



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

Psicologia em Projetos Municipais

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

Autor: Maria Teresa Gonçalves da Silva

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Delane Silva de Castro

Número do candidato: 30000651

Maio de 2023

Lisboa

Agradecimentos

Em primeiro lugar começo por agradecer à minha filha de 13 anos, por ter sido tão paciente, compreensiva e corajosa por enfrentar os dias e noites nas quais estive ausente para realizar um sonho antigo nesta caminhada pelo mundo da Psicologia. Agradecer a duas amigas que são para da minha família por todo o apoio, dedicação, carinho e amor que deram à minha filha, enquanto estive ausente para conseguir chegar a este objetivo final.

Agradecer também aos meus pais que sempre me deram força, incentivaram, ajudaram e apoiaram a conquistar os meus sonhos a nível académico e a minha independência como mulher.

À instituição na qual exerço funções há mais de 10 anos, que permitiu que realizasse o estágio académico durante o período de trabalho e que colocasse em prática os conhecimentos adquiridos nos últimos anos.

À minha orientadora de estágio pelo acolhimento, pela transmissão de conhecimentos, técnicas, estratégias, ferramentas e ensinamentos que serão úteis na minha vida pessoal e profissional. E ainda pela grande amizade que construímos durante este percurso.

Agradeço, ao meu namorado que teve sempre uma palavra de reforço positivo e de compreensão nas fases em que me senti mais angustiada e stressada. Sem o seu apoio teria sido mais difícil conquistar o objetivo final.

Por fim, agradeço aos meus colegas, companheiros e amigos de curso que foram suporte muito importante nos momentos de pressão e desgaste, apesar das dificuldades conseguimos! E ainda aos profissionais de Psicologia com quem me cruzei durante esta fase de aprendizagem, tanto na Universidade como fora dela.

Resumo

A psicologia, como disciplina que se dedica ao estudo do comportamento humano, abrange várias áreas de observação, tais como: a clínica, da saúde, das organizações, da educação, comunitária, social, entre outras. Assim, o trabalho de um psicólogo é muito diversificado, atuando, intervindo e prevenindo nas demais áreas que integram a vida do indivíduo.

Com a realização deste relatório pretendemos dar a conhecer as atividades realizadas no âmbito do estágio académico em Psicologia Clínica e Aconselhamento, em Lisboa. Estas foram realizadas em duas áreas distintas da Psicologia: a educativa - inclusão e promoção do sucesso escolar através da implementação, desenvolvimento e acompanhamento de vários projetos educativos; e a clínica – através do acompanhamento psicológico de adolescentes/jovens adultos no gabinete de apoio psicológico.

Este processo de estágio foi potenciador de competências e ferramentas no âmbito destas duas áreas, tendo em conta a abordagem centrada na pessoa, procurando desta forma estabelecer uma relação de ajuda com a comunidade escolar (adolescentes ou jovens/adultos) e dominar a conduta ética e os procedimentos a realizar a nível educacional e clínico.

Palavras-chave: Psicologia; Educação; Clínica; Inclusão; Sucesso escolar; Abordagem Centrada na Pessoa.

Abstract

Psychology, as a discipline dedicated to the study of human behaviour, covers several areas of observation, such as: clinical, health, organizations, education, community, social, among others. Thus, the work of a psychologist is very diverse, acting, intervening and preventing in the other areas that integrate the life of the individual.

With the completion of this report, we intend to make known the activities carried out within the scope of the academic internship in Clinical Psychology and Counselling, in Lisbon. These were carried out in two distinct areas of Psychology: educational - inclusion and promotion of school success through the implementation, development and monitoring of various educational projects; and the clinic – through the psychological accompaniment of adolescents/young adults in the psychological support office.

This internship process was a potentiate of skills and tools within these two areas, taking into account the person-centred approach, thus seeking to establish a helping relationship with the school community (adolescents or young people/adults) and to master the ethical conduct and procedures to be carried out at the educational and clinical level.

Keywords: Psychology; Education; Clinic; Inclusion; School success; Person centred Approach.

Índice

Introdução.....	8
Parte I - Apresentação da Instituição.....	11
1.1 Caracterização Departamento de Educação.....	11
1.2 Caracterização da população-alvo	12
1.3 Problemáticas identificadas no DE	12
1.4 Caracterização Departamento de Desenvolvimento Social	12
1.5 Caracterização da população-alvo	13
1.6 Problemáticas identificadas	13
1.6 Função do Psicólogo no DE e DDS-GAP	14
1.7 Estágio Académico	14
1.8 Código Deontológico dos Psicólogos	15
Parte II - Enquadramento Teórico	17
2.1 Inclusão.....	17
2.1.1 Decreto de Lei 54/2018	18
2.1.2 Necessidades Especiais de Aprendizagem	20
2.1.3 Dificuldades de aprendizagem.....	21
2.1.4 Multideficiência.....	22
2.1.5 Autismo	24
2.1.6 Papel do psicólogo na educação e educação inclusiva.....	26
2.2 A adolescência	28
2.2.1 Saúde mental na Adolescência	30
2.2.2 Relações na Adolescência	31
2.2.3 Vinculação	33
2.2.4 Tipos de vinculação	34
2.2.5 Estilos de Parentalidade.....	35
2.2.6 Bullying	36
2.2.7 Perturbação Borderline	38
2.2.8 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	39
2.3 Papel do psicólogo na psicologia clínica	41

2.4 Avaliação psicológica	42
2.4.1 Teste Desenho da Família	42
2.4.2 Aplicação do teste.....	43
2.5 Abordagem Humanista de Carl Rogers	43
2.5.1 Não-diretividade	44
2.5.2 Terapia Centrada no cliente	45
2.5.3 Abordagem Centrada na Pessoa (ACP).....	45
III Parte - Trabalho de Estágio	46
3.1 Observação.....	46
3.1.1 Participação em reuniões	46
3.1.2 Conferências, Seminários e Encontros	47
3.1.3 Desenho do projeto de Inclusão.....	47
3.1.4 Reuniões de equipa do GAP	48
3.1.5 Reuniões de discussão de casos com o orientador	48
3.1.6 Sessão de aplicação de testes de orientação vocacional	48
3.2 Acompanhamentos Psicológicos	49
3.3 Caso Clínico 1.....	49
3.3.1. Identificação	49
3.3.2 Motivo da Consulta	50
3.3.3 História Clínica.....	50
3.3.4 Sessões de Acompanhamento e Avaliação psicológica	51
3.3.5 Desenho da família (Corman)	52
3.3.6 Discussão Clínica	57
3.4 - Caso Clínico 2	58
3.4.1 Identificação	58
3.4.2 Motivo da Consulta	58
3.4.3 História Clínica.....	59
3.4.4 Reflexão do Caso.....	72
3.5 Caso Clínico 3.....	73

3.5.1 Identificação	73
3.5.2 Motivo da Consulta	73
3.5.3 História Clínica.....	73
3.5.4 Reflexão do Caso.....	85
Conclusão	87
Referências	90

Lista de Siglas

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa
ACP - Abordagem Centrada da Pessoa
AE - Agrupamentos de Escolares
AE/E - Agrupamento de Escola/Não agrupada
DA - Dificuldades de Aprendizagem
DE - Departamento de Educação
DDS - Departamento de Desenvolvimento Social
IPP-R- Interesses e Preferências Profissionais
JI - Jardim de Infância
1º CEB - 1º Ciclo do Ensino Básico
2º CEB - 2º Ciclo do Ensino Básico
3º CEB - 3º Ciclo do Ensino Básico
GAP - Gabinete de Apoio Psicológico
HBSC - Health Behaviour in School -aged Children
NEA - Necessidades Especiais de Aprendizagem
MD - Multideficiência
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
PEA - Perturbação do Espectro do Autismo
PB - Perturbação Borderline
PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PMA - Aptidões Mentais Primárias
TD48 - Teste de Dominós-Inteligência
TCC - Terapia Centrada no Cliente

Introdução

O presente relatório tem como intuito detalhar e apresentar as atividades realizadas no âmbito do 2º ano de estágio curricular do Mestrado de Psicologia Clínica e Aconselhamento, do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, no ano letivo 2021-2022. Este decorreu no contexto da realização de um protocolo entre as duas entidades e foi acautelado pelo Regulamento Geral dos Mestrado da respetiva Universidade. O trabalho desenvolvido ao longo do ano foi debatido nas aulas de Seminário Interdisciplinar I e II.

A instituição que acolheu o estagiário é composta por vários departamentos e divisões, tendo sido o estágio realizado no Departamento de Educação e no Departamento de Coesão social, em duas áreas distintas, mas que se cruzam no que se refere à população e às problemáticas identificadas. A nível de recursos humanos esta instituição tem recursos de todas as áreas: financeiras, gestão, educação, saúde, ambiente, desenvolvimento social, etc. A autarquia desenvolve um trabalho de excelência há vários anos, em articulação com as várias entidades que se encontram no concelho, nomeadamente, escolas, centros de saúde, hospitais, lares, IPSS, etc., com o intuito de promover o sucesso dos alunos e o bem-estar da comunidade em geral.

Nesta conformidade a psicologia tem tido um papel fundamental na educação, principalmente desde o século XX. A psicologia educacional tornou-se numa área de especialidade na qual existe a interligação desta ciência com a educação (Pego et al., 2014).

As problemáticas identificadas nesta organização na área da educação são as dificuldades de aprendizagem, a multideficiência, o autismo, entre outras. Sendo esta uma preocupação das políticas educativas do Município que tem como objetivo ser um território inclusivo na qual a diferença seja respeitada. Como tal, o psicólogo que trabalha em educação deve ter um papel de articulação com todos os intervenientes do processo educativo, ou seja, desenvolver em conjunto com as equipas multidisciplinares e familiares dos alunos estratégias de intervenção adequadas que promovam o desenvolvimento global. O trabalho do psicólogo educacional deve respeitar os princípios e direitos humanos, ser centrado nas necessidades específicas do aluno e ser alvo de reflexões críticas que contribuam para o desenvolvimento de práticas inclusivas (Lemos et al., 2016).

De modo geral as atividades desenvolvidas tinham implícitos os conceitos de inclusão e equidade como forma de combater as desigualdades e o insucesso escolar, uma vez que, a escola inclusiva tem o dever de garantir uma educação eficaz para todos os alunos, com uma

pedagogia centrada nos mesmos, sendo necessário repensar as políticas e práticas educativas (Fragoso & Casal., 2012).

Por outro lado, a definição de psicologia clínica está associada ao conceito de método clínico e ao modelo médico, ou seja, o primeiro distingue-a das restantes áreas de intervenção da psicologia, e o segundo pelo atendimento de proximidade com o cliente/paciente. A psicologia clínica e da saúde foi reconhecida em Portugal na década de 90, e nesta altura os psicólogos deixaram de se centrar apenas nas doenças mentais, e começaram a desenvolver um conjunto de práticas de apoio à população em geral, isto é, sem qualquer perturbação mental associada. Nesta época, a psicologia clínica e da saúde sustenta-se pela aplicação de métodos e técnicas em prol da prevenção e intervenção na saúde mental e física do indivíduo contribuindo assim para o bem-estar geral do indivíduo (Leal et al. 2012).

Durante os acompanhamentos psicológicos foi observada a prática clínica no âmbito da intervenção, nas quais foram identificadas várias problemáticas comuns à fase da adolescência.

Atualmente, verifica-se um aumento da sintomatologia depressiva, ansiosa, e de traumas que comprometem o bem-estar físico e mental dos jovens. Estudos referem que os problemas de saúde mental na adolescência que ocorrem por volta dos 14 anos correspondem a 50% das perturbações mentais nos adultos (European Union, 2012; Huebner, 1991). As perturbações mais comuns são: a ansiedade e as perturbações de humor, estas ocorrem em 20% dos jovens anualmente. Também se verifica a ocorrência de perturbações na infância, prevê-se que 10 a 20% das crianças tenham uma ou mais perturbações. Torna-se, assim, necessária a criação de ações de prevenção urgentes no âmbito da saúde mental, por forma a prevenir o prolongamento destas perturbações na idade adulta (Murriss, 2001). Nestas circunstâncias, urge a criação de políticas públicas que implementem ações de saúde física e mental (como citado por Matos et al., 2018).

No âmbito destas intervenções verificaram-se outras questões que têm impacto no desenvolvimento dos jovens como o tipo de relações que desenvolvem com os pais e pares.

De um modo geral as atividades desenvolvidas no gabinete de apoio psicológico foram constituídas pelos acompanhamentos, pela aplicação de testes de orientação vocacional, por reuniões de equipa e de supervisão dos casos que foram atribuídos.

Em ambas as áreas a abordagem praticada pelo estagiário foi a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), através do olhar incondicional positivo, da congruência, principalmente nos casos de acompanhamento psicológico. Neste sentido, procurou-se estabelecer uma relação de confiança com os jovens para que estes conseguissem desenvolver e alcançar a sua mudança/atualização. No que respeita, à Abordagem Centrada na Pessoa o foco não é no

problema, mas sim no mundo do sujeito, o objetivo não passa por resolver um problema particular, mas sim atribuir ao sujeito capacidade atualizante, capacidade do sujeito se desenvolver. Dito isto, é importante reforçar o relacionamento e as possibilidades a serem construídas que favoreçam o desenvolvimento do sujeito, para que este desenvolvimento seja favorável é importante que o sujeito encontre nas suas relações um ambiente que satisfaça as suas necessidades de maneira congruente, saudável, com uma autoestima positiva, a fim de não construir uma personalidade distorcida de si mesmo. Importa referir que esta abordagem não procura melhorar ou piorar o organismo do sujeito, mas sim potenciar o seu desenvolvimento a partir do que o sujeito é para si mesmo (Rogers, 1992).

A reflexão dos casos foi realizada com o recurso ao livro “Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano” de João Hipólito. Os estados afetivos centram-se em experiências sejam elas más ou boas, o Self dependente, para o qual as características do comportamento consistem em prestar cuidados ao sujeito de maneira repetitiva e privada de controle. Assim, emerge naturalmente a necessidade de ser cuidado, as reações vão sendo construídas desde criança, através das suas experiências como parte da sua personalidade e suas vivências que levam ao amadurecimento e crescimento das potencialidades do sujeito (Hipólito, 2011).

A estrutura do relatório de estágio é composta por três partes e os temas estão distribuídos por subtítulos. Em primeiro lugar é efetuada a caracterização do local de estágio, as problemáticas identificadas e o papel do psicólogo. Segue-se o enquadramento teórico que é composto por uma revisão de literatura das problemáticas identificadas e da abordagem centrada na pessoa. Em terceiro é realizada a descrição do trabalho de estágio desenvolvido, destacando-se a avaliação psicológica e os acompanhamentos psicológicos. Por último, apresenta-se a conclusão com uma reflexão sobre a prática académica e profissional desenvolvida.

Parte I - Apresentação da Instituição¹

A instituição onde foi realizado o estágio, situa-se na Área Metropolitana de Lisboa, e é uma entidade da Administração Pública Local. A Câmara Municipal é constituída por vários departamentos, divisões e unidades orgânicas e responsável pelo desenvolvimento do território nos mais diversos contextos, sociais, educacionais, políticos, económicos, entre outros.

1.1 Caracterização Departamento de Educação

Inserido na estrutura acima referida, o Departamento de Educação (DE), tem como objetivo assegurar a execução das políticas e programas municipais nas áreas da educação e formação, assim como propor estratégias de intervenção nestas áreas, em articulação com outras unidades orgânicas, garantindo a coerência global da intervenção do Município no planeamento da rede escolar face à oferta educativa e formativa, na administração e gestão dos equipamentos escolares, recursos educativos e no apoio à comunidade escolar.

Este departamento está organizado por três divisões (apoio à rede escolar, apoio a equipamentos e infraestruturas, apoio e desenvolvimento de projetos). Importa salientar que objetivo principal da divisão onde se realizou o estágio, é a promoção da cooperação com os agentes e instituições educativas, quer ao nível da definição de estratégias, quer ao nível de apoio e incentivo a projetos de parceria que potenciem o sucesso educativo, assim como a função cultural e social da escola.

Assim, a sua ação consiste em criar experiências educativas inovadoras em articulação com as escolas e entidades/instituições parceiras mediante o desenvolvimento de projetos no âmbito da inclusão e promoção do sucesso escolar desde o pré-escolar ao ensino secundário. Estas ações são desenvolvidas com base no Decreto de Lei 54/2018, e no Decreto de Lei 55/2018 e na delegação de competências atribuídas ao Município Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto. O primeiro contempla os princípios e normas que garantem a inclusão de todos os alunos. Pretende-se com esta prática que todos os alunos participem nos processos de aprendizagem e em toda a vida escolar. A educação inclusiva procura dar resposta a todas as situações, nomeadamente, à diferença, potenciando assim o desenvolvimento global dos alunos. O segundo, compreende que face às mudanças que vivenciamos é necessário promover nos alunos competências que lhes permitam questionar, comunicar de forma eficaz e o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas.

¹ Informação da caracterização da instituição retirada da Intranet e documentos do Município

Em suma, mediante as políticas educativas definidas para a inclusão e a promoção do sucesso escolar dos alunos existe uma estreita articulação entre as Direções dos AE e o DE com vista a apoiar as escolas ao nível das infraestruturas, recursos humanos (contratação de assistentes operacionais, técnicas, psicólogos), nas matrículas dos alunos, transportes, e através do levantamento de necessidades que facilitem a aprendizagem e a inclusão dos alunos.

1.2 Caracterização da população-alvo

A rede escolar no Concelho é constituída por 10 Agrupamentos Escolares (AE) e uma Escola não Agrupada (AE/E), num total de 46 escolas, que integram 20 jardins-de-infância (JI), 29 escolas do 1.º ciclo do ensino básico (1.º CEB), 10 escolas do 2.º ciclo do ensino básico (2.º CEB), 13 do 3.º ciclo do ensino básico (3.º CEB) e 8 escolas do ensino secundário.

No ano letivo 2021/22, o número de alunos inscritos nos estabelecimentos de ensino eram aproximadamente 1900 alunos. Sendo que o número de alunos com necessidades educativas específicas, correspondem a cerca de 8% da população total.

Nesta conformidade, são mais ou menos 300 as crianças e alunos redutores de turma do pré-escolar ao ensino secundário.

1.3 Problemáticas identificadas no DE

As problemáticas identificadas nos AE estão relacionadas com o insucesso escolar e a inclusão: as dificuldades de aprendizagem, alunos com multideficiência e autismo, entre outras.

1.4 Caracterização Departamento de Desenvolvimento Social

O Departamento de Desenvolvimento Social (DDS) tem como objetivo propor e executar as políticas municipais de desenvolvimento social do concelho, competindo-lhe o planeamento e execução de projetos, tais como medidas e ações nas áreas de ação social e da saúde, com o intuito de minimizar as desigualdades sociais, melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento sócio territorial.

Nesta conformidade, foi criado em 2002 um gabinete de apoio psicológico (GAP) aos jovens, integrado numa das divisões/unidade deste departamento. O objetivo consiste em reforçar o apoio aos adolescentes e jovens na comunidade, tendo em conta as especificidades inerentes ao seu processo de desenvolvimento.

Este gabinete tem um protocolo de parceria com a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências que faz parte dos Serviços Centrais da área metropolitana com vista à redução de consumo de substâncias psicoativas, prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição de dependências na comunidade.

Atualmente, a equipa é constituída por três psicólogas, duas da área clínica (uma das quais com especialização em comportamentos aditivos) e uma psicóloga de orientação vocacional que faz sessões individuais/grupo de aplicação de testes e a avaliação.

O psicólogo é responsável por realizar o primeiro contato com o jovem ou com o seu pai/mãe caso este seja menor para marcação da 1ª sessão com o intuito de dar início ao acompanhamento psicológico. Após esse primeiro contato é verificado o motivo da consulta, e planeia-se o desenvolvimento do processo de acompanhamento, ou seja, neste primeiro passo estão implícitas as competências primárias do psicólogo que estão relacionadas com a interação com o cliente, a definição ou planeamento das sessões.

Quanto à orientação vocacional, os adolescentes/jovens procuram este apoio, dado que as escolas nem sempre conseguem dar resposta a este nível. É realizada uma entrevista inicial, e segue-se a aplicação de testes em grupo. Os resultados são comunicados individualmente a cada um dos adolescentes/jovens.

1.5 Caracterização da população-alvo

Dirige-se a jovens entre os 12 e os 24 anos, e pretende apoiá-los nas diversas áreas da promoção da saúde e da prevenção dos comportamentos de risco, nomeadamente: na saúde alimentar e sexual; nas alterações de comportamento; relação entre os pares e consumos de substâncias psicoativas e/ou outros comportamentos aditivos; na orientação escolar e profissional. É um serviço gratuito.

1.6 Problemáticas identificadas

Relativamente às problemáticas existentes DDS-GAP, a maioria são questões psicoafectivas como dificuldades de relacionamento com os pares na escola e com a família. Existem, no entanto, alguns casos que são encaminhados pelo hospital da área de referência com patologia associada.

Estes encaminhamentos são efetuados pela falta de respostas do hospital para com as consultas de psicologia, são adolescentes e jovens necessitam de um acompanhamento semanal ou quinzenal. E neste sentido, o GAP garante uma resposta mais rápida e eficaz. Contudo, é feita a articulação com a assistente social, a psicóloga e a pedopsiquiatra do Hospital, dado que alguns destes jovens fazem medicação.

Durante os acompanhamentos psicológicos realizados as patologias identificadas foram: depressão, comportamentos auto lesivos, abuso de substâncias, questões de identidade género, Perturbação Borderline, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

1.6 Função do Psicólogo no DE e DDS-GAP

DE	DDS-GAP
Elaborar e desenhar projetos e atividades em articulação com AE e entidades parceiras;	Realizar acompanhamento psicológico a adolescentes e jovens;
Planejar, organizar e acompanhar Encontros de Educação, Conferências e Seminários;	Efetuar a distribuição dos casos clínicos mediante a disponibilidade dos técnicos;
Articular com o Centro de Formação do concelho para acreditação de ações;	Realizar reuniões de equipa do GAP e com a equipa do Hospital de referência para supervisão dos casos clínicos;
Presença e participação em diversas reuniões com AE, entidades parceiras e outras unidades orgânicas do Município;	Planejar e organizar de sessões de sensibilização sobre a saúde mental;
Elaborar de relatórios sobre as ações e projetos que se encontram em desenvolvimento no AE;	Aplicar, cotar, efetuar relatórios das provas de orientação vocacional;
Elaborar do processo administrativo que implica a contratação das entidades parceiras.	Elaborar relatório sobre o funcionamento do GAP.

1.7 Estágio Académico

O estágio académico presencial iniciou a 1 de outubro de 2021 com término a 30 de junho de 2022, perfazendo um total de 470 horas. O trabalho de estágio decorreu em duas divisões distintas do mesmo Município, numa o trabalho realizado foi a nível educacional e na outra ao nível da promoção da saúde e bem-estar psicológico.

Como objetivos pretendeu-se com a realização deste estágio:

- a) Desenvolver conhecimentos e competências para o planeamento e implementação de ações, atividades de prevenção, intervenção com base numa abordagem centrado no aluno;
- b) Colaborar na criação de um projeto com resposta adequadas à inclusão dos alunos com Multideficiência e Autismo;

- c) Aperfeiçoar o olhar incondicional positivo, a congruência, as respostas de compreensão empática e o estabelecimento da relação com os adolescentes e jovens no âmbito de dois casos de acompanhamento psicológico de acordo com a abordagem centrada na pessoa;
- d) Conhecer e aplicar instrumentos em contexto de avaliação psicológica (Teste Desenho da Família – Corman);
- e) Observar e desenvolver competências para a aplicação de instrumentos de orientação vocacional (IPP-R; PMA- Aptidões mentais primárias; Teste D-48);
- f) Criar uma relação de cooperação, envolvimento, disponibilidade, simpatia e de empenho com as duas divisões;
- g) Demonstrar disponibilidade e responsabilidade para participar em toda a prática de estágio;
- h) Aplicar com rigor técnico os procedimentos da instituição e o as normas do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (*Diário da República, 2.ª série — N.º 78 — 20 de abril de 2011*).

1.8 Código Deontológico dos Psicólogos

Inerente à função de psicólogo existem princípios que têm de ser acutelados, de forma que a relação com o cliente/paciente seja profissional e fidedigna. Estes princípios permitem ao psicólogo que atue de forma coerente, tendo sempre em conta a sua ética e moral, e a aplicação destes é um facilitador de problemas que possam surgir durante a atuação e intervenção dos psicólogos (OPP,2021).

Os princípios gerais identificados são: o respeito pela dignidade e direitos das pessoas; a competência; responsabilidade; integridade; beneficência e não maleficência. Todos os princípios gerais identificados anteriormente têm como objetivo primordial ajudar, apoiar, promover, e proteger o cliente respeitando sempre as decisões e interesses desde que estas em se encontrem conformidade com a racionalidade (OPP,2021).

Como princípios específicos o código deontológico dos psicólogos considera:

a) **Consentimento informado**, através do qual o cliente aceita participar voluntariamente num processo de acompanhamento psicológico, este contempla a duração e valor das sessões, a confidencialidade, ética da informação partilhada. Em situações de perigo para o cliente, ou outros, este documento pode ser dispensado (OPP,2021).

b) **Privacidade e confidencialidade**, todos os dados recolhidos durante a intervenção são preservados e confidenciais, a sua partilha só poderá ser efetuada em situações especiais ou

caso o consentimento informado o permita. Qualquer informação sobre o cliente que seja partilhada sem a sua autorização poderá ser alvo de processo judicial (OPP,2021).

c) **Relações profissionais**, sendo a preocupação da psicologia o bem-estar, a qualidade de vida e o desenvolvimento pleno da pessoa, é fundamental o trabalho do psicólogo com equipas multidisciplinares para que em conjunto encontrem soluções eficazes para a promoção do bem-estar físico e psicológico da pessoa. (OPP,2021).

d) **Avaliação psicológica**, é um processo exclusivo da Psicologia e carece de técnicos/profissionais especializados para o efeito, uma vez que, a aplicação de testes implica a elaboração de relatório com rigor técnico que dará resposta à avaliação solicitada (OPP,2021).

c) **Prática e intervenções psicológicas**, assentam num conjunto de princípios e regras que orientam para uma boa prática profissional independentemente da abordagem utilizada que é cientificamente comprovada. Os psicólogos são profissionais credenciados para realizar a intervenção psicológica, estes devem ser imparciais, empáticos perante o cliente. O *setting* deve estar equipado como os materiais necessários, na qual a privacidade do cliente seja acautelada. Algumas sessões podem ser realizadas online, se necessário. O final da intervenção acontece quando os objetivos delineados foram atingidos, ou em situações em que seja necessário encaminhar o cliente para outro psicólogo, desde que essa situação o justifique e será sempre conversado com o cliente (OPP,2021).

Parte II - Enquadramento Teórico

Nesta secção apresenta-se a fundamentação teórica que sustenta este relatório de estágio, procurando concorrer para uma melhor compreensão do mesmo.

2.1 Inclusão

Segundo, Fragoso e Casal (2012) o conceito de inclusão define que a escola tem o dever de acolher todas as crianças, independentemente, da sua condição física, intelectual, social, língua ou cultura. Tal como se constata, através da Declaração de Salamanca (Unesco,1994) que prevê que sejam asseguradas todas as necessidades e direitos das crianças numa escola igual para todos.

Conforme citado Decreto-Lei n.º 54/2018:

O compromisso com a educação inclusiva, de acordo com a definição da UNESCO (2009), enquanto processo que visa responder à diversidade de necessidades dos alunos, através do aumento da participação de todos na aprendizagem e na vida da comunidade escolar, foi reiterado por Portugal com a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o seu protocolo opcional, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em Nova Iorque, no dia 13 de dezembro de 2006, aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho, ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 71/2009, de 30 de julho, e reafirmada na «Declaração de Lisboa sobre Equidade Educativa», em julho de 2015. Este compromisso visa ainda dar cumprimento aos objetivos do desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 da ONU. (p.2918)

Para Oliva (2016) a educação inclusiva rege-se pelos princípios da igualdade de oportunidades e de valorização da pessoa independentemente da sua idade tal como consta nos direitos humanos, estas pessoas devem ser integradas nas aprendizagens da educação regular sem que haja lugar à discriminação. No entanto, para que esta inclusão aconteça é urgente repensar num sistema educacional que promova e potencie a igualdade, desenvolvimento e o sucesso de todos.

Ainda de acordo com Santos e Paulino (2006), citado por Fragoso e Casal (2012), a inclusão consiste numa outra visão acerca da diferença, apelando à extinção de padrões relacionados com a discriminação e à reestruturação do sistema educacional que seja igual para todos. Para além dos benefícios que a inclusão tem para com os alunos com necessidades

específicas de aprendizagem (NEA) com a sua integração no ensino regular, esta também potencia nos outros alunos o espírito de consciência para a diferença, e conseqüentemente solidariedade, compreensão e aceitação para com a diferença. As relações sociais devem ser privilegiadas no processo educativo, neste sentido, o preconceito deve ser normalizado de modo que todos os alunos possam atingir o seu potencial de desenvolvimento de acordo com as suas características.

Pese embora, em alguns países a educação inclusiva ainda seja encarada como uma forma de integrar as crianças NEA no ensino regular, a verdade é que este conceito é muito mais abrangente, e pretende-se com ele dar uma resposta adequada e ajustada a um direito que é de todos (Ainscow & César, 2006 *Apud* Gaitas & Morgado, 2010).

No que respeita a Portugal e aos restantes países da Europa, apesar de esta temática ser discutida desde a primeira década do século XXI para a aplicação de um sistema educativo inclusivo existem ainda algumas limitações na implementação do mesmo, ou seja, no nosso país a inclusão é considerada como uma dualidade, na medida em que consiste em reconhecer uma criança com NEA e integrá-la no ensino regular, e por outro lado nem todos os alunos têm acesso a uma resposta que se ajuste às suas necessidades de aprendizagem.

Esta não é apenas uma problemática dos países com mais carências económicas, nos quais o acesso à educação formal é muito difícil, nos países ocidentais, como Portugal verificam-se elevados níveis de insucesso e abandono escolar, os motivos parecem relacionar-se com o acesso a outras opções diferentes ao ensino regular ou por falta de identificação com o mesmo (César & Oliveira, 2005 *Apud* Gaitas & Morgado, 2010).

Segundo Pego e Peixoto (2014), a teoria socio interacionista de Vigostky defende que o indivíduo durante o seu processo de formação/aprendizagem carece de estar integrado na sociedade, é através deste que acontece a transformação de ser biológico para um ser que vive em comunidade. Embora as crianças tenham estas competências básicas, as mesmas vão-se desenvolvendo mediante o seu contato com o meio envolvente, isto é, somos seres sociáveis que se adaptam ao contexto em que vivemos. A plasticidade do indivíduo permite que este se adapte ao mundo que o rodeia, a sua resiliência em ultrapassar questões internas ou externas permitem que alcance a superação, e, por conseguinte, o seu desenvolvimento.

2.1.1 Decreto de Lei 54/2018

De acordo com o Programa estabelecido pelo Governo estão previstos um conjunto de objetivos, definições, princípios orientadores, medidas de suporte à aprendizagem, recursos com vista à inclusão dos alunos, tendo em conta as especificidades dos processos de

aprendizagem e potencialidades de cada um, independentemente da sua condição pessoal e social (DGE, 2018).

O decreto de lei 54/2018 prevê que a escola tenha um papel fundamental em adequar os seus modelos e currículos aos processos de aprendizagem dos vários alunos que fazem parte da sua comunidade, assim como atribuir recursos especializados para atuar em conformidade com as práticas de inclusão (DGE,2018).

Nesta conformidade, as aprendizagens deverão ter um carácter universal e com uma abordagem multinível com modelos curriculares flexíveis, com a respetiva monitorização das ações em articulação com os docentes e encarregados de educação. Importa ainda referir, que embora a avaliação de apoio à aprendizagem tenha em conta fatores académicos, sociais e emocionais, e comportamentais, os ambientais também devem ser integrados, dado que toda esta dinâmica deverá ser contemplada na intervenção efetuada (DGE,2018).

O artigo 1º do presente decreto- lei assenta em três objetivos: a inclusão, enquanto processo que responde à multiplicidade de necessidades e potencialidades existentes nos alunos, institui um conjunto de normas e princípios, com vista à promoção e a participação de todos na aprendizagem e na comunidade escolar; criação de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão com recursos especializados para dar resposta a todas as necessidades educativas; e por fim este decreto é aplicado a todos os estabelecimentos de ensino, de todas as valências, e demais áreas de formação da rede pública, privada ou solidária (DGE,2018).

No âmbito do trabalho de estágio realizado importa referir o artigo 19 do decreto supramencionado, este artigo ressalva a cooperação e parceria, isto é, as escolas tem a possibilidade de criar parcerias com os diversos agentes da comunidade, como as autarquias e instituições que tenham a capacidade de dar respostas às necessidades de cada comunidade escolar.

Tal como citado no Decreto de lei 54/2018, artigo 19 (DGE,2018) estas parcerias visam, designadamente, os seguintes fins:

- a) A implementação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão;
- b) O desenvolvimento do programa educativo individual e do plano individual de transição;
- c) A promoção da vida independente;
- d) O apoio à equipa multidisciplinar;
- e) A promoção de ações de capacitação parental;
- f) O desenvolvimento de atividades de enriquecimento curricular;

- g) A orientação vocacional;
- h) O acesso ao ensino superior;
- i) A integração em programas de formação profissional;
- j) O apoio no domínio das condições de acessibilidade;
- k) Outras ações que se mostrem necessárias para a implementação das medidas de apoio à aprendizagem e à inclusão previstas no presente decreto-lei. (p.2924)

2.1.2 Necessidades Especiais de Aprendizagem

Segundo Correia e Heward (2003), citado por Corrêa (2010), entende-se por necessidades especiais uma série de comprometimentos que podem ser de origem física, psíquica, emocional e intelectual que impedem o sujeito de alcançar o seu desenvolvimento máximo ao nível das aprendizagens académicas, sociais e emocionais. Este termo é utilizado para os alunos com as aprendizagens comprometidas, mas também para os alunos que têm uma inteligência acima da média.

Para além das questões fisiológicas, as questões ambientais são consideradas também como risco para as crianças e adolescentes, na medida em que contextos familiares com hábitos de drogas, álcool, negligência, abusos, entre outros poderão ser um fator determinante para o insucesso escolar (Corrêa., 2010).

Ainda de acordo com este autor, o conceito de NEA é aplicado a sujeitos com dificuldades a vários níveis: sensoriais, físicas; intelectuais; emocionais; saúde e dificuldades específicas de aprendizagem. As causas podem ser de origem orgânica ou ambiental. Neste sentido, os alunos NEA são aqueles que têm uma condição específica, e para a qual têm um apoio especial durante a sua escolaridade. Eis alguns exemplos: surdez e cegueira; autismo; dificuldades motoras; multideficiência; problemas mentais ou emocionais.

Conforme Marchesi (2004), o conceito de NEA é muito vasto, e as crianças ou jovens podem apresentar ao longo da sua vida escolar várias necessidades específicas e estas devem ser acauteladas durante todo o seu processo de formação (Freitas & Prette, 2014).

Vigotsky (1991) defendia que o aluno com necessidades especiais de aprendizagem deveria estar integrado no sistema de ensino regular, pois o contato e as vivências com os pares considerados competentes é potenciador de um processo inclusivo, no qual as suas competências cognitivas e sociais serão desenvolvidas. Embora, considere que cada sujeito é um ser individual, isto é, os alunos NEA conseguem alcançar o desenvolvimento tal como os

outros alunos, sendo responsabilidade da escola e dos pais proporcionar as condições necessárias para que este se desenvolva (Pego & Peixoto, 2014).

De acordo com Morgado (2003), a passagem do processo clínico para educacional do conceito de NEA teve como principal objetivo a inclusão destas crianças e jovens no ensino regular (Gaitas & Morgado, 2010).

2.1.3 Dificuldades de aprendizagem

O conceito dificuldades de aprendizagem (DA) surge na década de 60 associado ao insucesso escolar, ou seja, é caracterizado como um conjunto de incapacidades que originam o insucesso escolar. Mediante a revisão de literatura e de acordo com vários autores, verificou-se que este conceito está associado à demora/atraso, à imaturidade, à dificuldade de desenvolver os seguintes processos de aprendizagem: leitura, escrita, cálculo matemático, entre outros. Estas dificuldades na aquisição de processos básicos de aprendizagem podem ou não estar associadas a disfunções psíquicas, mas também a fatores ambientais, familiares ou sociais (Correia, 2007).

Conforme Mazer e Brazon (2009) as DA são percebidas com a entrada das crianças na escola, dado que algumas podem não se enquadrar nas fases de desenvolvimento que são consideradas como normativas.

Segundo Correia (2004), embora as DA sejam um motivo de insucesso escolar, em Portugal a falta de legislação para esta condição é a principal causa do abandono escolar e do absentismo, daí que seja fundamental criar planos de ação e intervenção para colmatar esta problemática. É necessário encontrar uma definição concreta das DA, aceites pela comunidade, agentes educativos, médicos e pais. A criação de currículos de aprendizagens escolares adequados às necessidades destes alunos são potenciadores de uma educação de qualidade que os prepara para a sua vida ativa futura, tornando-os assim em adultos autónomos e participativos na comunidade (citado por Correia, 2007).

Segundo, o DSM-V (2014), as dificuldades de aprendizagem estão inseridas nas perturbações do neurodesenvolvimento, sendo que estas são identificadas em crianças com idade escolar. Estas podem surgir em sujeitos de várias etnias, culturas e podem ter também associados fatores genéticos, o seu diagnóstico é efetuado através de aplicação de testes padronizados de leitura, escrita e matemática.

Em suma, apesar de a literatura acerca das DA ser vasta não existe acordo, ou seja, no que respeita fatores orgânicos estas são entendidas como: desorganizações neurológicas que têm impacto na receção, integração e comunicação da informação, manifestando-se como dificuldades significativas através das aprendizagens essenciais como a audição, a leitura, a

fala, a escrita, a matemática e ainda ao nível do raciocínio e da socialização (Mazer & Brazon, 2009).

Todavia, a falta de sensibilidade para com as questões das DA pode acarretar riscos psicossociais na vida do indivíduo, na medida em que interfere com a sua autoestima, ansiedade, concentração, entre outros. Sendo assim necessário intervir perante estas questões de forma a evitar problemas durante o crescimento e desenvolvimento do sujeito (Mazer & Brazon, 2009).

Para Ferreira e Aquino (2016) a atuação do psicólogo com as crianças com DA consiste na aplicação de testes psicométricos que avaliem o desempenho e desenvolvimento, este trabalho é individual, no qual a intervenção da escola e dos pais é quase inexistente.

2.1.4 Multideficiência

Conforme Vigotsky (2004) citado por Rossato & Leonardo (2011) o conceito de deficiência corresponde a tudo aquilo que não são padrões normativos pré-estabelecidos pela sociedade. Todavia, este conceito sofreu alterações, dado que até ao início do século passado a pessoa com deficiência era vista como alguém pouco inteligente, e colocada à margem por esse mesmo motivo.

Para Barroco (2007) a criança com deficiência não percebe a sua condição, mas sim as limitações que estão subjacentes a esta. Como tal, é necessário criar oportunidades para que estas crianças tenham um desenvolvimento global e que as mesmas sejam e se sintam integradas na sociedade (Rossato & Leonardo, 2011).

De acordo com Nunes (2008) entende-se por multideficiência (MD) um conjunto de dificuldades estruturais ou ambientais, isto é, cognitivas, motoras e sensoriais que limitam desenvolvimento integral da criança. Fazem parte destas a cegueira, a surdez, dificuldades motoras e cognitivas.

Pereira (2008) define a MD como uma condição heterogénea, na medida em que cada criança pode apresentar um conjunto de limitações com características específicas das quais fazem parte a idade e experiências vivenciadas, e que carecem de uma intervenção multinível com vários técnicos especializados.

Este autor refere também as dificuldades na expressão linguística e comunicação, ou seja, estas crianças têm limitações na forma como se expressam e articulam o seu discurso, sendo este um constrangimento identificado na interação com os pares.

A OMS (2001) propõe a seguinte classificação para a deficiência, a normalidade do sujeito deve ser avaliada de acordo com os indicadores estrutura, atividade e participação, e

esta avaliação permite que se olhe para o sujeito para além do modelo biomédico, ou seja, através destes indicadores é possível avaliar a sua interação com o meio (citado por Nunes 2008).

As várias limitações associadas à MD têm um grande impacto no desenvolvimento das crianças, limitando assim as suas aprendizagens pelo que se torna essencial a criação de contextos de aprendizagem adequados, com técnicos especializados e que sejam facilitadores de atividades que promovam as áreas motora e da comunicação. Neste sentido, durante muitos anos, as escolas regulares não tinham condições para acolher estes alunos, quer pela formação dos professores e assistentes, quer pelos espaços físicos pouco pensados para esta realidade (Nunes, 2008).

Segundo Ladeira e Amaral (1999), o objetivo da inclusão de crianças com MD assenta na melhoria das condições de participação e na interação com toda a comunidade escolar e com as famílias, potenciando alterações significativas no seu bem-estar físico, cognitivo e emocional. Tal como as outras crianças têm o direito a frequentar o ensino regular, também as crianças com MD podem usufruir das mesmas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento desde que sejam ajustadas às suas necessidades (como por citado Pêgo & Nunes 2021).

Apesar de as teorias e as declarações sobre a inclusão serem muito debatidas, ao longo das últimas décadas tem-se verificado, como já referido, a integração de alunos com multideficiência nas várias salas de ensino regular. Contudo, de acordo com os estudos efetuados nos últimos anos, e embora grande parte dos professores já se encontre capacitado com formação em NEA e em inclusão, esta nem sempre acontece de forma plena e desejável, isto é, nos vários contextos escolares verifica-se ainda a escassez de recursos humanos, de espaços físicos adequados e escassa formação e sensibilização para as estas questões (Pêgo & Nunes, 2021).

De acordo com o estudo realizado por Kleinert em 2015 a percentagem de alunos com MD com maior grau de incapacidade que integra as salas de aula de ensino regular é pequena (3%) , neste sentido, verifica-se que os alunos se encontram em salas de unidade de ensino especial (9%) realizam algumas atividades letivas, integram o ensino especial com participação em atividades de música, expressão plástica, educação física (71%) e os restantes alunos frequentam escolas de ensino especial ou outras situações(17%) (como por citado Pêgo & Nunes 2021).

Conclui-se, ainda através, deste estudo que embora se realizem poucas atividades em sala de aula que sejam inclusivas, estas revelam-se benéficas para os alunos com dificuldades

na linguagem, no cálculo matemático. Por outro lado, o mesmo não acontece com os alunos com dificuldades mais graves, no entanto, para os alunos com graves problemas cognitivos a integração no ensino regular promove a sua autonomia (Pêgo & Nunes, 2021).

2.1.5 Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) de acordo com a descrição do DSM-5 encontra-se no grupo das perturbações do neurodesenvolvimento de base biológica, assente em dois critérios principais: dificuldades persistentes de interação social e de comunicação verbal e não verbal (DSM-5, 2014).

“Existem cinco diagnósticos específicos do Espectro do Autismo. Estes incluem o Transtorno Autista, a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação.” (DSM-5, 2014).

Importa referir que de acordo com American Psychiatric Association (2013) os sintomas e comportamentos associados à PEA comprometem o funcionamento diário da criança. Referem, ainda, que esta perturbação é identificada na infância (citado por Lima et al., 2017).

De modo a compreender a PEA, os autores supramencionados consideram que este pode ser definido em vários níveis ou graus, mais ou menos acentuados. Posto isto, os comportamentos de interação com o meio e pessoas é variável, ou seja, consoante o grau/nível mais ou menos severo desta perturbação. Considera-se um exemplo severo a exposição da criança com PEA a lugares muito movimentados por pessoas, sons e luzes, uma vez que perante essa situação a criança poderá manifestar comportamentos agressivos e até mesmo autolesivos.

Todavia, segundo Pereira (2005) as crianças com PEA podem apresentar níveis de linguagem acima da média, contrapondo assim os sintomas característicos desta perturbação, que consiste num bom nível cognitivo, nomeadamente, no que diz respeito à memória e ao vocabulário (como citado por Oliveira et al. 2017).

De acordo com Vigotsky (2007) e Tomasello (2003) a interação social é um aspeto muito importante para o desenvolvimento da linguagem nas crianças com a PEA. Salomão (2012) reforça esta mesma ideia, dado que o desenvolvimento da linguagem verbal e não verbal depende da interação com o meio (como citado por Lemos et al., 2014).

Os diagnósticos das perturbações de neuro desenvolvimento na infância, inclusive da PEA são complexos, uma vez que, têm de se considerar as várias fases de desenvolvimento e as suas especificidades, e também sintomas que diferem de caso para caso. Neste sentido, é

necessário olhar para a PEA de forma transversal, através da discussão de várias hipóteses e soluções adaptadas às necessidades de cada criança (Halpern et al., 2021).

Estima-se, de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), que uma em cada 160 crianças seja portadora de PEA. Esta perturbação tem uma elevada prevalência, e as limitações no desenvolvimento das crianças com PEA exigem uma intervenção específica, tanto em contexto familiar como escolar (Medrado et al., 2021).

Rasga e Vicente (2017) referem que foi efetuado um estudo em Portugal nas últimas décadas que estima que o diagnóstico da PEA ocorreu em aproximadamente uma em cada 1000 crianças.

Embora a PEA tenha uma causa biológica, a origem pode estar associada a vários fatores de ordem genética não identificados que se desenvolvem antes e pós-nascimento, e estes devido à sua complexidade, manifestam-se sobretudo no comportamento da criança, na forma como esta interage com o meio que a rodeia. A PEA é uma patologia que não tem cura, no entanto, ao longo dos tempos têm sido criadas estratégias específicas, apoios e intervenções em articulação com técnicos especializados, com o intuito de ajudar os familiares, professores, educadores, auxiliares, entre outros a lidar com esta perturbação (Pereira et al., 2018).

Segundo Silva e Mulick (2009) para que a criança com PEA possa ter acesso a uma boa intervenção é necessário que exista um diagnóstico precoce, que por sua vez terá influência no prognóstico. Relativamente à intervenção das crianças com PEA, Choto (2007) destaca a importância da articulação entre a educação e a terapia, salientando a importância de uma intervenção multidisciplinar (como citado por Lemos et al. 2014).

Em 2019 foi criada a “Abordagem diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto”, esta norma da Direção Geral da Saúde (DGS) pretende que o diagnóstico da PEA seja uniformizado em todo o país, isto é, através da clarificação de procedimentos ao nível da avaliação, intervenção precoce e intervenção. Primeiramente, pretende-se que a criança seja encaminhada para uma consulta de especialidade hospitalar, e caso o diagnóstico de PEA seja confirmado, esta criança deverá ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar composta por um pediatra especialista em neuro desenvolvimento, um pedopsiquiatra, um psicólogo, um enfermeiro, um terapeuta da fala, técnicos especializados em educação especial, assistentes sociais, entre outros. Concluindo, esta norma prioriza a intervenção terapêutica ao invés da utilização de fármacos (Halpern et al., 2021).

No que se refere ao contexto escolar e à inclusão de crianças autistas no ensino regular, através da revisão de literatura efetuada existem referências às questões de comunicação que

influenciam as práticas de comunicação e conseqüentemente o desempenho destas crianças. Em suma, a inclusão de crianças autistas no ensino regular depende de um conjunto de medidas essenciais para a promoção do seu desenvolvimento, principalmente no que se refere à socialização. Para tal é necessária a criação e implementação de ações que qualifiquem os professores e os demais técnicos que se deparam com esta realidade no seu dia a dia (Lemos et al., 2014).

Segundo Alves, Lisboa e Lisboa (2010), embora PEA possa apresentar um elevado grau de complexidade, se a abordagem de intervenção for adequada e assertiva a probabilidade de integração das crianças com autismo na sociedade é elevada, principalmente se a escola tiver um papel interventivo e inclusivo. Nesta mesma linha, Carvalho e Oliveira (2009) defendem que o papel da escola, principalmente, do professor e das equipas multidisciplinares, é essencial para o desenvolvimento pleno e integral destas crianças (Adurens & Vieira, 2018).

2.1.6 Papel do psicólogo na educação e educação inclusiva

Conforme, Petroni e Souza (2017), a inserção do psicólogo nas escolas em meados do século XX, foi essencialmente pela avaliação psicológica, a aplicação de testes era uma prática comum, sendo esta uma forma de responder às questões apresentadas pelos professores, sobretudo em relação aos alunos que apresentavam comportamentos difíceis ou dificuldades na aprendizagem.

Ainda de acordo com estes autores, em Portugal, a entrada dos psicólogos nas escolas ganhou expressão na década de 70, e tinham como principais funções: acompanhamento e realização de avaliações dos alunos; orientação vocacional escolar e profissional; formar educadores na área da psicologia e promover o sucesso educativo dos alunos do ensino básico.

De acordo com Gaitas e Morgado (2010), o trabalho do psicólogo educacional tem um cariz individual e de grupo, na medida em que devem ser realizadas dinâmicas de grupos de alunos e professores, esta prática inclusiva de toda a comunidade escolar auxilia no desenvolvimento de competências de todos os intervenientes, e fomenta a criação de comunidades de aprendizagem. Para além, destes o estabelecimento de parcerias com agentes formais e informais, são também consideradas uma mais-valia para o desenvolvimento integral de toda a comunidade escolar, principalmente dos alunos, independentemente da sua condição física, emocional, social, etc.

O psicólogo educacional está associado ao trabalho que desenvolve com alunos com necessidades específicas de aprendizagem, todavia, este tem várias funções como por exemplo: colaborar com a escola para implementação de mudanças, em serviços de atendimento, elaborar

planos de formação e efetuar a articulação com vários agentes do contexto escolar. Para além destes, o psicólogo educacional de forma a contribuir para o processo de inclusão deve ter competências interpessoais, tais como a mediação, o apoio e o suporte, que são essenciais para o desenvolvimento de um trabalho eficiente com toda a comunidade escolar, nomeadamente com os NEA (Pego et al., 2014).

Surge, com Coimbra (1991), um modelo que critica a atuação do psicólogo educacional, isto é, ao invés de o psicólogo ser considerado como um especialista este deveria ter um papel colaborativo nas escolas, fazendo assim parte da equipa e do contexto escolar, o seu papel não seria assim apenas remediativo, mas preventivo (Petroni & Souza, 2017).

Nesta conformidade, Carvalho (2008), considera que o trabalho que o psicólogo desenvolve nas escolas, além de ter em conta a sua estrutura, organização e indivíduos, deve considerar as mudanças que estão a surgir na sociedade, e que têm uma influência direta nas escolas. Propõe, assim, que a intervenção do psicólogo educacional assente em 4 pilares: integração, cooperação, participação e prevenção. Através, de uma participação mais ativa com a comunidade escolar e demais parceiros educativos (Petroni & Souza, 2017).

Porém, a psicologia educacional integra uma abordagem que inclui alunos para além dos alunos com NEA, na medida em que existem alunos que em determinada fase do seu desenvolvimento poderão necessitar de um apoio psicológico. Assim, o psicólogo é associado a várias questões que surgem nas escolas, tais como: o insucesso e abandono escolar, discriminação social, gravidez na adolescência, entre outras. Para tal é necessário que o trabalho seja centrado nos alunos, através da atualização e desenvolvimento de modelos de inclusão, em prol da promoção e bem-estar de toda a comunidade escolar (Gaitas & Morgado, 2010).

Segundo estes autores, as três funções nas quais o psicólogo educacional pode estar integrado são: a avaliação, a prevenção e intervenção. Na primeira pela aplicação de testes de diagnóstico ou de orientação vocacional, a segunda e a terceira pela criação de ações que auxiliem a comunidade escolar de acordo com as problemáticas existentes nesse contexto, através do desenvolvimento de estratégias transformadoras dos processos educativos.

De salientar, a importância de estabelecer parcerias para a promoção de outras aprendizagens e oportunidades, que facilitem experiências adequadas às necessidades dos alunos com ou sem problemáticas, por forma a diminuir o insucesso e abandono escolar (Ferreira & Aquino, 2016).

2.2 A adolescência

Para Ferreira e Aquino, (2016) a adolescência é caracterizada como um período em que ocorrem mudanças rápidas a nível físico, cognitivo, emocional e psicológico, sendo um período exigente no qual os jovens têm uma necessidade de criação de identidade própria, esta é também uma fase de exploração e de busca de autonomia que pode originar comportamentos de risco e que podem comprometer a saúde mental e física.

A nível mundial estima-se que a população de adolescentes corresponda a 18%, tornando-se de extrema importância estudar e compreender os comportamentos associados a esta fase de desenvolvimento (Neufeld et al., 2017).

Para Santos, Xavier e Nunes (2008) são consideradas as seguintes etapas de desenvolvimento na adolescência: a física que é assinalada por todas as alterações corporais, hormonais, maturação; a cognitiva adquirem o pensamento metódico e sistemático, organizando as ideias e a resolver questões complexas, é nesta fase de desenvolvimento que as dificuldades cognitivas se evidenciam; a psicossocial, na qual as crises são uma característica desta idade devido à confusão de papéis a nível familiar e social. As crises ou conflitos que surgem, principalmente com os pais, estão relacionados com os seguintes temas: rotinas e tarefas diárias, estudos, grupo de amigos, a forma como se vestem, as paixões (citado por Xavier & Nunes, 2015).

É nesta fase que os jovens passam mais tempo fora dos seus contextos familiares, esta situação ocorre devido à autonomia, responsabilidade que é conquistada pelos adolescentes, no entanto, o desenvolvimento do pensamento formal está associado também à oposição às regras, isto é, o que lhes foi dito ou ensinado na infância deixa de fazer sentido. Sendo que nesta fase se identificam com os pares e desenvolvem as suas relações sociais. A idealização que têm dos pais altera-se, sendo que por vezes os jovens sentem necessidade de infringir as regras e valores por falta de identificação (Xavier & Nunes, 2015).

Conforme Oliva (2003) os conflitos que surgem entre os adolescentes e seus pais são derivados das alterações já enunciadas, no entanto, estudos revelam que estes conflitos não têm grande gravidade, e que com o crescimento e maturação vão-se extinguindo. As perturbações identificadas na adolescência são identificadas após a puberdade, todavia, estas podem ser passageiras e a tendência é para que desvançam (como citado por Xavier & Nunes, 2015).

A revisão de literatura remete para várias teorias clássicas que se caracterizam pelas alterações biológicas, psíquicas, ambientais e socioculturais, eis alguns exemplos.

Segundo Erickson, é nesta fase de desenvolvimento que o sujeito adquire um conjunto de competências biológicas, psicológicas e sociais que lhe permitem lidar com o crescimento

acelerado e com as crises de identidade. Este processo de conhecimento interno e externo, também designado de moratória social, vai permitir que o jovem se prepare para a vida adulta, sendo importante referir que o contexto cultural, faz com que este processo seja diferente de acordo com o contexto em que o sujeito está integrado (como citado por Xavier & Nunes, 2015).

Paralelamente, a teoria de Piaget destaca o desenvolvimento de vários processos cognitivos, e as preocupações com os adolescentes surgem precisamente pela mudança de pensamento e de atitude que são características desta fase. O adolescente desenvolve uma forma crítica de pensamento para se adaptar ao meio, este processo está associado ao desenvolvimento das estruturas do pensamento formal, através da assimilação, acomodação e adaptação (Senna & Dessen, 2012).

A adolescência para Vigotsky era designada como a idade da transição, devido às alterações no desenvolvimento de ordem psíquica, cognitiva, física e social. Para o autor o contexto histórico e social, são essenciais na construção do seu pensamento e linguagem, ou seja, o funcionamento mental resulta do contato que o sujeito tem com o meio (Nascimento & Menezes, 2013).

A adolescência e a juventude estão a par e passo, isto é, são dois conceitos que fazem parte do desenvolvimento humano, numa fase muito específica, na qual existe a transição da idade infantil para a idade adulta, e nas últimas décadas uma extensão do período escolar e formativo que tinha como objetivo o afastamento dos mais jovens da vida laboral. A modernidade contribuiu para alteração de novos comportamentos e formas de expressão sociais e culturais que caracterizam a juventude de hoje (Sagnier et al., 2022).

O aspeto físico, a forma como os jovens se vêem uns aos outros, a imposição dos meios de comunicação através de corpos saudáveis e belos, o culto do físico e do bem-estar, associado a padrões de beleza que leva muitos jovens a utilizar a medicina para correções nos seus corpos, por exemplo: cirurgias plásticas. Esta necessidade de corresponder aos padrões desejáveis tem contribuído para o sofrimento psicológico dos jovens/adolescentes, nomeadamente, para as perturbações alimentares, depressão, entre outros. Em segundo, as questões relacionadas com a sexualidade e com os afetos, assistimos a uma mudança de paradigma, que consiste na aceitação da sexualidade nos jovens. Estes têm várias experiências neste campo, com pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto, porém, continuam a existir problemáticas como a gravidez indesejada, a transmissão de doenças, o aborto e ainda a volatilidade de sentimentos amorosos. E por último, a importância dos contextos familiares e sociais (escola, amigos, relações amorosas) para o desenvolvimento para relações sociais e amorosas dos jovens, nestes dois contextos importa referir os valores, crenças, laços, sentimentos, envolvimento que existem e

que influência têm no jovem. Na dimensão social, importa referir alguns comportamentos que podem surgir nesta fase como: os consumos de álcool e drogas, delinquência, violência do namoro ou nas relações de amizade, escolares ou laborais, etc. E ainda, a questão relacionada com o percurso escolar, o sucesso ou insucesso que os jovens vão tendo ao longo deste processo vai determinar a forma como irão progredir na sua vida laboral, as inseguranças, as escolhas e as expectativas que surgem são alvo de preocupação para os adolescentes/jovens que em breve transitarão para o mundo adulto (Sagnier et al., 2022).

2.2.1 Saúde mental na Adolescência

Conforme Fortes et al. (2019), estas perturbações têm uma prevalência em cerca de 20% das crianças e jovens, existe ainda a possibilidade de estas perturbações se desenvolverem num quadro clínico mais complexo ao longo da vida do sujeito, caso não sejam tratadas atempadamente.

Em Portugal, as perturbações mentais e do comportamento em 2010, tinham uma taxa de incidência na população infantil e juvenil de 11,75%, um valor muito aproximado das doenças cerebrovasculares (13,74%) e doenças oncológicas (13,74%). Estas perturbações têm um grande impacto na vida do sujeito, podendo comprometer diversas áreas da sua vida sócio afetiva e laboral. A estas perturbações podem estar associados os seguintes aspetos: a genética, a personalidade, aspetos sociais e relacionais, e mudanças do funcionamento cerebral (Magalhães, 2020).

Segundo Matos et al. (2018), embora a adolescência seja considerada um período de transição, ou seja, este construto é caracterizado por várias alterações não só biológicas, mas também psicossociais. E neste sentido, deve olhar-se para este como um conjunto de necessidades específicas. Nesta conformidade, a participação dos adolescentes na comunidade e contextos deveria ser efetiva. Todavia, existem alguns constrangimentos identificados que impedem a sua participação, tais como as dificuldades socioeconómicas, familiares, indisponibilidade dos serviços de saúde e de informação.

Moreira e Bastos (2015) referem que as situações de angústia e conflitos advém das escolhas e experiências que são características desta fase de desenvolvimento. Neste sentido, têm sido identificados vários motivos de ordem psicossocial que têm impacto na saúde mental dos jovens, tais como: o próprio, a escolas, os amigos e as famílias (Pinto et al., 2014). De acordo com o Ministério da Saúde (2017), é essencial a avaliação do contexto familiar do jovem, na medida em que as alterações do seu comportamento podem estar associadas ao tipo de relação, estilo parental existente. Existem evidências significativas de que as relações

familiares desarmoniosas e tóxicas têm impacto nos jovens, nomeadamente, ao nível das perturbações de comportamento e psicoafetivas nas quais se pode revelar comprometimento da sua autoestima, resolução de questões e de socialização, podendo ainda resultar em situações de psicopatologia (Paixão, Patias & Dell'Aglio, 2018; Sousa et al., 2022).

De acordo com dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 20% dos jovens sofre de uma perturbação mental, entre as quais se destacam problemas com álcool e drogas, depressão, distúrbios de humor, alimentares e comportamentos suicidas. Estima-se que estas problemáticas surjam a partir dos 14 anos e perto dos 20 anos. Segundo a World Health Organization (WHO), (2019), o suicídio e a violência na adolescência são as principais causas de morte associadas a esta fase de desenvolvimento (15-19 anos) (Matos et al., 2018).

Para além das causas enunciadas, estima-se que as perturbações mentais que surgem na adolescência, se mantenham na idade adulta em cerca de metade dos 10 a 20% dos jovens diagnosticados, com impacto na sua qualidade de vida e bem-estar, aumentando desta forma o nível de cuidados associados à sua condição. Conforme dados divulgados em 2018 pela WHO, ainda existe estigma associado às perturbações mentais nos jovens e conseqüentemente escassa informação e procura de ajuda. Uma das perturbações com maior incidência nos adolescentes é a depressão (6%), esta é a que causa maior nível de incapacidade nos jovens e também a que desencadeia o risco de suicídio (Rosa & Sequeira, 2019).

A intervenção precoce nas perturbações mentais e emocionais da adolescência contribui para a promoção, aquisição de ferramentas e estratégias que permitam ao sujeito ultrapassar situações de sofrimento (Lopes et al., 2016). Assim como, na transição para a idade adulta, dado que, as perturbações psicológicas como as dificuldades de socialização, comportamentos desviantes e relacionais, saúde física, podem prolongar-se para esta faixa etária caso não sejam identificadas e intervencionadas (Garcia, Santos e Machado, 2015) (Sousa et al., 2022).

2.2.2 Relações na Adolescência

Segundo Tomé et al. (2011) as relações que o sujeito desenvolve ao longo da infância e na adolescência tem influência no seu comportamento. Neste sentido, sabe-se que durante o período infantil as figuras de referência e com mais relevância relacional são os pais, no entanto, esta situação altera-se com a transição para a adolescência, no qual o grupo de pares assume uma maior importância. Como tal, conhecer o grupo de pares é fundamental para se perceber se existem situações ou comportamentos com consumo de álcool/substâncias, tabaco, violência, etc. que comprometam o bem-estar físico e mental dos jovens.

Todavia, Braconnier e Marcelli (2000) salientam que apesar de os adolescentes se identificarem mais com os pares, as suas referências continuam a ser a família, na medida em que são estes que acompanham o sujeito no seu desenvolvimento e lhe transmitem regras, valores e asseguram os cuidados básicos em prol da sua saúde, bem-estar e acompanhamento académico. Para Stoeckli (2010) a questão da socialização é fulcral na adolescência, pois os sujeitos nesta fase de transição sentem-se sozinhos e incompreendidos pelos adultos, e a necessidade de pertença e aceitação tem um peso muito grande para o seu desenvolvimento pleno, o que significa que o isolamento, a não aceitação pelos pares pode desencadear situações menos saudáveis para os jovens (como citado por Tomé et al., 2011).

Para Anteghini et al. (2001) situações de risco como a gravidez na adolescência, consumos de álcool, tabaco e drogas pode ser evitada se a relação com os pais for positiva, sendo evidente para Claudino et al. (2006) que os riscos de perturbações emocionais são mais elevados em contexto em que não exista um bom relacionamento e satisfação com os familiares e pares (Tomé et al., 2011).

Desde 1998, que Portugal, em articulação com a OMS participa em estudos da HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) sobre a saúde dos adolescentes, existindo várias publicações desde esta data (2002, 2006, 2010, 2014, 2018 e 2022) (Gaspar et al., 2022).

Segundo Camacho e Matos (2008) num estudo realizado pela (Health Behavior in School-aged Children [HBSC]) em adolescentes portugueses no ano de 2006, verificou-se que os jovens que têm uma boa relação e comunicação com os pais não manifestaram comportamentos aditivos como o consumo de álcool, drogas e tabaco, contatando-se exatamente o oposto em jovens que vivenciam uma parentalidade mais permissiva. São várias as evidências observadas em outras populações de que o tipo de relação que têm com os familiares e pares, é potenciadora de um melhor ou pior ajustamento do jovem, e consequentemente da existência ou inexistência de perturbações emocionais (citado por Tomé et al., 2011).

Mais recentemente, no estudo publicado, em Portugal, no ano 2022 o questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) foi aplicado em 40 Agrupamentos de Escolas do ensino básico e secundário a 452 turmas, com um total de 5809 participantes.

De acordo, com os dados divulgados no estudo de 2022, verificam-se várias alterações nas áreas avaliadas, principalmente, nas questões relacionadas com a saúde mental e bem-estar dos jovens e adolescentes associadas à pandemia Covid-19, a perceção em relação à felicidade diminuiu (13,8%- 27%), assim como o nível de satisfação com a vida, isto é, em comparação

com os dados do estudo realizado em 2018. Existiu, também, um aumento de sintomas físicos tais como: dores de cabeça (5,3%- 8%), nas costas (8,6%- 12,2%), e em relação à sintomatologia psicológica nervosismo (13,6%-21%); irritação/mau humor (12,6%-15,8%), medo (6,3%-9,1%), tristeza (9,2%-11,6%) (Gaspar et al., 2022).

No que diz respeito, às relações nos mais variados contextos, os rapazes revelam uma maior facilidade na comunicação com os pais, professores, amigos do que as raparigas nas faixas etárias entre os 13 e os 14 anos. Todavia, a partir dos 15 anos os jovens, no geral, revelam uma má comunicação ou relação, principalmente com os pais (mãe), isto é, em relação ao estudo de 2018, verificou-se a diminuição dos níveis relacionais e comunicacionais. Também se verificou um decréscimo ao nível dos consumos de álcool, drogas e tabaco. Por outro lado, constatou-se um aumento da navegação na internet (jogos, redes sociais) e das experiências ao nível sexual (Gaspar et al. 2022).

2.2.3 Vinculação

O processo da vinculação, ocorre após o nascimento da criança, uma vez que, durante a gestação o bebé é uma extensão da sua mãe. A teoria da vinculação foi desenvolvida por Bowlby, o contato e o vínculo que se desenvolve entre a mãe e o bebé é essencial para um pleno desenvolvimento da criança, dado que sentimentos como a proteção, cuidado e segurança são transmitidos promovendo assim o conforto, a autoestima e bem-estar. Em suma, o contato entre a mãe e a criança é fundamental para o estabelecimento de uma relação de suporte, segurança, cuidado, amor e proteção (Almeida & Castro, 2013).

Embora este processo seja considerado como primário, a vinculação entre a mãe e filho, vai-se construindo ao longo dos primeiros anos de vida, transformando-se numa relação de apego que protege e cuida do indivíduo numa fase em que este é indefeso, a forma como a mãe cuida do seu filho assemelha-se à sobrevivência das espécies (Almeida & Castro, 2013).

Conforme Bowlby (1988), a relação entre o cuidador-bebé (vinculação) tem impacto significativo ao longo do desenvolvimento infantil e juvenil do indivíduo, dado que este laço afetivo é constituído por apoio, segurança, carinho e fortalecimento (Granja & Mota, 2018).

Todavia, importa salientar que as relações de apego podem ser variáveis, ou seja, a estabilidade ou instabilidade deste tipo de relação vai ter impacto na forma como o padrão relacional do indivíduo se irá desenvolver. Desta forma, existem vários tipos de vinculação que foram identificados por Bowlby, tal como a vinculação segura que se define pelo estabelecimento de uma relação entre a mãe e filho, na qual a mãe está atenta às necessidades básicas e essenciais do seu bebé (Almeida & Castro, 2013).

Para Bowlby (1969) as relações que o indivíduo estabelece ao longo da sua vida, especialmente, na fase da infância e adolescência são influenciadas pelos tipos de vinculação que se estabelece entre o cuidador-bebé, a vinculação pode ser caracterizada como segura ou insegura (Granja & Mota, 2018).

Para Ainsworth (1989), o estabelecimento de relações de intimidade, proximidade e amorosas são características na adolescência, isto é, é nesta fase que os jovens buscam não só a aceitação dos seus pares, mas também as relações de amor e cuidado (Melo & Mota, 2013).

Embora, a vinculação se encontre associada à relação estabelecida entre os pais e filhos, este termo transcende essa relação, dado que esta vai estar presente no desenvolvimento interpessoal e relacional do indivíduo ao longo da sua vida. No que diz respeito à vinculação desenvolvida com os pares, esta assenta num registo de segurança tal como na relação com os pais, no entanto, estes são considerados sempre como as figuras de apoio que auxiliam nas situações mais complexas do desenvolvimento humano (Melo & Mota, 2013).

Ainda de acordo com o autor supracitado, o desenvolvimento das relações na adolescência para além do seu cariz de aceitação, validação e formação da sua identidade podem estar também associadas ao desenvolvimento de uma estrutura que promova competências como a resiliência para lidar com alterações que possam surgir na sua estrutura familiar e social.

Conforme Bartholomew e Shaver, 1998, embora a vinculação seja um fator determinante na qualidade das relações interpessoais, na adolescência os jovens têm a capacidade de se ajustar à medida que desenvolvem novas relações, a sua estrutura é permeável, ajustando-se desta forma às mudanças (Granja & Mota, 2018).

Segundo, Almeida e Castro (2013) as relações seguras podem ser consideradas como modelos facilitadores e dinâmicos na adaptação às mudanças relacionais que ocorrem na adolescência, assim como na fase adulta. Por outro lado, relações inseguras que carecem de uma reavaliação e reestruturação com o intuito de tornar o indivíduo funcional e relacional.

Conforme Anastácio e Lima (2015) estudos realizados referem que a vinculação segura é potenciadora de bem-estar e equilíbrio no adolescente, ou seja, os jovens manifestam uma perspetiva segura e positiva perante a vida, na relação com os seus pares, no desenvolvimento escolar e académico, e consequentemente menos sintomas psicológicos.

2.2.4 Tipos de vinculação

A vinculação como referido anteriormente pode ser caracterizada por: vinculação segura e insegura. Neste sentido, na década de 80 alguns autores definiram a vinculação em 5

tipos: 1) *Emanhado*: é caracterizado com uma relação de dependência e de fraca duração, na qual o indivíduo é ambivalente, manipulador, hostil, desligado e contraditório; 2) *Desligado*: é um indivíduo evitante, individualista, receoso, e pouco confiante nos outros, revela dificuldades na socialização e na relação com os outros; 3) *Amedrontado*: caracteriza um indivíduo com dificuldades de relacionamento com os outros por medo, ansiedade social relacionada com experiências passadas, é também evitante pelo receio da rejeição/desilusão; 4) *Retraído*: individualista, mas sem receio de se envolver com os outros, embora não anseie compromisso; 5) *Padrão/Seguro*: caracterizado como um indivíduo com mantém relações amorosas e sociais estáveis e seguras, apoia o companheiro/a e restante família (Almeida & Castro, 2013).

Para Barbosa e Costa (2001) o tipo de vinculação que os adolescentes têm com as suas figuras de referência tem impacto na forma como estes encaram e aceitam as pressões sociais, em particular, nas situações relacionadas como a sua imagem física, dado que é nesta fase de desenvolvimento que se deparam com o contato corporal, físico, emocional e amoroso com os pares. Nesta conformidade, quando a vinculação é segura o jovem/adulto é detentor de uma elevada autoestima e conceito de si, o que lhe permite sentir-se mais confiante em relação à sua imagem. Quando a vinculação é insegura, os sentimentos de negatividade dominam, e existe uma maior dificuldade de autoaceitação e autovalorização de si e do seu corpo (Claro & Mota, 2019).

2.2.5 Estilos de Parentalidade

Para Benchaya et al., (2011) a relação entre pais e filhos pode ser definida através dos estilos parentais, na medida em que estes estão associados à transmissão de regras, valores, estrutura familiar e apoio emocional. A família é considerada o principal pilar na infância, sendo assim, os pais são responsáveis pela educação e desenvolvimento da criança (Carvalho & Silva, 2014).

Na sequência do desenvolvimento da teoria da vinculação, surge um modelo que foi considerado por Maccoby e Martin (1983) que se associa aos estilos parentais que têm impacto e influência na forma como os adolescentes se relacionam com a família e pares, salientando desta forma dois conceitos a responsividade e a exigência. A exigência, tal como o próprio nome indica, caracteriza-se pela autoridade e necessidade de controlar os comportamentos dos filhos, através da imposição de regras e limites. A responsividade caracteriza os pais atentos, compreensivos que apoiam os filhos, promovendo a sua autonomia, apoio emocional e a sua autoestima (Granja & Mota, 2018).

Estes dois conceitos aliados podem ter vantagens e desvantagens, isto é, estilos parentais democráticos são regulados por elevados índices de responsividade e exigência, ao contrário dos estilos parentais autoritários regem-se por fraca responsividade e elevada exigência. Para além destes, o estilo parental permissivo, caracteriza-se por pais que delegam nos seus filhos responsabilidade, imiscuindo-se da sua responsabilidade parental, são pais pouco exigentes e pouco responsivos (Granja & Mota, 2018).

Para Granja e Mota (2018) um dos elementos mais afetados pelos estilos parentais é a comunicação, na medida em que, nos estilos parentais autoritários e permissivos esta é altamente afetada tendo um impacto negativo na relação. Todavia, em estilos parentais democráticos a comunicação é mais fluida, consistente e equilibrada.

Segundo Carvalho e Silva (2014) o tipo de vínculo entre pais/cuidadores e filhos é determinante no desenvolvimento da personalidade no indivíduo. Posto isto, quando este vínculo não é estruturante podem ocorrer alterações no comportamento dos jovens, isto é, desencadear sintomatologia psicológica e adições/consumos de drogas e álcool. Todavia, esta não é uma situação específica, dado que podem existir outras variáveis ao nível dos estilos parentais que têm impacto na vida dos jovens.

De acordo com o autor supramencionado, é possível identificar o estilo parental permissivo ou negligente como potenciador de sintomatologia depressiva, na medida em que o suporte familiar neste estilo parental se revela insatisfatório.

Segundo Noronha e Batista (2017) desde a década de 60 que são realizados vários estudos sobre os estilos parentais, e como tal, o contexto social, cultural e familiar têm influência no desenvolvimento dos indivíduos, isto é, a forma como os pais/cuidadores educam os seus filhos vai refletir-se no seu desenvolvimento. A título de exemplo, um comportamento de violência poderá ser identificado como um comportamento a replicar, dado que o sujeito foi exposto a essa experiência e vivência.

Concluindo, a forma como os pais/cuidadores educam e cuidam dos seus filhos irá ter repercussões no seu desenvolvimento, especialmente, em estilos parentais negligentes ou permissivos, dado que estes contextos familiares poderão ser potenciadores de sintomatologia depressiva ou desviante (Noronha & Batista, 2017).

2.2.6 Bullying

O conceito *bullying* surge no final da década de 80, após vários estudos relacionados com ideação suicida e suicídio dos jovens que eram vítimas de violência psicológica e física (Rezende & Costa, 2022).

Para Pereira (2008) a frequência com que se intimida, ofende, humilha as crianças/jovens é o que caracteriza o *bullying*, esta situação pode acontecer durante vários anos, meses ou semanas, as vítimas deste abuso manifestam dificuldade em se defender. Este pode ser praticado por grupos ou apenas por uma pessoa de forma sistemática, as agressões podem ser relacionadas com as características físicas ou comportamentais (Costa & Pereira, 2013).

Segundo Rezende e Costa (2022) as vítimas de *bullying* podem desenvolver várias perturbações emocionais e psicológicas como causa de uma situação que experienciaram na infância/adolescência. A relação de *bullying* é constituída por um ou mais agressores, e uma ou mais vítimas. Este ocorre predominantemente nos espaços escolares, familiares e numa fase em que as crianças/jovens buscam a sua identidade e identificação com os pares, os motivos associados a esta prática podem estar relacionados com o aspeto físico, desempenho académico, desigualdade social, etc.

Neste sentido, Sanmartin (2006) refere que esta prática compromete a saúde psicológica dos adolescentes, sendo assim necessário encontrar estratégias que previnam a agressão e a vitimização. O indivíduo que tenha sido alvo da prática de *bullying* pode apresentar comprometimento a nível da sua autoestima e na relação com os outros (Costa & Pereira, 2013).

Importa ainda referir que, para Pereira (2008) as agressões relacionadas com a prática de *bullying* podem surgir de forma disfarçada, ou seja, estas agressões não são visíveis e identificadas por quem acompanha o jovem, e o próprio jovem tem receio em manifestar o que se passa na sua vida, sendo de difícil identificação e potenciador de grande sofrimento psicológico (Costa & Pereira, 2013).

Estudos referem que as agressões físicas e verbais são muito comuns nas situações de *bullying* em crianças, por outro lado, quando esta situação ocorre na adolescência a prática mais utilizada é o colocar de lado determinado indivíduo, excluindo o mesmo das atividades que acontecem no meio escolar e social (Costa & Pereira, 2013).

Conforme Pereira e Cunha., (2018) o impacto psicológico destas agressões podem ter prevalência ao longo da vida do indivíduo, dado que, o conceito que tem de si fica comprometido originando sintomatologia como a depressão, dificuldades escolares, dependências de álcool e drogas, isolamento social e risco de suicídio.

Pode ainda ocorrer outra sintomatologia associada a este tipo de agressão como: os ataques de pânico, as fobias associadas a situações de medo persistente, ansiedade, culpa, negatividade, a tristeza, a angústia, sentimentos de inutilidade, perturbações alimentares, entre outros (Rezende & Costa, 2022).

E ainda, segundo Albuquerque et al., (2013) quando o indivíduo sente um medo muito exacerbado, memórias, irritação, sofrimento estes podem estar associados à perturbação de stress pós-traumático (Rezende & Costa, 2022).

2.2.7 Perturbação Borderline

De acordo com o DSM-V (2014) a Perturbação Borderline (PB) pode surgir no início da idade adulta, é caracterizada pela dificuldade nas relações interpessoais, principalmente, na gestão de sentimentos e emoções (desregulação emocional). Os indivíduos com PB receiam o abandono, a separação (real ou imaginária) comprometendo assim a sua perceção, compreensão, atitudes e emoções.

Ainda de acordo com Jordão e Ramires (2010) a PB é caracterizada por instabilidade e intensidade nos relacionamentos interpessoais; imprudência; desconfiança; agressividade e raiva.

Para além destas, este funcionamento disruptivo muito associado à ideia de abandono e separação pode originar comportamentos de autolesão e de dependências, através do abuso de drogas, álcool, sexo, e ainda ideação suicida. Esta perturbação tem uma prevalência de 1,6% na população podendo ascender aos 6%, em doentes internados em psiquiatria os valores podem rondar os 20%. Estudos indicam que a percentagem de indivíduos com ideação suicida, associada à PB corresponde a 69%-80%, sendo que destes, 10% dos indivíduos cometem suicídio (Marques et al., 2017).

Conforme Trull et al. (2018) um dos fatores que desencadeia as dependências químicas está associado à impulsividade que é uma característica dos indivíduos com PB, aliado a este fator podem ocorrer outras variáveis como traumas de infância e a história familiar. Outras características identificadas após vários estudos realizados sobre esta perturbação identificam a instabilidade afetiva, a raiva, a solidão como os sentimentos mais evidentes, sendo desta forma, o recurso ao uso de substâncias uma forma de encarar a realidade que provoca sofrimento.

Para Rosa et al., (2015) os indivíduos diagnosticados com PB têm tendência a procurar situações que ponham em risco a sua integridade física e a sua saúde, isto é, os impulsos que os caracterizam estão associados ao sentimento de abandono, vazio, desespero e falta de confiança.

Segundo Agrawal, Gunderson, Holmes e Lyons-Ruth (2004) estudos indicam que existe uma forte correlação entre a PB e a vinculação insegura (como citado por Jordão & Ramires, 2010).

Para Lis e Bohus (2013) embora várias pesquisas sobre a PB incidam na desregulação emocional como a principal característica, importa referir que esta também é sintoma de outras

patologias psiquiátricas. Como tal, os comportamentos de automutilação, ideação suicida, agressividade e a raiva são indicadores muito presentes em indivíduos como PB, verificando-se desta forma um funcionamento disruptivo ao nível cognitivo e social.

De acordo com a American Psychiatric Association (2002) a automutilação, as ideações suicidas são despoletadas pelo frequente sentimento de separação, rejeição e abandono. Os indivíduos com PB a nível relacional são muito instáveis, devido à fantasia que criam em relação ao outro, a sua perceção da realidade fica comprometida, revelando assim volatilidade em relação aos pares, familiares, isto é, a relação é muito boa ou muito má, não existindo um meio termo (Costa et al., 2013).

Concluindo, as dificuldades associadas ao conhecimento de si mesmo e dos outros resultante de eventos traumáticos ou de outras situações associadas à PB são potenciadoras de comportamentos autolesivos e impulsivos. Um indivíduo com PB tem predisposição a reagir de forma negativa às situações que são positivas, esta reação é uma forma de defesa vital, sendo assim muito difícil para estes indivíduos manter relações sólidas, duradouras e estáveis provocando, assim, níveis de insatisfação com a vida muito elevados (Serralta et al., 2019).

2.2.8 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Segundo o DSM-V (2014) a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é caracterizada por falta de atenção persistente, por reações impulsivas, e de movimento motor constante que afeta as crianças em idade escolar, nomeadamente a partir dos 7 anos de idade, com maior incidência nos rapazes que nas raparigas. Esta perturbação do neuro desenvolvimento tem impacto em várias áreas da vida das crianças/indivíduo, sobretudo a nível escolar, laboral e social.

Os sintomas mais frequentes nesta perturbação são: a hiperatividade, a impulsividade e a falta de atenção, com a duração de 6 meses ou mais, por norma, estes sintomas são evidenciados em contexto escolar e familiar (Rouxinol, 2018).

A hiperatividade é identificada pelo excesso de atividade motora; a impulsividade pela dificuldade em gerir as emoções e comportamentos e a falta/défice de atenção pela dificuldade de concentração e realização de atividades. Existem três subcategorias na PHDA: os indivíduos com um grau elevado de défice de atenção, os que têm um elevado grau de hiperatividade, e por último os indivíduos que têm défice de atenção e hiperatividade (Sousa, 2017).

Embora a PHDA seja sinónimo de crianças ou adultos muito agitados e inquietos, o inverso também pode acontecer, isto porque, os indivíduos podem ter apenas um dos sintomas destas perturbações, ou todos. Tal como Rappley (2005) refere os sintomas de défice de atenção

e hiperatividade são identificados em 80% da população com esta perturbação. Estudos indicam que a PHDA permanece em cerca de 50% a 80% dos adultos diagnosticados (como citado por Sousa, 2017).

Importa salientar os fatores genéticos e ambientais associados à PHDA, os primeiros relacionados com aspetos internos (hereditariedade/ familiaridade, biológicos e fisiológicos), os segundos com aspetos externos (condições físicas, sociais, culturais, económicas). Como tal, no que se refere à hereditariedade significa que nas crianças com PHDA diagnosticadas 20% dos casos têm algum familiar próximo com hiperatividade; biológicos associados ao atraso na maturação desenvolvimental; pré-natais relacionados com consumos de álcool e drogas na gestação e situações de ansiedade; pós-natais nascimento prematuro ou outras complicações no parto; neurológicos relacionados com alterações químicas e físicas do funcionamento cerebral. Quanto aos fatores ambientais estão associadas diversas variáveis como o estatuto socioeconómico, os grupos de pertença e sociais, para além de questões relacionadas com os estilos parentais, comportamentos desviantes, ambientes familiares disruptivos (Rouxinol, 2018).

O diagnóstico desta perturbação carece de uma avaliação específica realizada por uma equipa multidisciplinar. As dificuldades na aprendizagem, a agitação, a impulsividade, a falta de atenção e a dificuldade em estabelecer relação com os pares são algumas das manifestações comportamentais identificadas em possíveis casos de diagnóstico de PHDA (Coelho et al., 2014).

Conforme de Sousa (2017) a avaliação psicológica em casos de PHDA é fundamental e deve ser rigorosa, dado que existem situações ou episódios traumáticos (luto, separação, *bullying*, etc.) na vida do indivíduo que podem desencadear um comportamento com sintomas idênticos aos desta perturbação. Existem várias evidências de um excesso de diagnósticos de PHDA ao longo dos últimos anos, como tal, a análise e a avaliação de contextos familiar, escolar e social é essencial para se compreender se o indivíduo tem esta perturbação do neuro desenvolvimento.

Segundo Silva et al. (2015) os pais de crianças e adolescentes com PHDA apresentam elevados níveis de stress em relação aos pais de crianças sem perturbações do neuro desenvolvimento. Verificam-se dificuldades nestes contextos familiares, que podem tornar-se disfuncionais e desequilibrados, principalmente para as mães das crianças com esta perturbação que evidenciam níveis de stress significativos.

2.3 Papel do psicólogo na psicologia clínica

Segundo Leal et al. (2012) a psicologia enquanto ciência que estuda o comportamento humano, é considerada multidisciplinar pelos vários contextos de intervenção em que atua.

Como tal, a psicologia clínica utiliza um método para verificar o que se passa com o doente/cliente/paciente, que consiste no método clínico, muito semelhante ao modelo médico que é uma alternativa ao método experimental. Durante muito tempo esta prática foi desenvolvida em ambientes médicos, e exercida por psiquiatras (Leal et al., 2012).

Todavia, este conceito durante muito tempo esteve associado à área da psiquiatria. Após a 2ª Guerra Mundial, a psicologia clínica adquiriu muita importância através da sua intervenção com a população que esteve exposta ao clima de guerra, tendo surgido várias perturbações mentais nesta época derivadas deste contexto (Leal et al., 2012).

Mais tarde, nos anos 70 existiu uma alteração ao método utilizado, e para além do modelo biomédico, o modelo psicossocial ganhou expressão na área da psicologia clínica tornado assim a abordagem multidisciplinar ao nível das equipas da saúde, ganhando os psicólogos com esta mudança que transformou a psicologia clínica numa área da saúde (Leal et al., 2012).

Conforme Leal (2018), desde o início do século XIX que a grande preocupação da psicologia clínica estava relacionada com a avaliação, a observação, identificação de perturbações psicológicas ou de personalidade, e o ajustamento do sujeito à sociedade.

Ainda de acordo com esta autora, as ações de intervenção e prevenção desenvolvidas por um psicólogo em qualquer contexto, poderão ser uma mais-valia para o desenvolvimento integral dos adolescentes e jovens, permitindo que estes adquiram ferramentas de desenvolvimento pessoal, vocacional e de saúde física e psicológica. O papel do psicólogo consiste em prestar apoio, um cuidado e atenção personalizada ao seu doente, cliente ou paciente. Nesta conformidade, para Brito (2008) o papel do psicólogo clínico consiste em conhecer a verdade do sujeito para se poder definir um protocolo de intervenção adequado às suas necessidades, de acordo com domínio que tem das teorias, técnicas, métodos e abordagens.

Como se sabe, atualmente a prática clínica e da saúde realiza-se através do sistema nacional de saúde (hospitais, centros de saúde, lares de idosos, etc.), mas também em consultórios privados onde se faz acompanhamento psicológico aos clientes, sendo que esta é uma área muito abrangente da psicologia (Leal et al., 2012).

2.4 Avaliação psicológica

Segundo Rigoni et al. (2016) o processo de avaliação psicológica permite conhecer, avaliar e interpretar as várias características de personalidade, sintomas associados a perturbações psicológicas, neurológicas que afetam o funcionamento cognitivo do indivíduo. Permite ainda, efetuar um diagnóstico por forma a encontrar a estratégia mais adequada para a resolução das questões e sintomas que causam sofrimento ao indivíduo.

Para Pais-Ribeiro (2013) em psicologia a avaliação consiste na pesquisa de informações que auxiliem na tomada de decisão perante um problema, ou seja, após a avaliação devem ser tomadas medidas. A avaliação pode ser realizada no âmbito de recrutamento e seleção, supervisão de projetos, investigação e de diagnóstico. Em relação à psicologia, a aplicação de testes permite efetuar o diagnóstico de perturbações ao nível intelectual, da personalidade e aptidões.

Conforme Hutz (2015), os testes são um complemento à avaliação psicológica, na medida em que, através destes é possível complementar e fundamentar um diagnóstico. Em primeiro lugar, antes da aplicação de testes individuais ou em grupo deve ser realizada uma entrevista por forma a conhecer os motivos e a necessidade de aplicação de testes. Importa referir que a aplicação de testes em psicologia carece de formação e preparação adequada.

De acordo com este autor os testes psicológicos medem variáveis que não se conseguem observar diretamente, embora, após algum período de convivência se consiga perceber o funcionamento do indivíduo.

Para além destes, a entrevista e a observação são um método fundamental para a avaliação psicológica. A entrevista pode ser acompanhada de guião ou não, e existem vários tipos de entrevista, como as estruturadas, as semiestruturadas, a aplicação destas requer também um treinamento específico na área da psicologia. A observação permite avaliar o comportamento, a linguagem verbal e não verbal, é possível recolher várias informações através desta (Hutz, 2015).

2.4.1 Teste Desenho da Família

Segundo Ortega (1981) o teste desenho da família já era aplicado nos anos 30, tendo vários autores realizado estudos e aplicado este teste para avaliar a personalidade das crianças. Todavia, foi nos anos 50 que os psicólogos recorreram à utilização deste teste com mais regularidade.

O teste desenho da família é projetivo, e o seu objetivo é compreender a personalidade do indivíduo, ou seja, recorrendo ao desenho é possível perceber o inconsciente e consciente

do indivíduo, principalmente a existência de conflitos e o funcionamento familiar (Rosário & Kobayashi, 2016).

Ainda para este autor, este teste tem uma aplicação simples e eficaz que é bem aceite pelas crianças e jovens, podendo ser aplicado a partir dos 6 anos de idade, inclusive a adolescentes e adultos.

Segundo Campos (2006), os testes projetivos como o desenho permitem perceber as estruturas inconscientes da criança, sendo desta forma possível conhecer o seu comportamento psíquico, isto é, mediante o desenho é possível explorar as estruturas internas da criança (Silva et al. 2014).

Foram vários os investigadores que aplicaram este teste, no entanto, na década de 70 Corman, desenvolveu um novo método de aplicação e compreensão do teste que se mantém até aos dias de hoje, e que consiste: a) não restringir a liberdade de desenhar, assim definiu como prioridade o desenho da família imaginária e b) a análise do desenho com base no gráfico, estrutura formal e o conteúdo (Ortega, 1981). Nesta conformidade, Corman (2003) considera muito importante a forma como o desenho é efetuado e o seu resultado (Rosário & Kobayashi, 2016).

2.4.2 Aplicação do teste

Conforme Buck (2003) a aplicação do desenho da família pode ser individual ou em grupo, e devem estar reunidas as condições necessárias para a realização da mesma, esta prova pode ser uma aplicação inicial ou fazer parte do método de intervenção. O material de apoio utilizado para a aplicação do teste é uma folha branca, lápis de carvão, borracha e lápis de cor (Borsa, 2010).

O teste inicia-se pedindo à criança que “faça o desenho da sua família imaginária como quiser, e o melhor que conseguir”. Durante a prova o psicólogo deve estar atento à ordem de cada figura desenhada e ao discurso da criança. No final da tarefa o desenho deve ser explorado em conjunto, com o objetivo de ser compreender a representação de cada elemento e a dinâmica familiar existente (Ortega, 1981).

Concluindo, o teste desenho da família de Corman permite identificar como estão a ser organizadas as estruturas internas da criança, este permite a compreensão de dados muito importantes acerca da personalidade e da qualidade das relações familiares. As formas, o detalhe, as posições e as cores utilizadas no desenho permite ao examinador compreender os elementos que são mais ou menos valorizados, e se existe um clima de tensão ou harmonia familiar (Santos & Kobayashi, 2016).

2.5 Abordagem Humanista de Carl Rogers

Segundo Hipólito (2011) Carl Rogers procurou um modelo terapêutico sistemático, prático e alternativo aos modelos existentes como a psicanálise, o *behaviorismo* e os testes psicométricos, através das experiências de aconselhamento propôs uma abordagem não-diretiva, ao contrário das abordagens utilizadas nas outras práticas da psicologia que se caracterizam como diretivas. Rogers acreditava que cada indivíduo era detentor de ferramentas e capacidade para resolver as suas questões/problemas, isto é, no processo de aconselhamento estava implícita uma atitude de confiança que potencia no indivíduo a sua capacidade de atualização.

Para Kirschenbaum (2007) foram várias as áreas da psicologia nas quais Carl Rogers avançou com propostas de intervenção, tais como: a psicoterapia; o aconselhamento psicológico; terapia de grupo; nas relações interpessoais e na educação. Conforme Castelo Branco (2019) todo o trabalho de pesquisa de Rogers foi alvo de várias experiências, estudo, observações e alterações que contribuíram para o que hoje se conhece da abordagem centrada na pessoa, terapia centrada no cliente e aconselhamento não-diretivo (Branco, 2022).

Durante o processo de investigação da abordagem humanista que se iniciou nos anos 40, este iniciou pelo conceito da não-diretividade, seguidamente para a Terapia Centrada no Cliente (TCC), e mais tarde para Abordagem Centrada Pessoa (ACP). Sendo sempre um dos pilares mais importantes a capacidade que o indivíduo tem para se conhecer, evoluir e compreender (Cury et al., 2012).

2.5.1 Não-diretividade

Por não-diretividade, entende-se o espaço, a confiança, o não julgamento, a aceitação e a autonomia que é disponibilizada durante o processo terapêutico, ou seja, o cliente a seu tempo vai partilhando com o terapeuta os assuntos que considera mais importantes para si de compreender, aceitar, organizar e valorizar (Cury et al., 2012).

Ainda para acerca da não-diretividade, Hipólito (2011) refere que a capacidade de resolução está implícita no indivíduo, isto é, enquanto o indivíduo encontra respostas para as suas questões acontece o processo de maturação.

Segundo, Moreira (2010) a não-diretividade consiste num conjunto de impulsos individuais que promovam a saúde e o crescimento, a componente sentimental é prevalente à relação à intelectual, assim como o presente em relação ao passado, o indivíduo é o cerne da questão, e a relação que se estabelece entre o indivíduo e o terapeuta é uma experiência de crescimento, amadurecimento e atualização.

2.5.2 Terapia Centrada no cliente

A TCC é caracterizada como um conjunto de atitudes facilitadoras do terapeuta para com o cliente, isto é, a empatia, a aceitação incondicional positiva e a congruência. Em relação à primeira atitude consiste em compreender e colocar-se no lugar do cliente; a segunda atitude corresponde ao respeito pela individualidade do cliente; e por último a terceira que consiste na relação e na comunicação que se estabelece entre o terapeuta e cliente (Moreira, 2010).

Conforme Hipólito (2011) o modelo da TCC encontra-se organizado da seguinte forma: a tendência atualizante, as seis condições necessárias e suficientes promotoras da mudança e a não-diretividade. A tendência atualizante é a capacidade intrínseca que o indivíduo tem para se auto formar, modificar, atualizar, sendo esta uma característica inata dos seres humanos.

Como citado por Moreira (2010) as seis condições necessárias e suficientes são: Rogers (1994) desenvolve a teoria das atitudes facilitadoras do processo terapêutico, assim resumindo o que, para ele, são as condições necessárias e suficientes para que ocorra uma mudança construtiva de personalidade: 1) Que duas pessoas estejam em contato psicológico; 2) Que a primeira, a quem chamaremos cliente, esteja num estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa; 3) Que a segunda pessoa, a quem chamaremos de terapeuta, esteja congruente ou integrada na relação; 4) Que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente; 5) Que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do esquema de referência interno do cliente e se esforce por comunicar esta experiência ao cliente; 6) Que a comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja efetivada, pelo menos num grau mínimo. (p. 157)

2.5.3 Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

Segundo Hipólito (2011) a ACP apresenta-se pela eficácia dos princípios e consequências associados à tendência atualizante e formativa, para tal contribuem as seis condições necessárias e adequadas para que ocorra a alteração da personalidade, e, por conseguinte, a atualização do indivíduo a nível social e biológico.

Uma outra característica desta abordagem que se encontra relacionada com a não-diretividade é a técnica utilizada na intervenção que consiste na reformulação, ou seja, existe um reforço da comunicação do cliente, transmitindo e compreendendo aquilo que o cliente diz e sente. É através, da empatia que o terapeuta manifesta uma atitude não-diretiva, e assim

respeita o tempo e as necessidades do cliente. Em suma, embora este processo pareça simples, é na verdade complexo, exigindo do terapeuta a capacidade de respeitar os “timings” do cliente (Cury et al., 2012).

III Parte - Trabalho de Estágio

3.1 Observação

Primeiramente realizou-se a formalização do estágio, a apresentação à equipa do GAP, seguiu-se o planeamento das atividades a acompanhar em ambos os locais de estágio, a elaboração da ficha de anamnese e do consentimento informado orientado para o desempenho do estagiário no GAP.

Durante quatro semanas, foi realizada a observação do trabalho diário do psicólogo no contexto educacional assim como: a análise de proposta de projetos educativos, participação em reuniões várias, elaboração de relatórios de monitorização de atividades, levantamento de necessidades nos vários AE, planeamento, organização, participação em conferências e seminários, desenvolvimento de projeto piloto de inclusão.

3.1.1 Participação em reuniões

Durante os meses de estágio foi possível participar em várias reuniões com entidades parceiras, com os diretores dos Agrupamentos de Escolas e professores. Os temas destas reuniões foram muito variados desde as problemáticas e constrangimentos que se identificam nas escolas, a apresentação de propostas de melhoria, a apresentação de projetos que são desenvolvidos por entidades externas e que podem ser potenciadores de novas aprendizagens e competências dos alunos. Como por exemplo: o projeto de leitura, cujo objetivo se prende com a identificação de alunos com dificuldades na leitura, e através da aplicação de uma metodologia adequada durante o ano letivo os alunos podem apresentar melhorias significativas.

Participou-se também em reuniões de elaboração de relatórios de monitorização das várias atividades que são promovidas pelo Departamento, e ainda na elaboração do relatório anual que é elaborado por todas as divisões, e contempla todas as áreas de intervenção da Educação.

Foram realizadas durante o período de estágio reuniões de equipa quinzenais para distribuição de tarefas, ponto de situação dos projetos, ações e atividades que se encontravam em planeamento ou desenvolvimento.

A presença nestas reuniões foi muito positiva e ajudou a desenvolver competências de interação com os vários intervenientes, sejam elementos externos ou internos da organização, permitindo, assim conhecer as diversas áreas de atuação de um psicólogo.

3.1.2 Conferências, Seminários e Encontros

Ao longo do ano letivo foram realizadas várias reuniões com o intuito de planejar conferências e seminários com temas associados à educação e saúde mental (educação inclusiva, saúde mental nos jovens pós-covid 19, dificuldades na leitura, etc.). Estas conferências eram realizadas de dois em dois meses, sendo o público-alvo pessoal docente e não docente, e encarregados de educação.

Foram organizadas cinco conferências, e para tal era necessário efetuar todo o procedimento administrativo e articular com as diversas unidades orgânicas do município, oradores e demais parceiros. O mesmo procedimento foi também realizado para a organização e planeamento do Encontro de Educação no qual o estagiário esteve envolvido. Estivemos presentes no IX Seminário de Psicologia da Educação promovido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses em Coimbra. Com a participação nestas atividades foi possível ampliar o conhecimento nas mais diversas áreas da educação e da psicologia.

3.1.3 Desenho do projeto de Inclusão

Devido à urgência desta temática nos AE do Município foi constituída uma equipa para desenvolver um projeto de inclusão na qual o psicólogo estagiário foi integrado. Integraram esta equipa um psicólogo, um técnico de ciências da educação, um professor de 1º Ciclo, de Necessidades especiais de Aprendizagem e Formação de Professores. A premissa deste projeto consistiu em capacitar pessoal docente e não docente de ferramentas para fazer face aos constrangimentos identificados pelos professores, assistentes operacionais e encarregados de educação.

Neste âmbito foram realizadas várias reuniões com Direções de Agrupamentos, e entidades externas que desenvolvem ações de formação acreditadas com o fim de se desenhar o projeto. Foi efetuado o diagnóstico de necessidades a fim de se aferir o número de alunos e escolas com mais dificuldade em dar resposta às necessidades dos alunos.

A participação no desenho deste projeto ajudou a desenvolver competências ao nível da psicologia educacional, nomeadamente, no que diz respeito à elaboração de um diagnóstico, desenvolvimento, implementação e a análise dos resultados.

3.1.4 Reuniões de equipa do GAP

Durante o período de estágio foram realizadas reuniões de equipa de 2 em 2 meses, nestas reuniões apresentava-se a lista de pedidos de acompanhamentos, e realizava-se a distribuição dos mesmos por cada um dos psicólogos. Também se discutiam alguns casos, nomeadamente, os casos encaminhados pelo hospital da área.

Para além destas reuniões, de 3 em 3 meses realizaram-se reuniões com assistente social e a psicóloga do hospital para discussão dos casos que estavam a ser também acompanhados pelos psicólogos do GAP. Planeou-se uma conferência em articulação com esta equipa do hospital com o tema “Depois da Máscara” para os jovens do concelho.

A participação e observação nestas reuniões facilitaram a integração da estagiária na equipa, sendo assim possível acompanhar a dinâmica de trabalho de cada um dos elementos da equipa, assim como conhecer diversas formas e práticas de intervenção e planeamento.

3.1.5 Reuniões de discussão de casos com o orientador

Estas reuniões aconteceram todas as semanas durante o período de estágio, ou seja, os atendimentos eram realizados às segundas-feiras, e as reuniões aconteciam à quinta-feira. O objetivo destas reuniões era debater cada sessão, analisar o conteúdo e preparar a sessões seguinte, e orientar o estagiário na elaboração das transcrições e registo das sessões.

Para além destas reuniões, foram realizadas 6 sessões de supervisão, o orientador convidou o estagiário a participar nestas sessões nas quais se apresentaram as questões mais complexas e dúvidas relativas aos casos de acompanhamento. Esta prática foi fundamental para o estagiário na aquisição de competências como a interpretação dos casos, a discussão dos mesmos, o conhecimento de outras abordagens de intervenção.

3.1.6 Sessão de aplicação de testes de orientação vocacional

A aplicação de testes de orientação vocacional é uma das valências do GAP são realizados todos os anos letivos, no entanto, estas apenas são solicitadas a partir de março/abril, não por indisponibilidade dos serviços, mas pela solicitação dos jovens que apenas se inicia nesta fase do ano. Estes testes têm como objetivo auxiliar os jovens nas suas escolhas no ensino secundário e superior.

Este processo inicia-se com uma entrevista individual, seguindo-se da aplicação dos testes em grupo. Após a cotação e elaboração do relatório os resultados são apresentados numa sessão individual agendada com cada jovem. Neste âmbito foram aplicados três testes: Teste D-48 (Teste de Dominós- Inteligência); IPP-R (Interesses e Preferências Profissionais) e o PMA (Aptidões Mentais Primárias) cada um com a duração de 25 minutos.

A estagiária apenas foi convidada a observar a aplicação dos testes, dado que a instituição não autorizou a participação da estagiária na fase da entrevista individual e apresentação dos resultados. Na sessão de aplicação dos testes que teve a duração de 2 horas, a psicóloga explicou cada um dos testes aos participantes. A estagiária observou como se faz a cotação dos testes, tendo efetuado a cotação de um teste com o acompanhamento da psicóloga.

A observação desta sessão permitiu à estagiária conhecer a dinâmica realizada na aplicação de testes de orientação vocacional em grupo no GAP. Embora esta tenha sido uma atividade pontual do estágio possibilitou o conhecimento de outra área de atuação da psicologia.

3.2 Acompanhamentos Psicológicos

No decorrer do período de estágio foi possível observar 12 casos e realizar uma avaliação psicológica. Os acompanhamentos psicológicos foram realizados com jovens entre os 13 e os 20 anos de idade.

As sessões aconteceram de outubro de 2021 a junho de 2022, seguidamente será apresentado o acompanhamento psicológico no qual foi realizada a avaliação psicológica. Importa, no entanto, referir que apenas foi aplicado um teste devido ao facto de o jovem ter deixado de frequentar as sessões.

Ressalva-se que no GAP não se realizam avaliações psicológicas, mas face à necessidade de uma avaliação psicológica no âmbito do estágio, a orientadora de estágio colaborou na aplicação do teste de desenho da família em conjunto com a estagiária. Estava também prevista a aplicação dos testes Desenho da Figura Humana de Goodenough e Bar-Ilan.

Para além deste serão apresentados resumidamente os casos de duas jovens que foram acompanhadas durante todo o processo de estágio.

3.3 Caso Clínico 1

3.3.1. Identificação

A. é um jovem adolescente, do sexo masculino, caucasiano, com nacionalidade portuguesa que frequenta o 7º ano de escolaridade do 3º CEB, é repetente. A mãe tem 39 anos, é funcionária pública e tem o 12º ano de escolaridade. O pai, de 52 anos com a profissão comerciante, tem o 5º/6º ano de escolaridade. Tem uma irmã. Os pais são separados. É o segundo filho de uma fratria de 2 irmãos, sendo ele o mais novo.

O agregado familiar é composto pela mãe, o padrasto, irmã mais velha e o próprio.

3.3.2 Motivo da Consulta

O pedido de ajuda surge por iniciativa da mãe, esta refere que o A. está com dificuldades na escola e que se isola muito, e é muito nervoso. Foram realizadas 6 sessões quinzenais com a duração de 45 minutos, estas iniciaram em março terminado em maio por desistência do próprio. Duas sessões de entrevista com A. e a mãe e uma sessão de avaliação psicológica, as outras 3 sessões foram de acompanhamento psicológico.

Este acompanhamento foi realizado pela estagiária e teve como base de intervenção a ACP, com enfoque no estabelecimento da relação, através da compreensão empática e aceitação incondicional positiva.

3.3.3 História Clínica

Realizou-se uma entrevista semi-diretiva com a progenitora e encarregada de educação para se obter mais informações sobre o A.

Acerca da sua história familiar a mãe refere que a gravidez foi muito difícil, A. não foi uma criança desejada, os pais tinham uma relação muito complicada, e a mãe tentou abortar no início da gestação *“Fiz o agendamento numa clínica privada para tirar o bebé, mas consegui”* (sic).

A mãe refere que o parto foi complicado e provocado, e que A. nasceu às 41 semanas. O período neonatal decorreu dentro da normalidade com um desenvolvimento psicomotor normativo.

A. tem pouco contato com o pai, visitando-o esporadicamente. Não tem contato familiares da parte da mãe ou pai, apenas com os familiares do padrasto.

Não existe qualquer registo de alterações no sono, dormindo cerca de 8 horas por noite, gosta de jogos online, mas tem horários específicos para o fazer.

A sua alimentação é má, principalmente na escola, a mãe revela que é informada pelas assistentes que D. não come na hora do almoço *“Não gosto da comida da escola, é horrível!”* (sic)

Da sua história médica, não apresenta antecedentes hereditários nem se registam casos de doença grave ou hospitalização.

Do seu percurso escolar apurou-se que iniciou no jardim de infância aos 3 anos de idade sem qualquer ocorrência. A transição para o 1º Ciclo foi mais complexa, uma vez que, A. foi vítima de roubos e agressões por parte dos colegas, o que originou a mudança para outra escola. A partir daqui o percurso foi normal, não tendo sido verificado qualquer tipo de apoio ou intervenção.

No 2º Ciclo registaram-se as primeiras ocorrências relacionadas com dificuldades de aprendizagem e más notas “*Fui chamada à escola porque o A. não estava atento nas aulas e tinha dificuldades, fizemos uma avaliação numa clínica e o resultado foi PHDA, para o qual o A. foi medicado com Rubifen*” (sic).

Atualmente, as dificuldades de aprendizagem mantêm-se, e o A. não faz medicação. A mãe foi chamada à escola devido ao mau comportamento e desempenho escolar do filho que de momento se encontra com resultados negativos, e em vias de reprovar de ano novamente “*Não gosto muito das matérias que dão na escola*” (sic).

Em termos sociais tem alguns amigos, principalmente os amigos do futebol e dos jogos online, mas revela não ter um amigo próximo. A mãe menciona que A. tem tendência para se dar com delinquentes e que controla as suas amizades “*O A. era amigo do filho de uma colega minha, mas depois comecei a perceber que ele não era boa companhia para o meu filho*” (sic).

Pratica dois desportos três vezes por semana desde os 8 anos de idade, e gosta muito destas atividades.

3.3.4 Sessões de Acompanhamento e Avaliação psicológica

Após as duas sessões de entrevista com a mãe de A., realizámos uma sessão apenas com ele por forma a estabelecer uma relação de confiança e conhecer um pouco mais de si, dado que nas sessões anteriores pouco conseguimos ouvi-lo.

Fisicamente tem uma estatura normal, apresenta-se cuidado e limpo, vestindo roupas adequadas à sua idade. A. apresentou alguma timidez, e foi pouco comunicativo, existindo muitos momentos de silêncio que foram respeitados pelo estagiário.

A. gosta muito de estar com os amigos, de ir passear até à praia com eles, mas às vezes a mãe não autoriza “*A minha mãe não me deixa fazer quase nada, só posso sair com a minha irmã*” (sic). Parecia conformado e triste com esta situação. Demonstrava alguma irritação porque a mãe é muito exigente com as tarefas de casa, tanto ele como a irmã têm uma lista diária para fazer, e se não cumprir não pode jogar nem pode estar com os amigos “*Não percebo porque tenho de fazer aquelas tarefas todos os dias, se não cumprir não posso fazer mais nada*” (sic), sente-se uma ambivalência em relação à mãe.

Descreveu a irmã como se fosse a sua cuidadora principal, diz que se preocupa com ele, o ajuda e vai com ele a todo o lado “*A minha irmã é muito minha amiga, mas às vezes é um bocado “chata”*” (sic), mas percebe-se que gosta muito dela e que têm uma boa relação.

Acerca do padrasto A. dizia que este “*tem a mania que sabe tudo, só ele é que faz as coisas bem, não gosto muito dele. A minha mãe faz tudo o que ele manda*” (sic). Neste momento

sentiu-se raiva e tristeza “*Ele mente, roubou dinheiro à minha irmã e disse que fui eu. A minha irmã também não gosta muito dele, está sempre a mandar vir o ambiente é uma porcaria*” (sic).

A relação com o pai é distante “*Fiquei na casa dele porque a mãe casou e foi de lua de mel, não foi mau, mas também não adorei*” (sic). Percebe-se alguma indiferença e tristeza no seu discurso.

Verbalizou sentimentos de raiva, desilusão, frustração e ódio em relação ao ambiente que tem em casa, A. não se consegue defender e tem de aceitar o que lhe dizem e pedem para fazer mesmo não concordando porque é criança e os adultos é que mandam “*Os mais velhos é que mandam*” (sic).

A. falou com muito carinho dos pais do padrasto, costuma estar com eles nas férias de verão e épocas festivas “*São muito simpáticos, são os avós que nunca tive. Estão sempre preocupados com as refeições, se gostamos ou não, tratam-me muito bem*” (sic).

De um modo geral A. sentia-se bem, não vinha às sessões por sua vontade, mas sim porque a mãe insistia, queria fazer outras coisas como estar na rua com os amigos a jogar à bola “*Não percebo porque tenho de vir aqui, a minha mãe é que insiste, controla tudo e como não pode vir comigo manda a minha irmã*” (sic).

Alimentava-se mal na escola, mas em casa comia normalmente e não considerava este um problema, apesar de às vezes estar muitas horas sem comer “*A comida da escola é horrível, já pedi à mãe para me mandar mais comida ou para comer no bar, mas ela não quer*” (sic).

Sobre a escola não gosta das matérias, gosta um bocadinho de história e de educação física, refere também que não gosta de estudar e que preferia passar o seu tempo a jogar futebol onde pode estar com os amigos. Na turma não se dá muito bem com os colegas, não tem muito interesse nos colegas prefere pessoas mais velhas. Durante as aulas estava sempre a conversar e a distrair quem está ao seu lado “*Não gosto daquilo que os professores estão a falar, então converso com quem estiver ao meu lado*” (sic).

3.3.5 Desenho da família (Corman)

Este teste permite avaliar as dimensões emocionais e afetivas em relação à sua dinâmica familiar, esta atividade foi realizada com o *setting* adequado para o efeito, e foram disponibilizados os materiais necessários para a realização da mesma, no entanto, existiu alguma resistência por parte do A.

Após a explicação, sugeriu-se que desenhasse uma família imaginária que poderia ser como ele quisesse, A. optou por desenhar uma família idêntica à real.

Em conjunto analisamos o desenho de acordo com as instruções do teste (quem é, nome, idade, o que estão a fazer; quem manda mais, quem manda menos e porquê; qual é o mais simpático, e o menos simpático e porquê; que é o mais feliz, e o menos feliz, e porquê; imagina que iam dar uma volta, iam passear, mas um não cabia no carro quem ficava, porquê; uma das crianças não se portou bem, quem foi, o que vai acontecer; se pudesses mudar alguma coisa o que seria e porquê).

De seguida realizámos o desenho da família real que era muito idêntico ao da família imaginária.

Ao longo desta prova A. revelou alguma resistência na realização da mesma, e verificou-se fraco investimento e uma grande semelhança entre o desenho da família imaginária e da família real.

No que se refere à atividade gráfica evidenciaram-se alguns sentimentos de baixa-autoestima, inferioridade, fraca tolerância, flexibilidade e alguma imaturidade de A. As figuras desenhadas revelaram pouco investimento, pouca interação e comunicação entre os vários elementos da família.

Apresentou sentimentos de raiva em relação à figura do padrasto, tornando-se perceptível a dificuldade que tem em aceitar esta pessoa na sua vida, indicador de sofrimento.

Em traços gerais estes desenhos manifestaram a existência de um conflito relacional, principalmente com a figura masculina (padrasto), uma dinâmica familiar pouco funcional e uma tendência para sintomatologia depressiva caracterizada também pela insegurança, raiva, desconforto e dificuldade nas relações familiares. No anexo 4 encontram-se mais detalhes sobre o teste e a sua interpretação.

Primeira Sessão

A. e a mãe compareceram à hora agendada, apresentámo-nos informando que este acompanhamento iria ser realizado pela estagiária, explicámos o consentimento informado, e entregámos para preenchimento e assinatura dos progenitores.

Iniciamos a sessão com uma entrevista estruturada com o intuito de recolher o máximo de informação sobre A.

A mãe de A. referiu que estava preocupada com o filho devido ao mau desempenho escolar “*A é mais velho que os colegas e está a repetir o mesmo ano de escolaridade, e fui chamada à escola porque em princípio vai ficar retido outra vez, estamos no 2º período e está com muitas negativas*” (sic). Acrescentou que A. foi diagnosticado com PHDA quando mudou de ciclo de ensino “*Os problemas começaram no 2ºCiclo, fui chamada à escola e pediram-me para ir fazer uma avaliação psicológica, porque algo se passava com o meu filho Fizemos a*

avaliação numa clínica privada, A. foi medicado” (sic). Demonstramos compreensão empática e não interrompemos o discurso. A mãe referiu ainda que tem dois filhos, e que recentemente tinha perdido um bebé e que se sentia muito debilitada. Reformulámos para compreender a dinâmica familiar.

Referiu que A. e a irmã têm pais diferentes, e que esta criança era de outro progenitor com quem vive atualmente *“O A. não quase não tem contato com o pai, mas que de vez em quando passa férias ou fins de semana” (sic).* Quando questionada sobre o período de gestação admitiu *“Não foi um bebé desejado, tentei tirar já tinha tudo marcado, mas não tive coragem, a relação com o pai era muito má e tínhamos muitas dificuldades financeiras” (sic).* Após esta decisão a gravidez, o pós-parto, desenvolvimento perinatal decorreram dentro dos parâmetros normais.

O percurso escolar de A. foi normal, a mãe referiu os constrangimentos durante o 1º ano de escolaridade *“Tive de mudá-lo de escola, as outras crianças tratavam-no mal” (sic)* Reformulámos para compreender o que significa *“tratar mal” “roubavam o lanche e material escolar, esta escola também era num bairro social” (sic).* Demonstrámos compreensão empática.

A sessão estava a terminar, e informamos que todas as sessões tinham a duração de 45 minutos, como não foi possível terminar a entrevista sugerimos uma nova sessão com os dois.

Segunda Sessão

Chegaram à hora marcada, a mãe de A. revelou-se preocupada porque em 15 dias o seu comportamento na escola tinha piorado. A. mantinha-se calado e reservado, enquanto a mãe falava. Antes de iniciar a sessão pedimos à mãe de D. para partilhar o relatório de diagnóstico de PHDA para incluirmos no processo. Continuámos com a entrevista que tínhamos iniciado na 1ª sessão. Questionámos como era a dinâmica familiar *“Moramos com o meu companheiro, vamos casar no mês que vem. Eu não tenho família chegada, só um irmão que me deu muitos problemas” (sic).* Reformulámos para compreender quais os problemas causados pelo irmão da mãe *“O meu irmão consome drogas e álcool, e o A. gosta muito dele, eram como irmãos, jogavam playstation juntos..., mas ele roubava coisas lá em casa e era um mau exemplo, tive de pô-lo na rua” (sic).* Percebemos que esta situação era motivo de tristeza para A. e para a sua mãe, mesmo não sendo um episódio recente.

A mãe de A. afirmou que as pessoas mais próximas que têm neste momento são os pais e familiares do companheiro, e que é a irmã de A. que lhe dá o apoio que necessita. Referiu também que tem algumas amigas com filhos, e faz questão que A. se relacione com os filhos das amigas *“Não confio nos amigos lá do bairro e da escola, são más companhias, prefiro que*

ele brinque e converse com os amigos das minhas amigas, mas também já percebi que há um dos miúdos que não é lá muito boa companhia, e tive de afastá-lo” (sic). Demonstramos compreensão empática e questionámos o A. sobre os seus amigos “*Não tenho muitos, mas gosto de ir à praia com eles e jogar futebol, mas a mãe raramente me deixa sair, então falo muito com os amigos dos jogos online” (sic).* Para concluir a entrevista questionámos sobre o historial clínico de A., a mãe indicou que o considera um jovem saudável fisicamente, apesar de ter sido diagnosticado e medicado para a PHDA.

Estávamos a terminar a sessão, agendámos as próximas sessões só com A. e reforçamos a importância de partilhar o relatório com o diagnóstico para avaliarmos e anexarmos ao processo.

Terceira Sessão

A. chegou à hora marcada, acomodou-se no sofá a sua postura corporal revelava alguma tensão. Perguntámos como é que estava “*Bem” (sic).* Demonstramos compreensão empática e tentámos perceber se estas sessões lhe faziam sentido “*Venho porque a mãe quer, eu acho que está tudo bem comigo” (sic).* Devolvemos o seu sentir, referindo que não parecia muito satisfeito com a decisão da mãe. Durante algum tempo A. ficou calado. Demonstramos compreensão empática e respeitámos à sua necessidade de silêncio. Pouco tempo depois perguntou “*Quanto tempo vamos ficar aqui?” (sic).* Respondemos a sessão tem 45 minutos e podemos fazer aquilo que tu quiseres, conversar, fazer um jogo, ficar em silêncio...o que te fizer mais sentido.

Afirmou que gosta de jogar à bola, é aquilo que mais gosta de fazer “*Tenho lá os meus amigos” (sic).* Manifestamos compreensão empática e reformulamos para perceber se tem mais amigos sem ser no futebol “*Tenho alguns na escola, mas na escola só gosto dos intervalos jogamos à bola” (sic).* Apresentava-se muito reservado, sem vontade de falar, voltou a ficar em silêncio até ao final da sessão. Demonstramos compreensão empática e respeitámos o seu silêncio. Alguns minutos antes de terminar a sessão reforçamos que aquele espaço era para ele, e que estávamos disponíveis para o ouvir, conversar, jogar ou simplesmente não fazer nada, mas que independentemente do que acontecesse ficaria entre nós.

Quarta sessão

A. chegou atrasado à sessão, estava calmo pediu desculpa pelo atraso, mas tinha vindo com a irmã “*A mãe está em lua-de-mel, estou na casa do pai, mas vim com a minha irmã e perdemos o autocarro” (sic).* Demonstramos compreensão empática e questionámos como estava a ser a experiência na casa do pai “*Normal” (sic).* Devolvemos o seu sentir não parece muito feliz ou confortável com esta situação. “*Tinha de ser a minha mãe não está, não podia*

ficar só com a minha irmã, embora preferisse” (sic). Reformulámos e avaliámos em conjunto esta necessidade. De seguida partilhou o dia do casamento da mãe *“Foi na terra do padraço, a mãe estava feliz e bonita” (sic)* Identificámos algum conformismo e devolvemos que não parecia muito feliz com a ocasião *“Não sei o meu padraço é “chato”. Os pais dele são muito simpáticos, tratam-me bem” (sic).* Reformulámos e identificámos a indiferença para com a situação. A. fez silêncio durante algum tempo. Demonstrámos compreensão empática e respeitámos o seu sentir. Na opinião de A. estariam melhor sem o padraço *“Eu e a minha irmã falamos muito, e estávamos muito melhor se o nosso padraço não existisse. Ele mente e a minha mãe acredita nele, e não em nós” (sic).* Através da escuta empática e da reformulação tentámos perceber melhor o que queria dizer com o seria melhor se não existisse. A. zangado e exaltado verbalizou *“Ele é um ladrão e mentiroso tirou o dinheiro da minha irmã, que ela está a juntar e depois disse que fui eu...era muito dinheiro, eu sei que foi ele porque eu vi, mas a minha mãe não acredita em mim e fica do lado dele” (sic).* Devolvemos o seu sentir e avaliámos em conjunto a situação. A. acalmou, mas permaneceu em silêncio até ao final da sessão.

Quinta sessão

A. chegou na hora marcada, estava sereno e tranquilo. Perguntámos como estava e dissemos que tínhamos uma proposta para lhe fazer. A proposta seria fazer dois desenhos, mostrou-se resistente *“Não tenho jeito para desenhar, e não gosto nada!” (sic).* Demonstramos compreensão empática e conversamos acerca do objetivo desta proposta, A. aceitou. Explicámos o que se pretendia, e colocámos os materiais à sua disposição (lápiz de carvão, lápis de cor, canetas de feltro, borracha, folhas brancas). Em primeiro lugar vais desenhar uma família imaginária, pode ser como tu quiseres. Aplicou-se o protocolo (Desenho da Família) para a realização desta tarefa e foram-se registando as observações de A.

Terminado o desenho da família imaginário questionámos A. se estaria disposto a fazer o desenho da família real *“Sim, pode ser, o primeiro não foi tão mau quanto imaginei “(sic)* Demonstramos empatia e seguimos para a realização da tarefa aplicando-se novamente o protocolo. Concluímos alguns minutos antes do final da sessão perguntámos ao A. como se tinha sentido *“estou bem, foi bom” (sic).*

Sexta Sessão

A. chegou bem-disposto à sessão, manteve-se em silêncio durante alguns minutos, depois perguntou *“o que vamos fazer hoje?” (sic).* Respondemos que poderíamos fazer o que ele quisesse *“Podemos fazer um jogo?” (sic).* Apresentámos os jogos que tínhamos disponíveis, A. escolheu um jogo de dados com figuras e fizemos a proposta de cada um lançar os dados e contar uma história utilizando a sua imaginação. Apesar de ter escolhido este jogo A. não

parecia muito satisfeito com a proposta, fizemos 3 vezes o jogo e pediu para desistir “*Não consigo, não tenho imaginação para estas coisas*” (sic). Demonstramos compreensão empática, avaliámos em conjunto a situação e devolvemos o seu sentir de frustração. A. revelou que sente muitas dificuldades em inventar coisas e que não queria mais fazer nada. Terminámos a tarefa, arrumámos o jogo e ficámos disponíveis para fazer o que ele quisesse, mesmo que fosse ficar em silêncio. Na sua opinião estas sessões eram uma perda de tempo, assim como a escola “*Não percebo porque tenho de continuar a vir aqui, a minha mãe insiste...também não gosto nada da escola, só vou porque tenho de ir*” (sic). Demonstramos compreensão empática e avaliámos em conjunto o facto de não se sentir motivado para as sessões, e de quanto era importante que estivesse envolvido neste processo por vontade própria e não por imposição. Terminámos a sessão A. estava mais aliviado por ter partilhado o seu sentir, e agradeceu a nossa compreensão.

3.3.6 Discussão Clínica

Durante a avaliação A. revelou-se calmo, mas pouco colaborativo. Em todas as sessões realizadas a sua postura foi sempre tranquila, introvertida, exceto quando se abordaram às questões da dinâmica familiar, principalmente quando falava do padrasto. Embora não tenha sido concluída a avaliação deste caso por falta de mais elementos que fundamentem um diagnóstico, foram identificadas algumas questões que podem estar a comprometer o desenvolvimento de A. Segundo a sua história clínica, desde a sua gestação que se verificam algumas questões que poderão estar associadas a questões do seu desenvolvimento psicoafectivo. A. não foi uma criança desejada, a mãe tentou abortar poderá ser um indicador de comprometimento das células durante a gestação.

Segundo, Hipólito (2011) a célula de um bebé é portadora de todas as informações físicas e psíquicas, e de todos os componentes facilitadores de integração e atualização. Todavia, se não existiram as condições necessárias para o desenvolvimento deste processo, o mesmo pode ser comprometido, nomeadamente, os traumas que ocorrem no período gestacional e que podem afetar o desenvolvimento das potencialidades.

As questões associadas à vinculação não foram totalmente apuradas, no entanto, os fatores emocionais, condições socioeconómicas, os contextos familiares disfuncionais poderão ser indicadores de fragilidade e potenciadores de comportamentos disruptivos e desviantes.

A figura de vinculação deverá ser promotora de segurança, apoio, conforto, atenção, principalmente, em situações de fragilidade ou insegurança. A. apresentou-se limpo e cuidado, mas tímido, introvertido, calado, no entanto, o discurso da mãe durante as duas sessões da

entrevista foi muito focado em suprir as necessidades básicas de A., o controlo das suas amizades, manifestação de preocupações, não se verificaram atitudes de valorização e reforço positivo (Moura et al., 2014).

Outra situação que pode ser considerada uma ameaça ou quebra da vinculação é a relação que A. tem com o padrasto, sentimentos de raiva, injustiça, tristeza estão muito latentes no seu discurso quando refere a questão do roubo de dinheiro, identificando-se episódios negativos como conflito familiar que poderá comprometer a relação mãe-filho (Moura et al., 2014).

O comportamento introvertido, a dificuldade em relacionar-se com os colegas da escola, a baixa autoestima, a identificação com pares com comportamentos que fogem à norma, poderão ser indicadores de uma vinculação insegura, uma vez que, estes jovens têm mais dificuldade em socializar e poderão revelar uma forte tendência para desenvolver comportamentos desviantes (Henriques, 2016).

Quanto ao diagnóstico de PHDA foi solicitado o relatório com o diagnóstico à mãe de A., mas este nunca foi partilhado. Os sintomas associados a esta perturbação do neuro desenvolvimento são a hiperatividade, impulsividade e défice de atenção, aliado a estes pode existir comorbilidade com a Perturbação Desafiante de Oposição, e são também muito comuns as dificuldades de aprendizagem associadas a um mau desempenho académico (DSM-5, 2014). Nas sessões realizadas com A., este manifestou sempre um comportamento muito calmo e introvertido, não revelou sinais de impulsividade, revelou dificuldade em desenvolver o pensamento criativo e dificuldades de aprendizagem, mas não foi possível avaliar por forma a elaborar um diagnóstico e posterior processo de acompanhamento.

3.4 - Caso Clínico 2

3.4.1 Identificação

B. é uma jovem adulta, do sexo feminino, caucasiana, com nacionalidade portuguesa que frequenta o 2º ano do curso de jornalismo. A mãe tem 50 anos, com curso universitário. O pai, de 49 anos com a profissão na área industrial. Tem uma irmã. B é a primeira filha de uma fratria de 2 irmãs, sendo ela a mais velha. O agregado familiar é composto pela mãe, o pai, irmã mais nova e a própria.

3.4.2 Motivo da Consulta

O pedido de ajuda surge por iniciativa própria, B. decidiu procurar ajuda por sentir que algumas questões da sua adolescência se encontravam por resolver, nomeadamente, ao nível

das relações com os pares e com a família, e que estas questões se estavam a impactar o início da sua vida adulta.

Foram realizadas 14 sessões quinzenais com a duração de 45 minutos, estas iniciaram em outubro terminado em junho. Algumas sessões aconteceram mensalmente devido à dificuldade de articulação de horários das consultas e das aulas de B.

Este acompanhamento foi realizado pela orientadora, e posteriormente estagiária com a concordância de B. e teve como base de intervenção a ACP, com enfoque no estabelecimento da relação através da compreensão empática e aceitação incondicional positiva.

3.4.3 História Clínica

Realizou-se uma entrevista semi-diretiva com B. para se obter mais informações sobre si. Acerca da sua história familiar referiu que o desenvolvimento perinatal decorreu com normalidade, exceto nas últimas semanas de gravidez *“Nasci de 38 semanas, o parto foi provocado, mas correu tudo bem”* (sic). Durante o desenvolvimento neonatal B. apresentou vários problemas respiratórios, estava muitas vezes doente, e foi submetida a uma cirurgia aos ouvidos com 2 anos de idade (rompimento do tímpano). Na sequência deste problema de saúde teve algumas dificuldades na aquisição e desenvolvimento da linguagem *“Comecei a falar tarde, mas depois recuperei sem necessidade de terapia”* (sic). B. referiu que usou fralda para dormir até aos 6 anos de idade, por precaução dos pais *“Estava tudo bem, os meus pais só não queriam que acontecesse alguma coisa durante a noite”* (sic). B. referiu alterações no sono, dormindo cerca de 5 horas por noite, tem dificuldade em adormecer e sonha muito *“Sonho muito e não quero acordar, gosto de sonhar”* (sic). A sua alimentação é normal, tendo optado por uma dieta específica *“Acho que é uma alimentação mais saudável, mas não sou extremista”* (sic). Da sua história médica, não apresenta antecedentes hereditários, hospitalização no caso da cirurgia já referida.

Do seu percurso escolar apurou-se que esteve numa ama até aos 5 anos e depois ingressou no jardim de infância *“Foi muito bom tinha contato com outras crianças”* (sic). O 1º Ciclo foi bom, e não existiu qualquer dificuldade *“Era boa aluna e tinha vários amigos”* (sic). No entanto, com a entrada para o 2º Ciclo, e com a mudança de escola surgiram algumas alterações ao nível da relação com os pares, principalmente a partir do 6º ano de idade quando começou a ter acesso a uma rede social *“O problema foi ter criado uma conta no Facebook, a partir desse momento tudo mudou, e foi um inferno”* (sic). No 3º Ciclo voltou a mudar de escola, e do 7º ao 9º ano foi vítima de *bullying* *“O ambiente escolar era pouco inclusivo”* (sic) teve vários episódios de maus-tratos verbais e físicos, esta situação foi reportada várias vezes à

direção de escola sem que fossem tomadas as medidas necessárias. B. continuou nesta escola com apenas uma amiga até terminar o 12º ano. Atualmente na faculdade os estudos correm bem, conheceu muitas pessoas novas “*A faculdade tem sido uma lufada de ar fresco, as pessoas da faculdade não têm nada a ver com as pessoas do secundário*” (sic).

A sua relação com os pais e irmã é boa, embora tenha algumas incompatibilidades com a mãe e irmã “*A relação com o meu pai é melhor do que com a minha mãe, a minha mãe critica muito as minhas escolhas. Com a minha irmã às vezes também não é fácil, porque tenho sempre de fazer as coisas pelas duas*” (sic). Referiu ter uma boa relação com os avós “*Eles ajudam-nos muito quando é preciso, o meu avô vai buscar-nos à escola e assim, desde que somos pequeninas*” (sic). A família embora tivesse conhecimento do problema que B. vivenciava todos os dias na escola não deu muita importância ao mesmo.

Em termos sociais B. referiu vários grupos de amigos, alguns dos quais moram no seu bairro e com quem sai muitas vezes, mais recentemente na faculdade conheceu outras pessoas com quem sai e faz trabalhos para a faculdade. Neste momento, não pratica exercício físico e os seus hobbies são: ler, ouvir música, viajar e sair com os amigos.

Primeira Sessão

B. chegou à hora estava um pouco nervosa no início da sessão, dado ser a primeira vez que procurava ajuda psicológica, mas revelou que estava a precisar de se encontrar, conhecer “*Tenho dificuldade em falar dos meus problemas, e neste momento não sinto grande motivação a nível pessoal*” (sic). Apresentámo-nos, e informamos B. acerca do consentimento informado e da duração das sessões, e que o agendamento das mesmas seria efetuado de acordo com as duas necessidades.

Indicou como motivo da consulta a necessidade de superar alguns traumas associados aos episódios que vivenciou durante a sua adolescência - *bullying*: “*Era muito sociável, mas mudei muito nesta fase, e durou até à entrada na faculdade*” (sic). Dá ênfase à questão do isolamento/afastamento que foi desenvolvendo ao longo dos anos “*Não quis fazer amigos por vontade própria*” (sic). Durante estes momentos foram dadas respostas de compreensão empática para que B. se sentisse compreendida e apoiada. Referiu que a relação com a mãe é difícil e conturbada “*Discutimos muito há 3 anos, ela está sempre a defender a minha irmã, e está sempre a trabalhar e sempre sobre muita pressão, principalmente neste período da pandemia*” (sic). Apesar de dizer que a irmã é a sua figura de referência, a relação também apresenta alguma rivalidade “*Eu tenho sempre de fazer tudo, a minha irmã não faz nada.*” (sic). Acerca da relação com o pai referiu que é boa, mas que o pai não intervém muito e delega a

responsabilidade na mãe, o pai teve um enfarte há cerca de 2 anos devido ao consumo excessivo de tabaco e foi uma época difícil para toda a família.

À medida que a sessão foi decorrendo B. foi-se manifestando menos ansiosa, e até mesmo aliviada por falar em alguns assuntos, percebeu-se a sua vontade de continuar este processo de acompanhamento, nos moldes já referidos anteriormente.

Segunda Sessão

B. apresentou-se ansiosa e stressada nesta sessão, pois iniciaram as aulas na faculdade, e formam estabelecidas as metas e objetivos de trabalho, entre os quais os trabalhos de grupo que lhe causam alguma tensão *“Os professores é que escolhem os grupos de trabalho, e fiquei com colegas que não gostam de trabalhar, já os conheço e sei que vai sobrar para mim, fiquei só com os rapazes, detesto!” (sic)*. Reformulámos para compreender o seu sentir naquele momento ao que B. nos respondeu: *“Eu sou organizada e boa aluna, até fui convidada por um dos professores para colaborar com escrita de textos para o seu blog” (sic)*. Reforçamos o seu bom desempenho e esta conquista através de reforço positivo. Revelou que gosta muito de escrever, e que gostava muito de trabalhar em comunicação social, e viajar pelo mundo inteiro, escrever sobre as suas experiências e aventuras, e que integrou a equipa de uma associação feminista e que está integrada na organização e planeamento de eventos *“Prefiro escrever e estar do lado científico, quero ter uma componente mais ativa” (sic)*. B. revelou que decidiu que quando fosse para a faculdade iria abraçar uma causa feminista, e que seria mais ativa neste sentido, mas confessa que tem dificuldade em gerir o tempo e as tarefas *“Estou mais confiante com o meu percurso profissional, achei que nunca conseguir, mas agora acredito que sim! Existe uma B. antes de ter sofrido bullying, outra depois, e agora outra B. Gosto muito de aprender, mas achei que não era boa em nada, isto porque estou a escrever textos para o meu professor e dos três textos que escrevi ela apenas publicou um” (sic)*. Nesta fase a psicóloga reforçou o seu empenho, pois mesmo com tanto trabalho, com a faculdade e a associação ainda tem disponibilidade e criatividade para escrever. B. relatou que foi a única da turma a ser solicitada para participar na escrita de artigos para o site do professor e que teve receio de partilhar com as amigas, mas que percebeu que era importante fazê-lo, acabando por se sentir apoiada algo que já não acontecia há muito tempo *“Sinto uma grande diferença entre as pessoas do meu liceu e as pessoas da faculdade” (sic)*. Partilhou que passou o verão com os amigos do liceu e que não gostou da experiência *“Foi horrível, quando chegava a casa passava as noites a chorar, mais-valia não ter saído, estas pessoas são muito conflituosas nunca sei quem está a dizer a verdade” (sic)*. Demonstramos compreensão empática, devolvemos o seu sentimento e avaliámos a situação em conjunto. B. sente-se confusa, e com uma grande necessidade de

partilhar o que sente, principalmente o tema *bullying*, voltou a este assunto dizendo que encontrou no comboio uma das pessoas que teve este comportamento com ela na escola “*Neste momento sinto-me organizada, mas quando a vi senti uma mistura de medo e ódio, senti medo de toda a gente se juntar e me humilhar, durante muitos anos desejei a morte desta pessoa, por odiá-la tanto*” (sic). Após esta partilha B. referiu que se sentia arrumada quanto este assunto, e que as pessoas merecem uma 2ª oportunidade e se esta pessoa lhe tivesse pedido desculpa, talvez a tivesse perdoado. Revelou os seus planos para o futuro como fazer Erasmus, conhecer outras culturas e pessoas. Em conjunto avaliamos os benefícios de ter novas experiências e também de perdoar as pessoas que de alguma forma nos prejudicaram. B. saiu mais aliviada da sessão.

Terceira sessão

B. compareceu à hora agendada, e parecia triste e desmotivada por não ter conseguido cumprir os prazos de entrega de trabalhos e textos, pois esteve doente. Para além desta situação não se identifica com os últimos temas que lhe foram atribuídos “*Estive doente, estava a ver que não ia conseguir cumprir o prazo, então aproveitei um trabalho que já tinha escrito e alterei as palavras, mas o professor acusou-me de plágio*” (sic). Afirma sentir-se cansada, desiludida porque tem falhado com muitas das suas obrigações e compromissos, e o professor tem publicado artigos de outras alunas e não os dela “*Não tenho visto textos meus publicados, até um colega meu me perguntou se tinha deixado de escrever?*” (sic). Através da escuta ativa e reformulação tentámos perceber o que estava a contribuir para esta desmotivação “*o professor não é afetivo, e que por vezes chega a ser rude, não é apenas exigente, gostava muito mais do outro professor*” (sic). Admite demasiado exigente consigo própria, e que se sente desmotivada porque não gosta dos temas e da forma de trabalhar do professor “*Eu lido mal com falhas! Acho que faço as coisas sempre bem e quando me dizem que falho fico triste*” (sic). Neste seguimento demonstrámos compreensão empática avaliamos esta necessidade de exigência consigo própria e a necessidade de validação externa. Refere novamente sentimentos como cansaço e tristeza por não conseguir corresponder às suas expectativas e às dos outros, e ainda pela dificuldade que está a sentir em gerir a faculdade, a escrita de textos para o site do professor e na entidade onde faz voluntariado “*É tudo ao mesmo tempo, não está a ser fácil conciliar tudo. Até falei sobre isso com a minha mãe, ao início tinha prazer e agora não!*” (sic). Tentámos em conjunto perceber o que tinha mudado em duas semanas para que B. se sentisse tão pressionada e desmotivada. Refere a falta de apoio “*Os meus pais nunca leram nenhum dos meus textos, eles apoiam, mas não leem... O que faço nunca está bom. Sinto que é criticar por criticar. Eu preferia que a minha mãe me dissesse: olha gosto, mas se calhar podias fazer assim*” (sic).

Manifesta o seu descontentamento e frustração com a turma, identifica que a turma é fraca a nível académico “*A minha turma não se esforça, o que não quer dizer que eu faça melhor que eles*” (sic). Reformulamos esta questão e refletimos sobre a necessidade de validação, perfeccionismo e quais as alternativas para gerir as expetativas. Revela preocupação sobre o seu futuro profissional, e que procura a validação nos outros “*Eu falo com as minhas amigas, e elas ajudam-me e celebramos em conjunto os nossos sucessos*” (sic). Através da escuta ativa e reformulação percebemos pelo discurso de B. que existe uma grande necessidade de validação e de gerir as expetativas, e que esse é um dos aspetos a ser trabalhado nas próximas sessões.

Quarta sessão

No início da sessão B. apresentou-se calma, e mais menos desmotivada “*Tento ignorar o meu stor, faço o que ele manda, quando há correções eu faço e reenvio. Quando existem conversas que não gosto ignoro*” (sic). Demonstra uma necessidade de se proteger para conseguir atingir os seus objetivos “*Estou a aprender a usufruir do meu trabalho*” (sic). Realizámos em conjunto um exercício de pontos positivos e negativos desta relação de trabalho, acabando B. por constatar que a aprendizagem naquele momento é o mais importante. No entanto, sentiu-se um conformismo no seu discurso, e foi-lhe devolvido este sentir, B. refutou que neste momento é uma necessidade para atingir um fim e que está a lidar bem com a questão desta forma “*Estou a focar-me nas coisas que gosto de fazer, e não no professor*” (sic). Revelou que o ambiente em casa também está mais calmo “*As coisas em casa estão melhores, a mãe foi transferida para outro serviço com outros horários. Ela está feliz e eu celebro as vitórias dela!*” (sic). Embora refira que a família é forte, nos últimos anos sofreram duas perdas (falecimento dos avós), tendo o pai ficado fragilizado com essa situação, são os outros avós que dão suporte quando é necessário.

Nesta sessão descreveu a relação com a tia e primos como má, mas como esta ia ficar sozinha no Natal, estava a ser planeado que esta passasse o dia com a sua família, uma ideia com a qual não concordava por considerar a tia e os primos ingratos devido a uma ajuda no passado a qual nunca retribuíram “*Nunca houve um pedido de desculpas, um agradecimento*” (sic). Demonstramos empatia e compreensão para com a situação, devolvendo os sentimentos de rancor, tristeza, perdão. Realizou uma apresentação no voluntariado e os pais foram assistir, apesar de não compreender o facto de os pais não lerem os seus textos, a presença deles no evento foi muito importante “*Eu moderei o debate e os meus pais estavam lá!*” (sic). Demonstramos compreensão empática e reforçamos o seu sentimento de felicidade. Reforçou que nas últimas semanas se sente mais tranquila e calma, e que conseguem ter momentos em família também mais tranquilos desde que a mãe mudou de emprego e tem mais tempo de

qualidade com todos “*Eu discutia por tudo e por nada em todas as refeições com todos*” (sic). Avaliámos em conjunto o que tinha mudado, em duas palavras o que identificava de diferente: valorização e comunicação.

No final da sessão B. estava sorridente, feliz e aliviada por estar a conseguir gerir o seu tempo e as questões que a incomodavam, confirmamos a data da próxima sessão.

Quinta sessão

Esta sessão aconteceu em formato online devido a B. estar com Covid-19 e em confinamento, embora com alguns sintomas da doença estava bem-disposta, mas triste por passar o Natal sozinha em isolamento “*Vou passar o Natal sozinha, sei que vai ser difícil. Decorei o meu quarto para o Natal, vou ver filmes e séries*” (sic). Partilhou a experiência da viagem que fez a outro país para estar com a melhor amiga que foi para lá estudar, e que B. achava que a amiga se estava a distanciar de si “*Esta viagem foi muito importante, mesmo tendo apanhado Covid, percebi que estava enganada e que embora as coisas entre nós estejam um bocadinho diferentes, o resto continua igual e isso é normal. Eram coisas da minha cabeça*” (sic). Em conjunto analisaram-se as suas inseguranças em relação a esta amizade. Referiu a dificuldade que tem em estabelecer relações de amizade, e como algumas pessoas são muito importantes para si, estava a sentir-se excluída ou esquecida por ser sempre ela a ter a iniciativa de ligar, de escrever “*Sou sempre eu a ligar, a contar as novidades e isso deixa-me triste e apreensiva. Dou mais aos outros do que me dão a mim*” (sic). Tentamos desconstruir e perceber o que significa esta sensação de dar mais aos outros. B. revelou que detesta jogos em qualquer tipo de relação, principalmente com as raparigas, e que muitas vezes se sente colocada de parte por ser feminista, e ter uma dieta específica. Demonstrando empatia e compreensão, questionamos sobre o conceito de amizade e B. foi partilhando que a maioria das pessoas que considera seus amigos, se calhar não são, porque tentam mudar a sua opinião em relação a valores, formas de estar, mas que como tem receio de ficar sem amigos acaba por se adaptar “*Receio ficar sem amigos*” (sic). Admitiu não se identificar com a maioria dos amigos que tem neste momento, e que sente muita falta da amiga que está longe porque sabe que com ela pode contar “*Apesar de estar longe sei que é a única com que posso contar*” (sic). Demostramos compreensão, e reforçamos a necessidade de avaliar as relações que tem com os pares, que estas devem ser relações saudáveis e não tóxicas ou potenciadoras de sofrimento/mau estar. Terminou-se a sessão e B. parecia mais leve, contente e serena.

Sexta Sessão

Esta sessão foi presencial, B. estava alegre e bem-disposta pois conseguiu passar a passagem de ano fora com um grupo de amigos “*Fui só com rapazes, e embora com algumas*

confusões diverti-me” (sic). Com o início do ano foi realizada em conjunto um balanço do ano anterior, no qual B. identificou as novas amizades como algo de muito positivo, e como aspetos menos positivos a morte de um avô, o AVC da tia e o confinamento “*Chorei muito na passagem de ano há um ano com os meus pais*” (sic). Explorou-se a questão das novas amizades e qual o impacto neste momento, B. referiu que tem algumas questões com as raparigas do grupo, prefere a companhia dos rapazes “*Uma das raparigas do grupo não me faz bem é muito manipuladora, vou tentar afastar-me dela e de outra rapariga*” (sic). Analisámos em conjunto o que são relações tóxicas e benéficas, e quais são os sinais de toxicidade, nesta sequência identificamos os amigos que são para sair e os amigos verdadeiros “*Sei que existem amigos para várias ocasiões, os para sair, os para viajar, os para partilhar as nossas coisas mais profundas. Aquela rapariga faz-me sentir muitos altos e baixos, todos a acham a melhor de todas, mas ela diz mal de todos nas costas*” (sic). Nesta sessão revelou que a melhor amiga que está a viver em outro país se tem afastado, e ficou triste e insegura “*Ela não quer voltar, só quer estar com os amigos novos e já não tenho lugar no seu coração. Fiquei magoada por ela partilhar coisas com as amigas novas e não comigo*” (sic). Demonstramos empatia e compreensão, e pensámos em conjunto como seria se B. estivesse na situação da amiga. Demonstrou compreensão com esta situação voltou a referir que sente que dá mais do que os outros lhe dão a ela, e assume a dificuldade que tem em exprimir o que sente “*A minha família diz que sou uma pedra*” (sic).

B. partilhou a dificuldade que sente em relacionar-se com o sexo oposto “*Defini uma série de requisitos, se não tiver nem dou atenção*” (sic). Identificou um colega da faculdade que acha interessante, mas que não é aquilo que ela pretende “*Ele é muito diferente de mim, e tem namorada*”. Reformulámos e avaliámos esta questão em conjunto. A sessão terminou com as questões relacionais que têm de ser desmistificadas e ponderadas, agendámos nova sessão, mas B. estava alegre e bem-disposta.

Sétima sessão

Compareceu à sessão na hora prevista, estava tensa devido a problemas relacionados com a passagem de ano, os amigos destruíram algumas partes da casa que alugaram para a passagem de ano “*Tenho de pagar por uma coisa que não fiz*” (sic). Demonstrámos compreensão empática e avaliámos as relações de amizade e aquilo que elas podem de ter de positivo e negativo. Os pais ficaram chateados com esta situação, não vão ajudá-la, B. revelou-se zangada “*Estou a crescer, não preciso de ajuda, e se precisar não vou dar parte fraca*” (sic). Desconstruímos o conceito de ajuda e que não existe mal nenhum em recorrer aos pais, a amigos, as pessoas que são importantes para nós. Reforçou que é perfeccionista e independente

“lido mal com os erros, com as falhas, e estou a tentar melhorar” (sic). Referiu as dificuldades que sente em comunicar com a mãe, embora considere que a relação esteja melhor “A pandemia intensificou as discussões, a minha mãe está muito cansada e desgastada, ela percebe e acaba por pedir desculpa” (sic). Relatou o momento em que foi às compras com a mãe para a viagem a outro país, e que a mãe esteve o tempo todo à procura de coisas para irmã e não para ela “Devolvi tudo o que estava a sentir à minha mãe, é sempre tudo para a minha irmã, sinto isso há anos” (sic). B. estava muito triste com esta situação revela que chorou, mas sem que a mãe percebesse, pois não quis mostrar os seus sentimentos. Demonstrámos compreensão empática e reforçamos o seu sentir, e a importância de se exprimir e verbalizar. De volta às relações de amizade B. referiu que enviou mensagens à amiga que está fora do país “Não me respondeu, estava a demorar imenso tempo, então apaguei as mensagens todas” (sic). Devolvemos o seu sentir através da compreensão empática referindo sentimentos como desilusão, receio da perda, quebra de confiança. A sessão terminou, mas esta questão não ficou bem esclarecida, B. estava triste, mas sorriu.

Oitava Sessão

B. chegou à hora marcada, e disponível para a sessão estava muito triste contou-nos que a amiga e colega da faculdade está a passar momentos difíceis, têm prazos para cumprir, e está a ficar ansiosa “Estou muito triste, o gato da minha amiga vai ter de ser abatido, é a 2ª vez em três meses que isto lhe acontece, tenho de fazer um esforço para estar do lado dela, tenho de me conter para não chorar” (sic). Reforçamos a empatia pela situação e a necessidade de partilhar os seus sentimentos ao invés de os retrain. Apesar desta situação partilhou uma novidade, outra viagem nas férias da Páscoa para visitar a melhor amiga, estava feliz com esta situação, revelou que estão próximas novamente “Ela acabou com o namorado, e também se afastou de uma amiga que tinha feito por lá, eles eram muito diferentes” (sic). Pedimos para nos falar do que tinha mudado desde a última sessão “Nós nunca falamos muito de rapazes, só quando as coisas se tornam mais sérias, mas já lhe disse que ela pode falar comigo sobre o que quiser” (sic). Voltou a partilhar as suas histórias com rapazes e refere que são complicadas “Lembram-se de ter falado do meu grupo de amigos, pois um deles agora queria namorar comigo, mas como poderia eu aceitar se ele namorou com uma pessoa próxima?” (sic). Demonstrámos compreensão empática e devolvemos o seu sentir de indignação, rigidez e inflexibilidade. Reforçou que um dos pilares da amizade é a fidelidade, e que em conversas com amigas quando abordavam a questão de envolvimento emocional com o ex-namorado isso não seria de todo possível “A minha melhor amiga que fora do país disse que nunca me perdoaria se me envolvesse com um ex-namorado dela. E eu sempre disse que os ex-namorados

das minhas amigas têm uma vagina!” (sic). Admite não entender comportamento dos rapazes porque para ela é tudo muito claro. Nunca falou destes assuntos com os pais, só com as amigas. No final da sessão B. referiu que tem muito claro para si aquilo que pretende para o seu futuro, e que não passa por casar e ter filhos como a sociedade assim impõe.

Nona Sessão

B. estava bem-disposta, mas preocupada e triste por ter de cancelar a viagem, porque precisa de poupar pois está a pensar ir estudar para o estrangeiro no próximo ano. Referiu que não tem estado muito bem, sente-se novamente desmotivada e que se sente muito absorvida pela colega *“Estou desmotivada com a faculdade, com as aulas, a minha turma está a faltar muito. Tenho de fazer um trabalho e não tenho motivação”* (sic). Reformulamos e tentamos perceber quais as estratégias utilizadas para melhorar a motivação. A relação com a colega está a ser sufocante, e embora tente estar bem, não está a conseguir lidar *“A minha colega só tem problemas, foi o animal doméstico, é a família dela, e as nossas conversas são só sobre coisas más. Não quero ir para a faculdade, não quero lidar com os problemas que são dela. Eu já não sei lidar com a depressão dela”* (sic). Avaliámos para encontrar mecanismos de proteção. Apesar de gostar desta amiga, a gestão da relação revela-se difícil, B. não consegue dizer-lhe o que sente, pois tem receio de magoá-la *“Ela é minha amiga, e é fixe, mas neste momento está muito pesada, já não nos divertimos e ela impede que me divirta também. Sou a única amiga dela”* (sic). Referiu que se sente muito triste com esta situação e que não está a conseguir gerir, e necessita de encontrar uma solução que não seja prejudicial para nenhuma das partes. Percebemos que B. se sentia refém desta situação e até mesmo submissa, e refletimos em conjunto sobre esta questão. Admite que a sua relação com os outros amigos e com a família que é diferente, na medida em que não permite que conheçam a verdadeira B., tem necessidade de se proteger e não mostrar a sua fragilidade, gosta de elogios, mas não se importa com a opinião dos outros *“Não quero saber a opinião dos outros a nível físico e de personalidade, o que me importa são as ideias e ações. Fiz uma tatuagem, os meus pais detestaram e eu não liguei nenhuma”* (sic). Partilhou que nas relações de maior proximidade tem receio de perder essas pessoas, mas não se considera submissa, mas que sente uma necessidade enorme de se proteger da amiga da faculdade *“Neste momento já não adoro contar as minhas coisas. Às vezes não sou de todo luz, às vezes meto um “leed” para parecer que está tudo bem”* (sic). Acompanhámos o seu discurso sem interromper. Com o terminar da sessão percebemos que B. estava mais aliviada, e que tem consciência do que a está a prejudicar neste momento, e que é importante que tenha consciência do que são as barreiras de proteção.

Décima sessão

B. compareceu à sessão na hora agendada, mas os sentimentos de preocupação, a desmotivação e o cansaço estavam muito latentes “*a turma continua a faltar muito, temos muitos trabalhos e a um ritmo alucinante e cansativo*” (sic). Revela muitas dificuldades na gestão do tempo e falta de descanso “*A semana passada tinha dois trabalhos para entregar no mesmo dia, fiz diretas, mas não sou muito produtiva à noite*” (sic). Demonstrámos compreensão empática e não interrompemos o seu discurso. Admite que esta situação tem ajudado na relação com a amiga, pois devido à exigência dos trabalhos tem passado menos tempo com ela “*Estou a afastar-me aos poucos, mas não totalmente. Ela pede-me imensa ajuda com os trabalhos, mas já não lhe conto tantas coisas e não lhe respondo tanto às mensagens*” (sic). Percebemos que B. se sentiu incomodada com este afastamento “*Ela contou-me que sonhou com animais repugnantes e que comentou com a avó, e que a avó lhe disse que era sinal de que alguém a estava a trair. E eu pensei: sou eu!*” Avaliámos esta afirmação em conjunto e refletimos sobre o conceito de traição. Nesta sessão B. partilha como foram as suas primeiras relações amorosas, revela alguma resistência e descrença em relação aos rapazes “*Foram rapazes da minha adolescência, num deles acreditei muito e depois descobri que ele só dizia mentiras a meu respeito, dizia que eu era uma desesperada*” (sic). Reformulámos e devolvemos a mágoa que sente em relação a estas situações. Contou que permitiu que o colega da faculdade se aproximasse dela, mesmo sendo uma relação às escondidas “*Nós falámos 2 anos às escondidas, ninguém sabia que conversávamos ou que estávamos juntos, na faculdade ele passava por mim e não me falava, e eu não entendia isso?*” (sic). Reformulámos e tentámos compreender se existia um padrão nestes relacionamentos. B. parece ter consciência dos seus comportamentos e necessidades, no entanto, demonstra a construção de barreiras que limitam a aproximação de determinadas pessoas e situações, acabando por se envolver em relacionamentos totalmente diferentes do que pretende. A sessão terminou, sentiu-se mais leveza no seu discurso e abertura para falar nestas questões, agendou-se a próxima sessão.

Décima primeira sessão

Nesta sessão B. apresenta-se animada e bem-disposta. O voluntariado tem corrido bem, as aulas estão na mesma “*A minha faculdade é boa porque tem nomes muito conhecidos da área do curso, mas depois não sabem dar aulas*” (sic). Percebemos que se sente tranquila e menos desmotivada, e que sabe o que quer, e consegue avaliar o bom e o mau. Partilhou novamente as suas experiências amorosas e revela que sente alguma dificuldade em estabelecer esse tipo de relações “*Eu sou uma encahada! As minhas amidas já tiveram as suas relações e eu nunca consegui ter uma relação séria!*” (sic). Reformulei para compreender o que queria

dizer com o termo “encalhada”. B. esclarece que não têm surgido as oportunidades certas “As oportunidades não vêm a mim, e as que vêm não me interessam”. Esclarece ainda que tem dificuldade em falar com rapazes, principalmente quando está sóbria “Conheci no outro dia, mas já deixei de falar com ele. Quando estou bêbeda engraço, quando estou sóbria passa. Só existiu química porque estávamos os dois bêbados” (sic). Demonstramos compreensão empática e não interrompemos o seu discurso. B. tem consciência das suas dificuldades em ser ela própria com os outros, e partilha que ainda não se sentiu realmente apaixonada por ninguém, classificando os seus relacionamentos como algo muito superficial. Reformulámos para compreender o seu comportamento embriagado, descreveu-se como irracional, sem traumas e impulsiva “A B. sóbria tem traumas, ouvi coisas que me magoaram muito e feriram a minha autoestima, dizerem coisas sobre mim que não correspondem à verdade” (sic). Refere que nesta fase da sua vida está tão ocupada que não tem tempo para se relacionar com ninguém, revela também que não tem paciência para conhecer outras pessoas “Não gosto de trocar mensagens, nem tenho paciência para isso, conheci um rapaz no outro dia num café, e trocámos o número, mas não tenho paciência... eu não tenho paciência” (sic). Demonstramos compreensão e tentámos perceber se seria mesmo falta de tempo ou uma defesa sua. B. esclarece que não tem tempo nem interesse até porque ela definiu parâmetros e qualidades que um rapaz tem de ter, embora se tenha envolvido com o colega da faculdade que não corresponde a nenhum dos requisitos que definiu “O rapaz não se encaixava em nenhum dos requisitos, tinha namorada, valores e ideias totalmente diferentes das minhas” (sic). Avaliámos esta situação em conjunto e conversámos sobre os pilares de uma relação amorosa. Terminámos a sessão com a consciência de que B. é muito seletiva, rigorosa, e que esta exigência pode estar a comprometer as suas relações amorosas e de amizade.

Décima segunda sessão

B. voltou a esta sessão com o mesmo sentimento de desmotivação e cansaço, os problemas mantêm-se, não está a conseguir gerir o tempo, lidar com a toxicidade da amiga e revela-se muito zangada com o colega da faculdade com quem se envolveu durante algum tempo “Eu sabia que esta situação era errada, eu vi as red flagues...ele falava comigo quando tinha namorada, falava muito de outras raparigas e mal da namorada, fazia vários comentários homofóbicos e está sempre a gozar com uma rapariga da nossa turma” (sic). Demonstramos compreensão empática e reformulámos por forma compreender o seu sentimento acerca desta relação. A desmotivação que sente acerca do curso levantou questões sobre se será mesmo isto que quer fazer, a hipótese de ir estudar para fora, tendo-se candidatado a duas universidades noutro país “Concorri a 2 universidades e entrei nas duas, o problema é que as propinas são

muito caras, e os meus pais já me disseram que não me vão conseguir ajudar. E não quero ir para lá para estudar e trabalhar e não ter vida” (sic). Percebemos que B. se sente perdida e à procura de respostas que a satisfaçam e completem, avaliámos as várias hipóteses em conjunto. Afirmou que se sente muito stressada a vários níveis da sua vida, e também irritada por não estar a conseguir cumprir os seus objetivos *“Fiz um trabalho de uma cadeira, e foi horrível, muito complicado de fazer, detestei a experiência. A minha colega da faculdade sente-se muito sozinha e está sempre a pedir a minha atenção, e não percebe que eu também não estou bem!” (sic).* Reformulámos e refletimos em conjunto sobre a importância de manifestar aos outros aquilo que sente. No fim da sessão B. encontrava-se mais aliviada e consciente da importância de expressar os seus sentimentos.

Décima terceira sessão

Nesta sessão B. apresentou-se bem-disposta e contente por estarmos de novo na primavera. As questões em relação ao curso e a faculdade mantêm-se, continua a não gostar das aulas, das cadeiras e do ambiente entre colegas, sabe que tem de tomar uma decisão rapidamente porque se aproxima o final do ano *“Não gosto de nenhuma das disciplinas que tenho este semestre, o ano está quase a acabar e tenho de decidir para onde vou a seguir. Tenho também de fazer um exame e não gosto nada de fazer exames, correm-me sempre mal” (sic).* Demostramos compreensão empática e reformulamos, espelhando o seu sentir e devolvendo que já há algum tempo que estas questões estão latentes. Admitiu estar muito absorvida pelo mau ambiente escolar, e sabe que gosta muito desta área, mas não está a fazer o que realmente gosta que é escrever *“Estou a ponderar procurar estágios para as férias de verão onde possa escrever” (sic).* Avaliámos e refletimos novamente sobre as questões da desmotivação. No campo relacional revelou que se tem protegido principalmente das situações mais negativas e tóxicas, tem passado também mais tempo sozinha porque não gosta de alguns comportamentos e atitudes dos amigos *“Estou de férias da minha colega e sabe-me tão bem falamos apenas do essencial. Também tenho ignorado a minha amiga que está longe, estive cá 3 semanas e estive comigo apenas 1 vez, sempre com desculpas” (sic).* Demostramos compreensão empática e percebemos o seu sentir de tristeza e indiferença para com esta amizade. Partilhou também as suas experiências em relação às saídas com os amigos, por vezes conhece e envolve-se com pessoas nessas saídas, mas não gosta nem mantém contato *“Os meus amigos quando conhecem alguém na noite continuam a sair com essa pessoa, eu não sou assim, se estou com alguém é só para aquela noite” (sic).* Avaliámos e refletimos sobre esta questão. Percebemos também que se sente excluída do grupo por não ter namorado, pois todos os elementos desse grupo namoram *“Às vezes vamos sair e eles dizem-me: A. aquele empregado*

está a olhar para ti não queres ficar com ele. Dizem isso para eu não ficar sozinha” (sic). Revelou que quando sai bebe álcool, algo que faz com alguma frequência, mas apenas socialmente, não tem o hábito de beber *“Bebi sangria na 6 feira à tarde, fiquei anestesiada, depois passou. Convidaram-me para sair e eu fui, mas arrependi-me profundamente” (sic).* Demostramos compreensão empática, devolvemos o seu sentir acerca destas saídas com pessoas com quem não se identifica ou sente confortável e avaliámos em conjunto. A sessão terminou com B. mais aliviada e sensibilizada para a necessidade de se proteger de relação que não a nutrem.

Décima quarta sessão (última sessão)

Esta sessão foi online porque B. estava com dificuldades de horário por estar a fazer um estágio profissional numa empresa da sua área profissional. Apresentou-se muito feliz e sorridente com esta nova experiência. O seu objetivo para as férias de verão estava alcançado *“Estou a gostar muito desta experiência, era mesmo o que estava a precisar para ganhar ânimo e motivação, apesar de ser um estágio não renumerado” (sic).* Percebemos o seu estado de felicidade e devolvemos com compreensão empática. Para além disso, as aulas tinham acabado, e B. conseguiu terminar o ano com sucesso, terminada esta fase poderia avançar para a próxima *“Ainda não decidi o que vou fazer, mas ainda tenho algum tempo, mas estou muito tentada a ir estudar para fora” (sic).* Partilhou que se sentia mais calma e feliz com o fim das aulas, finalmente tinha mais tempo para fazer o que gosta que é escrever e sair. Conheceu um rapaz numa dessas saídas, falavam já há algumas semanas e até estava a correr bem, mas surgiu uma questão com a qual B. estava com dificuldade em lidar *“Ele é muito simpático, gosto muito de estar com ele e sinto-me atraída, mas ele cheira um bocado a suor e não sei como lhe dizer isso” (sic).* Avaliámos a situação em conjunto e tentamos perceber os benefícios de uma relação construída com base na sinceridade e honestidade. Fizemos um balanço dos meses de acompanhamento, referindo que apesar das dificuldades B. conseguiu atingir os seus objetivos, e que tem ainda de trabalhar as questões relacionais e de gestão de expectativas. B. revelou que apesar das dificuldades que foi tendo durante o processo dos últimos meses que se sentia diferente, mais madura, confiante, menos exigente com ela própria, e que sabia que as respostas às vezes eram mais simples do que ela pensava. Demonstrámos compreensão empática e manifestámos o nosso contentamento pela sua evolução e capacidade de reflexão, adaptação e mudança. A sessão terminou com B. muito feliz e agradecer o nosso empenho e cuidado com ela durante todos aqueles meses. Retribuímos o agradecimento, principalmente por ter permitido que as sessões fossem acompanhadas por uma estagiária.

3.4.4 Reflexão do Caso

A ACP tem como pilar fundamental a tendência formativa do indivíduo, isto é, esta tendência faz parte da sua vida desde a gestação até ao final da sua vida, deste ciclo fazem também parte os processos de experimentação, maturação e evolução como pessoa. Carl Rogers desenvolveu a teoria que defende que o organismo tem a capacidade para se auto atualizar, esta teve com base a teoria organísmica de Goldstein (Hipólito, 2011).

O desenvolvimento humano é um processo complexo desde a gestação, nascimento, crescimento e maturação do indivíduo. O desenvolvimento físico, é acompanhado a par e passo pelo desenvolvimento psíquico e intelectual. Como tal, o indivíduo começa a desenvolver a sua personalidade, e adquirindo a consciência do seu mundo externo e interno. É através deste processo que o indivíduo tem consciência dos seus sentimentos e emoções, e quando exposto a determinadas situações como a alegria ou a tristeza, irá ser e expressar o que vivencia (Hipólito, 2011).

Na sequência da realização das sessões de acompanhamento de A. constatou-se que a problemática identificada relaciona-se com questões de ordem psicoafectivas, entre as quais a relação complexa com a mãe, a irmã, os pares e os traumas associados ao *bullying* vivenciado durante o 2º Ciclo e o ensino secundário.

A. vivenciou e experimentou aquilo que era a sua realidade e tinha algumas dificuldades em gerir sentimentos como a desmotivação, tristeza, frustração, indignação, etc. Contudo, durante o processo de acompanhamento foi desenvolvendo mecanismos que lhe permitiram expressar os seus sentimentos, sentir-se ouvida e acompanhada, e desta forma ir-se adaptando às situações mais complexas e constrangedoras que eram geradoras de sofrimento. Neste processo está implícita a tendência atualizante aliada a esta o processo de crescimento, o ser humano está em constante mudança e transformação (Hipólito, 2011).

O processo de vinculação é muito importante para o desenvolvimento do indivíduo, é através deste processo que o bebé estabelece com o cuidador que se desenvolve a consciência de si e dos outros, e a necessidade de ser amado e protegido. De acordo com os relatos de A., esta não sentiu apoio dos pais quando foi vítima de *bullying*, a própria relação de conflito com a mãe, isto é, a preferência da mãe pela irmã mais nova, e ainda a falta de reconhecimento pelos textos que escreve. Concluindo, o processo de vinculação possivelmente encontra-se comprometido originando assim uma instabilidade emocional nas relações que A. desenvolve com a família, pares e com as relações amorosas, sendo que neste campo se revela muito seletiva e incongruente, na medida em que as suas relações amorosas são sempre diferentes daquilo que pretende (Granja & Mota, 2018).

Existe um comprometimento das condições de valor de A., e uma dissociação daquilo que é o Self organísmico, ideal/desejado e real, ou seja, a A. sentia uma grande necessidade de validação dos outros acabando por não ser ela própria na maioria das situações que vivencia e experiencia, manifestou várias vezes tristeza e baixa autoestima e dificuldade em expressar os seus sentimentos, e de dizer o que realmente estava a sentir (Hipólito,2011).

Durante o processo de desenvolvimento humano, o sujeito vai estar exposto a situações que são traumáticas a nível biopsicossocial, estes podem ter impacto a nível psicossomático ou psíquico. Contudo, a função destes traumas não é prejudicar o organismo, mas sim torná-lo funcional e resiliente. A. apresentou alguns sintomas de cansaço, tristeza e desmotivação, mas aparentemente estes não comprometiam o seu desempenho académico, social, familiar (Hipólito, 2011).

3.5 Caso Clínico 3

3.5.1 Identificação

C. é uma jovem adulta, do sexo feminino, caucasiana, com nacionalidade portuguesa que frequenta a licenciatura. A mãe tem 49 anos, é doméstica. O pai, tem 51 anos trabalha na área comercial. Os pais são separados. Tem um irmão. C. é a primeira filha de uma fratria de 2 irmãos, sendo ela a mais velha. O agregado familiar é composto pela mãe e a própria.

3.5.2 Motivo da Consulta

O pedido de ajuda surge por iniciativa própria, C. é seguida desde os 8 anos de idade em consultas de psicologia, pedopsiquiatria, decidiu procurar ajuda porque tentou suicidar-se recentemente. Foram realizadas 11 sessões quinzenais e mensais com a duração de 45 minutos, estas iniciaram em outubro terminado em junho. Algumas sessões aconteceram mensalmente devido à dificuldade de articulação de horários das consultas e disponibilidade de C. Este acompanhamento foi realizado pela orientadora a abordagem utilizada foi psicodinâmica.

3.5.3 História Clínica

Realizou-se uma entrevista semi-diretiva com C. para se obter mais informações sobre si. Acerca da sua história familiar C. referiu que o desenvolvimento perinatal decorreu com normalidade, a gravidez foi desejada e nasceu de 38 semanas, parto normal “*Nasci de 38 semanas, o parto foi normal, a minha mãe nunca me falou em nenhum problema*” (sic). O desenvolvimento neonatal de C. decorreu dentro da normalidade, sem alterações. O seu sono foi sempre normal, mas recentemente tem dificuldades em adormecer e não tem uma rotina de sono “*Às vezes só consigo adormecer pelas 5 da manhã fico no telemóvel, depois durmo até às*

2/3 da tarde” (sic). A sua alimentação é normal, mas refere ter muitos cuidados “Sempre comi de tudo, e gosto de tudo até de peixe cozido que ninguém gosta, mas por causa da minha doença tenho de ter alguns cuidados” (sic). Da sua história médica, não apresenta antecedentes hereditários, já foi hospitalizada algumas vezes devido à doença crónica e às tentativas de suicídio. Faz medicação e é seguida em pedopsiquiatria e nas consultas de rotina.

Do seu percurso escolar apurou-se que frequentou 2 anos o jardim de infância. O 1º, 2º e 3º Ciclos decorreram dentro da normalidade *“Mesmo com a separação dos meus pais consegui ter boas notas, e passar todos os anos” (sic). Optou pelo ensino profissional e gostou muito da experiência “Gostei muito do curso, aprendi imenso e conheci muitas pessoas, foi nesta fase que comecei a consumir drogas leves, ficava mais inspirada” (sic). Ingressou na faculdade, mas ao fim de três semanas desistiu “Não me identifiquei com o curso, os professores eram bons, mas tinha muita matemática e toda a vida fugi à matemática” (sic). A sua relação com a mãe é a complexa, ambivalente e por vezes tóxica “A minha mãe faz tudo por mim, é a rainha das rainhas, mas a maior parte das vezes sufoca-me” (sic) Com o pai, a madrasta e o irmão tem uma boa relação e gosta de estar com eles “A minha madrasta ajuda-me muito, o meu pai apoia-me e o meu irmão é muito fixe jogamos à bola juntos. Quando o meu irmão nasceu pedi ao meu pai para ir viver com eles” (sic). Referiu ter boa relação com a uma parte da família, principalmente com a avó e tia-madrinha, não tem contato com a família do pai “A minha avó e a minha tia dão-me na cabeça quando eu faço aquelas coisas malucas” (sic). Em termos sociais C. referiu vários grupos de amigos e que a relação é boa com todos. Neste momento, não pratica exercício físico, mas jogou futebol durante 5 anos.*

Primeira sessão

C. compareceu à hora agendada, estava acompanhada pela mãe, mas ficou sozinha na sessão. Apresentou um aspeto limpo, mas pouco cuidado e visual masculino. Apresentámo-nos, explicámos o consentimento informado e questionámos qual o motivo da consulta *“Sinto uma dor enorme dentro de mim, preciso de me sentir feliz como já fui um dia, talvez mais” (sic). O seu discurso é muito rápido, por vezes confuso, aborda vários temas ao mesmo tempo. Refere que faz terapia desde os 8 anos de idade por insistência do pai “O pai quis que fosse para o psicólogo porque tinha um comportamento estranho, birras essencialmente” (sic). Estas birras aconteciam quando estava com o pai, com a mãe esta situação não acontecia. Durante todo este processo terapêutico relatou que a maioria das vezes era muito resistente em frequentar as sessões e que se limitava a desenhar e a falar se situações banais como o tempo “Até aos 14 anos nas sessões só desenhava, o meu primeiro desenho era um sítio onde eu gostava de viver, uma casa de gengibre e nuvens de marshmallow, esse desenho deixava-me confortável” (sic)*

Demonstrámos compreensão empática e não interrompemos o seu discurso. Deixou as consultas de psicologia antes da pandemia relata que não lhe fazia sentido continuar o processo porque falava de problemas que não existiam “*Eu não consegui falar com ela de outros problemas que tinha, a abordagem dela focava-se nos problemas do pai*” (sic). Tentou o suicídio semanas antes do acompanhamento e refere que precisa de ajuda “*Sei que preciso de ajuda, há alguns dias tomei muitos comprimidos da medicação que faço das consultas de psiquiatria. Estou cansada de tudo, nada me traz felicidade. Até jogar à bola que adoro, neste momento nada me satisfaz!*” (sic) Reformulámos e tentámos compreender o motivo, revelou que já tinha tentado outras vezes, descreve que este episódio surgiu na sequência de decisões que tinha tomado como ir inscrever-se na faculdade, procurar emprego. Sente uma tristeza imensa quando consegue alcançar os seus objetivos. Fala sobre o abraço que o pai lhe deu quando saiu do hospital depois da tentativa de suicídio, e da relação que tem com a madrastra “*Ela foi o meu porto seguro para aguentar esta situação*” (sic). Emocionada expressou que na verdade a sua intenção com este ato era apenas parar o tempo, deixar de sentir por uns momentos porque quando sente muito tem tendência para complicar tudo “*Penso muito nas coisas boas e más, lembro-me de sair de casa com 8 anos e de ir com o pai a casa de uma amiga...uma amiga... algum tempo depois perdemos o nosso animal de estimação, estava doente, mas foi muito difícil perdê-lo*” (sic). A sua necessidade de falar impedia que reformulássemos, ainda assim fomos anuindo e dando respostas de compreensão empática. Abordou vários assuntos nesta primeira sessão, percebemos que a separação dos pais tinha um peso muito grande e lhe provocava uma tristeza imensa, embora os pais já estivessem separados há vários anos “*Eu gostava de ser igual aos outros, mas uns anos depois percebi que os pais dos meus amigos também eram separados*” (sic) Demostramos compreensão empática e reformulámos para entender melhor o seu sentir.

Seguidamente falou da mãe referindo que está sozinha, mas que teve uma pessoa durante muito tempo e que de alguma forma essa pessoa foi uma referência para si “*Foi uma grande perda para mim e para a minha mãe, ele foi a minha figura paternal durante muito tempo. A minha mãe vive muito para mim, eu quero fazer a minha vida*” (sic). Reformulámos para perceber se se sentia sufocada pelo cuidado da mãe. Afirma que a relação entre os pais foi sempre muito complicada, e que ela estava sempre envolvida e muitas vezes era a mensageira, quando o irmão nasceu quis ir viver com o pai “*o meu pai sempre acusou a minha mãe de não me saber educar. Eles são muito diferentes*” (sic). Reformulámos e tentámos perceber esta dinâmica, mas C. fugiu ao assunto e referiu estar muito cansada, com dificuldades em dormir sendo muitas vezes necessário recorrer a comprimidos, esta dificuldade surge na sequência de

um pesadelo que tem recorrentemente “*O pai e a mãe são assaltados e têm as mãos e os pés atados*” (sic). Volta a falar no desacordo entre os pais em relação à sua educação dizendo que se sente incompreendida nos seus atos, atitudes, atividades “*Quando faço tudo bem, está tudo mal, então para quê esforçar-me?!*” (sic). Todos os relatos de C. são detalhados ao pormenor, demonstrámos compreensão empática e reformulámos para perceber como é atualmente a relação dos pais. Verbalizou ter ataques de ansiedade “*o último aconteceu há uns dias, estava nas aulas e comecei a sentir um cheiro a tinta, não sei se foi o meu cérebro em alerta!*” (sic). Informou-nos que iria deixar as consultas de pedopsiquiatria em novembro e que iria ser transferida para a psiquiatria de adultos. A sessão terminou com C. um pouco mais aliviada, mas ainda com muita necessidade de falar e muito agitada.

Segunda Sessão

C. chegou à hora agendada, estava bem-disposta, informou-nos que já tinha ido à consulta de pedopsiquiatria e que iria manter a medicação. Falou sobre os consumos de erva, tabaco e álcool durante o período escolar em que frequentava o curso profissional, embora consumo erva e pólen se mantenha com alguma frequência “*Fumo nas viagens que faço para a capital, gosta da sensação de pensar e divagar sobre as coisas...*” (sic). Demonstrámos compreensão empática e avaliámos em conjunto a questão dos consumos enquanto faz medicação. Na opinião de C. o pai é desligado da família, apenas tem contato com a sua madrasta e irmão. Afirma que gosta de estar rodeada da família e com a mãe isso acontece, esta parte da família é próxima e preocupada “*Quando fiz asneira a primeira pessoa que me ligou foi o meu tio*” (sic). Sobre o ex-companheiro da mãe revela que sente muito a sua falta, era uma pessoa especial “*O meu ex padrasto era um pai super presente, se tivesse um homem destes sempre presente na minha vida não tinha nem metade destes problemas. Família não é só a família de sangue!*” (sic). Demonstrámos compreensão empática e devolvemos o sentimento de saudade e tristeza em relação a esta perda. Da sua infância recorda os momentos em que toda a família se reunia na casa dos pais revelando que foram momentos muitos felizes e que gostava muito de voltar a essa altura, C. tem presente que o pai não gostava destes momentos “*Quando era pequena vivíamos numa vivenda e havia festas todas as semanas, nas fotografias está sempre uma parte da família. O pai não fazia questão que a sua família estivesse presente*” (sic). As suas figuras de referência são a mãe, a tia-madrinha, fala com carinho de todas salientando que todas estão ao seu lado nos momentos mais complicados e difíceis “*Estão lá sempre que preciso. A mãe é a prova que todas as rainhas têm coroa. Ela dá-me tudo mesmo que não tenha!*” (sic). Devolvemos que parecem ser as suas figuras de referência. Durante um período da sua vida foi viver com o pai, sentiu essa necessidade porque achava que precisava

de uma família normal, e o pai já tinha refeito a sua vida, no entanto, percebeu que tinha idealizado algo que não existia *“Tinha de ir viver com o pai, mas arrependi-me fui à procura de uma família normal”* (sic). Reformulámos para perceber melhor esta questão *“Na verdade não queria ir viver com o pai queria sair da casa da mãe”* (sic). Reformulámos novamente para perceber os motivos pelos quais queria sair da casa da mãe *“A mãe controla-me muito, as horas a que entro e saio de casa, se durmo a horas ou não, às vezes é muito “chata”* (sic). Na adolescência refere ter tido muitas paixões, e ter passado por momentos complicados, pois foi quando percebeu que gostava de raparigas e não de rapazes, e nessa fase a mãe esteve sempre ao seu lado *“A minha mãe esteve comigo 24h sobre 7h, sempre ao meu lado. No início da adolescência disse à minha mãe que era lésbica”* (sic). Desistiu da faculdade por não se identificar com o curso por ter muita matemática, e também por não saber o que quer fazer no futuro, sabe apenas que quer sair de casa a curto prazo e ser independente, e um dia casar e ter filhos. C. teve algumas relações com raparigas sérias, uma das quais com muitos problemas por falta de aceitação dos pais da namorada, jogou futebol vários anos e lá envolveu-se com várias raparigas. Neste momento da sua vida não quer ficar presa a ninguém mas refere que se apaixona com muita facilidade *“Fui sair com uns amigos, e encontrei a rapariga perfeita, ela é espetacular falámos de tudo, mas também nesse dia havia muito álcool e droga naquela mesa. Ela é bissexual, mas não quer nada comigo”* (sic) Demostrámos compreensão empática e avaliámos a situação em conjunto. A sessão estava a terminar, e fizemos um breve resumo dos assuntos abordados nesta sessão, agendámos nova sessão.

Terceira sessão

C. chegou à hora marcada, estava triste e sentia-se deprimida *“Estou farta de tudo, decidi escrever sobre esta bad vibe”* (sic). Questionámos o que escrevia e reformulámos para perceber o motivo desta tristeza *“Escrevo músicas alternativas, a letra é sobre suicídio, dor e vazio. Hoje li a música umas vezes...”* (sic). Demonstrou muita tristeza ao falar da sua relação com a mãe *“A nossa relação está cada vez mais difícil, a covid ainda piorou mais a nossa convivência. Quero muito sair, mas não tenho como, estamos no mesmo espaço 24/24 horas, na mesma casa”* (sic) Reformulámos e devolvemos o seu sentimento de tristeza. Relata que a mãe está a passar por um período complicado e que descarrega as suas frustrações nela *“Sinto que sou um peso, a mãe está desempregada há muitos anos, acabou a relação, o pai não percebe a minha doença e o que se passa comigo”* (sic). Devolvemos o seu sentir de frustração e questionámos se já tinha falado com a mãe. Afirmou que ponderou ir para o pai novamente, mas não existem condições de espaço físico e financeiras *“O pai deixou ajudar financeiramente, diz que o valor é muito dinheiro. Não sei até que ponto não deixei a faculdade*

por esse motivo” (sic). Demonstrámos compreensão empática e avaliámos as várias alternativas, questionámos também o que gostaria de fazer “Quero dedicar-me à música, é o que me faz sentido. Não percebo nada de música, mas sei escrever e toda a gente diz que canto muito bem” (sic). Falou das suas relações amorosas e afirmou que as relações de hoje são muito diferentes, mas descartáveis e fáceis “Já não se namora muito tempo, hoje estou com uma pessoa, amanhã com outra” (sic). Descreveu-se como uma pessoa que não gosta de se dar a conhecer, romântica, orgulhosa, agressiva, fria e impulsiva. Reformulámos para perceber esta descrição. A sessão terminou C. estava mais aliviada e menos triste.

Quarta sessão

C. compareceu à hora agendada. Questionámos como se sentia, referiu que estava bem e que já tinha ido à consulta com a nova psiquiatra “*Não gostei muito dela, não me deixava falar” (sic). Reformulámos para compreender e devolvemos que era a primeira sessão com a psiquiatra poderia ser apenas a primeira impressão. Admitiu os consumos de drogas leves com a toma de medicação, questionámos se tinha consciência dos perigos. Referiu que a relação com a mãe está a piorar “cada vez está mais difícil, estamos sempre a discutir, sai de casa e fui ver o mar” (sic). Reformulámos e devolvemos o sentimento de tristeza, frustração e desespero. Referiu que está à procura de emprego, pretende ter a sua independência “Tenho enviado e entregue vários currículos, mas não tive nenhuma resposta, liguei para alguns sítios também, responderam que entrariam em contato em breve” (sic). Demonstrámos compreensão empática e não interrompemos o discurso. C. partilhou a dinâmica relacional com a mãe “Esta semana foi muito má. A minha mãe disse-me que não faço nada, que sou um peso e um parasita” (sic) Demonstrámos compreensão empática, questionámos como se sente com estas afirmações “A minha mãe foi sempre muito presente, mas sufoca-me e culpa-me de muitas coisas” (sic) Reformulámos e avaliámos em conjunto para perceber o motivo destas afirmações por parte da mãe “Há uns anos eu roubei algum dinheiro da carteira da mãe, e também lhe tirei o cartão e comprei muitas coisas que não precisava” (sic). Questionámos para perceber o motivo deste ato “Eu queria as coisas e ninguém me dava, resolvi tê-las na mesmas” (sic). C. admitiu que errou e que foi muito imatura e que nesta sequência a mãe perdeu a confiança nela foi a partir daí que a relação começou a ficar mais complicada. Sente-se muito frustrada porque não se sente num espaço seguro e de confiança. Quase a terminar a sessão C. relata que prefere a postura do pai, porque não ouve comentários depreciativos em relação a si “Todos me criticam, a forma como me visto, como falo, fazem-me sentir uma porcaria” (sic). Questionámos o que mudou dado que em outras sessões C. referiu que parte da família era unida e atenciosa com*

ela. “*Choro muitas vezes, eu não mereço isto!*” (sic). Demostrámos compreensão empática e devolvemos o seu sentir de tristeza e sofrimento.

Quinta Sessão

C. chegou à hora agendada, estava com um ar cansado, mas feliz “*Estou a trabalhar num armazém e está a ser uma experiência incrível*” (sic). Demostrámos compreensão empática e questionámos como estava a ser esta primeira experiência de trabalho “*Estou a gostar, um dos meus colegas andou comigo na escola é fixe, mas o trabalho é muito rotineiro e ao fim do dia tenho dores no corpo. Tenho um contrato de meio ano, e depois logo vejo se renovam ou se me venho embora, mas está a correr bem*” (sic). Reformulámos e questionámos o que estava a considerar de positivo nesta experiência “*Tenho uma família lá dentro, conheço as pessoas desde sempre, porque o armazém e loja na minha área de residência. E estou todo o dia fora de casa passo menos tempo com a minha mãe*” (sic). Reformulámos para perceber o que queria dizer com as pessoas serem uma família. Partilhou que está a pensar fazer uma viagem com a mãe, agora que trabalha, questionámos se esta viagem fazia sentido uma vez que a relação entre elas se encontra com problemas “*Acho que a viagem só nos fará bem, precisamos de estar num sítio onde não existam obrigações, vivemos há muitos anos com este stress, provavelmente só irá melhorar a nossa relação*” (sic). Demonstrámos entender esta sua vontade e avaliámos a situação em conjunto. Refere que pretende sair de casa o quanto antes, “*mas não quero ir para casa do pai, a nossa relação é amo-te e odeio-te*” (sic). Quase a terminar a sessão resumimos as questões abordadas nesta sessão, nomeadamente, as questões relacionais com os pais. C. estava aliviada, tranquila e feliz, após esta partilha.

Sexta Sessão

C. apresentou-se cansada, esteve doente dias antes e ainda em recuperação “*depois de sair de casa da avó comecei a vomitar e com diarreia. Ontem dormi o dia todo. Hoje já me sinto melhor*” (sic). Referiu que trocou umas mensagens com a mãe e que aceitou as suas desculpas “*Ainda acredito no Pai Natal para a desculpar*” (sic). Sente-se indignada, culpada e revoltada porque tudo o que acontece na relação com a mãe “*Até quando chove a culpa é minha!*” (sic). Partilhou algumas reflexões que tem feito nos últimos dias “*Eu não pedi para nascer, nasci porque supostamente duas pessoas se amavam muito, anos depois decidiram separar-se que culpa é que eu tenho?*” (sic). Gostou da atitude do pai em levá-la ao hospital na sequência deste mal-estar “*Afinal ele importa-se, foi o meu pai que me levou*” (sic). Devolvemos o seu sentir parece que estás surpreendida “*Sim!*” (sic). Contudo, mostrou-se indignada com a atitude da mãe “*A minha mãe disse que não me podia levar, tinha coisas mais importantes para fazer e também porque achou que a culpa é minha, porque não me cuida ...*”

(sic). Pareceu-nos dececionada, devolvemos “*Sim, não estou bem, gostei sempre da atenção da minha mãe*” (sic). Admite que sente falta de amor, embora a família ajude nestas situações “*Quando acontece alguma coisa a minha família tenta perceber o que se passa e apoia*” (sic). Embora tenha uma casa e comida, não se sente feliz, nem acarinhada. Reformulámos para perceber se a verdadeira C. se dava a conhecer “*Aqui sim, sou a mais verdadeira que sou, em outros lugares e com outras pessoas não!*” (sic). Referiu que não gosta de mostrar as suas fragilidades a ninguém, mas que acredita no amor “*Quero um amor que faça história*” (sic). C. verbalizou toda a tristeza que sente em relação à separação dos pais, expressou também o lado bom da separação “*Uma família de verdade com o pai. Gosto muito da minha madrasta e do meu irmão*” (sic). Partilhou o conflito interno que vivenciou durante anos por gostar da madrasta. Em conjunto avaliámos estes sentimentos e pensamento, e procurámos desmistificar o seu sentimento de culpa e de traição. Por fim, C. estava mais aliviada e falou do irmão com muita ternura e amor “*Adoro o meu irmão, das vezes que tentei desistir foi ele que me agarrou aqui!*” (sic). Demonstrámos compreensão empática e olhar incondicional positivo pelo seu relato. Terminada a sessão C. saiu com um sorriso no rosto e com alívio pelas partilhas realizadas.

Sétima sessão

C. apresentou-se bem-disposta e animada. No entanto, expressámos que seria importante explorar alguns assuntos mais exaustivamente em conjunto, nomeadamente, as relações com os pares “*falar com pessoas falsas, não sei realmente quem são os meus amigos, se não for eu a procurar as pessoas elas também não me procuram...*” (sic). Admite que tem uma melhor amiga desde o jardim de infância, e que confia totalmente nela, mas devido à distância de moradas nem sempre conseguem estar juntas “*Mora em longe e é complicado eu ir lá*” (sic). Partilhou alguns programas que fizeram em conjunto e revela-se feliz ao falar deste assunto “*Fomos passar férias para longe daqui*” (sic), reformulámos e devolvemos o seu sentimento de confiança em relação a esta amizade, e explorámos o porquê de não confiar nas outras pessoas. C. expressou que não sente confiança na maioria das relações incluído a que tem com os pais. Neste sentido referiu que gostava muito de ter o seu espaço “*Faço uma coisa que a minha mãe detesta, fazer a minha higiene e fico lá imenso tempo...*” (sic). Reformulámos e avaliámos em conjunto como seria ter o seu espaço e a sua liberdade. Referiu sentir-se sufocada pela mãe, e reforçou que isso não acontece com o pai “*o pai respeita-me, temos uma relação de cerimónia, mas também ele nunca cuidou de mim*” (sic). Questionámos se achava que a mãe estava subcarregada e se sentia desrespeitada “*sim, muito*” (sic). Contou que no fim de semana fez um programa com a mãe e que foi um momento em que se sentiu em paz e feliz

“Fomos almoçar, eu quis oferecer o almoço, foi tão bom estivemos tão bem, passeamos e a mãe ofereceu-me um presente” (sic). Referiu que assim que voltaram para casa começaram as discussões e escreveu uma música para a mãe “*Nós falávamos de tudo e agora isso não acontece*” (sic). Partilhou que embora veja os defeitos na mãe, e nas pessoas em geral prefere fazer de conta que eles não existem “*No fundo eu vejo e sei que estão lá*” (sic). Reformulámos dizendo que nos parecia estar a ignorar algo muito importante e que deveria exteriorizar mais o que sente e pensa. Terminámos a sessão C. estava mais feliz que nas sessões anteriores, partilhámos este sentir com ela.

Oitava Sessão

C. chegou à sessão à hora agendada e acompanhada pela mãe, percebemos que se sentia incomodada. A mãe pediu para conversar connosco porque estava a estranhar o comportamento da filha desde que tinha iniciado as sessões “*Preciso de saber como posso ajudar a minha filha, ela está cada vez pior. Há uma semana que não sai do quarto e da cama*” (sic). Referiu que C. mente aos pais e que eles tentam apoiá-la em todas as decisões, mas que já não sabem como lidar com ela “*A C. tem de perceber que existem regras e limite, e ela raramente os respeita*” (sic). Explicámos à mãe que os assuntos abordados nas sessões eram confidenciais, e que não tinha sido identificada até ao momento nenhuma situação que justificasse o contato com os pais, e reforçamos que caso isso acontecesse seriam informados. Demostrámos compreensão empática e reforçamos que embora a partilha e preocupação de mãe fosse importante a C. era a prioridade das sessões e que iríamos avaliar em conjunto, sugerimos à mãe a procura de ajuda pois pareceu-nos muito cansada e debilitada “*Em primeiro lugar está a C., eu fico para depois*” (sic). Após a saída da mãe, questionámos C. sobre o que se passava e qual o motivo por que se fechou no quarto uma semana “*Não me apetece ir trabalhar, não me apetece fazer nada. Deixei de tomar a medicação*” (sic). E continuou dizendo que estava assim por “*há uns dias tirei dinheiro da carteira da mãe sem lhe pedir, já que tenho a fama fico com o proveito*” (sic). Devolvemos que compreendíamos o seu sentir, mas que com estas atitudes como poderia esperar que a mãe confiasse nela. Contou que se sente desvalorizada, e que a mãe não lhe liga importância e que às vezes parece sentir vergonha dela “*estive cá uma prima, eu estava fechada no quarto e a minha mãe andou a passear com ela para aqui e acolá*” (sic). Devolvemos que parecia sentir-se traída e posta de parte. C. expressou a sua tristeza, emocionou-se e mostrou-nos os braços com sinais de automutilação “*Não fui trabalhar porque tinha os braços assim, e não queria que ninguém visse*” (sic). Demostrámos compreensão empática, sem julgar e questionámos quando iria à consulta de psiquiatria e reforçamos a importância de fazer a medicação com regularidade. Este ato significa um grande sofrimento interno “*Eu não quero*

estar aqui, não pedi para estar aqui, a culpa não é minha” (sic). Voltámos a reforçar a importância de não faltar às sessões, nem às consultas de psiquiatria e para regularizar a medicação, e que iríamos continuar a trabalhar em conjunto todas estas questões no sentido de encontrar respostas para atenuar a sua dor e sofrimento. No fim da sessão C. continuava triste, mas expressou um sorriso dizendo que iria fazer um esforço e que se sentisse necessidade nos ligaria.

Nona Sessão

C. apresentou-se bem-disposta, indicou-nos a data da próxima consulta de psiquiatria, referiu que voltou a fazer a medicação e que se sentia mais calma e estabilizada. Referiu que deixou o emprego, mas que passa menos tempo em casa “*Saio quando acordo e só regresso por volta da 1h30 da manhã, vou sair com amigos*” (sic). Demostrámos compreensão empática e questionámos como é que a mãe estava a lidar com este comportamento e como estava a relação “*Está boa, não falamos*” (sic). Reformulámos, devolvemos o sentimento de indiferença. Continuou dizendo que no fim de semana não saiu “*Fiquei fechada no quarto, a dormir e a ver séries*” (sic). Parece-nos que estás com dois comportamentos antagónicos saís muito ou isolaste. Questionámos se as saídas seriam para provocar a mãe “*Não!*” (sic). Partilhou que está zangada com a mãe, que se sente sempre julgada “*Para a minha mãe os meus amigos são todos uns drogados, não tenho paciência*” (sic). Reformulámos e avaliámos o motivo pelo qual a mãe fazia este comentário. Continuou dizendo que não existiam motivos para julgar ninguém e que neste momento era melhor ter este tipo de comportamento em que apenas “*coabitamos*” (sic). C. pareceu-nos confusa quer estar sozinha, mas não quer “*Estou melhor sozinha, a minha rotina é ficar em casa, mas no outro dia convidei a mãe para ir ao cinema*” (sic). Contou uma conversa que teve com a madrastra em que ouviram um podcast na rádio sobre Perturbação Borderline “*Identifiquei-me com as características todas. Até pedi ao pai para me marcar consulta com o psiquiatra que estava a falar na rádio*” (sic). Admitiu que vive no mundo da fantasia, que cria muitas expectativas em relação às pessoas e situações acabando por se desiludir e desinteressar “*Não quero voltar para o armazém, foi uma desilusão*” (sic). Reformulámos e devolvemos que no início estava muito feliz com o emprego o que tinha mudado “*Não é para mim, acho que me dava bem a trabalhar na noite*” (sic). Continuou dizendo que gosta muito de música e que tem escrito muito. Devolvemos que quando tem uma novidade só fala naquele assunto e que quando se desinteressa “*Escrevo e choro*” (sic). Demonstrámos interesse pelo seu discurso e devolvemos que parece relatar uma vida que não é a dela e avaliámos em conjunto. Perto do final da sessão percebemos que C. estava muito acelerada no seu pensamento e no seu discurso, questionámos se tinha tomado alguma coisa “*Apenas a medicação, já há algumas semanas que*

não consumo drogas, nem álcool” (sic). A sessão terminou com um resumo dos temas abordados.

Décima Sessão

C. apresentou-se cansada e pouco ativa, referiu ter adormecido tarde. Questionámos como se sentia *“Na mesma, está tudo igual, nada de diferente. A única coisa que me dá prazer é dormir”* (sic). Demostrámos entender o seu sentir, mas que também é importante que se sinta ativa. Refere que ainda não conseguiu arranjar trabalho, mas que está à procura. Referiu sentir-se deprimida, e que tinha feito tatuagens uma das quais simboliza as tentativas de suicídio. Questionámos se era importante para si ter esta mensagem no seu corpo *“sim”* (sic). Indica que está a fazer a medicação, que foi à consulta de psiquiatria *“Gostei mais”* (sic) continua verbalizando que está a fazer a medicação *“Certinha, e sem consumir mais nada”* (sic). Pareceu-nos menos ativa, deprimida e devolvemos esse sentir *“Não sei o que se passa, tenho muito sono”* (sic). Expressou que se sentia desmotivada e sem saber o que fazer na vida, falou com o pai e com a madrasta *“Gostava de fazer música”* (sic). Refere que se sente sozinha, que a mãe se desligou dela, e que o pai está focado apenas na sua família *“Preciso do pai, aliás preciso dele há 10 anos”* (sic). Questionámos se já tinha falado com o pai sobre esse assunto *“Até o espaço que ele tinha para mim lá em casa foi desmontado e agora não tenho onde ficar”* (sic) Reformulámos e perguntámos sentia abandonada *“Eu sei que ele tenta estar ao meu lado, mas não sabe fazer ou dar mais do que dá”* (sic). Expressa que tenta agradar e que depois não se sente confortável com isso *“Fui para a faculdade porque eles queriam, eu não!”* (sic). Devolvemos que a sua necessidade de atenção não a deixa tomar as decisões certas e avaliámos em conjunto. No final da sessão C. estava mais aliviada pelas partilhas e agendámos a próxima consulta.

Décima Primeira Sessão

C. apresentou-se bem-disposta e mais animada, referiu ter encontrado estratégias para combater o seu cansaço e vontade de dormir *“Dediquei-me aos bolos”* (sic) continua dizendo que começou a ver uma série que é muito inspiradora e que está a aprender a cozinhar *“Amanhã vou fazer uma receita nova”* (sic). Reformulámos e partilhámos que a sentíamos diferente da última sessão *“Acho que é da medicação, estou a fazer tudo certinho”* (sic). Relatou que a psiquiatra delegou nela a responsabilidade de aviar as receitas e de tomar a medicação. Pareceu-nos valorizada com esta atitude e devolvemos *“Sim, agora recebo as receitas no meu telemóvel”* (sic). Partilhou que está à procura de emprego novamente e que entregou o currículo em várias lojas e em centros comerciais mais perto e longe de casa. Referiu que o pai ficou muito satisfeito com esta sua atitude, mas que deveria procurar um emprego mais perto de casa

“O meu pai trabalhou em centros comerciais e disse que com os horários rotativos à noite são perigosos para uma mulher” (sic). Reformulámos e questionámos qual a sua opinião sobre este assunto, reforçamos que a opinião dos outros é importante, mas que as decisões devem ser sempre suas. Revelou que a relação com a mãe está mais leve, menos pressionada “a minha mãe está a tirar o curso e estava muito pressionada com os timings e trabalhos” (sic). Reformulámos e avaliámos esta mudança “A mãe é perfeccionista, um professor disse que ela tinha de descansar” (sic). Continuou dizendo que compreende o lado da mãe, mas que é muito afetada quando a mãe não está bem e que tende a desculpá-la. Demonstramos compreensão empática e devolvemos que C. precisa de se proteger em relação a estes comportamentos da mãe. Partilhou que têm passado mais tempo juntas, cozinham, vêem séries “Estou feliz, no outro dia eu estava a ver uma série e a mãe estava só ali” (sic). Reformulámos e questionámos se se tinha voltado a sentir acarinhada “Não sei, porque sinto que pode mudar a qualquer momento” (sic). Expressou que sente dificuldade em tomar decisões, e que acaba por fazer o que os outros querem ou esperam de si. Sensibilizámos para a importância de se ouvir internamente e de escolher fazer aquilo que gosta, acredita e quer “Tenho necessidade de provar que consigo que sou forte” (sic). Devolvemos que conversamos sobre as mesmas questões há alguns meses e que sentimos muitas flutuações, inconstância, carência afetiva, questionámos se lhe fazia sentido “Sim” (sic). Avaliámos em conjunto os seus gostos, as suas necessidades e combinámos trabalhar nesse sentido. A sessão terminou C. estava sorridente e feliz.

Décima Segunda Sessão

C. compareceu a esta sessão após ter faltado a duas “Peço-vos desculpa, mas não consegui conciliar os horários, comecei a trabalhar. Estou muito feliz!” (sic). Parabenizamo-la por esta notícia, e informamos que esta iria ser a última sessão por motivos de alteração de trabalho da psicóloga. Manifestou compreensão e completou dizendo que nos próximos tempos iria ter dificuldade em conciliar. Questionámos como estava a ser esta experiência “Entreguei este C.V. há mais de um ano, finalmente chamaram-me é numa loja. Adoro!” (sic). Refere que está a gostar muito da dinâmica de trabalho e do ambiente. Reformulámos e devolvemos que já tinha sentido esta alegria no outro emprego, questionámos porque é que este é diferente “é malta jovem, da minha idade são todos descontraídos, ninguém implica com a minha aparência” (sic). Pareceu-nos entusiasmada e mais forte “Estou mesmo bem, consegui ocupar o meu tempo, ter uma rotina e responsabilidade” (sic). Partilhou que continua a fazer a medicação, e que conseguiu um agendamento para o psiquiatra especialista que nos tinha falado. Continua dizendo que o pai está orgulhoso por estar a trabalhar “sente que estou feliz e porque estou no ranking de vendas” (sic). Manifestámos compreensão empática e não interrompemos o discurso

“A minha madrasta também me enviou sms a dizer que está orgulhosa (...) a mãe também ficou feliz e como passo menos tempo em casa está tudo bem” (sic). Demonstrou felicidade por ter comprado uma prenda de aniversário para a mãe com o seu dinheiro *“Comprei-lhe um presente que ela queria muito, ficou tão feliz que chorou” (sic).* Devolvemos que apesar de estar feliz com a oferta sentimos uma ambivalência no seu discurso, ou seja, está tudo bem e não está *“Traduzindo numa frase eu amo a minha mãe e ela ama-me também à maneira dela” (sic).* Reformulámos e avaliámos a situação em conjunto, alertámos para o facto de os problemas não se terem dissipado e que seria importante continuar a trabalhar e a desenvolver estratégias para lidar com situações menos positivas e tóxicas. A sessão estava a terminar fizemos um resumo dos pontos que C. deveria estar atenta e trabalhar, agradecemos estes momentos de partilha e demonstrámos disponibilidade para o que ela necessitasse. C. agradeceu o nosso cuidado e atenção por ouvi-la durante os últimos meses, saiu com um sorriso e feliz.

3.5.4 Reflexão do Caso

Na sequência da realização das sessões de acompanhamento de C. constatou-se que as problemáticas identificadas relacionavam-se com questões psicoafectivas, psicológicas e físicas entre as quais a relação complexa com a mãe, pai, a doença crónica, a ideação suicida e as alterações de humor e comportamentos inconstantes.

Todos os seus sentimentos e sintomas são reflexo das suas vivências e experiências, desde a infância que esteve exposta a situações traumáticas como o divórcio dos pais, a sua doença, contexto familiar e económico desfavorecido. Como já referido, o individuo enquanto organismo é um ser em transformação constante, no entanto, C. revelou dificuldades de aceitação do divórcio dos pais que poderão ter comprometido o seu pleno desenvolvimento (Hipólito, 2011).

Também neste caso se verifica um comprometimento ao nível da vinculação entre o sujeito e o seu cuidador, C. refere várias vezes nas sessões que não se sente amada, apenas cuidada por ambos os pais, mas principalmente pela mãe sentindo-se um peso o que a leva a ter constantes pensamentos suicidas e até mesmo duas tentativas de suicídio. Apresenta-se muito confusa e inconstante em relação aos seus sentimentos pelos outros, revela dificuldade em ser ela própria o que lhe provoca um grande sofrimento interno que se manifesta em automutilação (Granja & Mota, 2018).

Existe um grande comprometimento das condições de valor de C., e uma dissociação daquilo que é o Self organísmico, ideal/desejado e real, ou seja, C. sentia uma grande necessidade de validação e suporte, principalmente, dos pais em relação às questões afetivas e

académicas, referindo muitas vezes que tinha certas atitudes para que os pais se sentissem orgulhosos de si. O seu envolvimento com consumo de drogas e álcool aparentavam ser um refúgio para fugir à realidade e ao facto de não conseguir autorregular-se. Sentimentos como tristeza, baixa autoestima, depressão, desmotivação, angústia, revolta, infelicidade, frustração, abandono, isolamento, entre outros estavam muito presentes no discurso de C. (Hipólito,2011).

Os traumas que vivenciou ao longo da sua vida infantil até à idade presente contribuíram para a dissociação do Self real/ideal contribuindo para uma baixa estima de si, relações complexas, constatando-se a possível existência de psicose. Verifica-se uma grande dificuldade na sua atualização, transformação e autocura. Importa salientar que a presença de sintomas é um alerta do organismo para que este encontre o seu equilíbrio, todavia, existem sintomas graves que não podem ser ignorados e no caso de C. a medicação e a procura de ajuda revelaram-se num aliado importante que o seu organismo se vá adaptando e curando (Hipólito, 2011).

O *locus* de controle interno e externo está relacionado com as perceções e dissociações que são desenvolvidas enquanto criança, no caso de C. as suas vivências e experiências são impactadas pelo *locus* interno e externo, nomeadamente, pela forma como sente a sua relação com os pais e com os outros, e pelo impacto que as decisões destes têm na sua vida e no sofrimento que sente (Hipólito, 2011).

Concluindo, segundo a TCC as seis condições necessárias e suficientes estiveram presentes durante o acompanhamento de C. Todavia, devido às suas características de personalidade e sintomas apresentados, verificou-se disfuncionalidade no seu desenvolvimento pleno e saudável. Esta disfuncionalidade tem um grande impacto em todas as áreas da sua vida sendo potenciadora de grande sofrimento para C.

Conclusão

A partir do trabalho de estágio realizado ao longo de dez meses importa refletir sobre as tarefas realizadas e as aprendizagens que se adquiriram em contexto prático, a nível educacional, profissional e pessoal.

O trabalho de estágio desenvolvido na educação foi muito enriquecedor, na medida em que, a participação em reuniões, no desenvolvimento de ações e projetos permitiu o conhecimento das várias áreas de intervenção educacional e social. O ambiente de trabalho foi facilitador de várias aprendizagens, desde as de cariz administrativo até às reflexões em conjunto realizadas em equipa. A equipa é constituída por várias psicólogas todas com uma visão e abordagem distinta possibilitando assim um maior conhecimento de práticas profissionais. Algumas atividades revelaram-se muito desafiantes, principalmente, aquelas em que era necessário dar parecer e participar na construção e desenho de projetos. Neste âmbito, a estagiária foi convidada a participar no desenho do projeto de inclusão, no qual foi necessário dar a sua opinião, pesquisar e recolher informação que permitisse uma melhor colaboração da sua parte. Sentiram-se algumas dificuldades nesta área devido à inexperiência, pois os restantes elementos da equipa envolvidos neste projeto já dispunham de um grande conhecimento e experiência acerca deste tema. No entanto, a opinião da estagiária foi sempre acolhida e respeitada, e este processo contribuiu para o seu crescimento, amadurecimento, aprendizagem numa área de atuação totalmente diferente. Neste sentido, verificou-se que durante os vários anos de aprendizagens académicas (licenciatura) as questões educacionais foram menos trabalhadas e apresentadas em contexto de sala de aula. Considera-se, assim, uma mais-valia esta aprendizagem e experiência, porque atualmente o psicólogo deve ter conhecimento e competências nas mais variadas áreas de intervenção.

Por outro lado, o estágio, em prática clínica, apresentou-se mais complexo, na medida em que existiam alguns constrangimentos na maioria das sessões acompanhadas apenas foi permitida a observação. Após, 4 meses foi possível a intervenção e acompanhamento do estagiário em algumas sessões. Este aspeto foi limitador, pois o estagiário foi condicionado no seu desempenho, e nas aprendizagens que poderia ter tido durante o processo. Esta situação desencadeou alguma angústia pessoal que foi debatida com a orientadora de estágio, e que se conseguiu ultrapassar com a participação e envolvimento em mais sessões. Durante o desempenho da estagiária, a sua forma de atuação foi respeitada, no entanto, foi sugerido que o acompanhamento fosse diretivo dado ser esta a abordagem utilizada pelo orientador. Algumas vezes foi referido que existiam muitas respostas de compreensão empática, devolução do

sentimento e pouca exploração com questões mais diretas. Embora, nas sessões de acompanhamento observadas estivessem espelhadas a empatia, o cuidado incondicional com o outro, o não julgamento e o estabelecimento da relação, as sessões eram maioritariamente conduzidas pelo psicólogo (abordagem diretiva), sendo possível observar que os jovens estavam envolvidos no processo e que apresentaram melhorias ao longo do tempo.

Como tal, foi possível conhecer, observar na prática técnicas de intervenção diferentes daquelas que foram aprendidas durante a licenciatura e mestrado. Apesar de a abordagem utilizada pela estagiária ser diferente da orientadora não existiu qualquer crítica ou imposição para que fosse realizada uma abordagem diferente, e no acompanhamento que foi seguido posteriormente pela estagiária o jovem aderiu bem à abordagem utilizada. Existiram muitos momentos de partilha entre a estagiária e a orientadora construtivos que contribuíram para a realização de um bom trabalho e desempenho da estagiária.

Durante o processo de estágio, e através das aulas de Seminário Interdisciplinar na UAL, foi possível partilhar as nossas experiências de estágio com os professores e colegas o que ajudou e facilitou o nosso desempenho nos locais de estágio e com as situações que acompanhámos.

No que diz respeito à prática académica e profissional, foi um privilégio realizar o estágio em contextos tão diferentes, mas que se tocam permitindo assim constatar como o trabalho de um psicólogo é muito versátil. A própria orientadora de estágio acumula essas duas funções, e foi muito enriquecedor compreender e conhecer a sua forma de atuação.

A possibilidade de trabalhar com adolescentes foi uma experiência muito enriquecedora e desafiante, foi o desmistificar daquilo que é o conceito de adolescente problemático. O estabelecimento da relação foi mais simples da ideia que tinha e o trabalho desenvolvido foi muito gratificante do ponto de vista relacional, emocional e profissional.

Os três casos acompanhados e apresentados neste relatório foram muito desafiadores, principalmente, aqueles que tinham questões psicopatológicas envolvidas. A. estava pouco envolvido no processo de ajuda, o que dificultou o estabelecimento da relação, permaneceu em silêncio a maior parte das sessões, quando solicitado para fazer a avaliação revelou-se pouco participativo, e sempre que se tentava realizar outro tipo de dinâmica na sessão também não demonstrava interesse acabando por desistir das sessões. Apesar deste resultado foi possível compreender na prática que por muito que se tente ajudar, por vezes é difícil se não existir essa vontade por parte da pessoa.

B. dos três casos foi a que manifestou empenho, envolvimento e vontade em realizar o acompanhamento, uma jovem com algumas questões psicoafectivas, traumas provocados por

bullying durante o tempo de escola que foram trabalhados ao longo das sessões. Estes traumas estavam a comprometer a sua relação com os pares e familiares. Foram realizadas todas as semanas durante este acompanhamento a discussão do caso entre a orientadora e a estagiária, esta discussão era focada nos pontos e estratégias que iriam ser trabalhados na sessão seguinte tais como: a relação com os pais, com os colegas e amigos, etc.

C. revelou-se no acompanhamento mais desafiante desta prática de estágio, manifestou também um grande envolvimento com as sessões de acompanhamento e uma forte intenção de mudar os seus comportamentos. Devido ao seu historial clínico, e embora sem um diagnóstico comprovado por falta de evidências C. apresentava sintomatologia da Perturbação Borderline devido à sua impulsividade, ideação suicida, comportamentos autolesivos, humor inconstante. Para além dos sintomas psicopatológicos, C. também apresentou traumas emocionais relacionados com o divórcio dos pais, esta situação comprometeu o seu desenvolvimento infantil, juvenil e adulto. Esta jovem adulta era acompanhada pelo hospital da área de referência, e foram realizadas várias reuniões para discussão do caso e articulação sobre o trabalho a ser realizado. Conclui-se que C. deveria manter o acompanhamento psiquiátrico e a medicação, assim como realizar um trabalho psicoterapêutico com vista a encontrar mecanismos e estratégias para lidar com questões mais complexas, nomeadamente, a relação com os pais. Este caso permitiu o contato direto em sessões de acompanhamento com um jovem seguido também pela psiquiatria, e a conhecer um jovem adulto com um quadro psicopatológico.

Os objetivos do estágio foram cumpridos nas duas áreas de intervenção com empenho, dedicação e disponibilidade respeitando sempre as regras, procedimentos e o código deontológico dos psicólogos e da instituição em causa.

A experiência adquirida através do acompanhamento clínico ganhou mais expressão, tornou-se mais aliciante, tendo ficado a vontade de continuar a trabalhar nesta área, principalmente com esta faixa etária. Por outro lado, a experiência na educação permitiu ter um olhar mais “clínico” sobre as formas de intervenção e prevenção, e como o trabalho com equipas multidisciplinar se torna mais rico e eficaz do ponto de vista laboral e de crescimento pessoal. O trabalho com problemáticas mais complexas permitiu o ganho de experiência, resiliência em superar os desafios e constrangimentos com sucesso, dedicação e empenho. Concluindo, este estágio contribuiu para o crescimento académico, profissional, pessoal permitindo o desenvolvimento de competências fundamentais e essenciais para o desempenho da profissão de psicólogo seja em que área for.

Referências

- Adurens, F., Vieira, C. (2018). Concepção de professores sobre a inclusão do aluno com autismo: uma pesquisa bibliográfica. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 18(2). doi: 10.5935/cadernosdisturbios. v18n2p94-124.
- Almeida, P., Esteves, M., Castro, F. (2013). Vinculação mãe bebê. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 729-736.
- American Psychiatric Association. (2014). *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual-5*. Climepsi.
- Anastácio, S., Lima, L. (2015). A relação entre a vinculação ao pai e à mãe e a empatia no início da adolescência. <https://doi.org/10.34628/0jdp-w141>
- Borsa, J. (2010). Considerações sobre o uso do teste da Casa-Árvore-Pessoa-HTP. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 151-154.
- Branco, P. (2022). As pesquisas clínicas coordenadas por Carl Rogers: apontamentos metodológicos e repercussões. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 16(2), 1-24.
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos: Revista Do Serviço De Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68.
- Carvalho, M., Silva, B. (2014). Estilos parentais: um estudo de revisão bibliográfica. *Revista Psicologia em Foco*, 6(8), 22-42.
- Claro, P., Mota, C. (2019). O papel da vinculação aos pais e da regulação emocional no investimento esquemático na aparência em jovens adultos. *Actualidades en Psicología*, 33(126), 97-116.
- Coelho, J., Melo, C., Rocha, F., Santos, S., Barros, S., & Martins, C. (2014). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: casuística de um Centro Secundário. *Revista Nascer e Crescer*, 195-200.
- Corrêa, M. (2010). A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais no ensino regular. <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/846>
- Correia, L. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(2), 155-172. doi: 10.1590/s1413-65382007000200002
- Costa, P., Farenzena, R., Simões, H., Pereira, B. (2013). Adolescentes portugueses e o bullying escolar: estereótipos e diferenças de género. *Interações*, 9(25).

- Cury, B., Lopes, L., Linhares, D. (2012). Formação de educadores e abordagem centrada na pessoa: instrumentalização de discentes frente às questões educacionais. *Psique*, 8, 75-92.
- Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. Diário da República, n.º 129/2018 – 1ª série. Lisboa
- Direção Geral da Educação (2018). <https://www.dge.mec.pt/noticias/decreto-lei-no-542018educacao-inclusiva>
- Ferreira, I., Cavalcante, Braz-Aquino. (2016). Concepções e Práticas de Psicólogos Escolares e Docentes acerca da Inclusão Escolar. *Psicologia Ciência E Profissão*, 36(2), 255-266
- Fortes, P., Willhelm, A., Petersen, C., Almeida, R. (2019). Mindfulness em crianças com ansiedade e depressão: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. *Contextos Clínicos*, 12(2). doi: 10.4013/ctc.2019.122.09
- Fragoso, F., Casal, J. (2012). Representações sociais dos educadores de infância e a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(3), 527-546. doi: 10.1590/s1413-65382012000300011
- Freitas, L. C., Prette, Z. (2014). Categorias de necessidades educacionais especiais enquanto predictoras de déficits em habilidades sociais na infância. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27, 658-669.
- Gaitas, S., Morgado, J. (2010). Educação, diferença e psicologia. *Análise Psicológica*, 28(2), 359-375 <https://doi.org/10.14417/ap.292>
- Gaspar, T., Matos, M., Guedes, F.B., Cerqueira, A., Branquinho, C., Simões, C., Tomé, G., Reis, M., Ramiro, L., Marques, A., Camacho, I., Loureiro, N., Gaspar, S., Carvalho, M., Raimundo, M., Ramos, M., Moraes, (...), & Costa, R. (2022). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em contexto de Pandemia*. Retirado de <https://aventurasocial.com/>
- Granja, M., Mota, C. (2018). Estilos parentais e vinculação amorosa: efeito mediador do bem-estar psicológico em jovens adultos. *Avances en psicología latinoamericana*, 36(1), 93-109.
- Halpern, C., Silva, P., Costa, D., Nascimento, M., Reis, J., Martins, M., ... & Afonso, S. (2021). A perturbação do espectro do autismo na primeira infância: o modelo do Centro de Estudos do Bebê e da Criança de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, 34(10), 657-663.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. EDIUAL.
- Hutz, C. (2015). O que é avaliação psicológica: métodos, técnicas e testes. *Psicometria*, 11-21.

- Jordão, A., Ramires, V. (2010). Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20, 421-430.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: Pactor.
- Leal, I., & Ribeiro, J. (2021). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Pactor.
- Leal, I., Pimenta, F., Marques, M. (2012). *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*. Placebo Editora.
- Lemos, E., Salomão, N., & Agripino-Ramos, C. (2014). Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 20, 117-130.
- Lemos, E., Salomão, N., Aquino, F., Agripino-Ramos, C. (2016). Concepções de pais e professores sobre a inclusão de crianças autistas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28, 351-361.
- Lima, A., Faria A., Lorenzini, A., Brasileiro, L. (2017). A Influência de práticas pedagógicas e terapêuticas não verbais no transtorno do espectro autista: as possibilidades para o profissional de educação física. *Motricidade*, 13, 87-96.
- Lis, S., Bohus, M. (2013). Social interaction in borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 15, 1-7.
- Magalhães, T. (2020). *Influência do mindfulness, da inteligência emocional e do pensamento negativo perserverativo na sintomatologia emocional*. Retirado <https://ubibliorum.ubi.pt/>
- Marques, S., Barrocas, D., Rijo, D. (2017). Intervenções psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: uma revisão das terapias de base cognitivo-comportamental. *Acta Médica Portuguesa*, 30(4), 307-319.
- Matos, M., do Céu Machado, M., Raimundo, R., Moleiro, P., João Figueiras, M., & Beatriz Neufeld, C. (2018). Prevenção e promoção na saúde mental das crianças, adolescentes e jovens: tertúlia de reflexão. *Journal of Child & Adolescent Psychology/Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9(2). <https://doi.org/10.34628/88gb-pq07>
- Mazer, S., Bello, A., M.Bazon, (2009). Dificuldades de aprendizagem: revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. *Psicologia da Educação*, (28), 7-21
- Medrado, A., Campos, R., Siquara, G., Pondé, M. (2021). Saúde mental e qualidade de vida de pais de pessoas com TEA durante a pandemia COVID-19: uma revisão narrativa. *Revista Psicologia., Diversidade e Saúde*, 507-521. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v10i3.3545>

- Melo, O., Mota, C. (2013). Vinculação amorosa e bem-estar em jovens de diferentes configurações familiares. *Psicologia em Estudo*, 18, 587-597.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27, 537-544.
- Nascimento, A., & Menezes, J. (2013). Intimidações na adolescência: expressões da violência entre pares na cultura escolar. *Psicologia & Sociedade*, 25, 142-151.
- Neufeld, C. (2017). *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. Artmed Editora.
- Noronha, A., & Batista, H. (2017). Escala de forças e estilos parentais: estudo correlacional. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8(2), 2-19.
- Nunes, C. (2008). *Alunos com multideficiência e com surdocegueira congénita. Organização da resposta educativa*. Lisboa: Ministério da Educação. Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços de Educação Especial e de Apoio Sócio-Educativo
- Oliva, D. (2016). Barreiras e recursos à aprendizagem e à participação de alunos em situação de inclusão. *Psicologia USP*, 27(3), 492-502.
- OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico
- Ortega, A. (1981). O Desenho da Família como técnica objetiva de investigação psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33(3), 73-81.
- Pais-Ribeiro, J. (2013). Medida na avaliação psicológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 245-263.
- Pêgo, A., Nunes, C. (2021). Alunos com multideficiência no ensino regular: acesso, participação e sucesso!?!... *Diversidades, educação e inclusão*, 255-278.
- Pego, V., Dias, A., Morais, R., Peixoto, S. (2014). O psicólogo escolar como mediador no processo educacional inclusivo. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS*, 2(2), 185-198.
- Pereira F. (2008). *Educação Especial – Manual de Apoio à Prática. Alunos com Multideficiência e com Surdocegueira Congénita – Organização da Resposta Educativa*. DGIDC & DSEEASE Editores, Ministério da Educação, 9- 18
- Pereira, A., Fernandes, O., Relva, I. (2018). Psychopathological symptomatology and social support in parents of children with autism spectrum disorder. *Análise Psicológica*, 36(3).

- Pereira, J., Cunha, M. (2018). *Emoções Sociais Negativas: humilhação e vergonha e o seu impacto na capacidade de regulação emocional dos adolescentes* (Master's thesis, ISMT).
- Petroni, A., Souza, V. (2017). Psicologia Escolar: análise sobre dificuldades e superações no Brasil e Portugal. *Psicologia Escolar e Educacional*, 21, 13-20.
- Pinto, A., Luna, I., Sivla, A., Pinheiro, P., Braga, V., & Souza, Â. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 555-564.
- Rasga, C., Vicente, A. (2017). *O que acontece quando as crianças com autismo crescem? Um estudo exploratório*. Retirado de <https://www.insa.min-saude.pt/category/informacao-e-cultura-cientifica/publicacoes/boletim-epidemiologico-observacoes-suplemento-9/>
- Rezende, L., Costa, L., Costa, N. (2022). *Consequências do bullying na vida adulta*. Retirado <https://repositorio.animaeducacao.com.br/>
- Rigoni, M., Sá, S. (2016). O processo psicodiagnóstico. *Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed*, 47-60.
- Rogers, C. (1992). *Terapia centrada no cliente*. Martins Fontes.
- Rosa, A., Loureiro, L., Sequeira, C. (2019). Literacia em saúde mental sobre depressão: Um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 40-46.
- Rosa, E., Zatti, C., Baldissera, R. (2015). Personalidade borderline e as dificuldades de tratamento. *Uningá Review*, 21(1).
- Rosário, J., Kobayashi, T. C. (2016). A imagem inconsciente do sujeito na técnica do desenho de família. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 6(1).
- Rossato, S., Leonardo, N. (2011). A deficiência intelectual na concepção de educadores da educação especial: contribuições da psicologia histórico cultural. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17, 71-86.
- Rouxinol, F. (2018). *Perturbação de hiperatividade com defice de atenção e as funções executivas*. Retirado de https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php.
- Sagnier L., Morell. Mesa M., Garcia I., Morcillo E., Arena E., Yanguas G., Ramos A., Álvarez E. M. (2022). *Os Jovens em Portugal, Hoje*. Retirado de <https://www.ffms.pt/pt-pt/estudos/os-jovens-em-portugal-hoje>.
- Senna, S., Dessen, M. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 28, 101-108.

- Serralta, F., Campezzato, P., Laskoski, P., Fração Sanchez, L. (2019). Associações entre características borderline de personalidade e empatia. *Investigação. psicologia*, 9-15.
- Silva, R., Corujeira, S., Melo, A., Almeida, P., Viana, V., & Guardiano, M. (2015). *Avaliação do stress parental em mães de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção*. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/81842>
- Sousa, J. (2017). *Défice de atenção e hiperatividade: da definição ao tratamento*. Retirado de https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?defice-de-atencao-e-hiperatividade-da-definicao-ao-tratamento&codigo=A1122
- Sousa, M., Lima, L., Rodrigues, M., Mascarenhas, M., Moura, J., & Leal, I. (2022). Contexto familiar e sofrimento mental em adolescentes: uma revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (27), 140-157.
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M., Diniz, J. (2011). A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 747-756.
- Trull, T., Freeman, L., Vebares, T., Choate, A., Helle, A., Wycoff, A. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 1-12.
- Xavier, A., & Nunes, A. (2015). *Psicologia do desenvolvimento*. EDUECE.