laborais e desemprego.). Também se aborda o tratamento de perturbações de desenvolvimento e ajustamento (ansiedade, depressão), dificuldades de adaptação a situações/crises pessoais e a melhoria da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, bem como o incentivo à adesão aos tratamentos. Por sua vez, os *iii*) Cuidados continuados, incluem a participação em equipas de assistência domiciliar, especialmente para atender pacientes com alto grau de dependência. Também a *iv*) Humanização dos serviços é uma prática relevante, uma vez que serva a implementação de práticas que promovam um atendimento mais humano e centrado nas necessidades dos pacientes, desempenhando liderança de iniciativas que promovam a saúde, considerando as características das populações locais. Já o *v*) Planeamento e Investigação constitui-se como uma atividade de condução de estudos em áreas de interesse e relevância para a equipe de saúde da qual o psicólogo faz parte e, por fim a *vi*) Atuação multidisciplinar, que facilita a capacitação sobre os fatores psicológicos que influenciam a prestação de cuidados, visando aprimorar a qualidade do atendimento, participando em equipas integradas de várias especialidades.

No caso particular do Serviço de Psicologia Clínica da ULS, como referido, este é integrado maioritariamente nas URAP, prestando cuidados de psicologia ao longo do ciclo de vida. A sua atuação baseia-se em três dimensões: avaliação, diagnóstico e intervenção psicológica, complementadas pela promoção da saúde mental, prevenção da doença e colaboração interdisciplinar. No geral compete aos psicólogos o cumprimento dos princípios

orientadores de:

- i) Realizar a avaliação psicológica, a avaliação neuropsicológica, o diagnóstico e o estudo psicológico de indivíduos em qualquer fase do ciclo de vida, de grupos ou comunidades;
- ii) Elaborar pareceres e relatórios periciais a indivíduos em qualquer fase do desenvolvimento;
- iii) Participar em programas e atividades de educação para a saúde;
- iv) Colaborar nas ações comunitárias que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença;
- v) Efetuar aconselhamento psicológico individual, familiar ou de grupo;
- vi) Efetuar intervenções psicológicas e psicoterapia;
- vii) Responsabilizar-se pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da Psicologia;
- viii) Participar em projetos de investigação e/ou formação (gestão, conceção e avaliação), nomeadamente, nos domínios que envolvem o comportamento individual ou de grupo;
- ix) Identificar, planear e contratualizar serviços de Psicologia com as outras unidades ou serviços da instituição para todas as prestações de serviços a efetuar pelos psicólogos;
- x) Organizar ações de formação na área da Psicologia;
- xi) Colaborar na realização de ações de formação específicas da Psicologia em articulação com outros serviços, unidades e especialidades médicas e não médicas;
- xii) Articular a sua ação com outras instituições e organizações, tais como Cuidados de Saúde Primários, Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Poder Local, Sistema Judicial, Sistema Educativo, entre outras, de modo a efetuar um diagnóstico correto e intervenções psicológicas mais adequadas às situações;
- xiii) Desenvolver ações de sensibilização e informação aos utentes sobre saúde psicológica e acesso a estes cuidados;
- xiv) Colaborar com os órgãos de direção, administração e gestão da instituição em que se inserem;
- xv) Integrar comissões e grupos de trabalho de âmbito institucional, nomeadamente comissões de ética para a saúde;
- xvi) Contribuir para a formação académica e profissional em Psicologia.

No que concerne especificamente à intervenção psicológica nos CSP, abrange-se a avaliação e aconselhamento psicológico em saúde (individual, conjugal, familiar ou em grupo), intervenção em crise, apoio psicoterapêutico breve e focalizado, grupos terapêuticos temáticos, bem como a promoção de literacia em saúde psicológica e colaboração em projetos comunitários (Unidade Local de Saúde X, 2024).

Integração em equipas multidisciplinares

Como já referido nos Centros de Saúde portugueses, integrados nos ACeS, a prestação de cuidados assenta em equipas multidisciplinares cuja atuação visa garantir a continuidade, integralidade e proximidade dos cuidados de saúde. Estas equipas organizam-se em diferentes unidades funcionais, com destaque para as USF, as Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e as URAP. A articulação entre estas unidades permite uma resposta integrada, ajustada às necessidades individuais, familiares e comunitárias.

As equipas multidisciplinares são constituídas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento incluindo a Psicologia, bem como Medicina Geral e Familiar, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, higienistas orais, terapeutas (ocupacionais, da fala ou fisioterapeutas), técnicos de saúde ambiental, farmacêuticos e assistentes técnicos. A composição concreta pode variar entre ACeS, mantendo-se a lógica central de integração de competências diversas para uma abordagem abrangente à saúde.

De forma global, a intervenção destas equipas assenta em quatro eixos fundamentais. Em primeiro lugar, a promoção da saúde e prevenção da doença, através de atividades como rastreios populacionais, vacinação, programas educativos e vigilância em saúde ao longo do ciclo vital. Em segundo lugar, o acompanhamento contínuo das pessoas e famílias, promovendo a gestão de doenças crónicas, a vigilância da saúde infantil e materna, o apoio em saúde mental e a monitorização de fatores de risco clínicos e sociais. Em terceiro lugar, destaca-se a intervenção integrada, que se traduz na elaboração de planos de intervenção conjuntos em situações complexas, assegurando que diferentes profissionais contribuem de forma coordenada para o mesmo objetivo terapêutico. Finalmente, no contexto da RNCCI, a intervenção assenta no trabalho articulado de diferentes profissionais, possibilitando uma avaliação global das necessidades do utente, a definição de objetivos terapêuticos comuns e a implementação de planos de intervenção coerentes e ajustados à singularidade de cada situação (Ministério da Saúde, 2006). Esta articulação interdisciplinar promove a continuidade dos

cuidados, a otimização dos recursos disponíveis, a prevenção de internamentos evitáveis e a melhoria da qualidade de vida do utente e da sua família, assumindo particular relevância em contextos de elevada complexidade clínica e social (DGS, 2014). Neste enquadramento, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)³ constitui uma resposta de proximidade, assegurando cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, transitória ou prolongada, que não apresentam capacidade de deslocação autónoma, mas que reúnem condições adequadas para a prestação de cuidados no domicílio. A intervenção da ECCI desenvolve-se no contexto comunitário, privilegiando a continuidade dos cuidados, a promoção da autonomia e a articulação entre cuidados de saúde, apoio social e suporte aos cuidadores informais (Ministério da Saúde, 2006). Assim, como um todo, a RNCCI tem como finalidade a prestação integrada e humanizada de cuidados de saúde e de apoio social, centrados na pessoa e no seu contexto familiar e comunitário, através de uma atuação interdisciplinar. Neste sentido, a intervenção da ECCI dirige-se preferencialmente a situações de maior complexidade clínica, funcional e social no domicílio, contribuindo para a manutenção da pessoa no seu meio habitual de vida, para a prevenção de internamentos desnecessários e para a promoção da qualidade de vida dos utentes e das suas famílias (Simões et al., 2017).

Importa ainda acrescentar que a referenciação para a ECCI obedece a critérios clínicos, funcionais e sociais definidos pela RNCCI, sendo orientada para situações de maior exigência de cuidados no domicílio. Estes critérios incluem, nomeadamente, a necessidade de cuidados de saúde frequentes ou prolongados, cuidados que excedem o horário habitual das unidades funcionais, elevada complexidade clínica e funcional, bem como a necessidade de suporte e capacitação do cuidador informal. A aplicação destes critérios visa assegurar uma resposta eficiente, segura e centrada na pessoa, promovendo a continuidade dos cuidados e a estabilidade do utente no seu contexto familiar e comunitário (DGS, 2014).

O psicólogo da saúde, neste contexto, participa em reuniões clínicas, gestão de caso e tomada de decisão partilhada, favorecendo planos integrados, comunicação clara e envolvimento do utente e família (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2022). Contribui para avaliar e intervir nas dimensões emocional, cognitiva, comportamental e relacional de forma integrada com a equipa multidisciplinar, sem prejuízo da sua autonomia técnico-científica e funcional, assumindo várias funções nucleares (ACSS, 2022; 2017; OPP,

³ A RNCCI, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 e atualizada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 e pelo Decreto-Lei n.º 24/2017, tem como missão assegurar cuidados de saúde e de apoio social continuados, integrados e humanizados, promovendo a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida dos utentes (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2022).

2018).

Ressalva-se que a avaliação abrange frequentemente o impacto da doença na saúde mental, cognição (memória, atenção, funções executivas, linguagem), *coping* e recursos psicossociais, orientando o Plano Individual de Intervenção (PII) e as metas de reabilitação. Será importante referir que neste contexto existem orientações para conjuntos nucleares de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), selecionados para avaliar a funcionalidade em condições específicas de saúde mental. Estes conjuntos foram definidos por especialistas para garantir que os aspetos mais relevantes da funcionalidade são medidos de forma padronizada e comparável (ACSS, 2017). O objetivo é uniformizar linguagem, permitir comparabilidade de dados e apoiar planos individualizados de intervenção, promovendo uma abordagem integrada e centrada na funcionalidade do indivíduo (ACSS, 2017). Em unidades com elevada prevalência de patologias neurológicas e declínio cognitivo, a avaliação sustenta programas de estimulação cognitiva e reabilitação neuropsicológica. Implementam-se igualmente psicoterapias breves focadas em ansiedade, depressão, dor crónica, adaptação à incapacidade, adesão e mudança comportamental; conduz estimulação cognitiva individual e em grupo; e integra abordagens de reabilitação biopsicossocial em articulação com outras disciplinas. A sobrecarga do cuidador é frequente e associa-se a morbilidade psicológica. Como tal a intervenção psicológica nestas situações, especialmente quando adaptada ao contexto domiciliário e com formatos mistos que promovem suporte entre pares, é recorrente (ACSS, 2017).

Na prática integrada, psicólogos melhoram desempenho das equipas e a decisão partilhada, com evidência temática em níveis do utente, interpessoal e organizacional, incluindo utilização mais eficiente de cuidados (Kongkar et al., 2025; Shi et al., 2025).

Enquadramento teórico-conceitual das problemáticas psicopatológicas relevantes

Considerando a diversidade de quadros clínicos observados no contexto de estágio, foi possível identificar uma predominância de perturbações depressivas e ansiosas. Essa prevalência manifestou-se tanto em indivíduos com diagnóstico previamente estabelecido como em casos nos quais os sintomas emergiam de forma progressiva, evidenciando-se ao longo do processo de acompanhamento psicológico. Contudo, tendo em conta os casos em acompanhamento e avaliação (*ver III Parte*), optou-se por dar enfoque não só a estas, como também a duas outras problemáticas abordadas. Incluímos assim a Perturbação do Neuro desenvolvimento associado à Mutação do Gene CHD2, pela sua especificidade e presença num caso acompanhado, bem como enquadrámos o *Bulling*, pela prevalência observada nos casos

observados, em acompanhamento e avaliação, sendo igualmente prevalentes nos dados estatísticos da Unidade de saúde.

Perturbação Depressiva

A depressão é uma das principais causas de incapacitação a nível global, afetando cerca de 280 a 300 milhões de pessoas em todo o mundo, o que a torna uma das doenças mentais com maior impacto funcional e social (World Health Organization [WHO], 2023). Dados mais recentes indicam que, atualmente, cerca de 3,8% da população mundial vive com depressão, sendo a prevalência superior entre adultos (5%), especialmente entre mulheres (6% vs. 4% nos homens) e pessoas com mais de 60 anos (5,7%) (WHO, 2023).

Do ponto de vista sociodemográfico, a depressão pode manifestar-se em diferentes grupos populacionais. Contudo, verifica-se maior incidência na adolescência, no início da idade adulta e em idades intermédias, o que pode ser entendido como um fator predisponente associado a períodos de maior reorganização psicossocial e exigência adaptativa (Moniz, 2007). A prevalência é aproximadamente duas vezes superior em mulheres, sugerindo influência de fatores predisponentes de natureza biológica, psicológica e sociocultural (Pereira & Saraiva, 2014). Adicionalmente, a ocorrência mais frequente em contextos rurais pode refletir tanto fatores predisponentes (como menor acesso a serviços de saúde mental) quanto fatores de manutenção, relacionados ao isolamento social e limitado suporte comunitário (Anunciação et al., 2019).

Entre os fatores precipitantes destacam-se o divórcio, a ausência de relações íntimas estáveis e a viuvez, que atuam como eventos de vida adversos capazes de desencadear episódios depressivos (Pereira & Saraiva, 2014). Já do ponto de vista dos fatores de manutenção, evidenciam-se condições como desemprego, dificuldades económicas e doenças físicas, que podem perpetuar sintomas depressivos ao comprometer recursos pessoais, sociais e funcionais (Anunciação et al., 2019). Por outro lado, a existência de redes de apoio social, relacionamentos seguros e acesso a cuidados de saúde mental consistentes constitui um importante conjunto de fatores de proteção, favorecendo maior resiliência e capacidade de adaptação ao stress.

De acordo com a European Commission e Organisation for Economic Co-operation and Development [EC & OECD] (2023), baseado nos dados do *Eurostat* (Inquérito Europeu de Saúde realizado em 2019), a prevalência auto-relatada de depressão em Portugal ultrapassou os 12 %, superando a média Europeia (cerca de 7,2%), em cerca de 5 pontos percentuais e é claramente maior do que o estimado anteriormente (7,9%), sugerindo que as perturbações depressivas são ainda mais frequentes do que se pensava e têm vindo a aumentar, já que a

prevalência de depressão e ansiedade aumentou de forma significativa durante a pandemia de COVID-19 e permanece acima dos níveis pré-pandémicos em muitos países (EC & OECD, 2023). Os dados demonstram uma discrepância significativa entre géneros, com taxas de depressão consideravelmente mais elevadas nas mulheres (16,3 %) do que nos homens (7,5%). Esta diferença constitui a mais acentuada entre os Estados-Membros da União Europeia (UE) (EC & OECD, 2023).

A perturbação depressiva pode manifestar-se com diferentes níveis de gravidade, habitualmente classificados em ligeiro, moderado e grave. Em Portugal, dados da DGS (2013) indicavam que a maioria dos casos se situava nos graus moderado (4,7 %) e grave (2,3 %), sendo a forma ligeira menos prevalente (0,9 %). Adicionalmente, estima-se que aproximadamente 80 % dos indivíduos que experienciam um episódio depressivo apresentem recaídas ao longo do ciclo de vida (Anderson et al., 2015). Mais recentemente, o SNS24 (2025) estima que cerca de 11% da população portuguesa terá um episódio depressivo ao longo da vida, confirmando a relevância desta perturbação no panorama nacional. De igual modo, o perfil de saúde de Portugal destaca que os níveis de depressão e ansiedade em Portugal permanecem entre os mais elevados da UE, refletindo um aumento da prevalência face a resultados anteriores (EC & OECD, 2023). Estes dados reforçam a importância de compreender a depressão como uma condição heterogénea, recorrente e de elevado impacto funcional e social.

Episódios prolongados de depressão aumentam o risco de evolução para formas crónicas e estão associados a maior risco de suicídio, cuja taxa pode variar entre 2,2% e 8,6%, consoante a gravidade (Powell et al., 2008).

É importante distinguir depressão de tristeza normal; enquanto a tristeza é uma resposta emocional transitória a acontecimentos adversos, a depressão implica sofrimento intenso, persistente e incapacitante, caracterizado por um sofrimento acentuado, comprometedor do funcionamento quotidiano do indivíduo (Guimarães et al., 2019; Cordioli, 2010, citado por Sousa, 2015. Por outro lado, Bastos et al. (2014) destacam a relevância de compreender a depressão como uma comorbilidade que pode acompanhar diferentes perturbações psiquiátricas, entre as quais se incluem as perturbações de ansiedade. Defendem que o diagnóstico da depressão e dos seus subtipos deve assentar na análise dos sinais e sintomas, na sua associação e evolução temporal, bem como no impacto que exercem no funcionamento psicossocial do indivíduo. Clinicamente, caracteriza-se por humor deprimido (sentimentos persistentes de tristeza e anedonia definida), perda de interesse ou energia, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, perturbações do sono e do apetite, queixas

somáticas, perda da libido, sentimentos de desvalorização e culpa, diminuição da concentração, sensação de fadiga, baixo nível de concentração e ideação suicida (American Psychiatric Association [APA], 2014; Peixoto et al., 2018).

De acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-V), na categoria das perturbações depressivas incluem-se, Perturbação de desregulação do humor disruptivo, Perturbação depressiva major, Perturbação depressiva persistente (distímia), Perturbação disfórica pré-menstrual, Perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, Perturbação depressiva devida a outra condição médica, Perturbação depressiva com outra especificação, e Perturbação depressiva não especificada.

Dentro do espectro das perturbações depressivas, destaca-se a perturbação depressiva major, frequentemente descrita como a forma prototípica do quadro clínico. Esta condição caracteriza-se pela ocorrência de episódios distintos de humor deprimido e perda de interesse ou prazer, acompanhados de alterações cognitivas, somáticas e funcionais significativas (APA, 2014). O diagnóstico exige a presença de pelo menos cinco sintomas, durante um período mínimo de duas semanas consecutivas, sendo obrigatório que um deles seja humor deprimido ou anedonia. Entre os sintomas adicionais incluem-se alterações do apetite ou peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, sentimentos de culpa ou desvalorização, dificuldades de concentração e ideação suicida (APA, 2014).

Por sua vez, a perturbação depressiva persistente (distímia) corresponde a uma forma crónica de depressão, com sintomatologia tipicamente menos intensa, mas prolongada, mantendo-se por pelo menos dois anos em adultos (ou um ano em crianças e adolescentes). O quadro envolve humor depressivo durante a maior parte do dia, na maioria dos dias, associado a pelo menos dois sintomas, tais como alterações de apetite ou sono, fadiga, baixa autoestima, dificuldades de concentração e sentimentos de desesperança. Para o diagnóstico, os sintomas não devem estar ausentes por períodos superiores a dois meses consecutivos, refletindo um padrão contínuo de sofrimento psicológico e prejuízo no funcionamento global (APA, 2014; Cuijpers et al., 2020).

A etiologia da depressão é multifatorial, resultando da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociais. Inclui predisposição hereditária, alterações neuroquímicas, experiências adversas, traços temperamentais e fatores ambientais (Wilkinson et al, 2005; Bastos et al., 2014). Alterações neurobiológicas (neuroquímicas, endócrinas e estruturais) interagem com vulnerabilidades psicológicas e circunstâncias sociais, configurando um modelo biopsicossocial da doença. Neste sentido, o tratamento da depressão tem geralmente como objetivos a remissão dos sintomas, a recuperação do funcionamento e a prevenção de

recaídas. A abordagem terapêutica deve ser abrangente, integrando dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Souza, 1999).

No que respeita ao tratamento farmacológico com prescrição médica, os antidepressivos são indicados sobretudo para casos moderados a graves, reduzindo sintomas e prevenindo recaídas. Contudo, até dois terços dos doentes apresentam resposta parcial ou ausência de resposta, o que pode exigir estratégias combinadas, como mudança de fármaco, associação terapêutica ou eletroconvulsoterapia em situações graves (Wilkinson et al., 2005; Bastos et al., 2014).

No tratamento psicológico, a psicoterapia é eficaz em todos os graus de depressão, destacando-se a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal. Para casos ligeiros e moderados, a psicoterapia pode ser tão eficaz quanto a medicação, apresentando menor taxa de abandono e menor risco de recaídas. Nas formas graves, a combinação de psicoterapia com farmacoterapia é recomendada (Cuijpers, 2015; OPP, 2015).

Em termos sociais, o suporte familiar e social constitui fator protetor relevante, reduzindo o impacto dos stressores e melhorando a adesão terapêutica. Alterações no estilo de vida, como prática de exercício físico, regulação do sono, dieta equilibrada e exposição solar, podem ter efeito adjuvante no processo terapêutico (Baptista et al., 2006; Ripoll et al., 2015).

A abordagem médica tradicional da depressão tem sido criticada pelas suas limitações e por descurar aspetos pessoais e sociais, pelo que se desenvolveram tratamentos psicológicos especializados que podem ser utilizados isoladamente ou em combinação com a farmacoterapia (Wilkinson et al., 2005; Carvalho et al., 2017).

Entre as psicoterapias com eficácia comprovada destacam-se a terapia cognitivo-comportamental, a terapia interpessoal, a ativação comportamental, a psicoterapia psicodinâmica, a terapia de resolução de problemas e o aconselhamento (Cuijpers, 2015; OPP, 2015).

A evidência mostra que a psicoterapia é eficaz em todos os graus de depressão, sendo tão efetiva quanto a medicação em casos ligeiros e moderados, mas com menor taxa de abandono e menor risco de recaídas (Pereira & Saraiva, 2014). Além disso, promove ganhos adicionais não alcançados apenas com fármacos, como melhoria das relações interpessoais e desenvolvimento de estratégias de *coping* (Ostergaard & Moldrup, 2011, citados por OPP, 2015).

Nas formas graves, recomenda-se o tratamento combinado, uma vez que psicoterapia e farmacoterapia têm efeitos independentes e cumulativos, produzindo melhores resultados em conjunto do que isoladamente (OPP, 2015; Oliveira et al., 2015; Cuijpers et al., 2014,

citados por OPP, 2015).

As abordagens mais eficazes envolvem a combinação de psicoterapia com farmacoterapia, com crescente reconhecimento de alternativas como eletroconvulsivoterapia (ECT), estimulação cerebral, terapias psicadélicas e intervenções de estilo de vida. Apesar dos avanços, persistem desafios no diagnóstico precoce, no acesso equitativo ao tratamento e na investigação de novas modalidades terapêuticas (Carvalho et al., 2017; Cuijpers, 2015; OPP, 2015; World Health Organization [WHO], 2023).

Em suma, a depressão é uma perturbação heterogénea, recorrente e de elevado impacto funcional, cuja etiologia envolve múltiplos fatores interdependentes. O seu tratamento exige uma abordagem integrada, articulando intervenções médicas, psicológicas e sociais, com vista a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados e a reduzir o peso da doença na sociedade.

Perturbação De Ansiedade/ Ansiedade De Separação

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2022), as perturbações de ansiedade incluem: Perturbação de Ansiedade de Separação, Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social), Fobias Específicas, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Perturbação de Pânico, com ou sem Agorafobia. Estas condições partilham características de medo e ansiedade excessivos, acompanhados de alterações cognitivas, fisiológicas, emocionais e comportamentais significativas. Enquanto o medo corresponde a uma resposta imediata perante uma ameaça real ou percebida, associado a ativação autonómica e comportamentos de fuga, a ansiedade consiste na antecipação de uma ameaça futura, marcada por tensão muscular, hiper-vigilância e evitamento (Craske et al., 2017; Stein & Fineberg, 2022). Estas perturbações distinguem-se do medo ou ansiedade normativos pela sua intensidade, persistência (habitualmente ≥ 6 meses) e desajuste em relação ao estágio de desenvolvimento. Embora em crianças a duração possa ser mais curta, muitas perturbações ansiosas têm início precoce e tendem a persistir até à idade adulta quando não tratadas. As taxas de prevalência são mais elevadas no sexo feminino, com uma proporção aproximada de 2:1 (Kessler et al., 2012; Bandelow & Michaelis, 2015).

Segundo o *DSM-5* (APA, 2014), as Perturbações de Ansiedade incluem 11 categorias distintas, entre as quais a Perturbação de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Perturbação de Ansiedade Social, Perturbação de Pânico, Agorafobia e Perturbação de Ansiedade Generalizada. Estas condições diferenciam-se pelos objetos ou situações que desencadeiam medo, ansiedade e evitamento, bem como pelo conteúdo cognitivo associado. Destaca-se ainda a elevada comorbilidade entre elas, exigindo avaliação

clínica cuidadosa para a sua diferenciação.

Na *International Classification of Diseases* (ICD-11; WHO, 2019), a Perturbação de Ansiedade Generalizada é descrita como preocupação persistente e excessiva relativamente a múltiplos domínios da vida (família, saúde, finanças, escola, emprego), acompanhada por sintomas adicionais como tensão muscular, agitação, irritabilidade, dificuldades de concentração, fadiga e perturbações do sono. Estas manifestações resultam em sofrimento clínico relevante e em prejuízo significativo nas áreas pessoal, familiar, escolar e ocupacional.

Do ponto de vista clínico, as perturbações de ansiedade manifestam-se através de sintomas somáticos (taquicardia, tremores, dispneia, cefaleias, sudorese), cognitivos (ruminação, pensamentos catastróficos, dificuldade de concentração), emocionais (medo, irritabilidade, despersonalização, desrealização) e comportamentais (inquietação, evitamento, isolamento) (Vasconcelos-Raposo et al., 2021; APA, 2022). A ansiedade torna-se patológica quando estas respostas são desproporcionais, frequentes e interferem significativamente no funcionamento diário (Stein & Scott, 2022).

A etiologia das perturbações de ansiedade é considerada multifatorial, resultando da interação entre fatores genéticos, neurobiológicos, temperamentais e ambientais. Crianças com temperamento inibido apresentam risco sete vezes superior de desenvolver perturbações de ansiedade, e a presença de um progenitor ansioso duplica a probabilidade de ocorrência (Clauss & Blackford, 2012; Lawrence et al., 2019). Experiências adversas precoces, como trauma ou estilos parentais superprotetores, aumentam igualmente a vulnerabilidade (Spence & Rapee, 2016; Gomes, 2022). Na mesma linha, Antony e Stein (2012) sublinham que estas perturbações derivam de uma interação complexa entre essas experiências, processos cognitivos enviesados (atenção seletiva, memória, interpretação), predisposição genética, funcionamento neuroanatômico, atividade hormonal e características de personalidade.

Durão (2020) diferencia fatores endógenos (genéticos, hormonais, fisiológicos) de fatores exógenos (eventos de vida pessoais, familiares, relacionais, profissionais e sociais) como desencadeadores de ansiedade. Os estudos de Ströhle et al. (2018) mostram que estas perturbações se inserem no grupo das doenças genéticas complexas, com uma hereditariedade estimada entre 30% e 67%, sendo o restante explicado por fatores ambientais, como abuso, negligência, doença crónica, perdas significativas, dificuldades financeiras ou violência. Por outro lado, experiências positivas, redes de apoio e estilos de vinculação seguros podem funcionar como fatores protetores, aumentando a resiliência.

Do ponto de vista cognitivo, Clark e Beck (2012) introduzem o conceito de vulnerabilidade cognitiva que representam cognições disfuncionais latentes que, ativadas por

eventos stressantes, amplificam a resposta ansiosa mesmo em contextos de baixo risco. Falcone et al. (2016), numa revisão narrativa, identificaram 17 descritores cognitivos da ansiedade clínica, agrupados em categorias como antecipação de perigo, catastrofização, negativismo, hipervigilância, intolerância à incerteza e desvalorização das próprias competências. Estes enviesamentos cognitivos explicam em parte a manutenção da ansiedade patológica, contribuindo para quadros clínicos persistentes e resistentes.

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que entre 10 a 20% das crianças e adolescentes apresentem uma perturbação de ansiedade, tornando-se o grupo de perturbações psiquiátricas mais comum nesta faixa etária (Polanczyk et al, 2015; Rapee et al, 2023). Em Portugal, estudos recentes confirmam uma prevalência elevada, com impacto relevante na adaptação escolar, social e familiar, reforçando a importância da deteção precoce e da intervenção atempada (Vasconcelos-Raposo et al., 2021; Gomes, 2022). A Perturbação de Ansiedade de Separação constitui-se um exemplo clínico relevante dentro deste grupo. Caracteriza-se por ansiedade intensa e desproporcional perante a separação das figuras de vinculação, manifestando-se por medo de perda, recusa em afastar-se de casa ou dos cuidadores, pesadelos recorrentes sobre separação e sintomas somáticos associados (APA, 2022). Embora tipicamente diagnosticada na infância, pode persistir na adolescência e na idade adulta, estando frequentemente associada a outras perturbações ansiosas ou depressivas (Silove et al., 2020).

Do ponto de vista epidemiológico, a prevalência da Perturbação de Ansiedade de Separação é de cerca de 4 a 5% em crianças e 1 a 2% em adultos, sendo considerada uma das perturbações de ansiedade mais comuns no período escolar (Mohammadi et al., 2023). Crianças com ansiedade de separação apresentam um risco aumentado de desenvolver perturbações de ansiedade generalizada, perturbação de pânico e depressão ao longo da vida (Rapee et al., 2023). Entre os fatores de risco, destacam-se experiências precoces de perda ou separação, estilos parentais ansiosos ou superprotetores, bem como características temperamentais de inibição comportamental (Clauss & Blackford, 2012; Spence & Rapee, 2016). Apesar da sua elevada prevalência e impacto significativo, as perturbações de ansiedade permanecem frequentemente subdiagnosticadas, subavaliadas e insuficientemente tratadas, mesmo em contextos de maior desenvolvimento económico e acesso a cuidados de saúde (Stein & Scott, 2022).

Dada a sua etiologia multifatorial, não existe um único percurso terapêutico para o tratamento das perturbações de ansiedade, variando entre modificações no estilo de vida, psicoterapia e/ou farmacoterapia, dependendo da especificidade do caso (Durão, 2020). De

acordo com Pereira & Manarte (2014), este tratamento deve basear-se num diagnóstico clínico rigoroso que considere gravidade, cronicidade, comorbilidades, história prévia de resposta a tratamentos e preferências do paciente. A literatura defende uma abordagem multimodal, combinando intervenção psicológica e farmacológica (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; Barlow, 2016; Ströhle et al., 2018). Uma exceção é feita ao tratamento das fobias específicas, em que apenas a psicoterapia é recomendada (Ströhle et al., 2018). Entre as abordagens psicológicas, destacam-se várias modalidades, como a psicodinâmica, interpessoal, mindfulness, mas a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem demonstrado elevada eficácia na redução de sintomas e prevenção de recaídas, sendo considerada tratamento de primeira linha para várias perturbações de ansiedade, isoladamente ou combinada com farmacoterapia (Knapp & Beck, 2008; Beck, 2013). Do ponto de vista farmacológico, os antidepressivos ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina) e IRSN (Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina) são recomendados como primeira escolha, enquanto os benzodiazepínicos devem ser usados apenas em situações agudas e por tempo limitado, devido ao risco de dependência (NICE, 2019; Ordem dos Farmacêuticos, 2011). O tratamento deve ser mantido entre 6 a 12 meses após a remissão para consolidar os ganhos e prevenir recaídas (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005). Adicionalmente, têm surgido terapias complementares e alternativas (ex.: yoga, meditação, acupuntura, exercício físico), embora ainda careçam de evidência científica robusta, podendo em parte beneficiar do efeito placebo e da qualidade da relação terapêutica (Mangolini, 2019). Apesar da diversidade de estratégias, cerca de um terço dos pacientes não responde adequadamente ao tratamento e muitos apresentam recaídas ou sintomas persistentes, sobretudo em casos de ansiedade generalizada e ansiedade social com comorbilidade depressiva (Menezes et al., 2007; Garakani et al., 2020).

Perturbação do Neuro Desenvolvimento Associado à Mutação do Gene CHD2

O desenvolvimento das neurociências e da genética molecular tem permitido esclarecer de forma progressiva os mecanismos biológicos subjacentes às perturbações do neurodesenvolvimento. Neste contexto, destaca-se a mutação do gene *CHD2* (sigla do Inglês *Chromodomain Helicase DNA-binding protein 2*), associada a um quadro neurogenético raro, mas caracterizado por manifestações clínicas relevantes, incluindo epilepsia de início precoce, défices cognitivos e alterações do desenvolvimento (Carvill et al., 2013; Helbig et al., 2013)."

O gene CHD2, localizado no cromossoma 15q26.1, codifica uma proteína envolvida na regulação da cromatina e na transcrição génica neuronal. As mutações geralmente ocorrem de forma de novo, isto é, sem hereditariedade direta, sendo a patologia descrita como CHD2 *related neurodevelopmental disorder* ou encefalopatia epilética associada ao CHD2 (Carvill et

al., 2021; Zhu et al., 2022; Epilepsy Foundation, 2023).

Estudos recentes sugerem que as mutações no gene CHD2 alteram a expressão de genes reguladores da maturação neuronal, afetando o desenvolvimento do sistema nervoso central e contribuindo para a elevada incidência de epilepsia, défices cognitivos e desregulação emocional (Luo et al., 2022; Thomas et al., 2016). Para além das manifestações neurológicas, tem sido documentada uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas em indivíduos com mutações CHD2, incluindo autismo, PHDA, depressão, esquizofrenia, síndrome de Tourette e potomania. Estes dados reforçam a hipótese de que as mutações em CHD2 têm um impacto significativo tanto no plano neurológico como no emocional e relacional, verificando-se frequentemente ansiedade intensa, comportamentos autolesivos, sintomas internalizantes e dificuldades de simbolização afetiva. A relação observada entre a gravidade das crises convulsivas e o grau de comprometimento psicossocial sugere uma integração complexa entre a disfunção neurológica e o desenvolvimento do self, frequentemente marcado por estratégias de regulação psíquica precárias. Nessas condições, o self pode desenvolver-se de forma fragmentada ou defensiva, com base em estratégias precárias de sobrevivência emocional, como evitar sentir, dissociar, retrain-se, ou reagir com impulsividade e autoagressão. Bernardo et al (2017) apresenta, por exemplo, um caso de uma paciente cujos resultados clínicos manifestaram valores elevados nas dimensões de ansiedade fóbica, perturbação obsessivo-compulsivo e psicoticismo, indicando um sofrimento emocional intenso. Observou-se também humor instável, isolamento emocional, desorganização do pensamento, ideias delirantes, hostilidade e julgamento comprometido, sem capacidade para *insight* pleno. Neste caso as dificuldades cognitivas envolviam a atenção, a abstração e a compreensão social. Num estudo clínico conduzido por Rong et al. (2024), que avaliou adultos entre os 18 e os 45 anos com mutações patogénicas no gene CHD2, foram identificados perfis psicopatológicos marcadamente disfuncionais. Os resultados mostraram que 71% dos participantes tinham diagnóstico de perturbação do espectro do autismo (PEA), 100% apresentavam comportamentos disfuncionais, 71% manifestavam sintomas internalizantes, como ansiedade, e 50% exibiam comportamentos auto-lesivos.

Embora a expressão clínica das mutações no gene CHD2 varie significativamente entre indivíduos, a literatura sugere que crianças com esta condição podem apresentar uma maior vulnerabilidade biológica a estímulos externos, especialmente em contextos socialmente exigentes, como o meio escolar. Esta vulnerabilidade manifesta-se frequentemente sob a forma de défices de autorregulação emocional e comportamental, impulsividade, dificuldade de adaptação às regras sociais e limitações na comunicação simbólica (Bernardo et al., 2017; Zhu

et al., 2022). Esta realidade evidencia a importância de uma compreensão alargada da condição, que ultrapasse a perspectiva médica tradicional e que contemple o acompanhamento psicológico especializado ao longo do ciclo de vida, atendendo ao impacto significativo destas mutações na construção da identidade, na vinculação afetiva e na integração social da criança.

Por sua vez, estas características, muitas vezes visíveis e pouco compreendidas pelos pares, podem contribuir para situações de exclusão social, rotulagem negativa ou mesmo *bullying*, tal como documentado em estudos sobre o impacto psicossocial das perturbações do neuro-desenvolvimento em contexto escolar (Hamiwka et al., 2009; Rose et al., 2011). Estes dados sugerem que as mutações no CHD2 não afetam apenas o funcionamento neurológico, mas impactam de forma profunda o desenvolvimento emocional e psicossocial, comprometendo a autorregulação e aumentando a vulnerabilidade para perturbações psiquiátricas. Embora não existam estudos específicos sobre *bullying* em crianças com mutação CHD2, estudos sobre epilepsia em crianças apontam que 42% destas são vítimas de *bullying*, um valor significativamente superior ao de grupos controle (Hamiwka et al., 2009; Johnson et al., 2021). Dada a associação da mutação CHD2 com condições psico-neurológicas que frequentemente envolvem déficits de regulação emocional, dificuldades sociais e comportamento percebido como “*diferente*”, é plausível pressupor uma vulnerabilidade social semelhante, justificando a atenção clínica nessa direção.

Bullying

O *bullying* escolar é geralmente definido, na literatura científica, como um conjunto de comportamentos agressivos, intencionais e repetitivos, que ocorrem num contexto escolar e envolvem um desequilíbrio real ou percebido de poder entre o agressor e a vítima (Olweus, 1993, 2013; Volk et al., 2017). Esse desequilíbrio pode ser físico, social ou psicológico, dificultando que a vítima se defenda de forma eficaz (OPP, 2017).

A agressão pode assumir diferentes formas: física (como bater, empurrar, destruir pertences), verbal (insultos, ameaças, gozo), relacional ou social (exclusão, difamação, manipulação de amizades) e, mais recentemente, virtual, conhecida como *cyberbullying* (assédio ou humilhação através de meios digitais) (Smith & Berkun, 2017).

O *bullying* tradicional é estudado desde os anos 70, com destaque para os trabalhos de Dan Olweus, onde, para que um comportamento seja classificado como *bullying*, a investigação destaca três elementos centrais: a intencionalidade da agressão, a repetição dos atos ao longo do tempo e o desequilíbrio de poder entre as partes (Olweus, 2013; Volk et al., 2017). Não se trata, portanto, de um conflito pontual ou de um desentendimento isolado, mas de um padrão de conduta sistemático que provoca sofrimento físico, emocional e social (OPP, 2017).

O desequilíbrio de poder não precisa de ser objetivo (como força física), ele é muitas vezes subjetivo e relacional, sendo percebido pelas partes envolvidas. O essencial é que o(s) agressor(es) tenha(m) uma posição de vantagem que o(s) capacita para repetir a agressão sem receio de consequências, enquanto a vítima sente incapacidade de reagir, fugir ou procurar apoio eficaz Olweus (1993, 2013; Volk et al., 2017).

O *bullying* escolar afeta, não apenas as vítimas diretas, mas também o clima geral da escola, podendo gerar insegurança e prejudicar a aprendizagem (Olweus, 1993). Por isso, é considerado um problema de saúde pública e um fenómeno de risco para o desenvolvimento sócio emocional e académico de crianças e adolescentes (Volk et al., 2017; OPP, 2017).

Em Portugal, dados divulgados pela OPP (2017) indicam que quase metade dos jovens reportou algum tipo de envolvimento em comportamentos de *bullying*, de forma semanal ou mensal, quer como vítimas, quer como agressores, ou acumulando ambos os papéis. O mesmo relatório sublinha que este número evidencia a alta prevalência do fenómeno no contexto escolar português e que o *bullying* deve ser encarado como uma preocupação de saúde pública e de bem-estar escolar. Além disso, destaca que os impactos vão muito além do momento das agressões, podendo afetar negativamente a autoestima, a saúde mental e o desempenho académico, tanto nas vítimas como nos agressores.

Um estudo realizado na China em 2023, com uma amostra de 95 545 alunos do ensino básico e secundário, analisou a relação entre a vitimização por *bullying* e diferentes problemas de saúde mental. A investigação avaliou a frequência e a gravidade das experiências de *bullying*, bem como sintomas de ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático (PSPT), insónia, comportamentos aditivos (como uso problemático de internet, videojogos ou substâncias) e a perceção global de saúde mental.

De forma geral, os resultados revelaram uma associação consistente: quanto maior a gravidade e a repetição do *bullying*, mais elevados eram os níveis de sofrimento psicológico. Alunos que relataram episódios de *bullying* grave apresentaram de três a cinco vezes mais probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão, registaram maior prevalência de sinais de PSPT, dificuldades persistentes de sono e maior envolvimento em comportamentos aditivos. Estas associações mantiveram-se estatisticamente significativas mesmo após o controlo de variáveis como idade, género e contexto socioeconómico. De forma consistente, um estudo conduzido na Venezuela por Marcillo et al. (2025) mostrou que a vitimização por *bullying* está associada a instabilidade emocional, maior risco de depressão e dificuldades significativas de adaptação escolar, sublinhando que mesmo formas moderadas de agressão têm impacto emocional mensurável. Este fenómeno é influenciado por múltiplos fatores,

incluindo características individuais (como traços de personalidade e competências socio emocionais), fatores familiares (tais como estilos parentais e dinâmica afetiva) e fatores contextuais (como o clima escolar, as normas sociais e as políticas institucionais) (Olweus, 1993, 2013; Espelage & Swearer, 2004; OPP, 2017). Por outro lado, relações de apoio com pares e professores, bem como um ambiente escolar positivo e inclusivo, funcionam como fatores de proteção importantes, reduzindo o risco de envolvimento em comportamentos de *bullying* (OPP, 2017; Volk, Veenstra, & Espelage, 2017).

A literatura científica indica que o *bullying* não afeta apenas as vítimas, mas também os agressores, que podem apresentar maior probabilidade de desenvolver comportamentos antissociais, consumo de substâncias e dificuldades de integração social.

Em resumo, os estudos indicam que o *bullying* escolar representa um risco significativo à saúde emocional de crianças e adolescentes, que tendem a prolongar-se no tempo, podendo comprometer o ajustamento emocional, as relações interpessoais e o desempenho académico na vida adulta. Neste sentido, o contexto familiar pode influenciar a resiliência diante dessas situações, sublinhando a necessidade de estratégias preventivas integradas, com intervenções precoces no ambiente escolar e apoio psicológico continuado às vítimas. (Marcillo et al., 2025).

O Processo terapêutico

Acompanhamento em grupo: Gravidez e pós- parto

A transição para a parentalidade é descrita na literatura como um período de elevada sensibilidade emocional e reorganização identitária (Cowan & Cowan, 2000; Raphael-Leff, 2005). A literatura em psicologia perinatal descreve a gravidez e o puerpério como fases de reorganização psicoafetiva profunda, nas quais emergem expectativas, medos, ambivalências e processos de redefinição do self enquanto futuro cuidador (Stern, 1995). Stern (1995) refere que, neste período, se desenvolve uma constelação psíquica específica da maternidade, marcada pela centralidade das preocupações com o bebé e pela reconfiguração da identidade adulta. Neste sentido, no contexto da Unidade Local de Saúde, o acompanhamento psicológico em grupo dirigido à gravidez e ao pós-parto assume um papel central na promoção da saúde mental perinatal, sendo este tipo de intervenção inscreve-se no modelo comunitário dos Cuidados de Saúde Primários (Ministério da Saúde, 2015).

Os grupos dinamizados nas unidades de saúde da ACeS A procuram oferecer um espaço seguro de partilha, reflexão e suporte, favorecendo uma adaptação mais ajustada a estas mudanças. Estes encontros de grupo permitem trabalhar temas essenciais, como o ajustamento emocional à gravidez, a preparação para o parto, a construção da vinculação pré-natal, a gestão

das alterações físicas e emocionais e, no pós-parto, os desafios associados à reorganização da rotina, à fadiga, às dúvidas relativas aos cuidados ao bebê e às exigências da nova dinâmica familiar. A modalidade grupal, amplamente fundamentada na teoria e prática da psicoterapia de grupo, possibilita que as participantes beneficiem de processos de normalização e identificação, reduzindo sentimentos de isolamento e promovendo a coesão entre os elementos (Yalom&Leszcz, 2005).

A possibilidade de partilha de vivências num contexto de aceitação favorece o reconhecimento intersubjetivo e a validação da experiência pessoal, contribuindo para a diminuição do isolamento psicológico e para uma maior congruência do self. O contacto com a experiência do outro funciona como um espelho experiencial que facilita a clarificação da própria vivência interna e o fortalecimento dos recursos pessoais, permitindo que a tendência atualizante se manifeste de forma mais livre e integrada.

Em contexto de grupo, a observação de pares que verbalizam emoções, enfrentam dificuldades semelhantes ou demonstram formas mais ajustadas de autorregulação emocional pode aumentar a percepção de autoeficácia dos participantes, um dos mecanismos centrais descritos por Bandura (1977). Este aumento da autoeficácia contribui para a mobilização de recursos internos e para a experimentação de novos comportamentos no próprio contexto de vida. Assim, a partilha de experiências dá origem à aprendizagem vicária e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas, constituindo um importante fator de proteção para a saúde mental perinatal.

A participação do pai ou companheiro nestes grupos tem vindo a ser progressivamente valorizada, em consonância com a evidência da sua contribuição para a construção de um projeto parental partilhado, favorecendo a comunicação e a cooperação no seio do casal e reduzindo o risco de sobrecarga materna, frequentemente associada ao puerpério. Estudos apontam também para a importância da presença do pai nas consultas de gravidez e no período pós-parto, tendo vindo a ser reconhecida como um fator protetor para o desenvolvimento da vinculação com a criança e para a promoção da saúde mental familiar. A literatura sublinha que o envolvimento paterno precoce contribui para o fortalecimento da tríade mãe-pai-bebê, favorecendo não apenas a relação diádica mãe-bebê, mas também a construção de um vínculo direto entre o pai e a criança (Ramchandani & Psychogiou, 2009). Os mesmos autores demonstram que o pai exerce uma influência própria e específica no desenvolvimento psicossocial da criança, a qual se mantém mesmo quando são considerados fatores maternos e contextuais, evidenciando o papel ativo e não meramente secundário da figura paterna. Durante a gravidez, a participação ativa do pai nas consultas permite aumentar o sentimento de pertença

ao processo gestacional, reforçando a corresponsabilidade parental e preparando-o emocionalmente para a transição para a parentalidade (Genesoni & Tallandini, 2009). No pós-parto, a sua presença e disponibilidade emocional estão associadas a uma melhor adaptação materna, a menores índices de depressão pós-parto e a um maior bem-estar familiar (Paulson & Bazemore, 2010).

Durante a gravidez, a participação ativa do pai nas consultas permite aumentar o sentimento de pertença ao processo gestacional, reforçando a corresponsabilidade parental e preparando-o emocionalmente para a transição para a parentalidade (Genesoni & Tallandini, 2009). No pós-parto, a sua presença e disponibilidade emocional estão associadas a uma melhor adaptação materna, a menores índices de depressão pós-parto e a um maior bem-estar familiar (Paulson & Bazemore, 2010).

No âmbito da ACeS, a intervenção é assegurada de forma integrada pelas equipas de psicologia, enfermagem de saúde materna e medicina familiar, promovendo uma resposta multidisciplinar e coerente. O psicólogo desempenha um papel fundamental na facilitação da dinâmica grupal, na promoção da reflexão emocional e na identificação precoce de fatores de risco, assegurando que os encontros constituem um espaço de escuta, compreensão e desenvolvimento de competências parentais sensíveis às necessidades da díade mãe-bebé e da família enquanto sistema em transformação. Assim, o acompanhamento psicológico em grupo no período perinatal configura-se, no âmbito dos cuidados de saúde primários, como uma intervenção estruturante e promotora de saúde, contribuindo para uma parentalidade mais consciente, partilhada e emocionalmente ajustada às exigências deste ciclo vital.

Acompanhamento individual: A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

A base conceptual deste estágio assentou na ACP, de orientação humanista-Rogeriana, que privilegia a criação de uma relação terapêutica autêntica, empática e incondicionalmente aceite como condição essencial para o desenvolvimento e mudança psicológica. Na teoria Rogeriana, um dos conceitos estruturantes é o de *campo fenomenológico*, o qual entendido como o conjunto das experiências subjetivas que cada pessoa vivencia num dado momento, quer estejam ou não acessíveis à consciência (Rogers, 2003). O campo fenomenológico inclui perceções, significados, valores e sentimentos, constituindo-se como a realidade tal como é vivida pelo indivíduo, não a realidade objetiva, mas a realidade percebida. Neste quadro, a psicoterapia constitui o espaço privilegiado onde o cliente pode explorar e simbolizar esse campo. À medida que se sente aceite incondicionalmente e compreendido empaticamente, ganha liberdade para trazer à consciência experiências dissociadas, distorcidas ou rejeitadas.

Este processo promove uma reorganização interna em que o self se aproxima do *self organísmico*, isto é, da experiência imediata e autêntica do organismo (Rogers, 1961, 2003). Assim, a mudança psicológica na ACP não decorre da interpretação externa do terapeuta, mas da possibilidade de o cliente consciencializar e integrar o seu campo fenomenológico. A percepção de si próprio vai sendo progressivamente diferenciada, tornando-se mais realista e funcional. Rogers (2003) sublinha que, quanto maior a congruência entre experiência e consciência, maior o ajustamento psicológico e a abertura à experiência (Rogers, 2003).

Nesta linha, Rogers (1983) introduz o conceito de *tendência formativa* ou *atualizante*, entendida como a força vital que orienta o organismo para níveis crescentes de ordem, diferenciação e complexidade. Assim, segundo o autor:

“a tendência sempre atuante em direção a uma ordem crescente e a uma complexidade inter-relacionada, visível tanto no nível inorgânico como orgânico”, ou seja, a tendência atualizante está presente desde o começo da formação do ser humano, e ao longo da sua vida vai-se atualizando, isto é, o indivíduo vai-se “tornando pessoa” (Rogers, 1983, pp.45).

O desenvolvimento do *self* é mediado pelas condições relacionais: quando predominam condições de valor restritivas, emerge a dissociação entre o self percebido e o self desejado, gerando incongruência e sofrimento psicológico. Para Rogers, as três atitudes facilitadoras — congruência, aceitação positiva incondicional e compreensão empática — constituem o núcleo da intervenção clínica, criando um ambiente seguro que permite ao cliente explorar e simbolizar as suas experiências de forma mais integrada. Quando existem estas condições facilitadoras o cliente pode reorganizar as suas percepções e ampliar o campo fenomenológico consciente, encontrando novas formas de estar no mundo (Rogers & Kinget, 1977; Santos, 2004). Desta forma, a psicoterapia centrada na pessoa constitui-se como um processo profundamente relacional, sendo que a função do terapeuta não é interpretar ou dirigir, mas criar o contexto facilitador que permite ao cliente aceder, simbolizar e integrar as suas experiências. Consiste assim, em criar as condições facilitadoras, de congruência, aceitação positiva incondicional e compreensão empática, que permitem ao cliente simbolizar experiências antes inacessíveis, ampliando o campo fenomenológico consciente e reorganizando o seu self. Como refere Santos (2004), é nesse processo de relação autêntica que o cliente encontra espaço para transformar as suas percepções e, conseqüentemente, os seus modos de estar no mundo.

Por sua vez, Hipólito (2011), reforça o papel da tendência atualizante como uma manifestação desde a origem biológica, na célula primordial, e orienta o desenvolvimento das potencialidades herdadas e adquiridas, tanto físicas como psíquicas. No entanto, para que estas

potencialidades se expressem plenamente, são necessárias condições ótimas de ordem biológica, psicológica e relacional (Hipólito, 2011). O autor aprofunda esta visão ao introduzir a noção de traumas das potencialidades, que correspondem às fragilidades ou ruturas que podem ocorrer no processo de atualização desde o período fetal até à infância. Estes traumas não anulam a tendência atualizante, mas podem comprometer a simbolização da experiência e aumentar a vulnerabilidade. Em contrapartida, quando o meio oferece condições de valor facilitadoras, o organismo dispõe de oportunidades para transformar esses traumas em caminhos de reorganização e crescimento. Nesta articulação, a pessoa desenvolve-se na relação entre o self orgânico (a experiência imediata e autêntica) e o self percebido (a representação de si mediada pela aceitação ou rejeição das figuras significativas). Quando predominam condições de valor restritivas, tende a emergir uma dissociação entre o self real e o self desejado, entre *locus* de controlo interno e externo, originando incongruência e sofrimento psicológico (Hipólito, 2011; Rogers, 1961).

A compreensão do desenvolvimento psicoafetivo, assim, complementa a teoria Rogeriana ao destacar que a saúde psicológica não depende apenas da tendência atualizante em si, mas sobretudo da forma como o sujeito consegue simbolizar as suas experiências e integrar as vulnerabilidades com os seus recursos, sabendo que, como refere Rogers (1992), “*seria bastante enganoso supor que o organismo age tranquilamente na direção do auto-aperfeiçoamento e do crescimento. Talvez fosse mais correto dizer que o organismo move-se, em meio a lutas e dores, na direção do aperfeiçoamento e do crescimento*”. (Rogers, 1992, p. 557).

Segundo Santos (2004), é na qualidade da relação terapêutica que reside o motor da mudança, uma vez que esta possibilita ao cliente experienciar-se de modo mais autêntico e coerente, favorecendo a diminuição da incongruência entre o self percebido e o self desejado. A ênfase desloca-se, assim, da técnica para o encontro humano, em que o terapeuta oferece uma presença genuína que facilita o desenvolvimento psicológico. No entanto, dada a orientação cognitivo-comportamental da supervisão local, algumas técnicas da Teoria Cognitivo-comportamental foram introduzidas de forma complementar, nomeadamente estratégias de psicoeducação, registos emocionais, treino de competências e exercícios de relaxamento. Estas técnicas, aplicadas de forma integrada e flexível, permitiram responder de forma mais direcionada a problemáticas específicas, como a ansiedade, a labilidade emocional e as dificuldades de regulação cognitiva e comportamental.

Por fim, importa referir que a prática clínica durante o estágio curricular caracterizou-se por uma abordagem ecleticamente integrativa, em que a matriz Rogeriana funcionou como

fundamento relacional e ético, e as técnicas cognitivo-comportamentais surgiram como recursos instrumentais, potenciando a eficácia da intervenção. Esta integração mostrou-se coerente com a tendência atual da psicologia clínica, que valoriza modelos integrativos e baseados em evidência (Norcross & Wampold, 2018).

Princípios Éticos e Deontológicos

O exercício da Psicologia Clínica é orientado por um conjunto de princípios éticos e deontológicos que asseguram a proteção, o respeito e a promoção do bem-estar das pessoas acompanhadas. O respeito pela dignidade e pelos direitos humanos constitui o pilar central, implicando o reconhecimento da autonomia, da liberdade e da diversidade de cada indivíduo, tratando-o sempre como um fim em si mesmo (OPP, 2011; APA, 2023).

O Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, inicialmente publicado no *Diário da República*, 2.^a série, n.º 78, de 20 de abril de 2011 (Regulamento n.º 258/2011), e posteriormente revisto pelo Regulamento n.º 1119-A/2016, de 26 de dezembro de 2016, estabelece, em consonância com o Modelo de Código da EFPA (2023), cinco princípios éticos gerais orientadores da prática profissional: respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade, e beneficência e não-maleficência (OPP, 2016).

No que concerne ao Respeito pela dignidade e direitos da pessoa, este implica reconhecer a singularidade de cada ser humano e promover a sua autonomia, considerando-o no contexto relacional que lhe é próprio. O psicólogo deve respeitar as decisões da pessoa, desde que estas se encontrem enquadradas num exercício de racionalidade sustentado numa consciência refletida (OPP, 2016). Por sua vez, a Competência profissional exige que os psicólogos atuem dentro dos limites da sua formação e experiência, reconhecendo as próprias limitações e recorrendo à supervisão sempre que necessário. Esta competência advém da formação teórica e prática obtida no ensino superior e deve ser continuamente atualizada, garantindo qualidade de intervenção e credibilidade à profissão (OPP, 2016). Já o princípio da responsabilidade refere-se à assunção das consequências das decisões e intervenções, assegurando a prevenção de danos e a proteção das pessoas acompanhadas (OPP, 2011; EFPA, 2023; Barnett & Johnson, 2020). Cabe ainda ao psicólogo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico, ampliando a sua capacidade de intervenção e beneficiando a sociedade em geral. A integridade exige que o psicólogo atue com honestidade, transparência e rigor, evitando conflitos de interesse, abusos da relação terapêutica ou influências decorrentes de preconceitos, crenças pessoais ou juízos morais (APA, 2023; OPP, 2016). Por fim, no campo clínico, a beneficência e a não-maleficência articulam-se com os princípios bioéticos da autonomia e da justiça (Varkey, 2020). O psicólogo deve procurar maximizar benefícios e

reduzir riscos, em especial em contextos de maior vulnerabilidade, como na intervenção com crianças. A prática reflexiva em supervisão é destacada como ferramenta essencial para o desenvolvimento contínuo da competência ética.

Importa acrescentar que estes princípios não se limitam ao cuidado com o outro, funcionando também como instrumentos de proteção profissional, uma vez que é à luz deles que os psicólogos são avaliados em termos de conduta. Por sua vez entre os princípios específicos, encontram-se o consentimento informado, a privacidade e confidencialidade, as relações profissionais, a avaliação e intervenção psicológica, o ensino e supervisão, e ainda as declarações públicas. Salientamos a confidencialidade e o sigilo profissional como fundamentais, devendo a informação recolhida ser protegida e apenas partilhada em situações legalmente previstas ou em casos de risco significativo para a própria pessoa ou para terceiros (OPP, 2016; EFPA, 2023).

Desafios éticos na intervenção com crianças

Embora o Código Deontológico seja transversal a todas as áreas de intervenção psicológica – clínica, educacional e organizacional – a prática com crianças levanta desafios éticos particulares. Estes não resultam de alterações no Código, mas da necessidade de mobilizar competências específicas para lidar com as características do desenvolvimento infantil e com a vulnerabilidade acrescida desta população (Ricou, 2014).

As crianças possuem menor capacidade de expressão consciente e reflexiva, exigindo do psicólogo uma abordagem sensível e ajustada à sua etapa de desenvolvimento. O consentimento informado deve ser obtido junto dos representantes legais, mas, sempre que possível, a criança deve ser envolvida no processo de decisão, de acordo com a sua maturidade e compreensão. O psicólogo deve ainda equilibrar o respeito pela autonomia da criança com o papel das figuras parentais ou cuidadores, assegurando que a confidencialidade e a qualidade da relação terapêutica não são comprometidas por influências externas (Ricou, 2014).

Parte II Trabalho de Estágio

Atividades Desenvolvidas

O presente estágio teve a duração de 10 meses, decorrendo no período compreendido entre outubro e julho, de 2025.

Numa fase inicial ocorreu um período de observação, com duração de cerca de um mês (de 15 de outubro a 13 de novembro) e, subsequentemente iniciou-se o processo de autonomização em consulta psicológica, de novembro até 9 de julho.

Foi possível desenvolver ao longo dos meses diversas atividades, entre as quais, participação em reuniões integradas de equipas multidisciplinares, acompanhamento de grupo e ações de formação para grávidas, bem como observação de consultas psicológicas, acompanhamento psicológico, avaliação psicológica.

Integração em Equipas Cuidados Continuados Integrados

Tivemos a oportunidade de acompanhar e participar em três reuniões quinzenais da ECCI, inserida na RNCCI. Estas reuniões multidisciplinares permitiram-nos observar de perto a forma como diferentes profissionais de saúde e apoio social colaboram no planeamento e monitorização da prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência.

A equipa que acompanhámos era composta por uma assistente social, três enfermeiras e uma psicóloga. A diversidade de saberes e perspetivas permitiu-me perceber como a interdisciplinaridade é fundamental na avaliação integral das necessidades dos utentes e na definição de planos individuais de intervenção. Durante as reuniões, as discussões centraram-se sobretudo nos pacientes acamados e na evolução do seu estado clínico e funcional, analisando progressos, complicações e necessidades emergentes. A participação nas reuniões da ECCI permitiu uma compreensão mais aprofundada da complexidade inerente à prestação de cuidados continuados no domicílio, bem como do papel fundamental da articulação interdisciplinar na resposta às necessidades clínicas, funcionais, emocionais e sociais dos utentes. Esta experiência evidenciou a importância da integração da dimensão psicológica nos cuidados continuados, tanto na intervenção direta com os utentes como no apoio às famílias, reforçando a relevância de uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto de vida.

Foram também debatidos os critérios de referenciação e de não admissão dos utentes, bem como o impacto do envelhecimento da população na pressão crescente sobre a rede, traduzida em tempos de espera e desafios na alocação de recursos. Esta reflexão ajudou-me a compreender melhor a importância da articulação entre serviços e da existência de respostas comunitárias eficazes após a alta dos cuidados continuados.

Reuniões de Equipas de Psicologia e Psiquiatria da ULS

As reuniões de equipas de psicologia e psiquiatria da ULS foram realizadas em contexto hospitalar e decorram com regularidade mensal. Têm como objetivo reunir profissionais das diferentes localidades da ULS, possibilitando a partilha das atividades desenvolvidas pelas equipas, nomeadamente no acompanhamento de utentes, na dinamização de ações de formação e em projetos de intervenção comunitária. Para além da apresentação de práticas, constituem também um espaço de reflexão conjunta, onde se discutem dificuldades sentidas no terreno e se formulam propostas de ação com vista à melhoria contínua dos serviços prestados.

Acompanhamento em grupo

No decurso do estágio, houve ainda a oportunidade de participar em sessões de acompanhamento de grupo, especificamente destinadas a grávidas em preparação para o parto, desenvolvidas no contexto dos cuidados de saúde primários. Estes grupos, de carácter multidisciplinar, contam com a intervenção de profissionais de diferentes áreas, entre os quais enfermagem, fisioterapia e psicologia. No trabalho desenvolvido pelo psicólogo, o enfoque incidiu sobre a preparação emocional para a parentalidade e a promoção da saúde mental perinatal, destacando-se a relevância do apoio às necessidades psicológicas de adaptação próprias desta fase.

Foi possível observar que a gravidez, enquanto período de profundas transformações, potencia uma maior vulnerabilidade emocional e o aumento da ansiedade, o que torna fundamental o apoio psicoeducativo. Este tipo de intervenção contribui não só para a redução do eventual sofrimento associado, mas também para a promoção de recursos internos que favorecem uma adaptação mais saudável. Nestas sessões, sublinhou-se ainda a importância de ajudar as grávidas a identificar fatores de risco, como a sobrecarga emocional ou a ausência de suporte social, e fatores protetores, entre os quais se destacam o suporte emocional, a rede de vínculos afetivos e a capacidade de mobilizar estratégias de autocuidado.

Foi igualmente notório o enfoque atribuído ao papel do pai, não apenas enquanto suporte da grávida, mas também como figura central no processo de vinculação precoce com o bebé e como cuidador ativo. A sua participação nas sessões, através da partilha de expectativas e da preparação conjunta para o nascimento, foi valorizada como promotora do fortalecimento do vínculo tripartido (mãe-pai-bebé) e como elemento protetor da saúde mental perinatal. Esta abordagem integrativa permitiu refletir sobre a importância de promover desde cedo a corresponsabilização no exercício da parentalidade, reforçando a ideia de que o envolvimento do pai contribui para a segurança emocional da mãe e para o desenvolvimento afetivo do bebé.

Acompanhámos também sessões de grupo dirigidas a pais e mães no período pós-parto, com bebés nos primeiros meses de vida (cerca de 3 meses). Estes encontros tinham como principal objetivo criar um espaço de partilha de experiências, dificuldades e emoções associadas à parentalidade recente, apoiando o ajustamento individual e familiar à chegada do bebé. As sessões, de carácter participativo, promoviam um ambiente de escuta empática e não julgadora, que favorecia a expressão de medos, dúvidas e sentimentos ambivalentes em relação ao papel parental. Neste contexto, foi particularmente evidente a importância de respeitar a individualidade e a história única de cada participante, uma vez que cada experiência de parentalidade se constrói de forma singular, em função de recursos pessoais, trajetórias de vida e condições de suporte.

Acompanhamentos de consultas psicológicas

Após um período de observação, de cerca de um mês (de 15 de outubro a 13 de novembro), iniciou-se o processo de autonomização em consulta psicológica, de novembro até 9 de julho. No decurso deste período, foram acompanhados doze utentes desde a primeira consulta até ao final do processo terapêutico. Neste âmbito, foram realizadas entrevistas clínicas, avaliação psicológica e acompanhamento dos utentes. Em anexo (Anexo 1) apresenta-se um resumo dos casos acompanhados, incluindo a síntese diagnóstica e a história pessoal de cada participante.

III Parte Apresentação e Discussão de Casos

Estudo de Caso 1- Beatriz (nome fictício)

Identificação

Beatriz, 22 anos, de nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa. É filha do segundo casamento de ambos os progenitores, sendo a mais nova de três irmãos(as) unilaterais, mais especificamente dois irmãos unilaterais paternos, e uma irmã unilateral materna. Tem também dois sobrinhos, de 6 anos (filho da irmã materna) e 2 anos (filho da irmã paterna). Ressalva-se que com os irmãos e sobrinha do lado paterno não tem convivência próxima.

Tem escolaridade ao nível do 9.º ano, não estando atualmente integrada em qualquer instituição educativa, formativa ou ocupacional. Não usufrui de qualquer resposta ocupacional ou terapêutica externa. Reside com ambos os pais, num contexto familiar possivelmente protetor, mas, aparentemente, com reduzida inserção social e comunitária.

A mãe, com 49 anos, tem escolaridade ao nível do 12º ano. Encontra-se desempregada desde o nascimento de Beatriz, assumido integralmente o papel de cuidadora principal da filha, sendo que trabalhou como administrativa. O pai, de 51 anos, tem escolaridade ao nível do ensino básico incompleto e motorista de profissão, encontra-se atualmente em tratamento para cancro, que, segundo a progenitora, se encontra em estado terminal.

Motivo da consulta

O encaminhamento para consulta de Psicologia partiu da médica de família e da mãe, tendo estado em lista de espera em setembro de 2023. A procura de acompanhamento psicológico decorreu do agravamento de sintomatologia depressiva, num quadro previamente diagnosticado e pela necessidade de suporte ao nível da autoestima, relações interpessoais e estruturação do quotidiano.

Durante a entrevista inicial, a mãe reportou preocupação relativamente à presença de conteúdos persecutórios verbalizados de forma recorrente pela jovem — concretamente, a afirmação de que “alguém a persegue” —, associados a aumento da frequência de choro, retraimento para o quarto e episódios sugestivos de discurso autodirigido.

História clínica

A Beatriz é acompanhada em serviços de Psiquiatria, Genética, Neurologia e Endocrinologia, devido à presença de uma mutação genética no gene CHD2. Esta mutação é considerada possivelmente patogénica, com implicações no neurodesenvolvimento, atraso global no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e no funcionamento global da jovem (diagnosticado aos 7 anos), estando ainda associada a epilepsia, medicada com necessidade de vigilância contínua (desde os 14 anos), bem como dimorfismos, obesidade, sintomas ansiosos

e labilidade emocional. O relatório de genética médica datado de julho de 2022 confirma estas associações fenotípicas. Beatriz encontra-se medicada com antidepressivos desde essa altura.

Anamnese e História biográfica

A história pré-natal da Beatriz é antecedida por uma perda gestacional recente, de elevado impacto traumático para a mãe, ocorrida num contexto percecionado como mal conduzido e sem suporte emocional. Assim, a gestação da Beatriz decorreu sob elevada vigilância, dada o risco de repetição de complicações semelhantes à gravidez prévia (que culminou em morte fetal intrauterina), nomeadamente restrição de crescimento intrauterino e cordão umbilical muito fino. A mãe manteve hábitos tabágicos, seguindo indicação médica de que a cessação poderia agravar a ansiedade. Beatriz nasceu às 34 semanas, por cesariana eletiva, com baixo peso (1765g), apresentando síndrome de dificuldade respiratória, icterícia e incapacidade de alimentação autónoma, pelo que permaneceu internada nas primeiras seis semanas (aproximadamente).

O historial familiar revela múltiplos fatores de risco biológico. Do lado materno há prevalência de cancro colorretal e doença de Alzheimer de início precoce. Do lado paterno identificam-se vários casos de epilepsia, incluindo um tio com epilepsia e perturbação ligeira do desenvolvimento intelectual submetido a cirurgia neurológica. Ambos os lados apresentam antecedentes de diabetes.

O desenvolvimento psicomotor nos primeiros meses foi, segundo a progenitora, considerado dentro de parâmetros aceitáveis até aos 15 meses, embora a partir desta idade se tenha identificado atraso de crescimento linear, obesidade e hipotonia, sendo a marcha autónoma adquirida aos 24 meses. A linguagem emergiu entre os 18 meses e os 24 meses, com produção de frases por volta dos 3 anos. Entre os 7 e os 12 anos foi submetida a cinco cirurgias por epifisiólise proximal dos fêmures. Aos 14 anos recebeu diagnóstico formal de epilepsia generalizada, embora a mãe relate episódios compatíveis com crises de ausência desde os 2–3 anos. À data do acompanhamento, mantém crises consistindo em espasmos dos membros superiores, por vezes associados a quedas e episódios de irritabilidade.

Segundo a progenitora, desde tenra idade a Beatriz demonstrava interesse por puzzles e capacidade acima da média para a sua idade nesses materiais. Frequentou o jardim de infância até aos 7 anos, onde, segundo a progenitora revelava grande vontade de fazer amigos. Contudo, o percurso escolar formal foi marcado por rejeição pelos pares e isolamento persistente. A mãe procurou promover a integração organizando convívios e festas.

Aos 7 anos, a *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças* (WISC) revelou funcionamento cognitivo global muito abaixo da média. Uma avaliação neuropsiquiátrica

realizada na mesma idade identificou perturbação funcional grave, com regressão de traços de personalidade e alterações comportamentais significativas. Os dados disponíveis apontam para atraso cognitivo leve a moderado, com limitações nas funções executivas, atenção, memória, na simbolização e pensamento abstrato, predominando o pensamento concreto, acompanhado com a dificuldade em generalizar aprendizagens. Foi implementado um Plano Educativo Individual (PEI) e a Beatriz ficou retida nos 2º e 4º anos, por dificuldades de compreensão da leitura (no 2º a pedido da mãe). Segundo a mãe, as retenções terão reforçado o isolamento social, dificultando o estabelecimento de relações significativas a seu ver. Frequentou a escola até ao 9.º ano, período, de acordo com a mãe, marcado por *bullying*, especialmente no ensino secundário, culminando em abandono escolar aos 18 anos. No contexto psicoterapêutico, Beatriz retomou estes episódios em diversas sessões, sugerindo a sua relevância na sua história desenvolvimental e no seu funcionamento atual.

Teve uma passagem breve por uma Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCICA), não se tendo mantido na instituição. Segundo a mãe, Beatriz apresenta uma tendência para abandonar atividades após algum tempo de envolvimento. Aos 21 anos, foi integrada numa quinta, onde participou em diversas atividades especializadas, nomeadamente com cavalos; contudo, veio progressivamente a recusar a frequência do espaço, acabando por interromper a sua participação.

Em termos relacionais, a Beatriz tem maior proximidade com a família paterna, composta por uma rede extensa de tios e primos. A exceção são dois irmãos do pai, com quem não tem contacto. Do lado materno, mantém apenas relação de proximidade afetiva com a irmã, cunhado e sobrinho.

À data do acompanhamento, Beatriz passa a maior parte do tempo em casa, realizando saídas apenas quando acompanhada pela mãe. Esta refere sentir-se exausta, relatando que a filha permanece constantemente na sua proximidade e dependente da sua presença. A mãe mostrou elevada preocupação com o futuro da Beatriz, em particular com a manutenção das competências básicas de leitura e escrita, vistas como essenciais para a sua autonomia mínima.

Dados da observação e síntese das sessões

No que respeita à aparência física, Beatriz apresenta peso superior ao esperado para a idade, estatura média, sobrancelhas espessas, pálpebras superiores salientes e superversão do olhar (sinais fenotípicos compatíveis com a síndrome associada à mutação CHD2). A apresentação global é cuidada, com escolha de vestuário frequentemente com personagens da Disney, pouco na idade cronológica. O padrão de marcha é arrastado (não levanta adequadamente os pés do chão) e lentificado. Durante as sessões, foram observados episódios

compatíveis com crises epiléptica focal motora com alteração de consciência, caracterizadas por movimentos involuntários/ tremores no braço direito e breves períodos de ausência de consciência.

De forma global a Beatriz mostra-se muito expressiva e colaborante, embora com retração inicial na comunicação verbal. Esta foi progressivamente superada a partir da segunda sessão, na ausência da mãe. Às vezes revira os olhos aquando da expressão emocional de contente, bem como, usa frequentemente a gestualidade como forma de apoio à comunicação verbal. Mantém-se vígil, orientada no tempo e no espaço, com discurso funcional, relativamente fluente e articulado, embora marcado por léxico limitado e dificuldades pontuais ocasionais de evocação, compensadas por gestualidade e expressões faciais. Revela contacto visual consistente e investimento na interação.

Na primeira sessão, com a presença da mãe, emergiram verbalizações de conteúdo psicótico, indicando espontaneamente ter “*peçoas atrás de si*”, “*a poreu coisus no corpo*”, “*a dormireu consigo*”, verbalizações estas que foram corroboradas pela mãe (em tom de desespero) como episódios já identificados desde 2020 e, à data, atenuados com prescrição farmacológica, embora persistissem, ainda, de forma intermitente. Por sua vez, a própria Beatriz associa a melhoria sintomática a um terço a que recorria, o qual associa simbolicamente à sua avó materna que nunca conheceu, mas com a qual relata sentir ligação espiritual.

Em consultas subsequentes, passou a comparecer sozinha, revelando progressiva adaptação ao *setting* e maior envolvimento na relação terapêutica. Fora da presença da mãe, a jovem mantém algumas referências a experiências percetivas incomuns, como sentir “*sombras no quarto*” ou “*fantasmas no sótão*”, mostrando capacidade para partilhar estes conteúdos em ambiente seguro e acolhedor, experimentando alívio quando ouvidas sem julgamento.

Paralelamente, trouxe, recorrentemente, o tema de um jovem (L), conhecido na CERCI que frequentou, e com quem mantinha contacto pelas redes sociais. Relata fantasias de teor romântico e experiências corporais associadas à sua presença, incluindo a perceção de que este estaria fisicamente no seu quarto. Apresenta intensa necessidade de contacto, enviando mensagens frequentes e relatando ansiedade perante a ausência de resposta. Em sessão, mostra desenhos dedicados a L, expressando desejo de proximidade, relação afetiva e até constituição de família (“*I love you*”, “quero ter filhos contigo” e “I+L” (sic)), embora reconheça as limitações impostas pela sua condição de saúde. Descrevia experiências em que percecionava a presença de L no seu quarto, proferindo frases como “*sentia que ele estava na minha cama e não me deixava levantar-me*”, “*o espírito do L estava ali*” (sic), verbalizando que ele aparece e aperta-a muitas vezes. Em todos os seus desenhos, nas nossas sessões e, em outros, que traz

de casa, faz corações e refere palavras como “amor”, “amizade”, “carinho”, “paz” e desenhando frequentemente corações. Ao longo das sessões Beatriz foi manifestando valorizar ambientes calmos e harmoniosos, rejeitar expressões emocionais negativas e mostra resistência a regras e imposições externas, dando a entender que nunca faz o que os pais querem, tendo sempre vontade de os contrariar, principalmente a mãe.

A capacidade de *insight* da Beatriz é reduzida, uma vez que não reconhece as suas experiências como manifestações sintomáticas, interpretando-as como eventos reais e externos a si. Beatriz apresenta, ainda, dependência significativa para a organização de tarefas e a tomada de iniciativa, embora ao longo das sessões ter-se mostrado motivada para cumprir propostas de atividade, que também acaba por realizar em casa.

O estado de humor de Beatriz revela-se predominantemente eutímio, de amplitude normativa, apresentando episódios de tristeza e frustração associados a experiências de perda, rejeição ou crítica. Temas como a ausência de ligação afetiva com a irmã paterna e com a sobrinha (que nunca conheceu), são acompanhados de expressividade de sofrimento emocional, frequentemente associada a manifestações de choro durante as sessões. Outros temas, igualmente desencadeadores de sofrimento, incluem o *bullying* vivenciado em contexto escolar, a doença do pai e o falecimento recente da madrinha (ocorrido no período de acompanhamento). Além disso, referências feitas pela mãe a comportamentos, como a desorganização do quarto, ou o facto de Beatriz permanecer longos períodos na cama, descritos pela mãe como “é que é chata”, desencadeiam com frequência respostas emocionais intensas, manifestadas em episódios súbitos de choro.

Quando falámos de emoções também revelou “às vezes fica zangada” e diz “tenho vontade de partir tudo mas agora já não”. Por outro lado, as fontes identificadas de prazer emocional parecem incluir o convívio familiar, o contacto com a sua cadela, fantasias relacionadas com personagens da Disney, passeios e alimentação (especialmente doces). Os afetos parecem assumir um papel central na sua organização emocional, sendo o toque físico (abraços, proximidade) uma forma privilegiada de comunicação afetiva. Teve a oportunidade de manifestar o seu apreço por massagens, expressando orgulhosamente que “as amigas da minha mãe me pedem para lhes dar massagem” (sic), “porque sei dar muito bem” (sic)

No que respeita à sua labilidade emocional foram introduzidos exercícios simples de relaxamento e respiração consciente, praticados em sessão e reforçados para utilização em casa, que demonstram contribuir para uma autorregulação mais eficaz.

Demonstra interesse também por atividades lúdicas e criativas, que desenvolve habitualmente sozinha no seu quarto, como desenhar, dançar, ouvir música, jogos de cartas,

jogar no telemóvel ou no computador, canais onde explorava de forma repetida conteúdos relacionados com os seus interesses. Produz habitualmente vídeos seus, fazendo “caretas” para colocar nas redes sociais. Aliás, a mãe também referiu que Beatriz tinha grande facilidade com tecnologias e interesse em aprender novos jogos.

Em sessão, manifestou vontade de estar sozinha por vezes, verbalizando frases como “às vezes não quero sair de casa, sinto-me triste e quero ficar no meu canto” (sic). Descreve-se como tímida na escola e diz ter estado frequentemente isolada, fechada em si mesma.

Expressa um forte vínculo à mãe e ao pai, recusando a ideia de separação.

Embora a Beatriz seja adulta, recorreu-se ao Desenho da Família e à técnica de colocação de bonecos, metodologias projetivas habitualmente utilizadas em contexto infantil, mas igualmente úteis na avaliação de adultos, por permitirem o acesso indireto às representações internas das figuras significativas. Em ambos os exercícios observou-se a centralidade emocional atribuída à mãe, que foi desenhada e posicionada em primeiro lugar, sendo identificada verbalmente por Beatriz como a pessoa mais importante para si. Quando se referia a si própria repete palavras da mãe, como “sou chata”, “a minha mãe diz que sou chata porque estou sempre a pedir abraços”, parecendo não se conseguir diferenciar desta, para emitir opiniões sobre si própria, indicando dificuldade em diferenciar a sua autoimagem das perceções maternas. Este aspeto foi trabalhado em sessões de psicoeducação sobre autoestima, ajudando-a a distinguir sentimentos próprios de atribuições externas. Paralelamente, foi construído o genograma familiar (anexo 1), o qual permitiu aprofundar a estrutura da rede relacional, bem como identificar ausências vividas com sofrimento, como a irmã paterna e a sobrinha que nunca conheceu, aspetos mencionados por Beatriz com tristeza, como já referido antes.

Com recurso a atividades de expressão emocional (ex.: desenho livre com identificação das emoções representadas; seleção de cartões com expressões faciais), Beatriz foi gradualmente nomeando estados internos, demonstrando maior consciência sobre sentimentos de tristeza, raiva e alegria. Complementarmente, foi-lhe proposto o uso de um diário emocional simplificado, onde regista com palavras ou desenhos as situações mais marcantes da semana, atividade que trouxe em algumas consultas e que serviu de base à exploração das suas vivências.

A relação terapêutica consolidou-se progressivamente, com vinculação positiva ao espaço e ao processo. Beatriz demonstra motivação para participar, trazendo frequentemente trabalhos elaborados em casa, desenhos, fotografias, ou conteúdos do telemóvel, expressando entusiasmo em partilhar. Mostra também disponibilidade afetiva, oferecendo abraços e verbalizando frases como “adoro-te” no momento de despedida, revelando o impacto relacional

da intervenção. Ao longo das sessões, observa-se a redução da expressão de conteúdos psicóticos e a melhoria na regulação emocional.

No final das sessões observadas, Beatriz apresenta maior disponibilidade emocional, maior capacidade de partilha e expressão afetiva, entusiasmo com o *setting* e uma atitude mais positiva relativamente à possibilidade de integrar uma ocupação diária estruturada.

Compreensão do caso

O desenvolvimento psicoafetivo de Beatriz encontra-se profundamente marcado por um conjunto de fatores de risco de natureza biológica, psicológica e social, os quais, ao interagirem de forma cumulativa ao longo do ciclo de vida, comprometeram significativamente a atualização plena das suas potencialidades psicoafetivas e a construção de um *self* coeso e autónomo. Desde os estágios mais precoces do seu desenvolvimento, esses fatores interferiram negativamente no processo de constituição do *self* e na organização da sua experiência subjetiva. À luz da teoria do desenvolvimento psicoafetivo centrada na pessoa (Hipólito, 2011), foi possível compreender a trajetória de Beatriz como marcada por fragilidades profundas nos processos de auto-organização afetiva, em virtude da conjugação entre vulnerabilidade biológica e psicológica, traumas psicoemocionais e sociais, que comprometeram significativamente a atualização plena das suas potencialidades e a construção de um *self* coeso e autónomo.

A gestação da Beatriz deu-se num contexto desfavorável já que a sua mãe havia passado por uma situação traumática com a gravidez anterior que resultou na morte fetal intrauterina e a sua mãe teve uma experiência vivida de forma abrupta e desumanizada, geradora de angústia, e ansiedade, profundamente traumática. Para além disso, o nascimento prematuro, a separação precoce da figura materna devido a internamento prolongado nas primeiras semanas de vida, bem como a ausência de autonomia fisiológica, parecem ter configurado um cenário altamente disruptivo para o desenvolvimento da sua confiança afetiva. Estas condições poderão ter causado dificuldade na construção de um enraizamento psíquico básico e interferir na formação do núcleo identitário da Beatriz. Como refere Hipólito (2011), “*o embrião em desenvolvimento é um organismo vulnerável sujeito a traumas quer nas potencialidades quer na atualização das mesmas, que poderão ter como consequência a diminuição da expressão dessas potencialidades*”. Neste contexto, é plausível considerar que a ansiedade materna, aliada à prematuridade e ao internamento neonatal prolongado por dificuldades alimentares e a separação precoce da mãe, pela hospitalização neonatal, possam ter constituído um ambiente favorável a trauma nas condições, associado a perturbação precoce nos primeiros padrões de vinculação, afetando a estruturação basal do sentimento de segurança.

A história familiar da Beatriz revelou ainda a presença de antecedentes psiquiátricos relevantes, pela sua linhagem paterna, com vários casos de epilepsia e défices do desenvolvimento intelectual. Estas referências reforçam a hipótese de uma predisposição genética relevante, que terá contribuído para um “terreno” biológico vulnerável, sensível à influência de fatores ambientais.

A mutação identificada no gene CHD2 configura ainda uma vulnerabilidade biológica estrutural, com implicações diretas no desenvolvimento neurológico e psico-cognitivo da Beatriz. Estudos recentes (Chen et al., 2020; Kim et al., 2018) associam esta mutação a défices no desenvolvimento cortical, epilepsia, atraso global do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, labilidade emocional e fenótipos psiquiátricos associados a perturbações do espectro do autismo. Este trauma biológico inscreve-se num quadro já marcado por riscos relacionais e ambientais, contribuindo para a complexidade do seu percurso desenvolvimental.

A trajetória de desenvolvimento psicomotor foi marcada por atrasos significativos, hipotonia, por obesidade precoce e por limitações cognitivas. Os sucessivos eventos médicos (cirurgias, epilepsia, dificuldades na marcha e na fala) terão acentuado a possibilidade da sua dependência funcional.

A interrupção do percurso escolar após o 9º ano, a ausência de projetos ocupacionais ou comunitários e a permanência em casa com os pais, num contexto protetor, mas pouco estimulante, evidenciam limitações significativas ao nível da autonomia funcional e socialização, reforçando o risco de cristalização de um *self* dependente, com baixa autorregulação e locus de controlo predominantemente externo.

A estrutura familiar da Beatriz revela um funcionamento centrado na dependência e na contenção afetiva, o que poderá estar a comprometer o desenvolvimento da autonomia, a construção de uma identidade diferenciada, dificultando a aquisição de autonomia pessoal e a consolidação de um *self* mais independente, como já dito antes. Beatriz reside com os pais e não frequenta qualquer estrutura ocupacional, social ou terapêutica externa, evidenciando uma limitação expressiva no alargamento do seu campo relacional. A mãe manifesta preocupação constante com a possibilidade de Beatriz ficar sozinha, desempenhando atitude protetora, que poderá contribuir para o bloqueio de processos de simbolização mais complexos e para o empobrecimento das trocas relacionais, afetando o sentimento de competência e a autoestima de Beatriz.

Embora não se observe um ambiente familiar marcado por rigidez ou crítica sistemática, Beatriz parece investir emocionalmente no seu quarto como um espaço de liberdade íntima, onde se permite contactar com “partes de si” mais espontâneas e criativas. É nesse espaço que

surge a dança, a música, a produção de vídeos e até a desorganização do quarto, potencialmente como formas de expressão pessoal. Este espaço parece funcionar como um refúgio simbólico, a ausência de espaço para experimentar escolhas próprias e explorar papéis sociais fora da família tende a restringir o desenvolvimento das competências necessárias à autodeterminação, podendo reforçar sentimentos de vulnerabilidade e perpetuar uma representação de si centrada na dependência.

Do ponto de vista psicológico, observa-se na Beatriz um funcionamento emocional marcado pela labilidade afetiva, com choro fácil, uma necessidade de validação constante e uma baixa tolerância à frustração. Exemplos disso são frases como “quando fico zangada às vezes tenho vontade de partir tudo”, quando a mãe manda arrumar o quarto, criticando a sua desordem chora, quando a mãe conta episódios seus, chora também.

Quando solicitada a falar sobre si mesma, Beatriz tende a reproduzir as afirmações da mãe, utilizando expressões como: “*a minha mãe diz que sou chata*”, ou “*sou preguiçosa*”, revelando uma ausência de discurso próprio sobre a sua identidade. Esta dificuldade em aceder ao mundo interno e dar sentido ao que sente pode mostrar que o processo de dar significado às experiências (simbolização) ainda está num estágio muito inicial. O sentido de identidade (*self*) parece depender muito da forma como os outros, especialmente a mãe, validam ou desvalorizam o que ela sente e faz, indicando assim uma estrutura psicológica pouco diferenciada e muito dependente do exterior, com um controlo mais fora da própria pessoa (*locus* de controlo externo).

No campo social, a ausência de adaptação institucional às suas necessidades específicas e os episódios recorrentes de *bullying* geraram traumas psicológicos e sociais acumulados. A ausência de experiências de pertença e reconhecimento simbólico fragilizou o eixo identitário, gerando sentimento de inadequação e de exclusão. Assim, a escola, que poderia ter funcionado como um segundo campo de socialização e atualização de potencialidades, converteu-se num espaço de retraimento, desvalorização e humilhação.

Apesar de Beatriz se encontrar, do ponto de vista cronológico, no estágio das operações formais, a sua forma de se representar e compreender revela traços de um funcionamento ainda muito centrado em processos concretos, emocionais e simbólicos não verbalizados. A dificuldade em pensar autonomamente, a dependência do discurso materno, e o uso de expressões criativas como forma de autorrepresentação podem indicar bloqueios na integração plena das capacidades formais, revelando a importância de considerar não apenas o desenvolvimento cognitivo linear, mas também o impacto do campo relacional e afetivo no processo de simbolização e diferenciação do *self*.

Ao longo do seu desenvolvimento, Beatriz terá interiorizado condições de valor fortemente ligadas à necessidade de corresponder às expectativas parentais e de manter uma postura “tranquila”, “comportada” e “não problemática”, atitudes que manteve ao longo de todas as sessões de acompanhamento. Estas exigências implícitas parecem ter contribuído para uma estruturação do self percecionado centrada na evitação de conflito e na manutenção do equilíbrio relacional externo, mesmo à custa da supressão das vivências internas mais autênticas. Fatos verificados na necessidade de harmonia que manifestou sempre, quer verbalmente, quer corporalmente, quer através dos desenhos que foi elaborando, sempre cheios de corações e frases harmoniosas.

A repetida invalidação ou desvalorização emocional, expressa, por exemplo, em frases como “*ela é muito sensível*”, “*está sempre a chorar*”, com um tom depreciativo, ou na dificuldade em reconhecer o seu sofrimento poderá ter funcionado como um sistema de reforço condicional, em que a aceitação estava dependente da adaptação às normas e sensibilidades do ambiente familiar. Esse ambiente, onde cresceu (com exigências, críticas, ou falta de acolhimento emocional), pode ter impedido que ela desenvolvesse quem realmente é, aquilo que gostaria de ser de forma espontânea e autêntica (*self* percecionado). Em vez disso, para se sentir aceite ou evitar rejeição, pode ter aprendido a “ser” aquilo que os outros esperam dela — um tipo de versão idealizada, moldada para agradar ou adaptar-se (*self* desejável ou socialmente aceitável). Deste modo, a versão que ela mostra ao mundo está desligada das suas emoções mais profundas, dos seus verdadeiros desejos e sentimentos. Ou seja, há uma dissociação entre o que sente internamente e a imagem que apresenta externamente.

Esta discrepância entre o que a Beatriz sente de forma genuína e aquilo que aprendeu a demonstrar e simbolizar gera um conflito intrapsíquico, frequentemente associado a sentimentos de inadequação, medo de rejeição e incerteza sobre o próprio valor. Tal dissociação favorece o surgimento de sintomatologia como a ansiedade generalizada, crises de choro aparentemente “sem motivo”, os episódios de tensão interna seguidos de colapsos emocionais e sentimentos depressivos, frequentemente ligados à perceção de não conseguir corresponder às próprias expectativas ou às dos outros.

As manifestações psicopatológicas observadas (fenómenos alucinatórios, labilidade afetiva, episódios de choro imotivado, retraimento social) podem ser compreendidas como expressões da vulnerabilidade psicológica acumulada, num terreno marcado por traumas evolutivos subtis: ausência de experiências consistentes de validação externa, ausência de inserção comunitária, sentimento de exclusão face ao grupo de pares e vivência de isolamento afetivo, gerado numa vulnerabilidade genética já referida antes. Durante o acompanhamento,

Beatriz referiu episódios em que perceciona sombras, vozes e sensações físicas de pressão no corpo, que não são partilhadas pelo meio externo. Estas experiências subjetivas, com forte carga afetiva e carácter invasivo, configuram manifestações compatíveis com o espectro psicótico, nomeadamente na forma de alucinações auditivas e táteis e alterações da percepção da realidade. À luz da abordagem do desenvolvimento psicoafetivo centrada na pessoa (Hipólito, 2011), estes sintomas podem ser compreendidos como respostas adaptativas do organismo a situações de trauma psicoafetivo, cujo impacto compromete a diferenciação do self e a simbolização da experiência emocional. Como o autor refere: *“Os sintomas podem não pôr em causa a capacidade de discriminação entre o real e o imaginário [...]. No entanto, também podem colocar em causa essa capacidade, mas a finalidade permanece – manter o melhor funcionamento possível do organismo. Quando isto acontece, os sintomas provocados pelos traumas passam a ser da ordem da psicose, tal como quando incidem numa fase precoce do desenvolvimento e impedem essa mesma diferenciação.”* (Hipólito, 2011, p. 158).

Assim, os sintomas psicóticos de Beatriz não surgem como uma rutura arbitrária com a realidade, mas como uma tentativa de reorganização do sistema psíquico face àquilo que não pôde ser simbolizado nem integrado no campo relacional primário. Estes sinais podem estar associados à vivência de experiências internas desorganizadas e a possíveis traumatismos afetivos precoces, que terão afetado a capacidade de diferenciação entre si e o outro, entre realidade interna e externa.

Tais manifestações surgem, portanto, como expressões extremas do esforço auto-organizativo do organismo em condições relacionais e afetivas não suficientemente coesas, nas quais não foram asseguradas, de forma consistente, as condições de otimização bio-psico-sociais para o desenvolvimento das potencialidades. Assim, os episódios de verbalização de vozes internas e o choro aparentemente imotivado poderão ser entendidos como sinais de dificuldades na simbolização e na regulação emocional. A reduzida mediação simbólica, associada a limitações de estímulo social, pode contribuir para que Beatriz recorra a formas menos elaboradas de processamento da experiência interna, revelando um funcionamento marcado por fragilidade relacional e necessidade de suporte externo.

A Beatriz demonstra também uma forte necessidade de afeto e de contacto físico, indicadores de uma organização afetiva fixada em níveis primários de desenvolvimento. O investimento em figuras idealizadas (como o jovem L ou a avó falecida) pode funcionar como uma estratégia defensiva perante a fragilidade do *self* e a dificuldade em estabelecer vínculos reais diferenciados. A ausência de autonomia e de iniciativa, a dependência extrema da mãe e a rejeição de separações ilustram um funcionamento psicoafetivo baseado na lógica simbiótica,

possivelmente ainda não ultrapassada.

A relação com o corpo e o prazer também está mediada por uma visão passiva e dependente. Embora mantenha higiene e autonomia básica, Beatriz apresenta um contacto reduzido com a própria imagem, com pouca exploração de si como sujeito de desejo ou de expressão identitária. A ausência de espaço social, de confronto e de narrativa própria conduz à cristalização de um self funcional, estruturado para a adaptação à rotina, mas com baixo grau de simbolização e apropriação subjetiva da sua existência.

Apesar das fragilidades, observa-se a presença de recursos relacionais importantes, como a capacidade de criar laços afetivos (gosta de abraços, gosta de ajudar, segue rotinas), o que sugere que o núcleo do self não se encontra estruturalmente desorganizado, mas sim limitado nas suas possibilidades de expansão. Segundo Hipólito (2011), mesmo em contextos de trauma e limitação, subsiste no indivíduo a tendência inata à atualização, desde que se criem as condições facilitadoras adequadas.

Com efeito, no início do acompanhamento, quando confrontada com a possibilidade de frequentar atividades, a mãe responde: “*Ela não quer ir, chora logo. Diz que tem medo de sair*”. Esta resistência por parte da Beatriz pode ser lida como a manifestação de um *self* que não encontrou condições simbólicas seguras para enfrentar o mundo, permanecendo num circuito fechado de familiaridade, sem possibilidade de confrontação ou expansão. Contudo, a Beatriz demonstrou um compromisso consistente com a frequência das sessões, mostrando-se sempre disponível e colaborante no acompanhamento terapêutico e, no final do acompanhamento, observou-se uma mudança significativa na expressão e postura de Beatriz, que passou a apresentar-se de forma mais espontânea e desinibida. Esta transformação foi evidenciada por uma maior atenção à sua imagem corporal (por exemplo, passou a usar o cabelo solto com maior frequência) e por uma atitude mais afirmativa nas interações. Revelou também maior disponibilidade emocional e uma confiança acrescida relativamente à possibilidade de integrar uma instituição ocupacional, demonstrando, assim, progressos na construção da sua autonomia e identidade.

Assim, apesar das limitações, é possível identificar na jovem potencialidades em desenvolvimento. O vínculo terapêutico estabelecido, a progressiva abertura emocional, o investimento em atividades propostas e a procura de reconhecimento revelam a presença de uma tendência inata de atualização, ainda que fragilizada. Como defende Hipólito (2011), mesmo em estruturas psicoafectivas empobrecidas, a tendência para o desenvolvimento mantém-se ativa, desde que o sujeito seja exposto a um novo campo relacional promotor de simbolização e reorganização interna. A relação terapêutica, neste quadro, pareceu constituir

uma experiência relacional significativa, capaz de operar como novo organizador psicoafetivo, possibilitando a reconstrução simbólica de um self mais integrado e a emergência de novos sentidos existenciais, permitindo à Beatriz vivências de aceitação incondicional e de contacto com uma imagem de si mais integrada e valorizada. A expressão emocional, o contacto com o mundo externo e o desenvolvimento de pequenas experiências de sucesso podem reforçar um locus de controlo mais interno e contribuir para o despertar do sentimento de capacidade, autorregulação e valor pessoal.

Estudo de Caso 2- Joana (nome fictício)

Identificação

Joana, 52 anos, de nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa, 9º ano de escolaridade⁴, filha de pai minhoto e mãe transmontana. É a 4ª de cinco filhos, sendo a única rapariga de cinco irmãos. Vive na zona da Área Metropolitana de Lisboa, com marido e a filha adotiva. Tem ainda uma filha biológica de 31 anos, a qual vive autonomamente com o marido e dois filhos de 2 e 4 anos (netos de Joana).

Joana trabalha num colégio há 30 anos, onde exerce a atividade de auxiliar nos recreios e de apoio na cozinha, tendo ainda a responsabilidade de abrir/fechar o colégio em alguns dias da semana.

Motivo da consulta

Joana procurou acompanhamento psicológico devido a um quadro persistente de desmotivação profissional, marcado por sentimentos de desrespeito, desvalorização e crescente intolerância face a determinadas tarefas inerentes ao seu contexto laboral. No decorrer da sessão, emergiram igualmente conteúdos associados ao falecimento da mãe há cerca de quatro anos, manifestando intensa tristeza e saudade, expressas através de choro espontâneo, referindo ter perdido aquela que descreveu como a sua “*muleta e confidente*” (sic). Relatou ainda sentimentos de culpa, sustentando a crença de que poderia ter evitado a morte da mãe, caso tivesse partilhado menos das suas preocupações ou garantido que esta não permanecesse sozinha.

Outro elemento que motivou a procura de apoio diz respeito ao sofrimento relacional, decorrente do distanciamento afetivo da filha e dos netos, vivência que descreve como fonte de angústia e rejeição percebida, relatando episódios de interação negativa com familiares, que reforçam sentimentos de exclusão e solidão.

⁴ Escolaridade obrigatória na altura: 6º ano de escolaridade

Dados da observação

Ao nível da aparência física, Joana apresentava estatura inferior à média e peso ligeiramente aumentado, evidenciando um autocuidado reduzido e um olhar de tristeza.

Apresentou-se vígil, lucida, colaborante orientada no tempo e no espaço. O discurso era fluente e bem articulado, não se observando alterações psicomotoras nem maneirismos. A sua atitude foi colaborante, mantendo contato visual e boa capacidade de *insight*.

Apresentava um humor predominantemente depressivo, associado a choro fácil, reportando ainda marcada instabilidade emocional, irritabilidade aumentada e sentimentos frequentes de ansiedade.

História clínica

Joana apresenta várias patologias previamente diagnosticadas, nomeadamente Depressão Major desde 2008, onde foram identificados em comorbilidade, sintomas de ansiedade, problemas de sono, nervosismo e stress. Já teve acompanhamento psicológico prévio e até há uns anos, bem como fez terapia de grupo, que refere ter gostado.

Adicionalmente tem diagnóstico de gastrite crónica autoimune, síndrome do colon irritável, anemia, hipertensão arterial, nódulos na tiroide e enxaqueca, há 26 anos.

Está medicada com antidepressivos, ansiolíticos, medicação para o sono, para hipertensão, para perturbação de pânico (para a enxaqueca e neuroléptico, como adjuvante do antidepressivo (entre outros, Trazodona, Mexazolam, Venlafaxina e Aripiprazol).

Anamnese e História biográfica

Joana é a quarta de cinco filhos, sendo a única filha entre quatro rapazes (um já falecido). Apesar das origens familiares no Norte do país, Joana cresceu na Área Metropolitana de Lisboa, mantendo, contudo, ligação à casa de família no Norte, onde passavam períodos de férias. Joana refere que era a “*menina dos olhos de ouro*” do pai, pois este desejava ter uma filha rapariga. Assim o comportamento deste para com ela contrastava com a atitude de rejeição que este demonstrava particularmente em relação filho anterior (pois negava parentalidade), nem era alvo de violência/ punição física quanto comparado com os irmãos. Relata ter agredida pelo pai uma vez, na sequência de absentismo escolar de um mês, sem conhecimento da família.

Descreve o pai como uma figura emocionalmente ausente devido ao trabalho (que incorria em longos períodos longe de casa) e com consumo regular de álcool. Simultaneamente, descreve um ambiente familiar globalmente marcado pela instabilidade e pela violência doméstica, nomeadamente aos seus irmãos e mãe. Refere ter testemunhado repetidas agressões do pai à mãe, incluindo um episódio em que este a perseguiu com um machado, várias situações vividas em contexto relatado como de medo e desamparo.

Por sua vez, a mãe surge na narrativa como a cuidadora principal, assumindo sozinha a gestão da casa e dos filhos num contexto de dificuldades socioeconómicas. Joana refere-se à mãe como um elemento alvo de grande admiração, mencionando ter recebido dela os principais valores que orientaram o seu crescimento.

Por volta dos seis anos, começou a assumir tarefas domésticas exigidas pela mãe, recebendo elogios pelo seu desempenho. Até hoje aprecia a tarefa de arrumar a casa. Relata, contudo, um episódio marcante aos oito anos, quando, após arrumar a casa, os irmãos a desorganizaram e sujaram e, perante a sua reação de revolta, foi castigada pela mãe. Identifica este acontecimento como particularmente significativo, evocando sentimentos de mágoa e injustiça, embora demonstre dificuldade em verbalizar críticas à mãe.

Mantém até hoje uma relação de grande proximidade emocional com o irmão mais novo, com quem continua a partilhar confidências. Já a relação com o pai deteriorou-se durante a adolescência, período em que este começou a demonstrar desprezo pela filha, pois, segundo Joana, foi a associando cada vez mais à figura materna, com quem Joana tinha uma relação de maior proximidade e cumplicidade. Verbalizava mesmo “está igual à mãe” (sic).

Atualmente, o pai vive com um dos irmãos. Joana descreve comportamentos de manipulação financeira por parte do pai para com os filhos e relata ter prestado cuidados físicos ao mesmo, experiência que considerou emocionalmente difícil. Durante o acompanhamento psicológico, referiu ter reduzido a frequência das visitas e não sentir culpa por esse afastamento.

No contexto escolar, Joana relata experiências adversas, incluindo punições físicas e humilhações por parte de professores, que contribuíram para a sua aversão à escola e abandono escolar após o 9.º ano.

Desde jovem, dedicou-se ao trabalho doméstico e, posteriormente, ingressou no setor da restauração. Ao longo do percurso laboral, descreve conflitos frequentes com colegas e superiores, sentimentos de exploração e desvalorização e dificuldades na interação com pais das crianças do colégio onde trabalhava, sobretudo quando Joana tentava impor regras nos recreios, enquanto exercia a função de vigilante. Identifica apenas uma colega de trabalho que reconhecia o seu contributo e a tratava de forma mais afetuosa.

No domínio familiar, refere sofrimento associado ao distanciamento da filha e dos netos. Menciona deslocações ao infantário para observar os netos à distância e um episódio de confronto hostil por parte do genro, numa das suas visitas. Acrescentou que, ao contactar telefonicamente a filha, esta frequentemente encurta as conversas, levando Joana a interpretar que parecia que a sua filha não gostava de si.

No decorrer das sessões identificaram-se ainda problemáticas como centrais,

nomeadamente de autoestima, bem como relacionada com a relação conjugal. Joana sentia-se mal consigo própria pois dizia sentir-se feia, por estar gorda. Reforçava que não olhava para o espelho, pois não gostava do que via. No âmbito conjugal, descreve uma relação marcada por desvalorização, críticas e hostilidade por parte do marido, ausência de intimidade, incluindo contato sexual, há mais de um ano e separação física em quartos distintos.

Joana descreve múltiplos episódios em que foi alvo de insultos e comentários depreciativos, frequentemente acompanhados de minimização do seu sofrimento emocional e de uma tendência por parte do outro para lhe atribuir responsabilidade pelas situações. Este padrão relacional, caracterizado por desvalorização, crítica e inversão da responsabilidade, poderá ter contribuído para o desenvolvimento e manutenção de sentimentos persistentes de culpa, insegurança e baixa autoestima. Um dos exemplos relatados ocorreu quando lhe foi dirigida a expressão “*monte de esterco*” (*sic*). Perante a evidente mágoa de Joana, o marido reagiu desvalorizando o impacto das suas palavras, justificando o comentário como sendo “*apenas uma brincadeira*” ou parte do seu “*sentido de humor*”. Esta reação, que simultaneamente invalida a experiência emocional de Joana e coloca em causa a legitimidade do seu desconforto, pode ter reforçado um processo de internalização da culpa, dificultando a defesa dos seus limites e contribuindo para uma perceção negativa de si própria. Refere episódios de insultos, minimização do seu mal-estar e transferência de responsabilidade, o que poderá ter contribuído para reforçar sentimentos persistentes de culpa e baixa autoestima. Joana refere que o marido reage com ameaças quando a mesma menciona a possibilidade de separação, relembrando a sua dependência económica e emocional. Num episódio de conflito conjugal, o marido afirmou que a filha mais velha “*não gostava dela*” (*sic*). Joana procurou confirmar a informação junto da filha, mas o marido interveio, retirou-lhe o telefone e disse à filha que Joana estava “*tontinha*” e que “*tinha inventado*” o sucedido, desvalorizando o impacto das suas próprias palavras e invalidando a experiência emocional de Joana.

Em contextos de maior ativação emocional, nomeadamente quando se encontra nervosa, Joana diz recorrer a compras impulsivas e cuidados exagerados com a organização da casa como estratégias utilizadas para lidar com a ansiedade. Mais recentemente, verbalizou ideação suicida passiva ao afirmar que, em momentos de grande mal-estar ao sair do trabalho, pensou em “*mandar-se para baixo de um carro*” (*sic*), acrescentando que isso “*acabava com tudo*”.

Compreensão do caso

Joana apresenta um quadro de Depressão Major, com início em 2008, não tendo dados para saber se houve traumas de ordem biológica ou existencial, o que associado a um conjunto

complexo de traumas psicológicos e sociais marcam profundamente o seu percurso de vida e o seu desenvolvimento psicoafectivo.

Não tendo conhecimento sobre a gestação da Joana sabemos que o seu pai queria uma rapariga pelo que se pode presumir que terão existido por parte do seu pai, à sua nascença, condições propícias de atualização do desenvolvimento e das potencialidades da Joana. Não tendo também dados sobre a infância precoce, mas a sua ligação profunda com a mãe sugere que esta foi a primeira figura de vinculação e provavelmente lhe deu um sentido de segurança básica. Pode-se então presumir a existência de uma mãe disponível e cuidadora, que ofereceu cuidados consistentes.

A presença de um vínculo forte com a mãe sugere que Joana terá tido, neste nível, condições positivas de atualização. No entanto, a infância de Joana foi marcada por experiências de medo e violência, presenciando agressões entre os pais, desde tenra idade. Isto criou uma base afetiva instável, onde, a nível do desenvolvimento psicoafectivo, estas vivências traduzem-se em traumatismos psicológicos precoces graves e desamparo, comprometendo o estabelecimento de um sentimento básico de segurança.

A exposição precoce à violência doméstica e a imprevisibilidade do pai podem ter introduzido um quadro de ansiedade. Mesmo sem agressão direta nesta fase, a mãe pode ter estado emocionalmente limitada, o que comprometeu a transmissão de segurança plena, sendo preditor de uma certa vulnerabilidade psicológica e interrupção do ciclo de desenvolvimento psicológico.

Por outro lado, a relação da Joana com o pai foi particularmente traumática, associada aos relatos de o seu pai ser um homem alcoólico, violento, ciumento e imprevisível, que gerava na família um ambiente de constante medo e instabilidade. Inicialmente sentia-se valorizada pelo pai, pois era a “*menina desejada*”, mas, a partir da adolescência foi-se tornando uma figura ameaçadora e desorganizada, sem oferecer a segurança ou a contenção emocional a Joana, indicando não terem existido as melhores condições para a atualização do desenvolvimento das suas potencialidades. Ou seja, inicialmente, Joana era tratada como “*a menina dos olhos de ouro*” do pai, mas à medida que foi crescendo, particularmente durante a adolescência, foi-se alinhando mais emocionalmente com a mãe e passou a ser alvo de desprezo por parte do pai. Esta mudança de posição no afeto parental contribuiu para uma profunda incongruência interna, dissociando o seu *self* percebido (uma menina leal à mãe e que ansiava por proteção) entrou em conflito com *self* desejado (a menina perfeita para o pai), gerando uma sensação de inadequação e perda de valor próprio. Assim poderá ter reforçado uma cisão interna, de um lado a necessidade de afeto e aprovação e de outro a identificação com a figura

materna, que representava a sobrevivência e proteção.

As condições de valor impostas pelo pai eram assim limitativas e consequentemente Joana não recebia o afeto desejado. A função paterna parece não ter cumprido o seu papel simbólico de mediação, separação e estruturação do *self*, deixando Joana numa posição de fragilidade perante o mundo e perante si mesma. Também com a mãe foram estabelecidas condições de valor na sua infância, pela exigência em relação às tarefas domésticas, que Joana assumia como “*boazinha*” e responsável, reforçando a imagem positiva associada ao cuidar e ao “*ser útil*”, gerando o desenvolvimento de uma identidade funcional (a que arruma, que limpa, que ajuda), já que a mãe elogiava Joana pelo seu empenho nas tarefas domésticas, exigindo-lhe que fosse ela a deixar tudo arrumado, o que Joana internalizou como missão e identidade.

Apesar do ambiente familiar instável, Joana refere que teve uma “*boa educação*”, enfatizando o papel da mãe como transmissora de valores. Porém, alguns episódios particulares relatados, revelam que, mesmo na relação com a mãe, o amor parecia depender de um desempenho perfeito. Esta presença de condições de valor da mãe desde muito cedo permitiu que a necessidade de aprovação externa se consolidasse, prejudicando a construção de um sentimento de si autónomo e seguro, fundamental no percurso afetivo.

Por outro lado, a necessidade de proteger a mãe e os irmãos, numa inversão precoce de papéis, forçou a Joana a sair do lugar muito próximo, passivamente protegido e assumir um papel de “*salvadora*”, já que a sua identidade se consolida numa lógica de “*sou aquilo que dou aos outros*” (*sic*).

A nível social, Joana enfrentou múltiplas formas de desvalorização e exclusão. Em contexto escolar, relata episódios de humilhação por parte de professores, o que contribuiu para a construção de uma autoestima deteriorada e para uma autoimagem negativa, resultado da presença de traumas psicológicos e sociais, impedindo as suas condições de atualização.

No trabalho, apesar de muitos anos de dedicação, parece sentir-se usada e pouco reconhecida. A relação com colegas e superiores é marcada por dinâmicas de submissão e queixas, que também expressam uma dificuldade em estabelecer limites e afirmar necessidades próprias, o que nos leva, mais uma vez, a presumir um desenvolvimento psicoafectivo marcado por negligência emocional e traumas complexos.

Apesar das dificuldades, Joana mostra capacidade de cuidado: adotou uma sobrinha como filha, tal como foi protetora dos irmãos. Isso indica que a função materna, como estrutura interna, foi relativamente preservada. A mãe era o seu eixo moral e emocional, e após a sua morte (trauma psicológico), Joana sentiu-se desamparada, como se tivesse perdido o seu

alicerce psíquico. Este luto, aparentemente não elaborado, intensificou o vazio interno, trauma existencial, exacerbando sentimentos de culpa, impotência e abandono. A perda da mãe atualizou fragilidades antigas e rompeu a frágil estrutura de segurança que ainda mantinha. Este trauma de perda contribuiu significativamente para a deterioração da sua saúde mental, reforçando sentimentos de inutilidade e de ausência de sentido na vida. (trauma existencial). No seu discurso, em consulta, desde a primeira sessão manifesta sentir-se responsável pela morte da mãe, como se tivesse falhado na missão de a proteger – uma missão que, simbolicamente, assumiu desde criança perante as agressões do pai.

A imagem corporal é fonte de sofrimento: Joana evita o espelho, sente-se feia e gorda, não consegue reconhecer valor em si mesma. Este *self* percecioneado, frágil, depreciado, envergonhado, está em dissonância com um *self* desejado que anseia por reconhecimento, afeto e valorização. Entre ambos, existe um fosso difícil de ultrapassar, onde se acumulam as experiências de desvalorização, rejeição e invisibilidade.

No âmbito conjugal, a relação com o marido repete padrões de submissão e humilhação vividos na infância, configuração que sugere um possível processo de transmissão intergeracional, refletido na elevada tolerância de Joana a comportamentos humilhantes e abusivos, à semelhança da sua mãe. O marido dirige-lhe ofensas constantes, recusa a intimidade, manipula os afetos e contribui para o aprofundamento da sensação de inutilidade que Joana já carrega. A convivência com este parceiro é uma atualização viva dos traumas precoces, funcionando como um cenário de repetição, onde a dor psíquica é constantemente reativada. A culpa — sentimento central na sua vida — impede-a de se posicionar, de se proteger e de colocar limites. Permanece num lugar de silêncio e submissão, com receio de perder ainda mais: a casa, o pouco que tem, o sentido de pertença.

Nas relações familiares mais alargadas, nomeadamente com a filha biológica e netos, Joana vive a frustração de não conseguir ocupar o lugar afetivo que desejaria. Esta filha, cuja relação é distante, é fonte de tristeza e de sentimento de falhanço enquanto mãe. A tentativa de adoção da sobrinha poderá representar, em parte, uma tentativa de reparação emocional ou de reconstrução de um projeto afetivo onde ainda possa exercer a função materna e encontrar um lugar de valor.

Joana vive um conflito entre a sua experiência interna (dor, tristeza, raiva, carência) e a imagem que sente que precisa apresentar ao mundo (a de uma mãe, avó e trabalhadora forte e resistente). A desconexão entre o seu *self* percecioneado e o seu *self* desejado gera sofrimento psíquico e obviamente baixa autoestima. Esta dissociação desencadeou a presença de sintomas tais como ansiedade, depressão, enxaquecas, a própria obesidade e outros já citados antes. O

cansaço extremo que relata é compreendido não só como exaustão física, mas como um colapso do seu sistema afetivo-parece que tem a sensação de já não ter recursos internos para cuidar dos outros ou de si mesma.

A condição de vida atual é, assim, atravessada por múltiplas formas de sofrimento e precariedade emocional. As condições de atualização do seu sofrimento psíquico são constantes: um casamento desestruturado, relações familiares fragilizadas, isolamento social, exaustão profissional e sobrecarga emocional.

Joana encontra-se numa profunda crise emocional, marcada por sinais de um self fragilizado que luta para não se desintegrar. O choro fácil, a melancolia no olhar, a relação simbólica com a filha adotiva, a busca pelos netos, a necessidade de controlo sobre a casa e as compras, como forma de aliviar a ansiedade são todos sinais de um self em luta para não se desfazer.

Vive uma encruzilhada afetiva onde o impulso de desaparecer surge como escape à dor psíquica. A depressão, os pensamentos suicidas e a desesperança indicam que perdeu o contacto com a sua tendência inata de atualização. No entanto, apesar disso, observa-se na Joana um desejo de mudança, e de reencontro consigo mesma. Este self desejado, ainda que difuso e inseguro, revela-se no desejo de ser vista, escutada, compreendida e valorizada, fazendo o movimento de pedido de ajuda psicológica, que se tem vindo a realizar várias vezes ao longo dos últimos anos.

Estudo de Caso 3 (David)- Avaliação

Identificação pessoal

David, 12 anos e 4 meses, nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa. Frequenta o 7º ano de escolaridade. O David é filho único de pais separados/ divorciados há 9 anos e vive com a mãe e o namorado da mãe/ padrasto.

A mãe, com 37 anos, é natural da Venezuela, tem escolaridade ao nível do 12º ano e exerce a atividade de administrativa. O pai do David tem 40 anos, tem também escolaridade ao nível do 12º ano e exerce a atividade de Segurança num Hospital.

Ao nível da família alargada, os avós maternos (avô português e avó venezuelana) estão separados/divorciados, bem como os avós paternos, ambos já falecidos.

Motivo da consulta/apresentação do problema

David veio à consulta de psicologia a pedido dos progenitores, na sequência de queixas comportamentais, choro fácil/ instabilidade emocional, sinais e sintomas também relatados ao médico de família em abril de 2024. Quando, nesta consulta, David revelou sentir falta do pai,

mostrando-se choroso ao médico.

Os pais vieram ambos à consulta, manifestando uma relação de parentalidade cordial, com bastante interesse e preocupação pelo bem-estar do filho. Revelaram que o David sofria de *bullying* na escola, fato que “*já vem acontecendo há uns tempos*” (sic). Dos dados recolhidos de registo clínico prévio, há um ano os pais já haviam feito esta referência, manifestando preocupação com esta situação (em janeiro de 2023). Cumulativamente, foi referido que o David fala muito e distrai-se facilmente nas aulas, contudo o seu aproveitamento escolar é razoável. Em casa também, segundo os pais, está sempre atento a várias coisas ao mesmo tempo, distraíndo-se com muita facilidade, tendo o pai utilizado mesmo a expressão: “*com um olho no burro outro no cigano*” (sic), para expressar a sua atenção dispersa. Para além disso relataram ainda, pai e mãe, tendo o David também confirmado pela expressão facial, que tinha muito medo de ficar sozinho. Na escola havia sido levantada a hipótese de o David ter PHDA, no entanto, de acordo com a informação disponível, não foi realizada avaliação clínica específica, tendo o médico de família desvalorizado a hipótese, com base no seu desempenho escolar (“*ele não tem maus resultados escolares*”).

Anamnese e História familiar

David foi uma criança desejada que nasceu de cesariana, após algumas horas em trabalho de parto. Habitou-se a ser embalado para adormecer e as mamadas até aos 6 meses eram de apenas de 4 minutos de 2 em 2 horas. Mamou até aos 3 anos e dormiu com a mãe até aproximadamente a mesma idade. O pai descreve-o nessa idade como “*um bebé gordinho Michelin*”.

Quando os pais se separaram, David e a mãe foram viver para casa da avó materna, onde estiveram até há um ano, altura em que passaram a residir com o namorado da mãe/padrasto. O David frequentou ama a partir dos 8 meses, em residência próxima de casa da avó, seguindo-se a integração em infantário aos três anos, também próximo da residência da avó. Segundo a mãe a adaptação à ama foi difícil pois “*era muito agarrado a mim*” (sic), tendo ficado a “*chorar no berço por horas*” (sic). Segundo a mãe, a integração no infantário foi mais facilitada, tendo feito amizades com alguma facilidade. Passou para a escola primária com alguns colegas e hoje, David não tem muitos amigos.

O pai descreve o David como “*uma criança dócil, preocupado com os outros, muito cuidador*” (sic). Ambos referiram que fala pouco sobre questões emocionais, quer sejam na sequência de problemas escolares, quer sejam de outros assuntos que o preocupem. David, ao ouvir estas palavras dos pais, diz “*não quero falar para não os fazer sofrer*” (sic), verbalização acompanhadas de choro contido (de lágrimas nos olhos).

Manifestou ainda saudades do pai, pois “*estou pouco com ele*” (sic). David visita o pai aos fins de semana e em algumas folgas, já que este trabalha por turnos e tem dificuldade em criar um horário fixo para estar com o David. Importa referir que o pai acompanhou, com a mãe, o David às sessões, na grande maioria das vezes.

Foi transmitido pelos pais que na escola ele era alvo de *bulling*, devido a ser “*baixinho*” (sic), mas também por “*ter choro fácil*”, bem como pelas suas roupas, afirmando “*eles pegam por tudo*” (sic).

David reside com a mãe, o companheiro desta e um cão. De acordo com a informação recolhida junto dos pais e do próprio David ao longo das sessões, a relação com o companheiro da mãe é descrita como positiva e harmoniosa, sendo identificada uma ligação afetiva significativa. David atribui-lhe um papel relevante no seu quotidiano, destacando o apoio prático e emocional, nomeadamente em situações em que este o vai buscar à escola na ausência da mãe. O próprio verbaliza que o padrasto “*está a fazer o papel do meu pai*” (sic), referindo sentir-se compreendido por este, por considerar que “*também teve uma infância difícil*” (sic).

Relativamente ao cão, David manifesta sentimentos de ciúme, referindo que este “*prefere o J e a mãe*” (sic), percepção corroborada pela mãe ao acrescentar que “o cão prefere os adultos” (sic). No que respeita à relação com o enteado do pai (R), David reconhece sentimentos de ciúmes previamente existentes, embora o descreva como amigo, referindo partilharem o mesmo ATL e manterem uma relação de apoio mútuo (“*estamos juntos no ATL e protegemo-nos mutuamente, se houver ataques de outros*” - sic).

O pai de David vive com uma namorada e o filho desta, com quem David mantém uma relação próxima e de amizade. No entanto, ao longo das sessões, David expressa de forma recorrente que “*ele está mais tempo com o meu pai do que eu*” (sic), o que evidencia uma forte necessidade de atenção e proximidade afetiva em relação à figura paterna, associada a sentimentos de insegurança e rivalidade quanto ao lugar que ocupa na relação com o pai. A namorada do pai é descrita por David como uma pessoa afetuosa, com quem refere manter uma relação amistosa.

Dados de Observação/ resumo das Sessões

Em termos de aparência física, o David é um adolescente com características ainda de infância, sem caracteres secundários desenvolvidos. Apresenta estatura abaixo da média para a idade⁵, compatível com história familiar de baixa estatura (mãe). A sua apresentação global

⁵ Fonte: relatório médico.

é cuidada, com vestuário desportivo, relógios desportivos e variados. Utiliza uma bolsa ao tiracolo, da qual na 2ª sessão mostrou o seu conteúdo, voltando a repetir, outras vezes: continha tampinhas de bebidas de fruta e um desodorizante. Quando questionado sobre os motivos de ter aqueles objetos na bolsa e ele responde que é para atirar à cara de quem vier atrás de si para o atacar, “*assim ele fica a ver mal e perde forças e eu fujo*” (sic).

O seu estado de consciência era vígil, orientado no tempo e no espaço. A sua atitude é de um modo geral colaborante, mas, por vezes, a sua atividade atencional revelou-se instável, com flutuações durante a observação distraíndo-se com os ruídos fora da sala, verbalizando “*a minha mãe espirrou*”, “*o meu pai tem o telefone a tocar*” (sic). Nas tarefas propostas, às vezes demonstra bastante agitação motora, chegando a verbalizar algumas vezes “*eu tenho dificuldade em estar quieto*”. Iniciou as sessões como se estivesse a fazer aquecimentos para uma aula de ginástica, fazendo alongamento de pernas e movimentos com os tornozelos e os pulsos.

David apresenta dificuldade em estabelecer e manter o contacto visual e, quando fala, o seu olhar manifesta-se vago. Esta característica foi apontada pela mãe, logo na primeira sessão, dizendo “*ele foi sempre assim*”. Contudo, ao longo das sessões percebeu-se um esforço para “corrigir” essa tendência da qual ele próprio tem consciência e parece interessado em melhorar.

O seu estado de humor vai sendo variado, entre o entusiasmo/alegria, a desconfiança e a tristeza. Na primeira sessão apresentou logo mobilidade de humor, mostrando-se eufórico, muito falador, mas com momentos de tristeza, emocionando-se até às lágrimas. Por exemplo, sentou-se no meio dos progenitores e a sua linguagem corporal era de alegria por ter os ter juntos e, ao mesmo tempo, também revelou tristeza, por não ser sempre assim.

Não observadas alterações percetivas, os dados obtidos até ao momento sugerem um funcionamento cognitivo globalmente compatível com a idade cronológica, evidenciando-se, em contexto clínico, capacidades de raciocínio lógico, resolução de problemas simples e compreensão verbal adequadas ao nível de desenvolvimento esperado. A linguagem do David revela-se fluente e compreensível, com um discurso articulado e, em alguns momentos, surpreendentemente eloquente para a faixa etária. As competências mnésicas demonstram-se preservadas no contexto da avaliação.

Mostra-se atento ao discurso e à continuidade temática, interrompendo, por vezes, para indicar que determinado conteúdo já tinha sido referido antes e até numa das sessões, fez referência ao facto de ter sido previamente combinada a realização do seu genograma, “*hoje íamos fazer o meu genograma*” (sic), o que denota envolvimento no processo e boa memória de curto prazo.

Em termos da psicomotricidade, observa-se no David competências que aparentam ser compatíveis com o desenvolvimento etário esperado.

O acompanhamento do David teve a duração de 15 sessões, tendo a primeira sessão sido feita na presença dos pais e as seguintes somente com o David. Desde a primeira sessão foi possível observar a fácil comunicação dos pais e a felicidade do David por os pais estarem ali os dois. Foi possível observar uma atitude meiga e preocupada para com os pais. Ao longo das sessões revelou-se uma criança meiga, dando sempre abraços à chegada e à saída, tendo logo, no final da primeira sessão, dado um abraço e verbalizado “*adorei*” (sic).

Dando-se espaço para que ambos os pais se pronunciassem, estes focaram-se maioritariamente no presente e nas características de personalidade do filho, manifestando uma percepção de passado resolvido e uma preocupação centrada no bem-estar e no desenvolvimento saudável de David. Expressões como “é uma criança dócil, preocupada com os outros” foram referidas por ambos.

Na segunda sessão, observou-se um aumento do entusiasmo, com discurso verbal abundante, caracterizado por passagem rápida entre diferentes temas. Falou dos pais, da separação destes há 9 anos, da madrastra que apelidava de “muito meiga” e do padrasto, que referiu ser gozado pelos seus colegas na escola, “*por ter barriga*” (sic). Acrescentou ainda que apreciava vir às sessões de psicologia por lhe permitir estar com o pai, referindo: “*adoro vir à psicóloga porque assim estou com o meu pai*” (sic). Observou-se ainda que, em contexto de sala de espera, os pais comunicavam de forma frequente, o que parecia contribuir para que David se mantivesse mais tranquilo durante as sessões. Em contraste, nas sessões em que o pai esteve ausente, David apresentou-se mais agitado e impaciente.

O jovem parece ter uma maturidade elevada para a sua idade e uma grande necessidade de se sentir em paz e de compreender os outros, aceitando as suas ações, mesmo quando estas são contra si, quando gozam consigo e lhe tiram coisas, arranjando sempre justificações para os seus atos e procurando ter sempre uma justificação para os outros não o tratarem bem, para não o ajudarem, quer seja colegas, quer seja familiares, tendo relatado episódios, quer ao nível familiar, quer em ambiente escolar, onde aparenta privilegiar a compreensão e a aceitação do comportamento alheio, procurando atribuir sentido às atitudes dos outros, mesmo quando estas lhe são desfavoráveis. Verbalizou o desejo de, no futuro, ser polícia “não racista”, associando essa escolha à reposição de injustiças e não ao exercício de autoridade. Relativamente às situações de gozo por parte dos colegas, referiu sentir intensa raiva, procurando, contudo, controlar-se, o que por vezes culmina em choro, acrescentando que “*aí eles gozam mais*” (sic). Expressou ainda sentir-se frequentemente utilizado como “*bode expiatório*” e que “*os amigos*

às vezes não são tão amigos” (sic), justificando tais percepções pelo facto de, em diversas ocasiões, não o esperarem nos recreios, permanecendo muitas vezes sozinho. Observou-se que estes conteúdos lhe provocam aumento significativo da agitação motora, bem como sofrimento emocional, evidenciado através de expressão facial sugestiva de sofrimento. Acrescentou ainda: *“não tenho atenção e por isso quero atenção...”* (sic). Apesar destas vivências, David aparenta apresentar um acentuado sentido de justiça e uma postura protetora face aos outros, sobretudo em relação a crianças mais novas, referindo que apenas reage de forma agressiva perante colegas mais velhos, reforçando a sua percepção de que *“os miúdos quanto mais velhos, mais parvos”* (sic).

No que respeita ao contexto escolar, a mãe referiu ter informado a escola sobre a ocorrência de comportamentos agressivos por parte de colegas dirigidos ao David. A situação terá sido abordada em sala de aula pelo diretor de turma, tendo os colegas associado a queixa ao próprio David, passando este a ser apelidado de *“queixinhas”*. Em sessão, David não manifestou inicialmente reação a este episódio; contudo, na segunda sessão, já em contexto individual, e no âmbito da exploração das suas cores favoritas, o tema da escola emergiu espontaneamente, tendo verbalizado, com aumento da agitação motora e desvio do contacto ocular: *“eles não gostam de mim”*, acrescentando de seguida, *“mas também não vou mudar para que gostem de mim”*. Observou-se desconforto emocional associado a este conteúdo, evidenciado pela mudança abrupta de tema logo após a verbalização.

No âmbito do presente acompanhamento, a avaliação psicológica decorreu em articulação com um acompanhamento clínico, sendo utilizados diferentes recursos com funções complementares. O genograma (em Anexo 3) foi introduzido como uma ferramenta clínica de apoio às sessões, com o objetivo de facilitar a exploração da história familiar, das relações significativas e das vivências emocionais associadas, contribuindo para o aprofundamento da entrevista clínica. A sua utilização permitiu favorecer a expressão do discurso de David, bem como a emergência de conteúdos relevantes para a compreensão do seu funcionamento relacional e emocional. Embora não constitua um instrumento de avaliação formal, o genograma revelou-se um recurso útil na organização e integração da informação recolhida ao longo do processo, podendo, por esse motivo, ser mobilizado na conclusão da avaliação psicológica, enquanto elemento complementar aos restantes dados obtidos.

Plano de avaliação psicológica

No âmbito da avaliação do David, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) Questionário de auto-avaliação para jovens – YSR 11-18

- 2) Teste da atenção D2
- 3) Escalas para a avaliação do Défice de atenção com hiperatividade- EDAH
- 4) SCARED-R (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised*)
- 5) Testes projetivos: desenho da árvore, da casa, da figura humana e da família imaginária

Considerando as manifestações emocionais e comportamentais observadas em David, nomeadamente mobilidade emocional, agitação motora, dificuldades de atenção, queixas escolares e interpessoais, bem como indicadores de sofrimento psicológico (e.g., choro fácil, sentimentos de exclusão), recorreremos a um instrumento de avaliação que possibilitasse aceder à perceção subjetiva do David sobre o seu funcionamento psicológico, sendo utilizado o Questionário de auto-avaliação para jovens – YSR 11-18.

A utilização do YSR é particularmente recomendada quando se pretende compreender o impacto subjetivo de fatores relacionais, escolares e familiares no bem-estar emocional do adolescente, especialmente em contextos de separação parental, experiências de *bullying*, sentimentos de rejeição ou instabilidade afetiva, como parece ser a situação do David. Para além disso, face à fase do desenvolvimento em que se encontra (início da adolescência), pareceu-nos relevante aceder diretamente às suas perceções, já que a verbalização espontânea das vivências emocionais pode ser limitada ou mediada por mecanismos defensivos. Neste sentido, a aplicação do Questionário *Youth Self-Report* (YSR) parece revelar-se particularmente útil, uma vez que este instrumento contribui para a integração entre observações clínicas e dados autoreportados, permitindo uma avaliação mais abrangente, válida e centrada no cliente, conforme preconizado pelas boas práticas da avaliação psicológica com adolescentes.

Na sequência dos resultados obtidos no questionário YSR, particularmente na escala de Problemas de Atenção, e considerando os relatos dos pais acerca de distração frequente, em consonância com a informação constante do processo clínico e com os dados fornecidos pela comunidade escolar, que referem desatenção em contexto de sala de aula, dificuldade em manter a atenção seletiva, respostas impulsivas e comportamentos agitados, considerou-se pertinente aprofundar a avaliação da atenção.

Por sua vez, durante as sessões, foi também observada agitação motora, verbalizações excessivas e dificuldade em manter o foco atencional, o que reforçou a necessidade de investigação adicional nesta área.

Por este motivo, foi aplicado, na 4ª sessão, o Teste d2 – Teste de Atenção Concentrada. Cumulativamente, com o objetivo de recolher informação complementar do contexto escolar,

foi solicitado ao Diretor de Turma (DT) o preenchimento da escala EDAH. Esta decisão foi tomada considerando que não estávamos perante um pedido formal de avaliação clínica por parte dos pais, mas sim num contexto de acompanhamento psicológico em cuidados de saúde primários, o que implicava um enfoque exploratório e colaborativo.

No caso de David, a flutuação da atenção, referida pelos pais e observadas em sessão, e a agitação motora, a distração com estímulos externos e a verbalização explícita de dificuldades de concentração (“tenho dificuldade em estar quieto”) motivaram a seleção deste instrumento, com o objetivo de avaliar de forma objetiva o seu desempenho atencional, complementando a informação recolhida por meio da observação clínica e do questionário YSR (11–18 anos).

O SCARED-R, aplicada na 5ª sessão com o David, não sendo um instrumento de diagnóstico, mas sim de rastreio clínico, funciona de forma complementar à observação clínica e aos testes anteriores sendo que a sua escolha visou clarificar a origem dos comportamentos observados e contribuir para uma compreensão mais precisa do funcionamento emocional de David, já que os resultados anteriores, nomeadamente os obtidos no Teste d2 e no ASEBA, levantaram indicadores relevantes de possível sofrimento emocional.

Com o objetivo de explorar um pouco do mundo interno do David, para além do nível verbal, complementando a informação obtida, recorreu-se, na 6ª sessão, a instrumentos de natureza projetiva, nomeadamente desenho da árvore, da casa, da figura humana e da família imaginária. A aplicação dos testes projetivos também se justifica como recurso útil para observar indicadores de sofrimento psíquico ou vivências traumáticas não simbolizadas, possibilitando uma triangulação de dados com os resultados obtidos com os outros instrumentos (YRS, SCARED-R, Teste d2) e com as informações recolhidas em entrevista clínica e observação comportamental.

Enquadramento teórico das ferramentas de avaliação utilizadas

Youth Self-Report (YSR; 11–18 anos)

O YSR (versão portuguesa, traduzida e adaptada liderada por Simões, Rocha & Ferreira, 2012), é um questionário que pertence à bateria *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA de Achenbach & Rescorla, 2001). Apesar da ausência de normas portuguesas validadas para esta versão da ASEBA, a utilização de normas internacionais, amplamente documentadas em mais de 50 sociedades (Achenbach, 2015), constitui uma referência útil, sendo esta limitação devidamente considerada na interpretação clínica.

O YSR consiste num instrumento que avalia a saúde mental de crianças e adolescentes

com idade entre 11 e 18 anos, permitindo obter detalhes descritivos sobre o funcionamento em relação à população da mesma faixa etária e sexo. Trata-se de um instrumento de autorrelato, facultando o ponto de vista do próprio sobre o seu funcionamento. É constituído por 112 itens com questões estruturadas relativas a características descritivas e cuja resposta é dada através de escala de *Likert* de 3 níveis, correspondente à percepção da veracidade/aplicabilidade do item ao respondente (*0= Não verdadeira 1= de alguma forma ou algumas vezes verdadeira; 2= muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira*). Inclui ainda 3 questões abertas que permitem conhecer a percepção do próprio adolescente sobre os seus comportamentos, problemas e competências (Achenbach et al., 2014), mais especificamente informação sobre doenças, dificuldades e preocupações, bem como sobre o que melhor o descreve. Adicionalmente integra informação sociodemográfica e itens de competências.

Em termos de estrutura o questionário é dividido em duas partes. A primeira delas é composta por itens destinados à avaliação das competências dos adolescentes. Já a segunda, refere-se à avaliação de indicadores autorreferidos dos problemas emocionais e de comportamento a partir de oito escalas que compõem três índices gerais: problemas de internalização (ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas), problemas de externalização (comportamento desviante e comportamento agressivo) e total de problemas, que engloba todos os itens de problemas de comportamento, além dos problemas sociais, problemas de pensamento e problemas de atenção. Os problemas de internalização consistem em padrões de comportamento menos suscetíveis à observação e sintomas de natureza subjetiva; os problemas de externalização englobam a manifestação de comportamentos desadequados e com impacto em terceiros. (Achenbach et al., 2014).

Este instrumento permite identificar padrões de dificuldades e competências em múltiplas dimensões do funcionamento psicológico, a partir de uma abordagem empiricamente sustentada, possibilitando a comparação dos resultados com normas estabelecidas e promovendo uma avaliação dimensional e multiaxial (Achenbach & Rescorla, 2001; Rocha, 2012). A literatura internacional tem demonstrado a validade do YSR como indicador de mal-estar emocional e de risco psicopatológico, mesmo fora de enquadramentos estritamente baseados no DSM (Achenbach & Rescorla, 2001; Van Meter et al., 2014). Em particular, estudos evidenciam a sua validade discriminativa na identificação de perturbações ansiosas e afetivas em adolescentes, verificando-se que pontuações elevadas nas escalas de Internalização, nomeadamente na subescala de Ansiedade/Depressão, se associam a uma maior probabilidade de diagnóstico clínico (Van Meter et al., 2014). A escala de Problemas Sociais, por sua vez, tem sido associada a dificuldades de integração social, baixa autoestima e

sentimentos de exclusão (Mullan et al., 2023), enquanto a escala de Problemas de Atenção pode refletir défices de autorregulação, impulsividade ou sintomas compatíveis com PHDA (Doyle et al., 2007).

Os pontos de corte do YSR foram definidos com base em estudos normativos e de validação clínica, tendo como objetivo discriminar níveis de sintomatologia com potencial relevância clínica. Nas escalas orientadas para o DSM, T-scores iguais ou superiores a 64 correspondem à faixa clínica, refletindo níveis de problemas significativamente superiores aos observados na população geral. Valores intermédios situam-se na faixa limítrofe, enquanto T-scores abaixo desse limiar se enquadram na faixa normativa. Importa salientar que os pontos de corte do YSR não possuem valor diagnóstico autónomo, devendo ser compreendidos no contexto de uma abordagem dimensional do funcionamento psicológico. A sua função principal consiste em sinalizar padrões de sintomatologia que se afastam da variabilidade normativa e que justificam uma avaliação clínica mais aprofundada.

Teste da Atenção d2

O teste de atenção d2 foi desenvolvido por Brickenkamp (2002) como instrumento de avaliação da atenção seletiva e da capacidade de concentração, adaptado e validado para a população portuguesa, por Carla Ferreira e António Menezes Rocha (2007), podendo ser aplicado a pessoas a partir dos 9 anos, visando avaliar a capacidade de atenção numa determinada tarefa. É um instrumento de avaliação psicométrica padronizado, amplamente utilizado para medir a atenção seletiva e a capacidade de concentração dos sujeitos. Mede ainda a velocidade de processamento visual e a capacidade de inibir respostas impulsivas, sendo sensível a flutuações atencionais, lapsos de concentração e padrões de impulsividade, aspetos frequentemente presentes em quadros de disfunção executiva ou perturbações de autorregulação.

O teste é composto por 14 linhas com 47 estímulos visuais semelhantes, mais especificamente as letras “d” e “p” acompanhadas de pequenos traços (acima, abaixo ou ambos). A tarefa do avaliado consiste em riscarem-se apenas os estímulos alvo (letras “d” com dois traços, independentemente da sua posição). Cada linha é realizada sob limite de 20 segundos, perfazendo uma duração total de cerca de 5 minutos.

A estrutura do teste exige que o indivíduo focalize a atenção em estímulos visuais semelhantes e iniba respostas impulsivas, enquanto mantém ritmo e precisão ao longo da tarefa. Assim, o D2 é sensível a dificuldades como: Distratibilidade, Impulsividade, Fadiga atencional e Desorganização perceptiva. A interpretação dos resultados é efetuada por comparação com

normas específicas para a idade, devendo os dados obtidos ser integrados com outros elementos da avaliação psicológica, não tendo o instrumento carácter diagnóstico.

Escala para a avaliação do Défice de atenção com hiperatividade (EADH)

A Escala para a Avaliação do Défice de Atenção com Hiperatividade (EADH), originalmente desenvolvida por Farré e Narbona, foi adaptada para a população portuguesa, existindo estudos de validade publicados para a versão portuguesa (Delgado, 2013). Trata-se de um instrumento utilizado em contexto clínico e educacional para a avaliação de sintomas de PHDA em crianças e adolescentes, constituído por um questionário de 20 itens, organizado em escalas de hiperatividade, défice de atenção e problemas comportamentais.

Entre as diversas pessoas que poderão proporcionar informações úteis para o diagnóstico, no caso das crianças, os professores constituem, sem dúvida, fontes preciosas. Isto porque a sua profissão implica um contacto diário com várias crianças, tendo uma noção muito clara (mais do que os pais) sobre quais os comportamentos que constituem a norma e a exceção em determinadas idades. (Farré & Narbona, 2010).

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised (SCARED-R)

O SCARED-R é um instrumento desenvolvido por Birmaher et al. (1999) para a avaliação de sintomas associados a perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes. A versão portuguesa foi adaptada e validada por Pereira e Barros (2010), com a colaboração de Mendonça, sendo aplicável a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos, de acordo com os critérios do DSM-5. Sendo um instrumento de rastreio e avaliação dimensional, não tem carácter diagnóstico.

É um questionário de autorresposta (pode existir também versão para pais/ professores, neste caso é de heterorresposta), composto por 66 itens, que avaliam diferentes tipos de ansiedade: Ansiedade generalizada, Ansiedade de separação, Ansiedade social, Fobia específica, Pânico/Perturbação de pânico, Perturbação obsessivo-compulsiva, Ansiedade escolar e Medo de humilhação ou rejeição. Cada item é respondido através de uma escala do tipo *Likert* de 3 pontos, em função da frequência com que o sintoma é experienciado (*0= Nunca; 1=Às vezes e 2= Muitas vezes*). A aplicação é simples, de fácil compreensão para a faixa etária a que se destina, e tem uma duração média de 10 a 15 minutos.

A cotação é efetuada através da soma dos itens, permitindo a obtenção de: pontuação total de ansiedade, indicativa do nível global de sintomatologia ansiosa; pontuações específicas por subescala, que permitem identificar áreas predominantes de ansiedade.

Relativamente aos pontos de corte do SCARED-R, a literatura apresenta alguma variabilidade. O valor de 25 foi inicialmente proposto por Birmaher et al. (1999) como limiar

indicativo de sintomatologia ansiosa clinicamente relevante, associando-se a maior probabilidade de presença de uma perturbação de ansiedade, no entanto, privilegiando a sensibilidade do instrumento. Estudos posteriores, incluindo adaptações europeias, têm sugerido pontos de corte mais elevados, frequentemente em torno de 30, de forma a aumentar a especificidade na identificação de casos com maior probabilidade de relevância clínica. Relativamente aos pontos de corte por subescala, embora possam variar ligeiramente consoante a versão do instrumento e o estudo de referência, são frequentemente utilizados como valores indicativos os seguintes critérios: Ansiedade de Separação com pontuação igual ou superior a 5, Ansiedade Generalizada igual ou superior a 9, Ansiedade Social igual ou superior a 8, Ansiedade Escolar igual ou superior a 3, Pânico/Somático igual ou superior a 7 e Perturbação Obsessivo-Compulsiva (SCARED-R) igual ou superior a 4. Estes valores funcionam como indicadores de risco, permitindo a identificação de áreas específicas de ansiedade que poderão merecer atenção clínica.

Na versão portuguesa, a interpretação dos resultados baseia-se preferencialmente em valores normativos e percentis, sendo os pontos de corte utilizados entendidos como indicadores de risco e não como critérios diagnósticos (Pereira & Barros, 2010; Silverman & Ollendick, 2005).

As pontuações obtidas podem ser comparadas com valores de referência normativos, possibilitando a identificação de níveis clinicamente relevantes de sintomatologia. Pontuações elevadas sugerem a presença de sintomas ansiosos significativos, devendo servir de suporte à formulação clínica e à definição de hipóteses diagnósticas, e não como critério único para diagnóstico.

Testes projetivos

Hammer considerava que o desenho é um meio simbólico e expressivo da personalidade do indivíduo. No desenho, a criança projeta as suas vivências, medos, ansiedades, traços do ego, mecanismos de defesa e conflitos inconscientes. Segundo o autor, “*os desenhos são mais do que simples representações gráficas; são projeções da personalidade, através das quais o examinando revela aspectos do self, das relações interpessoais e do mundo emocional interno*”(Hammer, 1980).

Segundo Campos (1969), Hammer entende que os desenhos projetivos refletem uma impressão do indivíduo como um todo, uma “*Gestalt*” organizada, perceptível ao olhar clínico experiente sem recorrer a cálculos (Campos, 1969, p. 24).

Embora existam diversos autores de orientação psicanalítica que desenvolveram métodos específicos para a aplicação e interpretação de testes projetivos gráficos, muitos desses

modelos revelam-se datados ou excessivamente estruturados. Assim, optou-se por não seguir rigidamente um único referencial teórico, privilegiando uma abordagem mais flexível e responsiva às necessidades do David. Considerando as características previamente observadas no adolescente, nomeadamente a sua sensibilidade, impulsividade e dificuldade em tolerar limites, entendeu-se que uma aplicação menos diretiva poderia favorecer a espontaneidade e a livre projeção de conteúdos emocionais, minimizando o risco de inibição ou bloqueio defensivo.

Em termos da interpretação dos aspetos gerais de qualquer um dos desenhos, há, segundo Campos (1969), que observar:

1. A localização no papel (no centro, no canto, lado direito, lado esquerdo, etc)
2. A pressão com que desenha
3. A caracterização do traço
4. A simetria no desenho
5. Detalhes (presença/ausência)
6. Movimentos no desenho
7. Tamanho da figura
8. Risco do papel

De acordo com o mesmo autor, a casa representa o ambiente familiar e afetivo, a árvore representa a estrutura do ego e o enraizamento da identidade, a figura humana reflete a imagem corporal, o self e a autoestima e a família permite avaliar dinâmicas relacionais, vínculos e posicionamentos no sistema familiar.

Seguindo as regras de Hammer, foi então aplicada a técnica do desenho HTP, da casa-árvore-figura humana. Por fim foi pedido que desenhasse uma família, o que aconteceu já na sessão seguinte, pelo estado de cansaço do David. Foram utilizadas folhas A4 brancas, lápis de carvão e ausência de borracha. As instruções de Campos (1969) seguem uma linha semelhante à de Koch (1968), com orientações breves, uma de cada vez (Tabela).

Tabela 2. *Instruções para desenho da casa, figura humana e família imaginária, segundo Campos (1969)*

Desenho alvo	Instrução
1. Casa	"Desenha uma casa. Faz o desenho da maneira que quiseres."
2. Árvore	"Desenha uma árvore, mas não uma árvore de Natal. Faz como quiseres."
3. Pessoa	"Desenha uma pessoa do teu género. Outra do género feminino"
4. Família	"Desenha uma família. Faz como quiseres."

Desenho da Casa

Campos (1969) apresenta o Desenho da Casa como um recurso para compreender o “*ambiente interno*”, as relações familiares e os sentimentos de proteção e pertença.

São observados o teto, as telhas, as paredes, a porta, as fechaduras, as janelas, a chaminé, a perspectiva em que é desenhada, a linha do solo e os acessórios dentro e fora dela (como sejam jardim, escola, hospital, caminhos, escadas, cercas, etc.)

Desenho da Árvore

O Teste da Árvore de Karl Koch, também conhecido como Teste da Árvore de Koch, é uma técnica projetiva gráfica desenvolvida pelo psicólogo suíço Karl Koch na década de 1950. É amplamente utilizada em contextos clínicos e educacionais, com crianças a partir dos 5 anos, para a avaliação da personalidade, estado emocional e dinâmica psíquica, especialmente em crianças, mas também em adolescentes e adultos.

Através da análise formal e simbólica do desenho, nomeadamente elementos como as raízes, o tronco, a copa, os ramos e a estabilidade geral da árvore, é possível inferir sobre o nível de segurança interna, mecanismos de defesa, qualidade do ego, vivências de base e eventuais conflitos inconscientes.

Segundo Koch (1968), as instruções devem ser breves e abertas, solicitando apenas que o sujeito desenhe uma árvore, com a ressalva de que não se trata de uma árvore de Natal, favorecendo assim a projeção espontânea e simbólica.

Tendo por base a metodologia de Koch as dimensões avaliadas, numa perspectiva psicanalítica, em que há associação com o id (base), ego (tronco) e superego (copa), são:

1. Base do tronco- exprime o subconsciente, material, físico;
2. Raízes- o instinto e mundo inconsciente da pessoa;
3. Solo – separação entre consciente e inconsciente
4. Tronco-representa o eu, as suas reações e a personalidade
5. Copa- representa a atividade mental, o mundo dos pensamentos, as fantasias.

Campos (1969) acrescenta as flores, os galhos, os ramos, as folhas e os frutos.

Desenho da Figura Humana

O Teste do Desenho da Figura Humana foi inicialmente desenvolvido por Florence Goodenough em 1926, como uma forma de medir a inteligência infantil de maneira não verbal. Mais tarde, Machover (1949) considerou a possibilidade ainda de permitir avaliar diversos aspetos psicológico de personalidade e ajustamento emocional (autoconceito, atitudes para com alguém, projeção da imagem ideal do eu). Envolve o desenho da figura do mesmo sexo e desenho da figura do sexo oposto.

Desenho da Família

Corman (1979) criou uma alteração às instruções do desenho criando o desenho da família imaginária. Assim a criança desenha não a sua família e ambiente familiar, mas uma representação.

Deste modo, optou-se por solicitar a elaboração do desenho de uma família, em vez da indicação diretiva representação da sua família real, com o objetivo de proporcionar maior liberdade simbólica e reduzir possíveis resistências emocionais associadas à representação direta do sistema familiar atual. Esta escolha visa diminuir o risco de inibição defensiva ou de respostas condicionadas por lealdades familiares ou tensões relacionais, dada a sua situação de pais separados.

Resultados obtidos na avaliação psicológica

A aplicação do YSR permitiu aceder à perceção subjetiva do David, revelando valores clínicos nas escalas de Ansiedade/Depressão, Problemas Sociais e Problemas de Atenção (Tabela 2). Deste modo de acordo com amostra normativa considerada, podemos dizer que o David apresentou um número suficiente de problemas considerados clinicamente significativos nestas três escalas. Ainda, ao nível da externalização, apresentou resultado na escala de Comportamento Agressivo que cai no intervalo *borderline*, ou seja, não sendo um resultado suficientemente alto, é contudo, alvo de preocupação.

Os resultados do YSR indicam um perfil clinicamente significativo. David obteve 28 pontos na escala de Internalização, sugerindo a presença de sintomas relevantes de ansiedade, retraimento e humor deprimido. A pontuação na escala de Externalização foi de 17, situando-se numa zona limítrofe, o que aponta para a eventual presença de comportamentos impulsivos ou desafiadores, ainda que não dominantes no seu perfil. Adicionalmente, o elevado valor total (86), o qual se encontra muito acima do ponto de corte clínico ($T \geq 64$), acima da zona *borderline*, reforçam a necessidade de uma avaliação abrangente, com integração de dados de diferentes fontes informantes e posterior delineamento de um plano de intervenção psicoterapêutico. Estes resultados reforçam as hipóteses levantadas em entrevista clínica com os pais e com o próprio David, sendo consistentes com sintomas internalizantes e dificuldades no funcionamento interpessoal e atencional.

Relativamente aos resultados nas escalas de ansiedade/depressão “No presente caso, David obteve valores clínicos na escala empírica *Ansiedade/Depressão* do YSR, a qual integra o perfil internalizante e está amplamente associada a sintomas ansiosos e depressivos na adolescência.

A presença de sintomatologia ansiosa e depressiva (em nível clínico), associada a dificuldades significativas de integração e aceitação social (zona clínica), sugere sofrimento psicológico relevante, particularmente associado ao contexto relacional, nomeadamente situações de *bullying*, sentimentos de exclusão por parte dos pares e ciúmes da relação do pai com o enteado. Os valores de isolamento/depressão no nível normativo e a manutenção de comportamentos afetivos com adultos (revelados em sessão e expressos no seu genograma, em Anexo 3) indicam, contudo, a preservação de competências relacionais importantes, ainda que associadas a sofrimento psicológico, relacionado a fatores contextuais e a uma elevada carência afetiva e necessidade de validação. mas ainda sem impacto severo nas competências sociais e na iniciativa relacional.

As dificuldades de atenção e controlo emocional, expressas na escala de atenção (12 – nível clínico) e comportamento agressivo (13 – em zona *borderline*), coincidem com o que foi observado durante as sessões: agitação motora, distração com estímulos externos e tendência para oscilações emocionais. A agressividade parece surgir mais como resposta defensiva a situações de frustração e injustiça percebida, e não como traço opositor estruturado, o que é coerente com o resultado normativo na escala de Comportamento de Oposição (4).

A escala "Outros Problemas" (8), apesar de não possuir ponto de corte clínico, reforça a presença de conteúdos emocionais difusos, como baixa autoestima, hipersensibilidade e possível autorrecriação, coerente com expressões como: *"não tenho atenção e por isso quero atenção"*, *"usam-me como bode expiatório"*, e *"os amigos às vezes não são tão amigos"*.

Em síntese, o perfil de David sugere uma vulnerabilidade emocional marcada, com impacto significativo nas suas relações interpessoais e nos processos de autorregulação emocional e atencional. A integração dos dados do YSR com a observação clínica reforça a necessidade de um acompanhamento psicológico continuado, com foco no desenvolvimento da autoestima, das competências sociais e da regulação emocional, bem como no fortalecimento das figuras de vinculação e no apoio ao processamento das experiências relacionais vividas como ameaçadoras ou invalidantes.

De acordo com o estudo de Raiker et al. (2017), a subescala de Problemas de Atenção do sistema ASEBA apresenta uma precisão diagnóstica moderada quando baseada no relato de cuidadores; contudo, o autorrelato dos jovens, através do YSR, não revelou utilidade discriminativa significativa para a identificação de PHDA. Os autores referem que pontuações elevadas nesta subescala podem sinalizar a presença de indicadores compatíveis com PHDA, embora a confirmação diagnóstica dependa necessariamente da integração de informação proveniente de múltiplas fontes. Assim, apesar de valores elevados na escala de Problemas de

Atenção poderem refletir sintomas de desatenção e impulsividade, o estudo reforça a importância de uma avaliação multimodal. Neste enquadramento, os resultados obtidos por David nesta escala sustentaram a necessidade de complementar a análise com dados adicionais recolhidos junto de outros informantes.

Tabela 3. *Resultado da Escala YSR (David, 12 anos).*

Subescala	valor obtido	Classificação
Ansiedade/Depressão	16	Nível clínico
Isolamento/Depressão	6	Normativo
Queixas Somáticas	6	Normativo
Problemas Sociais	14	Nível clínico
Problemas de Pensamento	7	Normativo
Problemas de Atenção	12	Nível clínico
Comportamento delinquente	4	Normativo
Comportamento Agressivo	13	Zona <i>borderline</i>
Outros Problemas	8	Normativo
Total	86	Acima do ponto de corte clínico ($T \geq 64$)

Os resultados obtidos no Teste d2 – Atenção Concentrada indicam um desempenho atencional globalmente adequado à faixa etária do David (Tabela 3). Apresentou uma boa produtividade (TC = 629), e um índice de concentração elevado (IC = 253), sugerindo capacidade para manter o foco e inibir respostas impulsivas durante a realização de tarefas estruturadas e com pressão temporal. O índice de variabilidade (IV = 9) reflete estabilidade atencional ao longo da tarefa, sem oscilações relevantes. Estes dados apontam para um perfil de atenção seletiva e sustentada preservado, o que poderá indicar que as dificuldades atencionais observadas em contexto escolar e familiar estejam mais relacionadas com fatores emocionais, relacionais ou contextuais do que com défices neurofuncionais primários. No entanto, uma taxa de erro superior a 3% já requer ser analisada com atenção especialmente se acompanhada por impulsividade ou variabilidade (Brickenkamp, 2002). Portanto, 4,9% é considerada uma taxa de erro moderadamente elevada, não crítica, mas que indica tendência para imprecisão, possivelmente associada a Impulsividade e Ansiedade de desempenho ou pressa.

Efetivamente durante a aplicação do Teste d2, observou-se que o David apresentou dificuldades em cumprir as instruções relativas à gestão do tempo por linha, especificamente o limite de 20 segundos. Apesar das indicações claras de que deveria interromper cada linha ao sinal dado, o David persistia na execução da tarefa, demonstrando um esforço contínuo para maximizar o desempenho. Tal comportamento sugere uma possível necessidade de validação

ou elevada autoexigência, mesmo após o esclarecimento de que o teste não visava um resultado ideal. Quando foi necessário adotar uma postura mais diretiva para garantir o cumprimento dos tempos estipulados, registou-se um aumento no número de erros, o que poderá indicar uma menor tolerância à pressão externa ou maior dificuldade em adaptar-se a constrangimentos temporais.

Tabela 4. *Resultados do Teste d2 (David, 12 anos).*

Indicador	Valor	Interpretação técnica preliminar
TC – Total de caracteres lidos	629	Boa velocidade de trabalho; produtividade média a alta
TA – Total de acertos (alvos corretos)	263	Quantidade de estímulos relevantes corretamente identificados
E – Erros totais (omissões + comissões)	31	Nível de erro moderado; precisa ser interpretado em proporção ao TC
IC – Índice de concentração (TA - comissões)	253	Boa capacidade de concentração, com poucos erros por impulsividade
IV – Índice de variabilidade (flutuação entre linhas)	9	Boa estabilidade atencional ao longo da tarefa
%E – Percentagem de erros	4,9%	Taxa de erro baixa; desempenho cuidadoso e controlado

A aplicação da escala EDAH pelo Diretor de Turma (DT) revelou resultados classificados como de *risco reduzido* em todas as subescalas avaliadas: Hiperatividade, Défice de Atenção, Hiperatividade com Défice de Atenção e Perturbação do Comportamento (tabela 4). Estes dados sugerem que, na perspetiva do DT e no contexto escolar observado, não se evidenciam sinais comportamentais significativos que justifiquem uma suspeita clínica consistente de PHDA ou de perturbações associadas ao comportamento disruptivo.

Verificou-se que as hipóteses não foram confirmadas, isto é, os resultados do David não apontam para uma perturbação de Hiperatividade/défice de Atenção, havendo necessidade a um diagnóstico diferencial de outra perturbação. No entanto, de acordo com Lopes (2004), citado por Farré e Narbona (2010), o excesso de atividade, não sendo exclusivo deste distúrbio, deve ser diferenciado daquele que ocorre em perturbações de ansiedade, da agitação psicomotora associada a quadros depressivos, ou ainda em estados maníacos, onde a verborreia e excesso de energia são também predominantes.

Apesar da classificação global de risco reduzido nas diferentes subescalas da EDAH, é importante destacar alguns comportamentos específicos que foram assinalados com frequência pelo Diretor de Turma. Em particular, os itens “*exige satisfação imediata dos seus pedidos/desejos*” e “*é mal aceite pelo grupo*” surgem como manifestações observadas com elevada frequência, sugerindo dificuldades ao nível do autocontrolo e da adaptação social.

Estes comportamentos, ainda que isoladamente não configurem um quadro típico de PHDA, podem apontar para fragilidades na regulação emocional e interpessoal, que merecem atenção e acompanhamento. A exigência de satisfação imediata pode estar relacionada com impulsividade, baixa tolerância à frustração ou dificuldades na interiorização de limites, enquanto a rejeição pelo grupo poderá refletir problemas de integração social, possíveis comportamentos disruptivos ou dificuldades de empatia e leitura emocional.

Neste sentido, os resultados apontam para a necessidade de se considerar um diagnóstico diferencial, recorrendo a uma avaliação clínica integrada, que contemple diferentes fontes de informação (pais, professores, técnicos), o contexto de ocorrência dos sintomas, a sua persistência no tempo e o impacto funcional nas várias áreas da vida do sujeito. A exclusão de outras condições clínicas ou psicopatológicas que possam justificar os sintomas apresentados é essencial para uma formulação diagnóstica rigorosa e adequada.

A pontuação elevada reforça a hipótese de que os comportamentos observados, como a exigência de satisfação imediata, a agitação, a verborreia e a rejeição social, podem ter uma base ansiosa, e não necessariamente corresponder a um quadro de PHDA ou perturbação de oposição.

Tabela 5. *Resumo dos resultados obtidos com a aplicação da Escala EDAH (avaliação realizada pelo DT)*

Dimensão avaliada	Resultado obtido	Classificação
Hiperatividade	4	Risco reduzido
Défice de Atenção	1	Risco reduzido
Hiperatividade c/ Défice de Atenção	5	Risco reduzido
Perturbação do Comportamento	11	Risco reduzido

Com vista a poder explorar com maior especificidade as diferentes dimensões da ansiedade, possibilitando um diagnóstico diferencial mais rigoroso., recorreu-se à aplicação do *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised* (SCARED-R).

A aplicação do SCARED-R revelou uma pontuação total de 43 pontos, numa escala que vai de 0 a 132, ultrapassando o valor de corte clínico geralmente aceite de 30 pontos.(tabela 5). Este resultado indica a presença de sintomatologia ansiosa com possível relevância clínica, o que se articula com os resultados do sistema ASEBA, onde foi identificado um perfil com valores clínicos na escala de síndromes de internalização.

As escalas onde o David apresenta valores mais elevados são da Ansiedade de separação, Perturbação POC (Perturbação Obsessivo-compulsiva) e Ansiedade escolar, sendo

largamente a Ansiedade de separação a que suplanta o conjunto dos sintomas. Esta subescala avalia medos intensos relacionados com a separação de figuras de vinculação (normalmente os pais), podendo manifestar-se por receios de que algo de mal lhes aconteça, resistência a ficar sozinho ou a dormir fora de casa, e sofrimento antecipatório antes da separação.

No caso de David, pontuações elevadas nesta subescala podem indicar insegurança emocional, dependência afetiva e possíveis dificuldades de vinculação, frequentemente associadas a um funcionamento emocional mais regressivo ou a experiências de perda, mudança ou instabilidade. Este vínculo, aparentemente inseguro, pode originar angústia perante situações de separação, rejeição ou exclusão, manifestando-se de forma indireta no comportamento: exigência de atenção, na dificuldade em lidar com a frustração e na resistência que apresenta nas situações que envolvem perda de controlo (exemplo do teste D2 e das respostas do professor sobre a sua exigência de satisfação imediata dos desejos).

David foi alvo de *bullying* por parte de colegas, o que é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de perturbações ansiosas, em particular de ansiedade escolar (cuja escala também apresentou valores elevados). O fato de ser "mal aceite pelo grupo", como referido pelos professores, agrava a sua perceção de ameaça no ambiente escolar e pode ser potenciador de ansiedade escolar.

Pontuações elevadas nas escalas da POC podem indicar que David recorre a estratégias de controlo interno rígido ou que apresenta preocupações obsessivas que interferem com o seu bem-estar. Mesmo que não se observem compulsões visíveis, é possível que haja rituais mentais ou elevados níveis de perfeccionismo, associados a insegurança e necessidade de controlo, o que também pode estar ligado à dificuldade em respeitar o tempo-limite nas tarefas e à resistência em interromper a execução.

Por outro lado, os resultados do David na dimensão da Ansiedade escolar são sugestivos de sofrimento emocional relacionado com o desempenho e a exposição social no ambiente escolar, o que pode refletir baixa autoestima académica, medo de falhar ou experiências de crítica, comparação ou rejeição. Este dado ganha relevância face ao relato do professor de que é "mal-aceite pelo grupo" e com o esforço excessivo em obter um bom desempenho e dificuldade em cumprir as regras, como observado durante o Teste d2. Durante o Teste d2, David mostrou dificuldade em aceitar limites e interrupções, continuando a preencher as linhas mesmo após indicação para parar. Esta persistência revela: rigidez comportamental, necessidade de concluir a tarefa à sua maneira, o que poderá estar ligado a traços compulsivos ou a estratégias de controlo interno para reduzir a ansiedade. Quando confrontado com uma imposição externa clara (interrupção mais diretiva), observou-se um aumento no número de

erros, o que poderá traduzir uma baixa tolerância à frustração e uma certa desorganização interna quando perde o controle da situação.

Esta dinâmica poderá refletir preocupações internas obsessivas (ex.: "tenho de fazer bem", "não posso deixar incompleto", etc.). Estes tipos de preocupações também foram identificadas nas sessões clínicas nomeadamente quando sem referiu a ainda não saber atravessar a rua, dizendo “já devia saber passar sozinho” e justificando as ações dos outros por incapacidades suas, apresentado sempre justificação para os outros não o tratarem bem, para não o ajudarem, e uma possível tendência para ruminação ou pensamentos intrusivos.

Tabela 5.

Resultados do SCARED-R (David, 12 anos)

Subescalas	Pontuação obtida	Pontuação máxima	Observações
Ansiedade generalizada	5	18	Moderada
Ansiedade de separação	16	24	Elevada
Ansiedade social	0	8	Baixa
Fobias específicas	6	24	Baixa
Perturbação de pânico/somatização	2	26	Baixa
Perturbação obsessivo-compulsiva	9	18	Elevada
Ansiedade escolar	5	8	Elevada

Por fim, no que concerne aos Testes projetivos, O David mostrou-se disponível e colaborante durante a realização dos desenhos, evidenciando prazer na atividade gráfica. Ao longo da tarefa, partilhou espontaneamente que apreciava desenhar, referindo: “*os autistas têm muito jeito para o desenho, pelo menos os que eu conheço no ATL...*” (sic), o que poderá refletir identificação com determinadas características observadas em outras crianças do seu contexto.

O Desenho da casa, David iniciou posicionando a casa no centro da folha. Os traços foram marcados com forte pressão a negro, sugerindo uma postura autocentrada, associada a níveis elevados de tensão interna. Este padrão gráfico poderá refletir insegurança emocional, agressividade latente e possível vivência de conflito interno ou relacional.

Elaborou bastantes detalhes que foi explicando com uma história detalhada com pormenores que expressou também de forma gráfica, nomeadamente colocando uma nuvem, o sol, uma baliza com uma grade desproporcionadamente grande e indicação da hora em que, segundo ele, decorria a cena representada. Esta articulação entre linguagem verbal e representação gráfica sugere capacidade imaginativa, necessidade de organização do pensamento através da narrativa, bem como tendência para o controlo do enquadramento da situação.

Por outro lado, esta elaboração da casa e da grade da baliza, exageradamente grandes, parece-nos vir a reforçar o sentimento de forte agressividade, em resultante de uma constrição ambiental que pudesse estar a sofrer. Reforça a fantasia ou concomitante ação compensatória, podendo ou não ser acompanhado de algum egocentrismo.

O David desenhou o teto da casa, neste caso, o telhado, de forma exageradamente grande, reforçado por forte pressão do traço. Segundo Campos (1969), o teto pode simbolizar a área da vida psíquica ocupada pela fantasia. Assim, a sua ampliação exagerada, aliada à intensidade do traço, poderá indicar a sua preocupação com a perda de controlo sobre impulsos internos, podendo indicar que parte das tensões emocionais do David poderá estar a ser canalizada para o plano da fantasia como forma de contenção (distorcendo assim, a realidade).

A porta da casa, que se encontra fechada e de dimensão pequena, comparativamente às janelas e à casa em geral, poderá funcionar como uma defesa contra o mundo e refletir instabilidade emocional causada por sofrimento ocorrido e, por consequência, haver relutância em estabelecer contato com o ambiente, com retração das inter-relações pessoais, reflexo de possíveis vivências de rejeição, intrusão ou sofrimento relacional. Esta leitura encontra eco numa das verbalizações do David: *“não vou mudar para que gostem de mim”*, podendo representar uma certa rigidez na identidade como forma de autoproteção.

As janelas com vidraças, por sua vez, parecem simbolizar um desejo de manter-se protegido, observando o mundo sem permitir um verdadeiro contacto. A chaminé, representada de forma vertical, com fumaça espessa e traçado forte, poderá reforçar a intensidade do mundo emocional interno, talvez associado à raiva ou ansiedade acumulada.

A história que o David contou que, *“apesar de existir uma nuvem, não está a chover e o céu está azul”* (sic), poderá ser reveladora de ambivalência emocional, pela coexistência entre elementos ameaçadores e sinais de esperança ou estabilidade. Acrescentou: *“mora ali o Osvaldo e a Marta, que são irmãos, têm 18 anos e dormem na mesma cama”*. Quando questionado reagiu *“qual é o problema? Na janela da direita é um quarto. A cama é para 3, estão lá os 2 mais um cão e um gato”*. Esta justificação pode revelar uma tentativa de normalizar situações de ambiguidade relacional, ou ainda indicar processos de racionalização para lidar com temas desconfortáveis ou mal integrados emocionalmente.

Acrescentou ainda que casa tinha escadas, uma arrecadação, sala e um WC e que *“é uma casa de ricos, pois tem baliza de futebol”* (sic) e justifica a grade que desenhou à volta do campo para impedir a fuga de bolas. Esta estrutura de contenção pode representar simbolicamente um desejo de controlo sobre impulsos ou situações que escapam ao seu domínio emocional.

Em simultâneo, foi contando histórias sobre o *Marvell* e o homem-aranha, reforçando a presença de elementos de fantasia e idealização, possivelmente ao serviço de mecanismos compensatórios de autoestima e tentativas de evasão da realidade.

No que concerne ao Teste da Árvore, o David começou por desenhar o tronco e depois a copa, e disse “*já está*”. Quando o questionei se não tinha raiz, ele fez a raiz, quando lhe disse que podia fazer frutos ele incluiu 2 frutos e disse que eram 2 maçãs. Disse que era uma árvore sozinha, mas que “*está muito bem sozinha*”, que “*não é igual a todas as outras porque as suas folhas não são literalmente redondas*”, e acrescenta “*tem um tronco grande e, pelos vistos, simétrico*” (sic). “*é a preto e branco (sou a preto e branco), se fosse a cores seria “verde, castanho e vermelho (as maçãs)” (sic).*

O tamanho da figura, grande e ocupando a folha toda, é sugestivo de fantasia e ambição. Contudo parece mostrar constrição ambiental, como uma pessoa que é pequena, mas que se desenha grande, podendo ainda revelar tendências narcisistas/egocêntricas, ou ainda agressividade. A copa ocupa a maior parte da árvore, requer aqui uma atenção especial. Estamos perante um aspeto que reforça a fantasia, ao mesmo tempo demonstrativo de grande atividade mental, falta de concentração, convencionalismo, exibição, acompanhado de puerilidade, ingenuidade e medo da vida real. Depois está inclinada para a direita, o que vem reforçar a vaidade, a arrogância e a autossuficiência, o que associada à sua forma curva lhe dá um toque de doçura, imaginação e compreensão afetiva.

A ausência de raízes nem de solo pode reforçar a tendência para a autossuficiência e dificuldade em pedir apoio, acentuando assim a falta de ligação à vida real. Quando lhe perguntei pelas raízes, desenhou-as, contudo, sem exitar.

A omissão dos galhos é sugestiva de ausência de expansão no trato com as outras pessoas e a inclinação da copa pode indicar o efeito de pressões ambientais que suporta, como se fosse “*potenciado por uma tempestade*”. O tronco curto reforça a pressão externa e a falta de expressão do eu (o ego reprimido pelo superego).

Os frutos, que desenhou, sem exitar, em número de 2, de forma simétrica, podem indicar um desejo de triunfar, de estabilidade, harmonia ou conciliação. Esta dimensão simbólica contrasta com a afirmação de que a árvore está “*sozinha e muito bem sozinha*”, podendo ser interpretada como uma defesa contra experiências de frustração relacional ou afastamento afetivo.

Relativamente ao Desenho da figura humana, o David realizou este teste e o teste da família na 6ª sessão, uma vez que estava cansado na sessão anterior. Foi também nesta altura que foi alterada, a pedido da mãe, a hora da sessão de manhã para a tarde. O David veio

colaborante, o que se traduziu na elaboração dos desenhos de forma rápida e sem bloqueios.

Todos os desenhos apresentados foram feitos sensivelmente a meio da folha sem pressão relevante, contudo, na parte superior da folha, em termos da linha vertical, o que poderá revelar uma certa luta interior, onde os seus objetivos poderão ser inatingíveis, o que tende a procurar satisfação no plano da fantasia em vez da realidade.

Relativamente a cada uma das figuras, a figura masculina, a primeira a desenhar, começou com a cabeça, grande, desenhada com dedicação superior ao resto do corpo, onde o rosto teve um contorno reforçado, revelando mais uma vez, fantasias maiores do que a capacidade de realização e egocentrismo, com fuga diante os problemas por insegurança na capacidade de vencê-los.

Os olhos em negrito são indicadores de vigilância interna, agressividade e conflito emocional e os dentes bem visíveis numa boca grande reforçam essa mesma agressividade e dificuldade em conter impulsos orais.

O David referiu que a cara tinha uma cicatriz e que dava nota “*insuficiente*” à figura porque não apresentava “*simetria*”. Esta crítica à própria produção poderá refletir exigência interna, autocritica intensa e possível rigidez perfeccionista.

O pescoço, local onde David apagou e redesenhou com traço desigual (mais espesso de um lado), poderá simbolizar conflito entre pensamento e emoção e, mais uma vez as mãos fechadas dificuldades nas relações sociais, repressão e mais uma vez associada a contenção agressiva.

Os braços finos podem indiciar introversão e o tronco bem longo pode indiciar compensação simbólica face à sua baixa estatura real, revelando possível preocupação com a imagem corporal e as pernas curtas, mais uma vez indiciando conflito interno.

Por fim, os pés, um para cada lado, podem indicar indecisão, ambivalência de comportamento, e eventual dificuldade em manter coerência nas atitudes, podendo refletir instabilidade emocional ou tentativa de adaptação a contextos diversos através de comportamentos contraditórios.

Relativamente ao desenho da figura feminina, representada por uma mulher com cabelo encaracolado, olhos grandes e uma boca de dimensões exageradas, semelhante a uma “boca de palhaça”, com dentes visíveis. Acrescentou ainda um colar no pescoço, um tronco desproporcionalmente grande em relação ao corpo, pernas curtas e, na camisola, desenhou a figura de um unicórnio. Os pés surgem voltados para lados opostos, em sapatos adornados com laços. A análise simbólica sugere que esta produção reflete uma vivência ambivalente em relação ao feminino: por um lado, a presença do unicórnio e dos adereços (colar no pescoço,

lacinhos nos sapatos) aponta para idealização, fantasia e infantilização da figura da mulher; por outro, a boca com dentes visíveis e os olhos exagerados remetem para percepções de ameaça, hostilidade e vigilância. A escolha do cabelo encaracolado poderá ter valor projetivo, considerando que o próprio David tem este traço físico, alvo de comentários depreciativos no contexto escolar, podendo estar aqui a funcionar como transferência da sua vulnerabilidade para a figura feminina. Os pés em direções diferentes sugerem indecisão e ambivalência, possivelmente refletindo o modo como David oscila entre sentimentos de atração, valorização e, simultaneamente, medo ou rejeição em relação às figuras femininas significativas na sua vida.

Por fim, no Desenho da família, com a indicação de apenas desenhar uma família imaginária, o David começou o desenho pela figura masculina, que apelidou de “*Super Pai*”, depois o “*Super Filho*” e o cão e por fim a “*Super Mãe*”. Disse que a *Super Mãe* tinha 1.95m e escreveu no desenho essa medida. De referir que a sua mãe é de estatura baixa e ele é gozado na escola por ser baixo. Quando lhe foi perguntado quem era ele, ele responde que era o cão, “*é mais rápido e esquivo, assim é mais fácil fugir e ninguém me apanha, os outros são mais fáceis de atacar porque são mais altos*”. Mais tarde já afirmou que era a criança que segurava o cão. Curioso ter desenhado a criança sem cabelo e, na sua escola, ele ser gozado pelo seu cabelo encaracolado (relembre-se a sua ascendência venezuelana). Ainda reforça com balão de fala da mãe “*nós temos muito cabelo porque queres ser careca?*” e ele com balão de fala “*porque sim*”.

De acordo com Corman, existem 3 níveis de interpretação de resultados: o nível gráfico, o nível das estruturas formais e o nível do conteúdo. Para além da interpretação do desenho gráfico, Corman considerava muito importante a história que a criança conta em relação ao desenho.

A nível gráfico, sendo o traço a força dos impulsos, um traço forte, indica impulsividade, agressividade e audácia.

A localização das figuras na folha mais posicionadas à direita, pode indicar capacidade de autonomia. A ausência de parte do corpo da mãe, associado ao fato de ter sido desenhada em último poderá representar alguma desvalorização relativamente a mesma. Para além disso, figuras a sair do papel, já que a “*super mãe*” ficou com parte do corpo fora da cena, revelam sentimentos de constrição ambiental, com ação *super compensatória* ou fantasia (neste caso desenhou a mãe grande, sendo a figura maior do desenho).

Ao nível das estruturas formais, pode-se observar a presença de alguns detalhes, desproporção entre braços e tronco e sem interação entre as personagens para além da

“comunicação” da criança com o cão, apresentando-se distantes o que pode ser a manifestação da separação entre os pais.

Em termos de conteúdo, o “*super pai*” foi desenhado em primeiro lugar, mas a “*super mãe*”, apesar de estar “*cortada*” é mais alta, fato que foi reforçado pela indicação gráfica da sua altura “1,95”.

A sequência e nomeação das figuras sugerem uma representação idealizada do núcleo familiar, marcada por elementos de força e proteção.

Chamou particular atenção a forma como descreveu a figura materna, indicando que teria 1,95m de altura. Esta construção simbólica poderá ser interpretada como uma defesa projetiva, em que o aumento da estatura da figura materna funciona como recurso compensatório face à percepção de fragilidade ou vulnerabilidade. Esta representação ganha significado adicional quando relacionada com a realidade familiar: a mãe de David é de baixa estatura, e o próprio David referiu ser alvo de gozo na escola por ser baixo, sugerindo a presença de um complexo de inferioridade ou sentimentos de desvalorização corporal, possivelmente internalizados.

Quando questionado sobre qual das figuras o representava, David respondeu inicialmente que era o cão, justificando: “é mais rápido e esquivo, assim é mais fácil fugir e ninguém me apanha, os outros são mais fáceis de atacar porque são mais altos”. A presença de representações simbólicas, através da inclusão de animais e esta resposta poderá indicar desejo de evasão face a situações ameaçadoras e sentimento de vulnerabilidade perante o meio social, possivelmente associado a experiências de rejeição ou humilhação. Posteriormente, reformulou a resposta, dizendo que era a criança que segurava o cão, o que pode refletir ambivalência na percepção de si e oscilação entre papéis de fragilidade e controlo.

Importa também referir que a figura da criança foi desenhada sem cabelo, o que poderá não ser um detalhe aleatório, considerando que David é frequentemente alvo de gozo na escola devido ao seu cabelo encaracolado, característica relacionada com a sua ascendência venezuelana. A omissão do cabelo poderá, assim, representar tentativas inconscientes de apagar traços identitários que são alvo de discriminação, evidenciando conflitos relacionados com a autoimagem, origem étnica (tem origem venezuelana) e aceitação social, já que é alvo de gozo na escola.

Relativamente aos balões de fala com a mãe, pode-se considerar esta interação simbólica como resistência a justificar escolhas pessoais, necessidade de autonomia face à figura materna e possível defesa contra a exploração de conteúdos emocionais mais profundos, usando a resposta curta como forma de evitar vulnerabilidade.

Em conjunto, o desenho revela conteúdos simbólicos ligados à proteção, idealização parental, fuga, vergonha corporal e identidade, refletindo o esforço do David em lidar com tensões internas e externas, através de fantasias de força e segurança, associadas a um eu frágil e ameaçado. A figura materna surge representada com apenas um braço e uma perna, e está colocada num dos cantos da folha. Esta representação incompleta, associada à sua posição periférica, poderá indicar que David a percebe como emocionalmente distante, fragilizada ou com pouca influência afetiva no sistema familiar que construiu simbolicamente.

Quanto à localização, a posição no canto pode refletir uma tentativa inconsciente de afastamento psíquico, exclusão simbólica ou ainda evitação de contacto emocional direto com a “*super mãe*”. Esta representação poderá estar relacionada com vivências de frustração, conflito ou ambivalência afetiva, com desejos de proteção, em relação à mãe, especialmente quando considerada em articulação com a sua idealização verbal (“*supermãe com 1,95m*”) e o desenho fisicamente “*cortado*”.

Discussão das Conclusões do Caso

Os diferentes instrumentos aplicados ao David permitem traçar um perfil clínico de David parece refletir uma ansiedade multifocal, enraizada em vivências precoces de insegurança afetiva (nomeadamente a ausência paterna desde os 4 anos), experiências sociais adversas (*bullying* e rejeição), e traços de perfeccionismo e controlo, que funcionam como tentativas defensivas de regulação emocional.

Os resultados do YSR e do SCARED-R apontam de forma clara para sintomatologia ansiosa e depressiva clinicamente significativa, marcada sobretudo por ansiedade de separação, ansiedade escolar e sintomas obsessivo-compulsivos. Estes dados articulam-se com as observações clínicas e os testes projetivos, onde surgem sinais de insegurança, autocrítica intensa e necessidade de validação. Em simultâneo, verifica-se a presença de problemas sociais recorrentes: valores clínicos na escala de Problemas Sociais do YSR, relatos de *bullying* e rejeição pelos pares, e comentários do professor de que é “*mal-aceite pelo grupo*”. Nos testes projetivos, este aspeto repete-se em representações defensivas contra a exclusão, idealização de figuras protetoras e vergonha corporal, reforçando a vulnerabilidade da autoestima.

Este funcionamento pode manifestar-se através de: exigência de satisfação imediata (impulsividade como forma de aliviar tensão), comportamentos socialmente desajustados (má aceitação pelo grupo), resistência a regras e frustração intensa quando confrontado com limites externos.

As dificuldades atencionais foram confirmadas no YSR e observadas clinicamente,

ainda que o desempenho no Teste d2 revele atenção seletiva e sustentada preservadas. A elevada taxa de erros, a dificuldade em cumprir instruções de tempo e o aumento de erros sob pressão indicam impulsividade, baixa tolerância à frustração e perfeccionismo, mais ligados à ansiedade e à rigidez interna do que a défices neurocognitivos primários. A EDAH, respondida pelo professor, reforçou esta leitura, ao classificar risco reduzido de PHDA, mas assinalar comportamentos como exigência de satisfação imediata e má aceitação pelo grupo.

A agressividade surge como elemento transversal. No YSR, a escala de Comportamento Agressivo encontra-se em zona *borderline*; em contexto escolar, foi descrito como exigente e pouco tolerante; e nos projetivos, observa-se pressão forte do traço, dentes visíveis e conteúdos de contenção agressiva. Contudo, esta agressividade apresenta-se sobretudo como reativa e defensiva, emergindo em situações de frustração, rejeição ou ameaça, mais do que como um padrão opositor estável.

Paralelamente, emerge de forma consistente a procura de harmonia e de um papel de protetor/salvador. No seu genograma (Anexo 3), o David estabeleceu sempre relações de harmonia familiar entre os elementos, em verbalizações refere “agrido só os mais velhos” (em defesa dos mais fracos) e manifesta o desejo de ser polícia, evidenciando idealização de funções de proteção e justiça. Nos desenhos projetivos, recorreu amplamente à fantasia, preenchendo as narrativas com super-heróis, figuras parentais idealizadas e recursos imaginativos para lidar com sentimentos de vulnerabilidade e ameaça. Esse recurso à fantasia e à idealização funciona como estratégia defensiva e compensatória face à fragilidade da autoimagem e às experiências de rejeição, permitindo-lhe construir narrativas internas de força, segurança e pertença.

Por fim, destaca-se a fragilidade identitária e da autoimagem. Nos desenhos projetivos, o David representa-se inicialmente como cão (rápido, esquivo, mais protegido), depois como criança sem cabelo, o que poderá, possivelmente, estar em associação às experiências de troca escolar pela sua aparência. Ainda, ao idealizar figuras parentais como “superpai” e “supermãe”, pode ser potencialmente revelador de uma ambivalência entre a sua perceção de vulnerabilidade e o seu desejo de proteção.

De forma integrada, todos os instrumentos reforçam a evidência de um quadro dominado pela ansiedade, pela agressividade defensiva, pelas dificuldades de integração social e pela baixa autoestima, sustentando a necessidade de acompanhamento clínico com vista a melhorar a sua regulação emocional, a fortalecer a autoimagem, ao mesmo tempo que desenvolve competências sociais.

IV Parte Conclusão

O psicólogo clínico e da saúde tem como principais funções a promoção e manutenção do bem-estar psicológico e físico, bem como a prevenção, avaliação e intervenção nas diversas formas de perturbação mental e somática (Ribeiro & Leal, 1996). Trata-se, portanto, de um papel abrangente, cujo exercício deve ser ajustado tanto às especificidades da instituição onde se insere, como às necessidades predominantes da população atendida.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de acompanhar sessões de psicologia clínica individual, dirigidas a utentes em situação de vulnerabilidade emocional e social. A observação direta destas consultas permitiu-me compreender, de forma prática, como diferentes modelos de intervenção psicológica são aplicados e adaptados às particularidades de cada caso. Foi igualmente relevante observar a forma como a comunicação e a abordagem terapêutica variavam consoante as características individuais dos utentes. Estas vivências constituíram momentos de aprendizagem fundamentais, que favoreceram a consolidação de competências ao nível da escuta ativa, da contenção emocional e da definição conjunta de objetivos terapêuticos.

A presença nestas consultas permitiu-nos aprofundar conhecimentos acerca dos fundamentos e pressupostos da intervenção psicológica, contactar com diferentes modelos teóricos, com particular destaque para o modelo cognitivo-comportamental, refletir sobre questões éticas e valores culturais implicados na prática clínica e, simultaneamente, fortalecer competências de observação, avaliação e condução de entrevistas clínicas.

Ao nível do acompanhamento das equipas de Cuidados Continuados Integrados, pude observar como cada caso era discutido de forma detalhada, refletindo não apenas as intervenções clínicas e de reabilitação necessárias, mas também a importância do suporte ao cuidador informal e da adequação das condições no domicílio. Esta experiência foi particularmente enriquecedora, pois permitiu-me compreender, de forma prática, a relevância dos valores da RNCCI - continuidade, equidade, proximidade, multidisciplinaridade e humanização dos cuidados. Acompanhando estas reuniões, percebi como o trabalho em equipa e a comunicação interdisciplinar são essenciais para garantir intervenções eficazes, centradas na pessoa em situação de dependência e na sua família.

Este estágio possibilitou também uma reflexão alargada sobre o papel do psicólogo nos CSP e a sua importância para a saúde mental da população. A proximidade com a comunidade coloca estes profissionais na linha da frente, em articulação com o médico de família, permitindo identificar precocemente problemáticas, prevenir a ocorrência e o agravamento de quadros clínicos e, através da Psicoeducação, promover um desenvolvimento mais sustentável

da saúde mental. Contudo, constatei igualmente a escassez de recursos humanos nesta área, situação que gera listas de espera prolongadas e condiciona o acesso da população aos serviços de psicologia.

Um dos aspetos que mais me marcou foi a amplitude de atuação dos psicólogos nos CSP, abrangendo desde o acompanhamento de situações relacionadas com a gestação até processos de luto, passando por diversas experiências e etapas do ciclo vital. Destaco também a valorização do papel paterno no âmbito do serviço materno-infantil da unidade de saúde onde estagiei. A participação do pai é incentivada não apenas como figura de suporte à mãe, mas como agente ativo na construção da relação com a criança e na promoção do bem-estar psicológico de toda a família, o que representa uma prática alinhada com uma perspectiva contemporânea e inclusiva da parentalidade.

Comprovei igualmente que a presença de psicólogos nas equipas multidisciplinares em CSP potencia a humanização dos cuidados de saúde, a compreensão dos aspetos psicológicos do adoecer, o reforço da intervenção comunitária e a melhoria da gestão de recursos.

Como refere Santos (2013), a intervenção psicológica neste contexto é dirigida a indivíduos que, não necessitando de internamento, beneficiam de acompanhamento continuado, o que inclui não apenas os próprios doentes, mas também as suas famílias, tornando possível diferentes formas de intervenção e aconselhamento psicológico.

Acresce ainda a necessidade de articulação entre diferentes entidades e profissionais — como escolas, autarquias e outras estruturas locais —, o que amplia o impacto da intervenção psicológica, inclusive em problemáticas sociais complexas, como o *bullying*. Mais uma vez os psicólogos dos CSP podem articular com os psicólogos escolares e intervir de forma, ainda que indireta, nestas problemáticas.

A experiência de estágio permitiu-me também refletir sobre a versatilidade da psicologia e a necessidade de atualização constante do psicólogo. Essa versatilidade não deve ser confundida com uma atuação difusa ou ilimitada, mas antes entendida como uma capacidade de adaptação a diferentes contextos, problemáticas e etapas do ciclo vital.

A heterogeneidade dos utentes e a escassez de recursos exigiram-me o desenvolvimento de competências de “sobrevivência profissional”, que, além de reativarem conhecimentos já adquiridos, reforçaram a consciência da importância da formação contínua para responder de forma eficaz às necessidades da população.

De certo modo, pode considerar-se que a polivalência do psicólogo é proporcional à própria complexidade da saúde mental: enquanto a saúde física se encontra circunscrita a parâmetros biológicos delimitados e relativamente previsíveis, a saúde mental ultrapassa os

limites corporais, envolvendo dimensões subjetivas, relacionais, sociais e culturais, onde cada pessoa constitui um caso singular. Esta diferença justifica a necessidade de uma maior valorização da saúde mental e evidencia a relevância do papel do psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários, sobretudo na vertente de prevenção, deteção precoce e intervenção comunitária.

Outra descoberta significativa foi o meu envolvimento com o atendimento a crianças, inicialmente não previsto como uma área de interesse, mas que se revelou uma experiência extremamente gratificante e enriquecedora.

O estágio permitiu-me desenvolver competências como a congruência e a capacidade de “colocar entre parênteses” os meus próprios interesses, centrando-me plenamente no cliente. Esse envolvimento, embora muito positivo, levou também a uma reflexão crítica: por vezes, fiquei tão focada no bem-estar do utente que negligenciei o registo sistemático de dados necessários para a elaboração dos trabalhos académicos e do presente relatório.

Finalmente, gostaria de sublinhar a importância da relação terapêutica. As ligações que estabeleci com os utentes revelaram-se simultaneamente gratificantes e desafiadoras, sobretudo no momento da separação. Esta experiência levou-me a refletir sobre a conceção rogeriana da relação terapêutica, não apenas como um meio para alcançar resultados, mas como um fim terapêutico em si mesmo, capaz de promover mudança, crescimento e alívio do sofrimento.

Em síntese, este estágio representou uma experiência formativa essencial, que me permitiu consolidar conhecimentos teóricos, desenvolver competências práticas e aprofundar a compreensão do papel do psicólogo clínico e da saúde em contexto comunitário. Acredito que a aprendizagem realizada constitui um alicerce sólido para o exercício profissional futuro e reforça a convicção de que a psicologia, enquanto ciência e prática, desempenha um papel insubstituível na promoção da saúde mental e na construção de comunidades mais saudáveis e resilientes.

Referências

- ACES Lisboa X. (2021, janeiro). *Manual de acolhimento. (referência alterada para fins de anonimato da entidade)*
- Achenbach, T. M. (2015). Multicultural evidence-based assessment using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages 1½–90+. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 13–23. <https://doi.org/10.21500/19002386.2097>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA): Um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores – Manual do período pré-escolar e do período escolar [CD-ROM]. Psiquilíbrios Edições.
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2022). Guia de referência para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab_documentacao
- Administração central do Sistema de Saúde [ACSS], J. A. (2017). Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para a saúde mental. https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab_documentacao
- Aires-Gonçalves, A., & Coelho, R. (2005). Perturbações de ansiedade: Da investigação à prática clínica. Quarteto Editora.
- Aires-Gonçalves, S., & Coelho, R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: Abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1–2), 65–75. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770205.pdf>
- Almeida, R. A. D., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183–202.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5.^a ed.). Artmed.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2023). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code>

- Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2015). *Bipolar disorder and depression: Treatment and management*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b19172>
- Antony, M. M., & Stein, M. B. (Eds.). (2012). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195307030.001.0001>
- Anunciação, L., Caregnato, M., & Silva, F. S. (2019). Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 83–91. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000231>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Torres, E. C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39–48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006
- Barlow, D. H. (2016). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barnett, J. E., & Johnson, W. B. (2020). *Ethics desk reference for counselors* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Bastos, A., Gonçalves-Pereira, M., & Xavier, M. (2014). Depressão: Etiologia e modelos explicativos. *Psiquiatria Clínica*, 35(2), 85–94.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (2.^a ed.). Artmed.
- Bernardo, P., Galletta, D., Iasevoli, F., D'Ambrosio, L., Troisi, S., Gennaro, E., ... Coppola, A. (2017). CHD2 mutations: Only epilepsy? Description of cognitive and behavioral profile in a case with a new mutation. *Seizure*, 51, 186–189. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.09.001>
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1999). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–1236. <https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00011>
- Brickenkamp, R. (2002). *Test d2 – Teste de atenção concentrada* (Edição portuguesa adaptada). Cegoc-TEA.

- Campos, D. M. de S. (1969). O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade: Validade, técnica de aplicação e normas de interpretação. Vozes.
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2017). Bipolar disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(1), 55–66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612943>
- Carvalho, S., Jara, J. M., & Cunha, I. B. (2017). A depressão é uma doença que se trata. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. <https://www.adeb.pt/files/upload/guias/a-depressao-e-uma-doenca-que-se-trata.pdf>
- Carvill, G. L., Myers, C. T., & Mefford, H. C. (2021). CHD2-related neurodevelopmental disorder. In M. P. Adam et al. (Eds.), *GeneReviews®* [Internet]. University of Washington, Seattle. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333201/>
- Chen, J., Zhang, Y., Liu, A., Li, A., Li, H., Zeng, Q., Yang, Z., Yang, X., Wu, X., & Zhang, Y. (2020). CHD2-related epilepsy: Novel mutations and new phenotypes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(3), 351–358. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14367>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. Guilford Press.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066–1075. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002>
- Constituição da República Portuguesa. (1976). Artigo 64.º: Saúde. *Diário da República*.
- Corman, L. (1979). O teste do desenho da família (Trad. não indicada). Moraes Editores. (Obra original publicada em 1961)
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Cuijpers, P., de Wit, L. M., Weitz, E. S., Andersson, G., & Huibers, M. J. H. (2015). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147–168. <http://jebp.psychotherapy.ro/vol-xv-no-2-2015/the-combination-of-psychotherapy-and-pharmacotherapy-in-the-treatment-of-adult-depression-a-comprehensive-meta-analysis/>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy*

- Research, 30(3), 279–293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
- Delgado, M. (2013). Estudos de validade da versão portuguesa da EDAH de Farré e Narbona [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra].
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional para a Saúde Mental 2013–2016. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde Mental 2023–2030. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Manual da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Direção-Geral da Saúde.
- Doyle, A. E., Faraone, S. V., DuPre, E. P., Biederman, J., & Seidman, L. J. (2007). Neuropsychological needs of young people with ADHD: Associations between YSR attention problems and executive functioning deficits. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 664–673. <https://doi.org/10.1177/1087054707308487>
- Durão, A. (2020). Depressão. Saúde Bem Estar [Blog]. <https://www.saudebemestar.pt/pt/blog/psicologia/depressao/>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2022). Informação de monitorização: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. ERS.
- Epilepsy Foundation. (2023). CHD2-related neurodevelopmental disorders fact sheet. Epilepsy Foundation. https://www.epilepsy.com/sites/default/files/2023-03/CHD2_March2023.pdf
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2004). *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention*. Lawrence Erlbaum Associates.
- European Commission, & Organisation for Economic Co-operation and Development [EC & OECD]. (2023). Portugal: Country health profile 2023. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5e9e2cf4-en>
- European Federation of Psychologists' Associations. (2023). Model code of ethics. EFPA. <https://www.efpa.eu/ethics>
- Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. S., Fernandes, C. S., & Sardinha, A. (2016). Crenças, pensamentos automáticos e estratégias cognitivas relacionadas à ansiedade: Uma revisão. *Contextos Clínicos*, 9(2), 141–157. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.92.07>
- Faria, L., Cunha, D., & Ribeiro, J. (2020). *Psicologia clínica e da saúde: Contextos, práticas e desafios*. Pactor.
- Farré, J. M., & Narbona, J. (2010). EDAH – Escalas de avaliação de défice de atenção e hiperatividade: Manual. CEGOC.

- Ferreira, C., & Rocha, A. M. (2007). *Teste de Atenção d2: Manual técnico*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Garakani, A., Murrough, J. W., Freire, R. C., Thom, R. P., Larkin, K., Buono, F. D., & Iosifescu, D. V. (2020). Pharmacotherapy of anxiety disorders: Current and emerging treatment options. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 595584. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584>
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*, 36(4), 305–318. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x>
- Goleman, D. (1996). *Inteligência emocional: A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente* (M. Azenha, Trad.). Objetiva. (Obra original publicada em 1995)
- Gomes, A. (2022). *Perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes: Prevalência, fatores de risco e intervenção*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Goodenough, F. L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. World Book Company.
- Goodheart, C. D. (2010). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. American Psychological Association.
- Guimarães, J., Silva, C., & Pimenta, F. (2019). Diferenças entre tristeza e depressão: Revisão narrativa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 46(1), 7–12.
- Hamiwka, L. D., Yu, C. G., Hamiwka, L. A., Sherman, E. M., Anderson, B., & Wirrell, E. (2009). Are children with epilepsy at greater risk for bullying than their peers? *Epilepsy & Behavior*, 15(4), 500–505. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.06.011>
- Hammer, E. J. (1980). *The clinical application of projective drawings*. Charles C. Thomas.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano* (O. Nunes, Ed.). EDIUAL.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da saúde*. INE. <https://www.ine.pt>
- Jensen, J. A., Younggren, J. N., & Harris, E. A. (2021). Ethical issues in counseling children and adolescents. In C. L. Sheperis, R. L. Carr, & J. C. Stacey (Eds.), *Ethical practice in counseling and psychotherapy* (pp. 231–250). SAGE.
- Johnson, E. C., Atkinson, P., Muggeridge, A., Cross, J. H., & Reilly, C. (2021). Epilepsy in schools: Views on educational and therapeutic provision, understanding of epilepsy and seizure management. *Epilepsy & Behavior*, 122, 108179. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108179>
- Raphael-Leff, J. (2005). *Psychological processes of childbearing*. Routledge.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012).

- Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Kim, Y. J., Khoshkhoo, S., Frankowski, J. C., Zhu, B., Abbasi, S., Lee, S., Wu, Y. E., & Hunt, R. F. (2018). Chd2 is necessary for neural circuit development and long-term memory. *Neuron*, 100(5), 1180–1193.e6. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.09.049>
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl 2), S54–S64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Knapp, S., Handelsman, M. M., Gottlieb, M. C., & VandeCreek, L. D. (2017). Practical ethics for psychologists: A positive approach (3rd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000033-000>
- Koch, K. (1968). Teste da árvore (Obra original publicada em 1957 como Der Baumtest). Mestre Jou.
- Kongkar, R., Ruksakulpiwat, S., Phianhasin, L., Benjasirisan, C., Niyomyart, A., Ahmed, B. H., Puwarawuttipanit, W., Chuenkongkaew, W. L., & Adams, J. (2025). The Impact of Interdisciplinary Team-Based Care on the Care and Outcomes of Chronically Ill Patients: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 445–457. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S497846>
- Layard, R., Clark, D. M., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 90–98. <https://doi.org/10.1177/0027950107086171>
- Lopes, J. (2004). A hiperatividade (Coleção Nova Era: Educação e Sociedade). Quarteto Editora.
- Luo, X., Sun, X., Wang, Y., Lin, L., Yuan, F., Wang, S., Zhang, W., Ji, X., Liu, M., Wu, S., Lan, X., Zhang, J., Yan, J., Zeng, F., & Chen, Y. (2022). Clinical study of 8 cases of CHD2 gene mutation–related neurological diseases and their mechanisms. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 10, Article 853127. <https://doi.org/10.3389/fcell.2022.853127>
- Machover, K. (1949). Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation. Charles C. Thomas.
- Mangolini, V. I., Andrade, L. H., Lotufo Neto, F., & Wang, Y. (2019). Treatment of anxiety disorders in clinical practice: A critical overview of recent systematic evidence. *Clinics*, 74, e1316. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e1316>

- Marcillo, E. A., Medina, S. R., Torres, M. E., & Medina, E. Y. (2025). El bullying escolar como factor de riesgo para la salud emocional de estudiante de educación básica. *InveCom*, 8(2), 99–111. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13257176>
- Menezes, G. B., Fontenelle, L. F., Mululo, S. C., & Versiani, M. (2007). Resistência ao tratamento em transtornos de ansiedade: Definição, epidemiologia e manejo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(Supl. 2), S55–S64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000600003>
- Ministério da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Ministério da Saúde. (2006). Rede nacional de cuidados continuados integrados: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt>
- Mohammadi, M. R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., & Ahmadi, N. (2023). Separation anxiety disorder: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 25(8), 369–380. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01363-2>
- Moniz, A. L. (2007). Depressão e fatores cronobiológicos [Tese de doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7820/1/tese%20de%20Ana%20gozinho.pdf>
- Mullan, V. M. R., Golm, D., Juhl, J., Sajid, S., & Brandt, V. (2023). The relationship between peer victimisation, self-esteem and internalizing symptoms in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 18(3), e0282224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282224>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management (NICE Clinical Guideline CG113). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell Publishing.
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751–780. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>
- Ooi, C. S., Ong, L., Jacob, S., & Pang, N. (2023). Reflective practice in clinical supervision: A

- tool for ethical competence. *BMC Medical Ethics*, 24(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/s12910-023-00901-5>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2011). Medicamentos utilizados nas perturbações de ansiedade. Ordem dos Farmacêuticos.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015a). Intervenção psicológica na depressão: Recomendações para a prática clínica. OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015b). Livro branco: Intervenção psicológica em contexto de cuidados de saúde primários. OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). Regulamento deontológico e normas de atuação profissional. OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2017). Bullying e cyberbullying: Guia prático para pais e encarregados de educação. OPP.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_pratico_bullying_ciberbullying.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). *Guia para implementação dos serviços, unidades e núcleos de psicologia no SNS*. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2211>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). Desenvolvimento sustentável e sustentabilidade dos cuidados de saúde primários. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_cuidadosdesaudeprimarios_documento.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). Parecer sobre o Plano Nacional de Saúde 2021–2030 (p. 3). OPP.
https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/parecer_opp_plano_nacional_de_sa_de_2021_2030.pdf
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961–1969.
<https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Peixoto, A., Teodoro, T., & Carvalho, A. (2018). A depressão em contexto clínico: Atualização e implicações práticas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(3), 178–184.
- Pereira, A. I., & Barros, L. (2010). Portuguese version of the revised Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R) [Manuscrito não publicado]. Faculdade de

Psicologia, Universidade de Lisboa.

- Pereira, A. I., Barros, L., & Mendonça, D. (2012). Perceived control and anxiety in Portuguese children. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 631–637. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38874
- Pereira, A. I., & Barros, L. (2010). SCARED-R: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised. Manual da versão portuguesa. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Pereira, A., & Saraiva, J. (2014). *Depressão: Do diagnóstico à intervenção psicológica*. Edições Almedina.
- Pereira, A., Monteiro, S., & Soares, S. (2024). Mental health symptoms among university students in Portugal: Prevalence and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 5528350. <https://doi.org/10.1155/2024/5528350>
- Pereira, S. G., & Saraiva, C. B. (2014). Perturbações depressivas. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords.), *Psiquiatria fundamental* (1.^a ed., pp. 205–221). Lidel.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl. 2), S73–S80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Raiker, J. S., Freeman, A. J., Perez-Algorta, G., Frazier, T. W., Findling, R. L., & Youngstrom, E. A. (2017). Accuracy of Achenbach scales in the screening of attention deficit/hyperactivity disorder in a community mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(5), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.02.007>
- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*, 374(9690), 646–653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60238-0)
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 168, 104376. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). *Psicologia clínica da saúde*. *Análise Psicológica*, 4 (XIV), p. 589–

- Ricou, M. (2014). Questões éticas na intervenção psicológica com crianças e adolescentes. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 47(2), 45–58.
- Ricou, M., Côrte-Real, P., Patrão, I., & Silva, M. (2023). International comparison of codes of ethics for psychologists: Values and principles. *Ethics & Behavior*, 33(4), 255–270. <https://doi.org/10.1080/10508422.2022.2095401>
- Ripoll, M. J., Oliván-Blázquez, B., Vicens-Pons, E., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., García Campayo, J., Demarzo, M. P., & García-Toro, M. (2015). Lifestyle change recommendations in major depression: Do they work? *Journal of Affective Disorders*, 183, 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.001>
- Rocha, M. M. (2012). Evidências de validade do Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR/2001) para a população brasileira [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo]. Repositório da Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.47.2012.tde-04072012-154157>
- Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. Constable. (Obra original publicada em 1951)
- Rogers, C. R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin. (Obra original publicada em 1961)
- Rogers, C. R. (1983). Um jeito de ser. EPU.
- Rogers, C. R. (2003). Terapia centrada no cliente. Martins Fontes.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1977). Psicoterapia e relações humanas. Interlivros.
- Rong, M., Ali, Q. Z., Aledo Serrano, Á., Bayat, A., Devinsky, O., Qaiser, F., Chandran, I., Ali, A., Fasano, A., Bassett, A. S., & Andrade, D. M. (2024). Adult phenotype of CHD2 associated disorders. *Neurology: Genetics*, 10(6), e200194. <https://doi.org/10.1212/NXG.0000000000200194>
- Rose, C. A., Espelage, D. L., & Monda-Amaya, L. E. (2011). Bullying and victimization among students in special education and general education curricula. *Exceptionality Education International*, 21(2), 2–14. <https://doi.org/10.1080/09362835.2010.491740>
- Santana, P. (2010). Cuidados continuados integrados em Portugal: Desafios e oportunidades. Almedina.
- Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa: Relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(2), 18–23. <https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). <https://bicsp.min-saude.pt>

- Serviço Nacional de Saúde 24 [SNS24]. (2025a). Depressão: Sintomas, causas e tratamento. SNS24. <https://www.sns24.gov.pt>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS24]. (2025b). Impacto da COVID-19 na saúde mental. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/saude-mental/impacto-da-covid-19-na-saude-mental>
- Shi, Y., Li, H., Yuan, B., & Wang, X. (2025). Effects of multidisciplinary teamwork in non-hospital settings on healthcare and patients with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. *BMC Primary Care*, 26(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02814-0>
- Silove, D., Manicavasagar, V., & Curtis, J. (2020). Adult separation anxiety disorder: Evolution of a new diagnosis in DSM-5. *World Psychiatry*, 19(3), 398–399. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Silverman, W. K., & Ollendick, T. H. (2005). Developmental issues in the clinical treatment of children. Allyn & Bacon.
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review (Health Systems in Transition, Vol. 19, No. 2). World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Smith, P. K., & Berkun, F. (2017). How research into cyberbullying has developed. In P. K. Smith & J. O'Higgins Norman (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of bullying: A comprehensive and international review of research and intervention* (Vol. 1, pp. 58–72). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118482650.ch3>
- Sousa, M. (2015). Depressão: Teoria e prática clínica. Almedina.
- Souza, M. (1999). Depressão: Diagnóstico e tratamento. McGraw-Hill.
- Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of anxiety disorders: Advances in research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 337–361. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093502>
- Stein, D. J., & Fineberg, N. A. (2022). Anxiety disorders. In D. J. Stein, N. A. Fineberg, & S. M. Stahl (Eds.), *The American Psychiatric Association Publishing textbook of anxiety, trauma, and OCD-related disorders* (pp. 1–24). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615373394>
- Stein, D. J., & Scott, K. M. (2022). Social and economic burden of anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00355-3>
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent–infant psychotherapy*. Basic Books.

- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(37), 611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Teixeira, J. A. C. (2004). *Psicologia da saúde. Análise Psicológica*, 22(3), 441–448.
- Thomas, R. H., Tully, I., & Pilz, D. T. (2016). Epilepsy and psychiatric phenotype333s with de novo CHD2 mutations (Abstract No. 3.377). AES Abstracts. <https://aesnet.org/abstractslisting/epilepsy-and-psychiatric-phenotypes-with-de-novo-chd2-mutations>
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise psicológica*, (3), 569-576.
- ULS Lisboa X. (2024). Plano de desenvolvimento organizacional 2024-2026. <https://www.exemplo.com/plano-2024-2026> (referência alterada para fins de anonimato da entidade).
- ULS Lisboa X (2024). Regulamento interno do Serviço de Psicologia Clínica. Serviço Nacional de Saúde.
- Van Meter, A. R., Youngstrom, E. A., Youngstrom, J. K., Ollendick, T., & Demeter, C. (2014). Clinical utility of the CBCL and YSR in the diagnosis of pediatric bipolar disorder in youth with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 339–350. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Varkey, B. (2020). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice*, 29(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Vasconcelos-Raposo, J., Teixeira, C. M., & Silva, C. (2021). Perturbações de ansiedade em Portugal: Estudo epidemiológico e implicações clínicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(1), 85–98. <https://doi.org/10.15309/21psd220111>
- Volk, A. A., Veenstra, R., & Espelage, D. L. (2017). So you want to study bullying? Recommendations to enhance the validity, transparency, and compatibility of bullying research. *Aggression and Violent Behavior*, 36, 34–43. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.07.003>
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2005). *Tratamento da depressão*. Climepsi Editores.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact->

sheets/detail/depression

Zhu, L., Peng, F., Deng, Z., Feng, Z., & Ma, X. (2022). A novel variant of the CHD2 gene associated with developmental delay and myoclonic epilepsy: Case report and literature review. *Frontiers in Genetics*, 13, 761178. <https://doi.org/10.3389/fgene.2022.761178>

Anexos

Anexo 1. Outros Utentes acompanhados em consulta psicológica

Utente I

Nome (Fictício): Marta

Idade: 22 anos

Estado civil / Filhos: Solteira/sem filhos

Profissão : empregada de escritório

Pedido Inicial/Sintomas: Ansiedade, Diarreia

Nº Total consultas: 5 marcadas, todas realizadas (entre novembro e dezembro). Após o Natal, não foram marcadas mais consultas

Referenciação, Diagnósticos, Medicação

Diagnosticada com ansiedade, já acompanhada antes, aos 16 anos

Não medicada

História pessoal, curso do processo terapêutico

Vive com avó, má relação com a mãe e com o pai. Trabalha desde os 18 anos num escritório, pois queria ser independente e não ter que pedir nada aos pais, que considerava “muito desorientados” (sic). A avó sempre foi o seu porto seguro, mas de vez em quando o seu pai (quando fica desempregado) também lá vai parar e isso causa-lhe muita ansiedade. A mãe também é fonte de ansiedade para Marta. Vive com avó, má relação com a mãe e com o pai. Trabalha desde os 18 anos num escritório, pois queria ser independente e não ter que pedir nada aos pais, que considerava “*muito desorientados*” (sic). A avó sempre foi o seu porto seguro, mas de vez em quando o seu pai (quando fica desempregado) também lá vai parar e isso causa-lhe muita ansiedade. A mãe também é fonte de ansiedade para Marta.

Revelou afetos negativos, particularmente fortes em relação à mãe e ao pai, com pensamentos persecutórios (crença de que o pai tem intenção a prejudicar).

O pai só se lembra dela para lhe pedir dinheiro.

Conclusão: Começando por validar a sua experiência e emoções e reforçando que o espaço terapêutico é um lugar onde pode confiar, fomos trabalhando a confiança gradual, com o objetivo de ajudar a Marta a regular a ansiedade, integrar e (re)significar o impacto das relações parentais disfuncionais, fortalecer a sua identidade e autonomia e construir relações mais seguras consigo mesma e com os outros. Assim, foram explorados sentimentos de raiva, tristeza e desilusão face aos pais, evitando que fiquem cristalizados em rancor ou persecutoriedade.

Utente II

Nome (Fictício): Vanessa,

Idade: 44 anos

Estado civil / Filhos: Divorciada há 6 anos. Filha com 13 anos, em regime de residência quinzenal alternada

Profissão: Camareira em unidade hoteleira.

Pedido Inicial/Sintomas: Conflitos com ex-marido, dificuldades de comunicação

Nº Total consultas: 18 marcações, 17 realizadas

Início a 15/11/2024, última sessão a 01/07/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação

Remetida por médico de família a seu pedido. Aconselhada por juiz para terapia familiar. Consulta de psicologia anterior, mas em sua opinião, “sem grande efeito”(sic)

História pessoal, curso do processo terapêutico

Vanessa apresentou-se em consulta com marcada ansiedade e expressão de desespero, verbalizando preocupação em relação à filha, resultante de um casamento turbulento. Referiu dificuldades na relação de coparentalidade, caracterizada por conflitos constantes e pela percepção de que a criança circula entre ambos os progenitores “como uma bola de pingue-pongue”. Relatou ainda que o ex-marido se comporta de forma infantil e a trata como se ainda mantivessem um vínculo conjugal.

Com alguma resistência inicial, a utente foi gradualmente abordando aspetos da sua infância, marcada pela ausência de segurança familiar. Cresceu em colégio interno, onde refere que professores e funcionários desempenharam papel estruturante. Filha de pais separados, ambos a viver fora de Portugal.

Teve depressão pós-parto. Nunca sentiu apoio da família do marido e a sua estava fora

O pai esteve ausente grande parte da sua vida, chegando Vanessa a cortar contacto com ele durante a adolescência. A mãe, embora mais presente, apresentava dificuldades ligadas a um divórcio emocionalmente não resolvido, situação que a utente associa à sua própria experiência conjugal. Ao explorar a infância pudemos identificar padrões repetitivos e reconhecer as necessidades emocionais não satisfeitas (segurança, validação, pertença) e fizemos um trabalho de (re)significação da experiência do colégio interno e das ausências parentais.

Trabalhámos limites saudáveis e estratégias de comunicação assertiva e identificámos recursos externos de apoio (rede social, apoio jurídico, eventual acompanhamento da filha).

Desde a primeira sessão foi recomendada mediação familiar, que Vanessa aceitou e frequentou em paralelo ao acompanhamento psicológico. Contudo, abandonou o processo após a quarta sessão devido à falta de colaboração do ex-marido. Apesar disso, demonstrou progressiva melhoria ao longo das consultas, revelando maior abertura emocional, redução da ansiedade e maior centragem em si própria.

Tornou-se mais leve, reorganizada e energeticamente disponível. Referiu vontade de retomar projetos pessoais, nomeadamente estudar, evidenciando um aumento da energia anímica e maior capacidade de investimento em si mesma.

Utente III

Nome (Fictício): Clara,

Idade : 54 anos

Estado civil / Filhos: Casada/ 1 filha de 13 anos

Profissão: Administrativa

Pedido Inicial/Sintomas: Conflitos com colegas e marido, com intenção de divórcio

Nº Total consultas: 6 marcações, 6 realizadas.

Início a 13/11/2024, última sessão a 29/02/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação

Remetida por medico de família a seu pedido. Diagnosticada com depressão major. Medicada

História pessoal, curso do processo terapêutico

A Maria Clara chegou com uma ansiedade visível, com um discurso verborreico, tangencial e descarrilante.

A sua agitação verbal contrastava com o esforço em manter algum controlo, mas a intensidade da expressão revelava um estado de inquietação interna. Ao longo da sessão, emergiram sinais de raiva reprimida direcionada ao marido, sentimentos acumulados que pareciam ter ficado silenciados e que agora encontravam expressão no excesso de palavras e na desorganização do discurso. A ansiedade, neste contexto, surgia não apenas como sintoma, mas como um canal de descarga da hostilidade contida e não verbalizada diretamente na relação conjugal.

No decurso das sessões seguintes, Maria Clara começou a tomar consciência da origem desse mal-estar e da insatisfação prolongada no vínculo conjugal. Gradualmente, foi reconhecendo que a raiva e a ansiedade expressavam um conflito interno não resolvido e, de forma mais clara, a intenção latente de se divorciar. Esta perceção foi emergindo de modo progressivo, num movimento de maior clareza sobre o seu próprio desejo e sobre os limites da relação.

No seguimento da clarificação interna quanto à sua intenção de divórcio, a utente cessou o acompanhamento em consulta psicológica, tendo sido encaminhada por iniciativa própria para mediação familiar, como forma de dar continuidade ao processo de reorganização da sua vida conjugal e familiar.

Utente IV

Nome (Fictício): Daniela

Idade: 41 anos,

Estado civil / Filhos: Em união de fato, 2 filhos de 17 e 7 anos

Profissão: empregada de limpeza

Pedido Inicial/Sintomas: ausência de emoções positivas, falta de desejo sexual e desinteresse afetivo

Nº Total consultas: 14 sessões marcadas, 13 realizadas

Início a 26/11/2024, última sessão a 03/07/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação:

Referenciada pela médica de família. Não medicada

História pessoal, curso do processo terapêutico

Daniela procurou acompanhamento psicológico por referir ausência de emoções positivas, falta de desejo sexual e desinteresse afetivo, manifestando preocupação em ser percebida como “fria e insensível”. Este padrão gerava conflitos conjugais, dado que o companheiro se sentia rejeitado e insistia frequentemente em exigir maior afeto.

Atribuiu as suas dificuldades emocionais à infância, caracterizada por experiências adversas, nomeadamente episódios de violência verbal e física por parte da mãe (gritos, insultos, agressões). Apesar desse contexto, demonstrou, desde o início, capacidade de expressar afeto em relação a alguns elementos familiares, revelando-se uma mãe cuidadora e atenta. Destacou a relação próxima com o filho mais novo, descrito como afetuoso e expressivo emocionalmente (beijando-a frequentemente).

Nas primeiras sessões, a exploração de sentimentos e emoções permitiu o contacto com aspetos afetivos antes negados e (re)significação da história pessoal. Gradualmente, Daniela foi adquirindo maior consciência das suas necessidades emocionais e relacionais, culminando na decisão de terminar a relação conjugal, que descreveu como abusiva. No final das 13 sessões revelou-se uma mulher determinada e forte. Iniciou um curso de culinária que também descobriu que era um sonho adormecido. Disse que o período de tempo em que esteve em consultas aprendeu muito sobre si própria e aprendeu a colocar limites aos outros.

Utente V

Nome (Fictício): Beatriz

Idade: 22 anos

Estado civil / Filhos: Vive com os pais

Profissão: Sem ocupação profissional, por incapacidade superior a 60%

Pedido Inicial/Sintomas:, Défice cognitivo, dificuldades de neurodesenvolvimento.

Acompanhada em psiquiatria, genética, neurologia.

Medicação diversa

Nº Total consultas: 22 sessões marcadas, 21 sessões realizadas

Início a 14/11/2024 e última sessão a 09/07/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação:**História pessoal, curso do processo terapêutico**

Todo o processo de acompanhamento da Beatriz encontra-se descrito no capítulo III dedicado ao estudo de caso.

Utente VI

Nome (Fictício): Maria

Idade : 5 anos

Vive com os pais. É filha única do casal, mas tem dois irmãos de 23 e 27 anos, da parte do pai.

Profissão: -

Estado civil / Filhos: -

Pedido Inicial/Sintomas: Comportamentos de timidez excessiva, ausência de fala em contextos sociais e escolares, e manifestações de ansiedade em situações de exposição

Nº Total consultas: 6 sessões marcadas, 4 sessões realizadas

Início a 10/02/2025, última sessão a 01/04/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação: Maria veio a consulta por decisão da mãe. Já havia sido consultada por psicólogo antes onde completou 3 sessões

História pessoal, curso do processo terapêutico

Gravidez com pré-eclampsia, parto por cesariana, mamou até aos 5 anos.

A mãe procurou acompanhamento psicológico para a filha Maria, devido a comportamentos de timidez excessiva, ausência de fala em contextos sociais e escolares, e manifestações de ansiedade em situações de exposição, como tremer perante interações. A mãe, professora na mesma escola que Maria frequenta, referiu elevada preocupação e em contexto escolar, a educadora confirmou preocupações semelhantes, levantando a hipótese de embotamento afetivo.

A primeira sessão foi com a mãe que se revelou bastante ansiosa e controladora.

Combinamos na 2ª sessão ela vir com o pai, reformado, com quem a mãe acreditava que Maria tinha menos apego. Maria não abriu a boca e passou a sessão toda a tentar entrar dentro do casado do pai. Na 3ª sessão veio com a mãe e foi ainda pior, tendo sido impossível obter uma palavra por parte da Maria, apesar dos elementos lúdicos e das minhas tentativas de interação, às quais a mãe se foi sempre sobrepondo. Na 4ª sessão, onde era espetável que fosse o pai, acabou por ir a mãe e recomendou-se que esta ficasse fora da sala. Assim foi e correu melhor, esteve 40 minutos, não falou, mas riu e esteve no meu colo e interagiu.

Observa-se ainda a influência significativa da relação com a mãe, marcada por expetativas elevadas e tendência controladora, possivelmente contribuindo para o aumento da ansiedade e inibição da Maria.

Nas conversas tidas com a mãe parece que esta terá concluído que a Maria apresenta mais problemas com as pessoas suas conhecidas do que com estranhos.

Marcámos uma 5ª sessão mas acabou por não aparecer e não avisar

Concluiu-se que a Maria apresenta sinais de timidez excessiva e inibição social marcante, que pareceram intensificar-se na presença da mãe e em contextos de expetativa de desempenho. Apesar do mutismo verbal, demonstrou abertura ao contacto afetivo e lúdico quando a mãe se ausentou, sugerindo potencial de evolução positiva em ambiente terapêutico mais seguro e menos controlado. A ausência de continuidade do acompanhamento limitou a intervenção.

Utente VII

Nome (Fictício): David (estudo de caso)

Idade :12 anos

Pais separados, guarda partilhada, com residência alternada

Estado civil / Filhos: -

Profissão: Estudante

Pedido Inicial/Sintomas:

Nº Total consultas: 11 sessões

Início a 13/03/2025, última sessão a 08/08/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação:

Encaminhado pelo médico de família por queixas de comportamento, labilidade emocional

História pessoal, curso do processo terapêutico

O processo do David encontra-se descrito no capítulo IV dedicado ao estudo de caso.

Utente VIII

Nome (Fictício): Duarte

Idade: 12 anos

Pais separados, vive com o pai, irmão de 15 anos e madrasta

Estado civil / Filhos: -

Profissão: estudante

Pedido Inicial/Sintomas: -

Nº Total consultas: 12 sessões

Início a 13/03/2025, última sessão a 04/07/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação: Encaminhado por medico de família, a pedido do pai, por indicação de diretor de turma da escola

Diagnostico de dislexia fonológica moderada e dificuldades de aprendizagem especifica (relatório neuropsicólogo escolar). Medicado com Metilfenidato.

História pessoal, curso do processo terapêutico

O Duarte foi encaminhado para acompanhamento psicológico pela psicóloga da escola devido a dificuldades de autoestima, autoconhecimento, autoconfiança e insegurança face às suas realizações pessoais e académicas.

Proveniente de um meio socioeconómico desfavorecido, os pais encontram-se separados há 4 anos. Residia com o pai, a madrasta e o irmão, não existindo regime de visitas formal com a mãe, com quem mantém uma relação distante e pouco procurada. O pai mostrou-se preocupado com a sua inibição da expressão emocional no seio familiar, com escassa verbalização de sentimentos e pouca comunicação entre Duarte e a mãe, pautado também por pouco interesse em estar com esta. A mãe, por sua vez, apresentava fragilidades significativas, sem residência fixa e com história de acompanhamento psiquiátrico por depressão desde a infância. No entanto, deu concordância à realização das consultas (declaração passada ao pai) e compareceu assim que foi chamada a uma sessão.

Desde o início do acompanhamento, Duarte mostrou-se recetivo e afetuoso, beneficiando da criação de um espaço seguro e confidencial. Apesar de inicialmente apresentar timidez, léxico reduzido e dificuldades de expressão, foi progressivamente revelando maior abertura e disponibilidade comunicacional.

Recorrendo ao desenho projetivo da família, para o qual não se mostrou muito recetivo, o Duarte omitiu a mãe, tendo incluído apenas pai, madrasta e irmão, refletindo a vinculação mais positiva à figura paterna e à madrasta.

Referiu vínculo afetivo com a madrasta, em contraste com sentimentos negativos face ao padrasto. Na realização de outras tarefas propostas apresentou também uma certa apatia e desinteresse na execução, nomeadamente no seu genograma, onde para além disso desconhecia os nomes e elementos da família próxima.

Pela atitude pouco colaborativa e apática na elaboração do seu desenho pudemos ver alguma tendência depressiva (associada a uma certa vulnerabilidade biológica), ligado ao passado, com algum receio do futuro, fuga à realidade e um certo refúgio no mundo da fantasia.

Relatou consumo esporádico de cigarros às escondidas, associado ao prazer pela transgressão mais do que pela experiência física, revelando tendência para procurar compensações no interdito.

O trabalho clínico foi, então, realizado com recurso a meios lúdicos e exploratórios (desenho, genograma, jogos simbólicos), permitindo aceder a conteúdos emocionais. Foi

possível explorar temas relacionados com emoções, expectativas profissionais e visão de futuro. Inicialmente descrevia objetivos profissionais idealizados (ex.: polícia) mas posteriormente apresentou descrença (“talvez trabalhar no McDonald’s”), refletindo falta de motivação e baixa esperança.

Ao longo das sessões, observou-se maior afeto, integração progressiva da figura materna no discurso e uma relação mais próxima com a mãe, que passou também a comparecer às consultas. Embora se mantenham indicadores de risco (isolamento, desinteresse escolar, baixa autoestima), verificou-se melhoria no envolvimento emocional e na comunicação interpessoal.

Em síntese, o Duarte apresentava sinais de vulnerabilidade emocional e social, enquadrados num contexto familiar fragilizado e instável. Revelou dificuldades ao nível da autoestima, expressão emocional e motivação académica, associadas a traços depressivos e comportamentos de risco. A intervenção promoveu maior abertura comunicacional, fortalecimento do vínculo terapêutico e integração da figura materna, embora permanecesse a necessidade de acompanhamento contínuo para o desenvolvimento de competências emocionais, sociais e académicas.

A interrupção do nosso processo foi sentida com tristeza por parte do Duarte. Foi sugerida continuação do processo terapêutico.

Utente IX

Nome (Fictício):Joana

Idade: 52 anos

Estado civil / Filhos: Casada, 1 filha maior e uma menor adotiva

Profissão: Profissional de cozinha e auxiliar de apoio educativo (recreio)

Pedido Inicial/Sintomas: labilidade emocional, desamparo

Nº Total consultas: 18 sessões

Início a 13/12/2024 e última sessão a 06/05/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação: Referenciação pelo médico de família

Diagnosticada com Perturbação Depressiva

Medicada com *Mexazolam, Trazodona, e Aripiprazol e Venlafaxina*

História pessoal, curso do processo terapêutico

Todo o processo de acompanhamento da Joana encontra-se descrito no capítulo III dedicado ao estudo de caso.

Utente X

Nome (Fictício): Gonçalo,

Idade: 23 anos

Vive com pais, tem irmã que vive em França

Estado civil / Filhos: solteiro, em filhos

Profissão: Desempregado. Curso de Pastelaria. Trabalhou 2 anos num hotel, mas foi despedido há 2 meses. A realizar ações de formação *online*.

Pedido Inicial/Sintomas:

Nº Total consultas: 13 sessões marcadas, 13 realizadas

Início a 30/05/2025 e fim a 09/07/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação: Referenciação pelo médico de família após consulta em Psiquiatria.

Histórico também de obesidade desde os 14 anos. Acompanhado em psicologia a seu pedido mencionando ser mentiroso compulsivo e sofrer de “*bullying*”, manifestando baixa autoestima.

História pessoal, curso do processo terapêutico

Gonçalo procurou acompanhamento psicológico manifestando preocupação com falhas de memória, referindo não se recordar das escolas por onde passou nem de acontecimentos do quotidiano. Relatou desorientação relativamente ao futuro, dificuldade em reconhecer interesses e vocação, bem como obsessividade em relação ao local de trabalho.

Referiu ter sido bom aluno, mas vítima de *bullying* na escola. Identifica como fonte de preocupação o consumo excessivo de álcool na adolescência, receando que tal lhe tenha provocado perda de capacidades cognitivas. Através da linha do tempo, emergiram episódios traumáticos: acidente no infantário em que perdeu dentes da frente, implicando tratamentos dentários frequentes ao longo de anos; situações de *bullying* persistente; e mudança inesperada de residência do interior para Lisboa aos 12 anos, sem aviso prévio dos pais, experiência que descreveu como sentir-se tratado “como mercadoria”.

Relatou sentimentos ambivalentes em relação aos pais, com tendência a contrariá-los e perceção de falta de liberdade. Refere não sentir culpa em relação a eles, mas demonstra apatia face a responsabilidades assumidas por estes (ex.: carta de condução paga). Mencionou ainda uma relação amorosa aos 13 anos, pela qual mantém sentimentos de amor e culpa.

O Gonçalo apresentava apatia generalizada, descrevendo ausência de prazer e, em situações extremas, sentimentos de ódio dirigidos a Deus por ter nascido. Revelou grande labilidade emocional, alternando entre angústia, tristeza e ódio. Chorava com frequência, sobretudo em contextos emocionais como ao ver filmes, sendo este traço já reconhecido pelos amigos. Refere não se identificar com os interesses comuns à sua faixa etária, mas demonstra curiosidade por múltiplas áreas, em especial aquelas que lhe colocam desafios e contrariam as suas próprias ideias.

Ao longo das sessões, foi emergindo maior consciência das suas alterações emocionais e da revolta associada ao tratamento recebido pelos pais. O trabalho clínico permitiu, através da validação das emoções e da construção de um espaço seguro para a sua expressão, identificar padrões emocionais (alternância entre tristeza, angústia e raiva) e aprofundar a exploração das suas experiências traumáticas, contribuindo para maior compreensão do impacto destas no seu percurso de vida. Foi sugerido a continuação do processo terapêutico.

Utente XI

Nome (Fictício): João

Idade: 45 anos

Estado civil / Filhos : casado/2 filhas

Profissão: Barbeiro

Pedido Inicial/Sintomas: Ansiedade, desorientação e algum desespero

Nº Total consultas: 7 sessões marcadas, 5 realizadas

Início a 18/03/2025 e fim a 08/04/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação: Veio a consulta por indicação de médico de família e a seu pedido. Medicado com Victan e Britalix

História pessoal, curso do processo terapêutico

João apresentou-se em consulta com expressão ansiosa e um olhar marcado pelo medo e pela desorientação. Encontra-se emocionalmente instável devido à suspeita de infidelidade conjugal, após ter obtido gravações e relatos de terceiros que confirmam conversas da esposa com um possível amante. Apesar destes indícios, a esposa nega qualquer envolvimento extraconjugal, descrevendo a relação como uma simples amizade. Esta incongruência entre as evidências percebidas e o discurso da esposa tem acentuado a ansiedade do João, levando-o a comportamentos de vigilância, como a colocação de gravadores no carro da esposa e o controlo por GPS.

Natural do norte do país, perdeu o pai aos 14 anos, tendo desde cedo acesso facilitado ao consumo de vinho. A mãe, após a perda, passou também a consumir álcool em excesso. António cresceu num ambiente familiar marcado pela violência doméstica, referindo episódios graves como agressões físicas e um disparo de arma do pai contra a irmã, que levou à prisão do progenitor. Recorda ainda ameaças frequentes de suicídio por parte da mãe durante a infância, experiência que lhe deixou memórias persistentes de medo e insegurança.

João era um homem com histórico de trauma familiar, consumo abusivo de álcool e vulnerabilidade emocional significativa, atualmente em sofrimento intenso devido à percepção de infidelidade conjugal, onde embora os indícios de traição fossem fortes, as ausências de confirmação clara por parte da esposa mantinham-no num estado de *hiper* vigilância e desorientação emocional.

Nas sessões que tivemos que foram poucas, por desvinculação da parte do João ao fim da 5ª sessão, procurámos atender à necessidade de estabilização da ansiedade, reconhecendo a ambiguidade da sua situação, procurando ajudá-lo a tomar decisões sem depender exclusivamente de provas ou da negação da parceira, estabelecendo ligação entre a vulnerabilidade atual e os padrões de vinculação vividos na infância, trabalhando a sua valorização para ale da relação conjugal, com vista a promover a autoestima e baixar os níveis de ansiedade.

Utente XII

Nome (Fictício): Francisco

Idade : 57 anos,

Estado civil / Filhos : casado/ sem filhos. Vive com a mãe, juntamente com seu marido.

Profissão: Professor de matemática secundário - encontra-se de baixa psiquiátrica.

Pedido Inicial/Sintomas: comportamentos repetitivos e intrusivos que interferiam com o seu funcionamento diário, relacionados com controlo, verificação e necessidade de ordem/segurança (relacionado com a sua doença, previamente diagnosticada)

Nº Total consultas: 6 sessões marcadas, 4 realizadas

Início a 25/03/2025 e fim a 14/05/2025

Referenciação, Diagnósticos, Medicação:

Diagnosticado com POC. Francisco solicitou ajuda psicológica para obter ajuda a lidar com a sua doença e situação psicológica em que se encontra, tendo já anteriormente recorrido ao Hospital Júlio de Matos. É medicado com antidepressivos (Fluoxetina).

História pessoal, curso do processo terapêutico

Francisco procurou acompanhamento psicológico devido a comportamentos repetitivos e intrusivos que interferem no seu funcionamento diário, relacionados com controlo, verificação e necessidade de ordem/segurança. Chegou com andar vagaroso, um pouco letárgico e confuso, com os horários meio alterados devido a dar assistência à mãe, que estava a padecer de cancro e ele era o único filho (de 5 irmãos) que sabia do seu estado.

Referiu que o episódio desencadeador da sua perturbação, remontava ao período em que trabalhava num banco, como responsável pela caixa. Após o desaparecimento de dinheiro, foi acusado injustamente. Apesar de se ter comprovado a sua inocência, este acontecimento constituiu um marco significativo no início da manifestação de sintomas, nomeadamente comportamentos de verificação excessiva (ex.: conferir portas, desligar o gás).

À data das sessões exercia funções como professor e relatou que, em dias de teste, sentia compulsão em corrigir e atribuir notas no próprio dia, não conseguindo descansar sem concluir essa tarefa. Apresentava ainda comportamentos de ordem/controlo em contextos sociais, como a necessidade de lavar a loiça quando visita amigos, caso observe que esta está suja, mesmo não sendo sua responsabilidade.

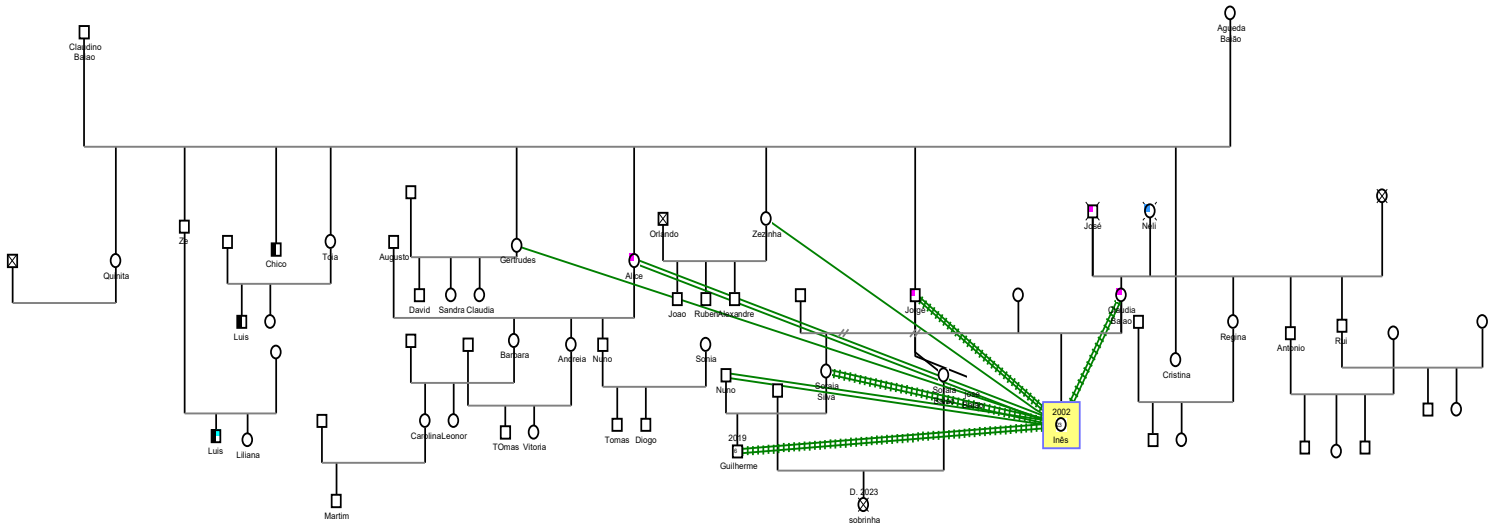
O Francisco apresenta um quadro compatível com sintomas de natureza obsessivo-compulsiva, caracterizados por pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos de verificação, organização e controlo, associados a mal-estar significativo. Os sintomas tiveram início após um episódio vivido como altamente stressante e injusto, e persistem no seu quotidiano, tanto no âmbito profissional como social, afetando o seu bem-estar e a sua flexibilidade comportamental.

Em termos de psicoeducação, pudemos verificar que o Francisco já tinha bastante conhecimento, tendo até referido que já esteve “*bem pior*” mas reforçámos a importância da adesão terapêutica e do exercício físico regular, com benefício para o humor e ansiedade. Foram propostas técnicas de distrações cognitivas que o Francisco dizia já ter usado em tempos, mas quando a ansiedade é muito elevada não conseguia e a substituição de comportamentos, em que em vez de realizar o ritual compulsivo, poderia tentar outro comportamento alternativo menos disfuncional. Em sessão fizemos alguns exercícios de *Mindfulness* e relaxamento, como forma de promover a tolerância ao desconforto, dos quais parecia sair, por um lado mais relaxado, por outro, emergiam sentimentos de culpa, manifestando raiva de si próprio e

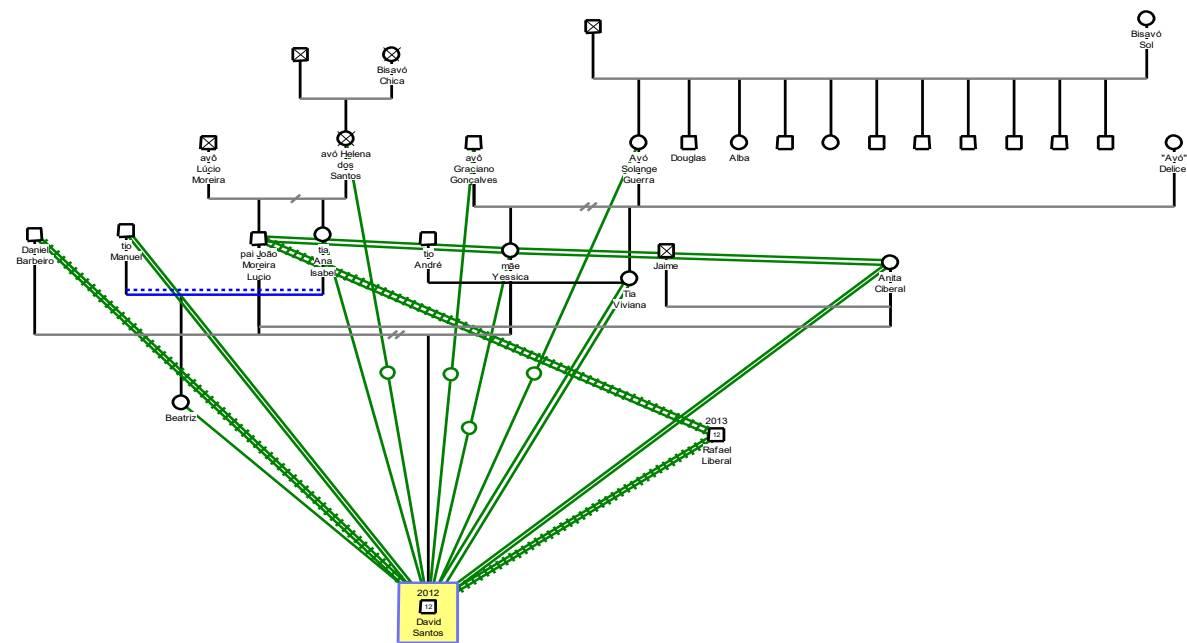
chamava-se mesmo de “*estúpido*” (sic).

Verificou-se a descontinuidade do acompanhamento por parte do Francisco, que deixou de comparecer às sessões sem apresentar justificção, embora tivesse manifestado previamente disponibilidade para manter o processo.

Anexo 2. Genograma de Beatriz



Anexo 3. Genograma de David



Anexo 4. *Instrumentos de avaliação de David*