

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

**A PRÁTICA DE PSICOLOGIA CLÍNICA EM CONTEXTO DE UNIDADES DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, CENTRO DE ACOLHIMENTO
RESIDENCIAL, COMUNIDADE DE INSERÇÃO E ACOMPANHAMENTO EM
GABINETE PRIVADO**

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

Autor: Hélder Manuel de Valente e Caldeira da Cunha-Cândido

Orientadora: Professora Doutora Isabel Souto

Número do candidato: 19930242

[junho, 2025]

Lisboa

“São rosas, Senhor, são rosas!”

Rainha Santa Isabel

Agradecimentos

Este percurso foi como uma travessia em caravela por mares nem sempre conhecidos: por vezes serenos, outras vezes revoltos, mas sempre com a esperança de alcançar um bom porto. Ao longo do caminho, fui guiado por estrelas (queridos avós) e acompanhado por uma tripulação que tornou possível chegar até aqui.

Aos meus pais, o casco firme desta embarcação, agradeço por serem a base que me sustentou nos momentos mais difíceis. O vosso apoio constante foi o meu abrigo, o meu lugar seguro em todas as marés.

Ao meu companheiro, que foi porto de descanso e marinheiro incansável, agradeço pela paciência, pela presença e por remar sempre ao meu lado, mesmo quando o vento era contrário.

À minha orientadora de estágio, a bússola que me ajudou a manter o rumo.

À minha orientadora de relatório, farol firme e generoso que iluminou este percurso com exigência sábia, clareza, uma humanidade rara e uma disponibilidade verdadeiramente incansável. Esteve sempre presente, totalmente recetiva e profundamente comprometida. Não poderia ter desejado melhor guia nesta travessia.

Às professoras de seminário, que contribuíram com partilhas valiosas e momentos de reflexão importantes ao longo do percurso, deixo o meu agradecimento sincero.

Aos meus amigos, a tripulação leal que esteve sempre presente.

Houve momentos em que a névoa no horizonte tornava incerto o rumo a seguir. Mas também houve instantes de brisa favorável, em que a inspiração, as descobertas e o apoio recebido me deram novo alento para continuar.

Este relatório é o meu diário de bordo – o registo de uma viagem feita com empenho, dúvidas, conquistas e aprendizagens. Este percurso não foi apenas uma travessia, mas uma verdadeira escola de crescimento pessoal e profissional. Cada mar revolto, cada brisa favorável, e cada estrela no céu ajudaram a moldar não só o relatório, mas também a minha própria evolução como pessoa. Com o apoio de todos, fui capaz de navegar por águas desconhecidas e descobrir novos horizontes dentro de mim. Cada pessoa mencionada, à sua maneira, foi parte desta caravela: como vela que impulsiona, âncora que sustém ou mão que ajuda a remar.

Agora, com terra à vista, sigo com o coração cheio de gratidão por ter feito este caminho rodeado de tanto apoio, e percebo que *"o curioso paradoxo é que quando me aceito como sou, então posso mudar."* – Carl Rogers.

Resumo

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, descreve a prática profissional realizada em quatro contextos distintos: numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), num Centro de Acolhimento Residencial (CAR), numa Comunidade de Inserção (CI) e num Gabinete Privado (GP). Estes contextos permitiram o contacto com adultos e idosos em reabilitação, crianças institucionalizadas, jovens mães em risco de exclusão social e, no gabinete, adultos que procuraram apoio psicológico por iniciativa própria. Neste último foi possível aplicar a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), com foco na escuta ativa, clarificação emocional e reforço da autonomia. Nas restantes instituições, a prática foi pautada por uma postura ética e relacional. O estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências clínicas e para uma compreensão aprofundada do papel do psicólogo na promoção do bem-estar em contextos marcados por sofrimento.

Palavras-Chave: Estágio Curricular, Psicologia Clínica, Acompanhamento psicológico, Avaliação psicológica.

Abstract

This report, developed within the Master's Degree in Clinical and Counselling Psychology, presents the professional internship carried out in four different contexts: a Unit for Integrated Continued Care (UCCI), a Residential Care Centre (CAR), a Social Reintegration Community (CI), and a Private Practice Office (GP). These settings allowed contact with vulnerable populations, including adults and older adults in rehabilitation, institutionalised children, young mothers at risk of social exclusion, and, in the private practice context, adults who sought psychological support on their own initiative. In this latter setting, the Person-Centred Approach (PCA) was applied, focusing on active listening, emotional clarification, and the reinforcement of autonomy. In the remaining institutions, the practice was guided by an ethical and relational posture. The internship contributed to the development of clinical skills and to a deeper understanding of the psychologist's role in promoting well-being in contexts marked by suffering and vulnerability.

Keywords: *curricular internship; clinical psychology; psychological counselling; psychological assessment.*

Índice

INTRODUÇÃO	10
CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	12
Instituição I	12
Instituição II.....	15
I PARTE –ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
A Psicologia Clínica e da Saúde	17
Papel do Psicólogo Clínico.....	18
<i>Psicólogo Clínico em contextos específicos</i>	<i>19</i>
<i>Centro de Acolhimento Residencial (CAR).....</i>	<i>19</i>
<i>Comunidades de Inserção (CI).</i>	<i>21</i>
<i>Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).</i>	<i>22</i>
A Construção do Saber Clínico: Avaliação Psicológica.....	24
<i>Os Instrumentos de Medida.</i>	<i>26</i>
<i>Mini-Mental State Examination (MMSE).</i>	<i>26</i>
<i>Dementia Rating Scale (DRS-2).</i>	<i>26</i>
<i>Entrevista Diagnóstica para Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em</i> <i>Adultos (DIVA-5).</i>	<i>26</i>
<i>d2 – Teste de Atenção.</i>	<i>27</i>
<i>Teste de Stroop.....</i>	<i>28</i>
<i>Figura Complexa de Rey.....</i>	<i>29</i>
A Intervenção Clínica.....	30
<i>Acompanhamento Individual: A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP).....</i>	<i>30</i>
<i>Estimulação e Reabilitação cognitiva.</i>	<i>32</i>
<i>Estimulação Sensorial (Abordagem Transversal).....</i>	<i>34</i>
Princípios Éticos e Deontológicos.....	36
II PARTE – APRESENTAÇÃO DO ESTÁGIO E DISCUSSÃO DE CASOS	38
Caso Clínico A – Apresentação de Avaliação Psicológica	40
<i>Identificação</i>	<i>40</i>
<i>Motivo da Avaliação Psicológica.....</i>	<i>40</i>
<i>Processo de Avaliação Psicológica.....</i>	<i>40</i>
<i>Anamnese.....</i>	<i>41</i>

<i>Teste DIVA-5.</i>	43
<i>Teste de Stroop.</i>	45
<i>d2-Teste de Atenção.</i>	46
<i>Teste de Figura Complexa de Rey</i>	47
<i>Discussão do Caso</i>	48
<i>Conclusão do Caso</i>	50
Caso Clínico B – Apresentação de Acompanhamento Psicológico	51
<i>Identificação</i>	51
<i>Motivo do Acompanhamento Psicológico</i>	51
<i>História Clínica</i>	51
<i>Processo de Acompanhamento Psicológico</i>	53
<i>Conceptualização Psicoafetiva do Caso da CB à luz do Professor Hipólito</i>	55
<i>Conclusão do Caso</i>	57
III PARTE – CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
LISTA DE ANEXOS	71

Índice de Tabelas

Tabela 1. Organização dos Serviços da Instituição I.	13
Tabela 2. Snoezelen - A Dinâmica da Terapia Multissensorial	35
Tabela 3. Resultados por Domínio – DIVA-5 (anexo 2)	44
Tabela 4. Resultados do Teste Stroop - Método 2 – (anexo 3).....	45
Tabela 5. Resultados do Teste d2 (anexo 4)	46
Tabela 6. Resumo dos Resultados com Normas (Percentis) do teste da CA (anexo 4).....	47
Tabela 7. Resultados da Figura Complexa de Rey (anexo 5)	47

Índice de Figuras

Figura 1. Estrutura organizacional da Instituição II.....	16
Figura 2. Genograma de CA	42
Figura 3. Genograma da CB.....	54

Lista de Abreviaturas

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades da Vida Diária

CA – Caso Clínico A

CAR – Centro de Acolhimento Residencial

CB – Caso Clínico B

CI – Comunidade de Inserção

d2 – Teste d2 de Atenção Concentrada

DIVA5 – Entrevista Diagnóstica para PHDA em Adultos – versão 5.0

DSM-5-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5.^a edição, revisão do texto) (Texto Revisto)

EDAH – Provas de Hiperatividade e Défice de Atenção

GP – Gabinete Privado

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PEC – Plano de Estimulação Cognitivo

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

RGPD – Regulamento Geral para Proteção de Dados

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCLD – Unidade de Cuidados de Longa Duração

UCMD – Unidade de Cuidados de Média Duração

Introdução

O presente relatório resulta do estágio curricular realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa – Luís de Camões, para a obtenção do grau de Mestre.

O estágio decorreu em duas instituições distintas, compondo um enquadramento multicontextual. A *Instituição I*, é uma instituição de solidariedade social, que engloba uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), do Gabinete de Psicologia, especificamente na área de Reabilitação Cognitiva, um Centro de Acolhimento Residencial (CAR), uma Comunidade de Inserção (CI). A *Instituição II* é uma Associação Desportiva que integra um Gabinete Privado (GP), de acompanhamento psicológico na vertente clínica.

O estágio decorreu entre setembro de 2024 e junho de 2025, com duração de 439 horas, as quais foram distribuídas entre os diferentes contextos, mais especificamente 161 dessas horas na UCCI, 84 horas no CAR, 71 na CI, 54 no Gabinete Privado e 69 horas de Supervisão.

A realização do estágio curricular constitui uma fase crucial para a aplicação prática dos conhecimentos e competências adquiridos ao longo da formação académica, permitindo a aplicação gradual e supervisionada dos conhecimentos adquiridos em sala de aula em contextos reais. Essa vivência proporciona o desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais, além de promover uma compreensão mais profunda das exigências e desafios da atuação profissional.

Durante esta experiência, na UCCI tivemos a oportunidade de desempenhar diversas funções, como a observação de utentes em contexto terapêutico, acompanhamento individual em consultas, participação em sessões *Snoezelen*, avaliações psicológicas e terapia de grupo focada na estimulação cognitiva. No CAR, tivemos a oportunidade de desempenhar diversas funções, como observação das crianças, prestar acompanhamento individual em consultas, efetuar avaliações psicológicas e colocar em prática um projeto que elaborámos em “*Intervenção nas Competências Sociais em crianças em contexto de acolhimento*”. Na CI, tivemos a oportunidade de desempenhar funções como observação das jovens mães, avaliação e acompanhamento psicológico individual e, no contexto de Gabinete Privado, realizámos acompanhamentos psicológicos com Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). À medida que o estágio progrediu, adquirimos maior autonomia na execução dessas atividades, o que reflete o objetivo central desta etapa. A combinação entre a prática proporcionada por este estágio e os conhecimentos adquiridos durante o curso foi essencial para um contacto mais profundo com a realidade clínica, contribuindo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

A escolha destas Instituições revelou-se particularmente acertada, permitindo-nos trabalhar com uma população diversa, a experiência com crianças institucionalizadas, bem como adolescentes, adultos e idosos, numa riqueza de diversidade populacional. O presente relatório pretende demonstrar as competências desenvolvidas, procurando pôr em evidência a contribuição empírica, ética, crítica e reflexiva da minha pessoa enquanto futuro psicólogo, estando organizado em quatro partes.

Iniciaremos com a Caracterização dos locais de Estágio, apresentando um breve enquadramento das Instituições acolhedoras de estágio, com o objetivo de contextualizar o ambiente onde decorreram as atividades práticas, destacando-se a estrutura organizacional, os respetivos serviços prestados e a população-alvo, de modo a enquadrar a experiência formativa no seu devido contexto institucional.

Na *I Parte* será feito um enquadramento teórico acerca da atuação do psicólogo clínico, em particular nos contextos específicos correspondentes aos do estágio, abordando a construção do saber clínico no âmbito da avaliação psicológica, incluindo as suas metodologias e ferramentas, bem como da intervenção psicológica, com o intuito de fundamentar teoricamente as práticas desenvolvidas ao longo da experiência formativa. Será igualmente apresentado a forma como estes conhecimentos foram aplicados na prática do estágio, evidenciando a articulação entre teoria e experiência profissional.

Na *II Parte* serão discutidos dois casos clínicos, correspondendo cada caso a diferentes contextos e objetivos, através dos quais se procura evidenciar as competências desenvolvidas nas áreas da avaliação e da intervenção psicológica. Cada caso será igualmente analisado à luz da teoria vigente, de forma a promover uma articulação consistente entre os referenciais teóricos e a prática clínica vivenciada durante o estágio.

Por fim, na *III Parte* será apresentada uma reflexão crítica sobre todo o percurso de estágio, integrando as aprendizagens, desafios e transformações pessoais e profissionais vivenciadas. Esta reflexão visa promover uma análise consciente e aprofundada do desenvolvimento enquanto futuro psicólogo, valorizando a articulação entre teoria, prática e ética profissional. Importa ressaltar que esta reflexão esteve presente nas diversas dimensões da experiência de estágio, desde o contexto institucional até à prática clínica, sendo que esta etapa formativa revelou-se essencial na consolidação de uma postura ética, crítica e comprometida com a complexidade do exercício da Psicologia.

Caracterização dos Locais de Estágio

Instituição I

A *Instituição I*¹ foi fundada no século XVI, constitui uma das instituições mais antigas da região, nomeadamente da Área Metropolitana de Lisboa, com uma trajetória ininterrupta de apoio à população em situação de vulnerabilidade. Ao longo de mais de quatro séculos, a sua intervenção tem-se pautado pela prestação de assistência social e cuidados de saúde, promovendo a dignidade humana e respondendo às necessidades emergentes da comunidade.

A atuação da Instituição I assenta nos princípios que orientam a sua missão solidária e assistencial. Reconhecendo as complexidades das sociedades contemporâneas e a crescente procura por serviços de apoio, a Instituição I procura alargar o seu impacto, garantindo respostas eficazes às populações mais fragilizadas. Para tal, conta com o envolvimento ativo dos seus órgãos sociais, profissionais e voluntários.

A sua missão institucional estrutura-se na identificação e resposta a necessidades sociais e de saúde, assegurando o acesso equitativo a serviços adequados e em tempo útil. Para cumprir esse objetivo, a Instituição I adota uma abordagem baseada em princípios fundamentais, tais como o respeito pela dignidade humana, a valorização do conhecimento, a excelência na prestação de cuidados e a cooperação interdisciplinar.

No domínio da intervenção social e da saúde, a Instituição I tem desenvolvido uma abordagem integrada e sustentável, disponibilizando cuidados de saúde primários e continuados, bem como ações preventivas e assistenciais direcionadas às necessidades da população. Assim, mantém-se fiel ao compromisso de caridade e solidariedade que sustentou a sua fundação, enquanto se adapta aos desafios contemporâneos, consolidando a sua atuação com base em pressupostos éticos e humanistas (fonte: *Instituição I*).

Em termos de estrutura organizacional, os serviços da Instituição I procuram corresponder às necessidades das populações inseridas na sua área geográfica, garantindo simultaneamente o apoio e a sustentabilidade das respostas sociais, integradas na sua própria rede de equipamentos e serviços. Esta rede inclui infraestruturas e programas diretamente geridos pela Instituição I, como unidades de saúde, estruturas residenciais para idosos, creche, centros de dia e outras valências de apoio social, assegurando uma intervenção coordenada e eficaz, procurando que os utentes obtenham bem-estar físico e psicológico (Tabela 1). Todas

¹ A identificação da Instituição foi deliberadamente omitida para garantir o anonimato da mesma. Da forma, salvaguarda-se os direitos autorais da Instituição com a referência à sua utilização como fonte e, simultaneamente, assegurando o cumprimento das normas do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

estas áreas incluem departamentos e/ou unidades funcionais, as quais são dirigidas por órgãos próprios, conforme a sua hierarquia e unidade de controlo, podendo ser organizada em três grandes áreas *i)* Serviços de Prestação de Cuidados, *ii)* Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados, e *iii)* Serviços de Gestão e Logística.

Tabela 1. *Organização dos Serviços da Instituição I.*

Áreas	Serviços
Prestação de Cuidados	Apoio Domiciliário
	Centro de Acolhimento
	Centro de Dia
	Comunidade de Inserção (duas)
	Creche
	Lares (três)
	Unidade de Cuidados Continuados Integrados (dois: média duração e reabilitação, longa duração e manutenção)
Suporte à Prestação de Cuidados	Gabinete de Psicologia
	Sala <i>Shoetelen</i>
	Fisioterapia
	Terapia da Fala
	Terapia Ocupacional
	Serviço Farmacêutico
	Serviço Social
Gestão e Logística	Planeamento e Controlo da Gestão
	Serviço de Apoio ao Utente
	Gestão Financeira
	Recursos Humanos
	Aprovisionamento
	Instalações e Equipamentos
	Serviços de Vigilância
	Transportes

No âmbito do presente relatório iremos focar a nossa atenção na apresentação das valências nas quais realizámos estágio, nomeadamente Centro de Acolhimento Residencial (CAR), Comunidade de Inserção (CI) e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

O CAR procura dar resposta a situações de risco e exclusão social acompanhando e prevenindo essas situações, proporcionando assim, um projeto de vida adequado às necessidades das crianças. Abrange crianças em situação de risco dos zero aos doze anos, de ambos os sexos, tendo neste momento capacidade para recolher dezassete crianças, em regime temporário, bem como duas crianças em Unidade de Emergência, as quais podem proporcionar um acolhimento imediato e estável, promovendo o seu bem-estar físico e psíquico. Proporciona ainda um apoio na saúde, na educação e na sociabilização, executa uma avaliação da situação sociofamiliar, psicológica e jurídica de cada criança, efetuando o acompanhamento de cada situação, de forma, a que cada criança tenha um projeto de vida adequado, às suas necessidades.

O objetivo do CAR é garantir acolhimento temporário em ambiente familiar e integrador, respeitando a individualidade de cada criança, promovendo um processo de normalização e integração social que assegure padrões compatíveis com aqueles vivenciados por crianças da sua faixa etária. Procura atender adequadamente às necessidades básicas e cuidados pessoais, assegurando um atendimento individualizado que considere as especificidades de cada criança. Assegura o acesso a cuidados médicos e de saúde, complementados por programas educativos voltados para a promoção de uma vida saudável e o bem-estar integral das crianças. Procura facilitar o acesso à educação e à socialização, permitindo que cada criança participe de um processo educativo adaptado às suas necessidades, garantindo acesso a uma formação que favoreça o seu desenvolvimento social e acadêmico. Ao nível desenvolvimental, promove o desenvolvimento da autonomia e independência, de acordo com as capacidades individuais de cada criança, com o intuito de prepará-las para uma maior autossuficiência, estabelecer um projeto de vida individualizado, coordenado por uma intervenção multidisciplinar, que envolva todos os profissionais pertinentes. Evidencia-se a procura de garantir um acompanhamento integral e personalizado, respeitar e assegurar os direitos das crianças e das famílias, adotando uma abordagem que tenha esses direitos como prioridade em todas as ações e intervenções. O CAR atua em colaboração com os diversos níveis do sistema de intervenção social e institucional, incluindo escolas, centros de saúde, entidades públicas e privadas envolvidas com a infância, comissões de proteção de crianças e jovens, equipas multidisciplinares de assessoria aos tribunais e os próprios tribunais, para garantir uma abordagem integrada e eficiente.

Outra resposta social proporcionada pela instituição é a CI, que visa dar resposta a mais um problema social (exclusão social), através de ações integradas, com o objetivo de permitir que pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, que se encontram em exclusão ou marginalização social por diversos fatores, possam ser reintegradas na sociedade.

O objetivo da CI, nesta área, é procurar que estes indivíduos consigam obter condições básicas de sobrevivência, a estruturação de competências básicas e de relacionamento, desenvolver capacidades que possam potencializar a sua integração social e profissional de forma progressiva, com apoio e acompanhamento quer no período de aquisição dessas competências, quer na fase de autonomia e, por último, oferecer apoio psicológico e social para que estas pessoas e/ou famílias consigam ter um bom equilíbrio e bem-estar nesta fase.

A UCCI, integra duas unidades, nomeadamente a Unidade de Cuidados de Média Duração e Reabilitação (UCMD) e a Unidade de Cuidados de Longa Duração e Manutenção (UCLD). Estas unidades procuram garantir um conjunto de cuidados de saúde e de apoio social

a pessoas que estejam com dificuldade temporária de autonomia, mas que apresentem potencial de recuperação, pelo que necessitam de cuidados clínicos.

A UCMD é composta por uma equipa multidisciplinar que é constituída por Diretora Técnica, Diretor Clínico, Médico Clínica Geral, Médico Fisiatra, Enfermeira Coordenadora, Equipa de Enfermagem, Psicóloga, Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Assistente Social, Animadora Sócio Cultural, Ajudante de Animação e Ocupação, Nutricionista, Auxiliares de Ação Médica, bem como Rececionista. O objetivo da UCMD é promover o bem-estar e a qualidade de vida de indivíduos em processo de recuperação, seja após um episódio agudo ou pela descompensação de condições patológicas crónicas. A unidade oferece cuidados especializados que visam a estabilização clínica e a reabilitação integral do paciente, com foco na preparação para a alta. O período de internamento nesta unidade é, em média, de noventa dias.

Por sua vez, a UCLD destina-se a indivíduos com doenças crónicas ou em situações de dependência de diferentes níveis, proporcionando cuidados que procuram estabilizar o quadro clínico, bem como prevenir e retardar a progressão da dependência. O internamento nesta unidade é superior a noventa dias. Quando o internamento se destina a proporcionar descanso ao cuidador principal do paciente, o período de internação é limitado a trinta dias, podendo o paciente beneficiar desse tipo de internamento até três vezes ao ano (fonte: *Instituição I*).

Instituição II

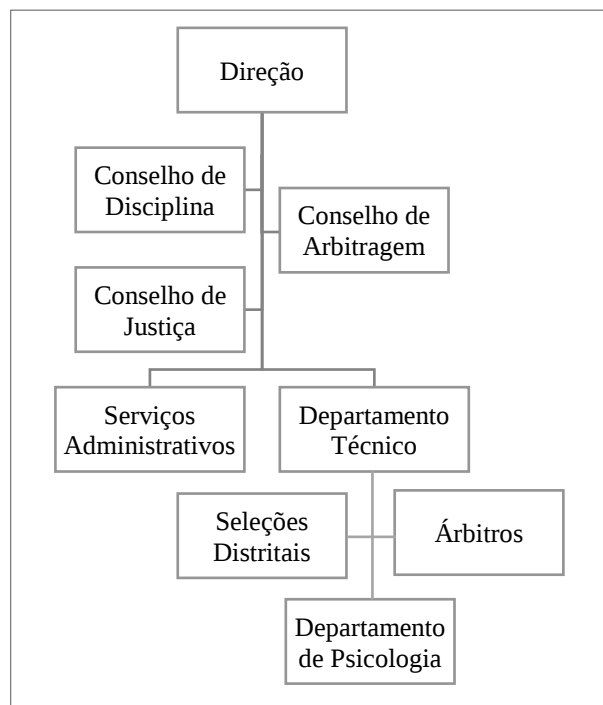
O Gabinete de Psicologia, integrado na *Instituição II* (Figura 1)², é uma valência especializada em Psicologia Clínica, resultante de uma parceria estabelecida em 2002 entre a Instituição II e a Dr.^a M.P.³.

Importa referir que, inicialmente, a parceria teve como objetivo a produção de literatura científica na área da psicologia do desporto, iniciativa esta positivamente acolhida pela direção da Instituição, reconhecendo a pertinência e potencial impacto da Psicologia neste contexto. Desta forma, e como resposta às crescentes necessidades, a Dra. M.P. foi convidada a realizar acompanhamentos e avaliações psicológicas, tanto com atletas, como com árbitros, que, na atualidade são realizados, tal como referido, no âmbito da psicologia clínica.

² A identificação da Instituição foi deliberadamente omitida para garantir o anonimato da mesma. Da forma, salvaguarda-se os direitos autorais da Instituição com a referência à sua utilização como fonte e, simultaneamente, assegurando o cumprimento das normas do RGPD.

³ Orientador interno aos locais de estágio.

Figura 1. Estrutura organizacional da Instituição II



A Instituição II foi fundada em 1943, representando um marco na história da modalidade específica na Área Metropolitana de Lisboa, uma vez que consolida a prática desportiva da modalidade específica e promove a organização de competições e o desenvolvimento de atletas. Ressalva-se que a prática da modalidade no distrito teve início na mesma zona geográfica em 1927, com a fundação do Clube A. Já no ano de 1928, o Clube A participou no Campeonato da Promoção da Associação da modalidade, onde se sagrou Campeão de Lisboa. Devido ao crescente interesse pela modalidade, no dia onze de dezembro de 1937 foi fundada a Associação da Região. A Associação da Região, além de organizar competições masculinas, quis ir mais além e expandiu a modalidade a equipas femininas, através do Clube B. Em 1939, registou-se a primeira apresentação de uma Seleção da Região, marcando assim um passo significativo no desenvolvimento da modalidade. Com a extinção das Associações Regionais por despacho governamental em 1943, foi necessário reorganizar a estrutura associativa da modalidade. Assim, em doze de novembro de 1943, foi fundada a Instituição II.

I Parte –Enquadramento teórico

Nesta secção, será apresentado o referencial teórico essencial que fundamenta as áreas de atuação da Psicologia com particular incidência nas que se revelam mais pertinentes para os contextos específicos do estágio. A construção desta base teórica tem como objetivo proporcionar uma compreensão sólida dos pressupostos científicos, conceitos-chave e modelos explicativos que sustentam a prática psicológica, assegurando a sua coerência com os princípios éticos e deontológicos da profissão.

A exposição teórica visa, igualmente, contextualizar a relevância da Psicologia no cenário específico do estágio, evidenciando como o conhecimento científico orienta a intervenção psicológica, promove o desenvolvimento de competências profissionais e contribui para a compreensão aprofundada das necessidades individuais e sociais da população-alvo. Ao ancorar a prática num corpo teórico consistente, pretende-se não só justificar metodologicamente as atividades desenvolvidas, mas também reforçar a articulação entre teoria e prática, elemento central na formação de psicólogos(as) com uma intervenção eficaz, ética e cientificamente informada.

A Psicologia Clínica e da Saúde

O desenvolvimento mais significativo da psicologia clínica deu-se após a Segunda Guerra Mundial, quando a necessidade de intervir clinicamente junto de um elevado número de veteranos com perturbações mentais, decorrentes da vivência direta de traumas de guerra, impulsionou a consolidação da prática psicológica e a criação de serviços especializados (Corsini & Wedding, 2010). Contudo a psicologia clínica ficou sempre associada apenas à intervenção ao nível psicopatológico e psiquiátrico, não tendo o reconhecimento de ser uma psicologia de carácter mais abrangente, ligado aos cuidados de saúde e de bem-estar no sentido mais lato. Só nos anos setenta do século XX é que houve uma alteração deste paradigma, com a idealização de um sistema de saúde abrangente e os cuidados de saúde mais específicos. Neste contexto, as práticas de saúde realizadas pelos psicólogos sofreram um impacto, com o destaque dos modelos biopsicossociais, os quais evidenciavam uma nova abordagem focada nas equipas de saúde multidisciplinares (Leal & Pimenta & Marques, 2012). Esta nova filosofia na área da saúde originou também uma nova área na psicologia, nomeadamente a Psicologia da Saúde.

Em Portugal, o Decreto-Lei nº 241/94 de setembro de 1994, regulamentou a atividade profissional dos psicólogos no sistema de saúde, definindo-os como técnicos superiores.

Definiu-se então a Psicologia Clínica da Saúde de forma mais holística, onde todas as áreas práticas da atividade têm o intuito de ajudar e atenuar problemas como stress, ansiedade, comportamentos disruptivos, entre outras problemáticas, visando, através dos seus métodos e conhecimentos, a promoção e manutenção da saúde física e mental dos indivíduos, bem como contribuir para a prevenção, avaliação e intervenção de qualquer perturbação mental. Assim poderemos concluir que, a psicologia clínica e a psicologia da saúde, em consequência das alterações evidenciadas ao longo do tempo, políticas ou sociais, mais concretamente na área da saúde, chegaram a uma posição de fusão. Como tal, segundo Ribeiro e Leal (1996), embora o psicólogo, tanto no sistema de saúde como nos cuidados de saúde, seja frequentemente reconhecido como Psicólogo Clínico, seria mais adequado e preciso que lhe fosse atribuído o título de Psicólogo Clínico da Saúde, em conformidade com as funções que desempenha.

Papel do Psicólogo Clínico

A atuação do Psicólogo Clínico abrange toda a área da saúde, não se limitando apenas à saúde mental, integrando um papel que inclui tanto a intervenção em aspetos clínicos, quanto na promoção da saúde (Decreto-Lei n.º 241/94, 1994). Um psicólogo clínico deve procurar promover o aconselhamento psicossocial e atuar sobre comportamentos de risco para a saúde, ou seja, a sua função envolve a avaliação psicológica, o acompanhamento e o estabelecimento de uma relação de apoio. Assim, intervém em diversas áreas da saúde, em particular saúde mental, mas não só (e.g. áreas específicas, como utentes com comprometimento físico), através da prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação cognitiva, sendo esta última uma abordagem fundamental para a recuperação e compensação de competências cognitivas, baseando-se na plasticidade cerebral (Alves, 2019).

Cumulativamente, o psicólogo clínico colabora com outros técnicos de saúde, participando na partilha de informações, especialmente em questões de foro psicológico e psicossocial, contribuindo para a eficácia das equipas de saúde (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2016). A sua atuação estende-se ainda à prevenção ou tratamento de comportamentos desajustados e à identificação de comportamentos de risco, promovendo programas de intervenção para alteração de hábitos prejudiciais, como o tabagismo e a obesidade, e incentivando modos de vida mais saudáveis (Psicologia 4U, 2010).

O apoio psicológico a utentes com doenças crónicas e às suas famílias também faz parte das suas funções, ajudando na adaptação às limitações impostas pela doença e minimizando os efeitos emocionais e psicológicos dessa experiência (OPP, 2023). A sua intervenção é a mediação da comunicação entre utentes e equipas de saúde, prevenindo conflitos e promovendo

um ambiente terapêutico mais eficaz (OPP, 2016). Por fim, o psicólogo clínico contribui para a melhoria contínua das práticas na área da saúde, ao realizar ações de investigação sobre os seus domínios de atuação, bem como sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde (OPP, 2016). Por exemplo, no âmbito do estágio que aqui se apresenta, importa referir que as práticas diversificadas desenvolvidas em contextos distintos evidenciam a amplitude e a relevância do papel do psicólogo clínico em diferentes realidades institucionais, cujo enquadramento teórico específico será explorado de seguida.

Psicólogo Clínico em contextos específicos

Centro de Acolhimento Residencial (CAR).

O Decreto-Lei n.º 164/2019, de 25 de outubro, define o regime de acolhimento residencial, uma medida de promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens em perigo, de acordo com o previsto na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP). O papel do psicólogo no CAR envolve diversas responsabilidades fundamentais para garantir o bem-estar, desenvolvimento emocional e social dessas crianças. A atuação do psicólogo no CAR, começa com a recolha de dados anamnésicos, fundamental para uma reconstituição detalhada da história de vida da criança. Este processo é essencial para compreender o contexto individual de cada criança, os fatores que a levaram ao acolhimento e as suas necessidades específicas (Siqueira & Dell’Aglia, 2006a). Além disso, o psicólogo faz a observação e avaliação psicológica contínua, permitindo identificar eventuais necessidades de encaminhamento para exames complementares de diagnóstico ou para recursos especializados, como acompanhamento psiquiátrico ou terapias específicas. Em casos de necessidade de elaboração de relatórios para Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais (EMAT), tribunais ou Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), o psicólogo do CAR tem um papel crucial na articulação com os serviços de saúde mental que acompanham a criança. Esta articulação visa desenvolver estratégias conjuntas de intervenção, promovendo um atendimento integral e coerente (Sani & Dias, 2010). Adicionalmente, o psicólogo acompanha o processo de saída da criança da instituição, monitorizando a sua integração afetiva e emocional, garantindo que a transição para um novo ambiente (seja familiar ou outra instituição) ocorra de forma segura e estável. O apoio às famílias também se mostra fundamental, ajudando-as a identificar e superar dificuldades emocionais e de comunicação.

Importa igualmente salientar as competências sociais, nas quais se incluem um conjunto de comportamentos aprendidos que permitem ao indivíduo interagir de forma adequada e eficaz com os outros. Essas competências são fundamentais para o desenvolvimento de relações

saudáveis e para o ajustamento social. Incluem capacidades como empatia, cooperação, comunicação assertiva, resolução de conflitos e expressão emocional de forma apropriada, levando a uma regulação emocional positiva. Segundo Del Prette e Del Prette (2017), as competências sociais podem ser vistas como componentes comportamentais e cognitivos que facilitam a adaptação do indivíduo ao seu meio social. Estas são adquiridas e aperfeiçoadas ao longo da vida, especialmente no período da infância e da adolescência, quando as interações com pares, familiares e educadores desempenham um papel crucial no seu desenvolvimento. Além disso, Matson (2014) enfatiza que as competências sociais também são essenciais para o bem-estar emocional, uma vez que influenciam a forma como as pessoas se percebem em relação ao outro e como lidam com situações de stress e desafios interpessoais. De acordo com Caballo (2013), a promoção de competências sociais tem um impacto direto na autoestima e na capacidade de resolver problemas, sendo especialmente relevante em contextos de vulnerabilidade, como é o caso de crianças e jovens em acolhimento residencial.

As competências sociais, em contexto de acolhimento, desempenham um papel fundamental no desenvolvimento emocional e social de crianças neste regime, pois permitem que estas superem adversidades associadas ao seu histórico de instabilidade e traumas. O desenvolvimento de tais competências facilita o estabelecimento de relações de confiança e comunicação efetiva pelas crianças, fatores essenciais para o seu bem-estar (Howe, 2020; Zinsser et al., 2022). A inteligência emocional, que envolve competências como resolução de conflitos, autocontrole e empatia, é particularmente importante, visto que contribui para uma adaptação saudável ao ambiente de acolhimento, promovendo resiliência emocional e compreensão das próprias emoções e as dos outros (Thompson, 2019; Denham, 2019). Para além de promover o bem-estar emocional, as competências sociais também são variáveis de segurança que ajudam na construção de redes de apoio social, moderando o isolamento e a sensação de rejeição comum entre essas crianças. Goleman (2021) salienta que as competências socio emocionais são fundamentais para o sucesso em várias áreas da vida, englobando o contexto escolar, onde favorecem a integração social e o desempenho académico dos alunos. Esse efeito positivo é validado por Eisenberg, Spinrad e Valiente (2020), que identificam uma relação entre competências como autorregulação emocional e empatia com melhores interações sociais e maior rendimento académico. Essas competências permitem aos alunos maior facilidade em lidar com desafios emocionais e no desenvolvimento de relações construtivas, promovendo assim um ambiente escolar mais propício à aprendizagem.

No contexto institucional, as competências sociais não só apoiam o desenvolvimento de uma adaptação positiva, como também a autoestima, a autonomia e a empatia, características

essenciais segundo a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1982). Condicionantes adversas anteriores, como negligência e violência, podem prejudicar o desenvolvimento social, contudo um ambiente de acolhimento estruturado pode oferecer intervenções específicas tendo como objetivo a melhoria dessas competências (Guerreiro & Carvalho, 2020). Estratégias como dinâmicas de grupo, jogos cooperativos e discussões sobre sentimentos têm-se mostrado eficazes na promoção do ajustamento social e emocional (Vieira et al., 2017), apoiando assim o desenvolvimento integral dessas crianças em situação de vulnerabilidade.

No contexto institucional, o psicólogo colabora estreitamente com a equipa educativa, fomentando uma intervenção reparadora e terapêutica na resolução de conflitos, seja dentro da instituição ou com outras entidades externas. A criação de um ambiente seguro, harmonioso e de confiança é vista como essencial para o desenvolvimento das crianças, pois estudos indicam que a segurança emocional é um fator protetor no desenvolvimento psicossocial de crianças em contextos de vulnerabilidade (Bronfenbrenner, 1986).

A sistematização da observação das visitas familiares também é de extrema importância, pois permite ao psicólogo monitorizar as interações entre a criança e os seus familiares, identificar possíveis dinâmicas prejudiciais e planear intervenções adequadas.

A colaboração com a direção técnica e a equipa técnica na elaboração do Plano de Segurança e Integração (PSEI) — instrumento que define medidas para garantir a proteção, estabilidade e inclusão social da criança — e no projeto de vida da criança é uma das responsabilidades fundamentais do psicólogo, contribuindo diretamente para o planeamento estratégico de longo prazo do acompanhamento da criança.

Em termos éticos e profissionais, o psicólogo mantém sigilo sobre as informações relativas às crianças, tanto dentro quanto fora da instituição, e participa ativamente das reuniões convocadas pela direção técnica, avaliando o funcionamento do centro de acolhimento e o progresso das crianças.

Considerando a exposição enquadrada, é evidente que o papel do psicólogo no contexto de acolhimento residencial no âmbito da Instituição acolhedora de estágio vai além da intervenção terapêutica. Envolveu uma abordagem integrada e colaborativa, focada não só no desenvolvimento emocional e social das crianças, mas também na articulação com diversos fatores que participam do processo de acolhimento e reintegração dessas crianças (fonte: *Instituição I*).

Comunidades de Inserção (CI).

As CI em Portugal são regulamentadas por vários diplomas legais que definem a sua instalação, organização e funcionamento. O psicólogo na CI desempenha um papel essencial

nas CI's, promovendo a inclusão social, o bem-estar psicológico e a autonomia dos indivíduos em situação de vulnerabilidade. A sua atuação está centrada na prevenção e intervenção em problemáticas emocionais e sociais, através de estratégias que favoreçam o fortalecimento de competências socioemocionais e a construção de projetos de vida sustentáveis (Silva & Souza, 2020). Além disso, o trabalho do psicólogo envolve a articulação com equipas multidisciplinares, de modo a garantir um acompanhamento integral dos beneficiários e a facilitar a sua reintegração social (Ferreira, 2018).

A intervenção psicológica em comunidades de inserção pode assumir diferentes formatos, incluindo atendimentos individuais, dinâmicas de grupo, programas de psicoeducação e estratégias voltadas para a resiliência e a adaptação social (Martins et al., 2019). Oliveira e Almeida (2021) destacam que um dos principais desafios desse contexto é a diversidade de trajetórias de vida dos indivíduos acolhidos, exigindo uma abordagem flexível e personalizada. O psicólogo deve, assim, adaptar as suas estratégias de intervenção às necessidades específicas da população atendida, garantindo um suporte eficaz e centrado no desenvolvimento da autonomia.

Além da assistência direta aos beneficiários, o psicólogo pode desempenhar um papel crucial na capacitação dos profissionais que trabalham na comunidade de inserção. Através dessa formação visa fornecer ferramentas para a gestão de situações de crise, o apoio psicossocial e a criação de um ambiente que favoreça a recuperação emocional e a inclusão social dos indivíduos (Pereira & Lima, 2017). A atuação do psicólogo contribui de forma significativa não apenas para o bem-estar emocional e psicológico dos utentes, promovendo o seu desenvolvimento e ajustamento pessoal, mas também para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela Instituição. Esta contribuição reflete-se na humanização do atendimento, na adequação das respostas às necessidades individuais e na articulação eficaz com outras áreas técnicas e profissionais (fonte: *Instituição I*).

Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de seis de junho vem definir as bases organizativas e funcionais das UCCI's. A UCCI visa garantir cuidados de saúde e apoio social a pessoas que independentemente da idade, que se encontrem em situação de dependência funcional, a necessitar de cuidados continuados de saúde e de apoio social para a sua recuperação, manutenção ou melhoria da sua autonomia, a fim de proporcionar uma maior qualidade de vida. Embora, do ponto de vista legal as UCCI's, em Portugal, estejam abertas a todas as faixas etárias, na prática, a maioria dos utentes corresponde à população idosa, refletindo a crescente necessidade de resposta às exigências do envelhecimento, particularmente pessoas idosas com

demência (Gonçalves et al., 2021).

A esperança média de vida aumentou em mais de vinte anos nas últimas cinco décadas, prevendo-se que irá continuar a crescer durante as próximas décadas, com um aumento de dez anos até 2050 (UNFPA, 2011). Numa perspetiva geral, nas últimas décadas, o significado de envelhecimento foi tendo inúmeras alterações, através das crenças, da cultura e dos conhecimentos que foram evoluindo ao longo do tempo, além disso as próprias modificações a nível biológico, psicológico e social, também estão associadas a esse fenómeno. O envelhecimento é a altura da vida em que a pessoa se confronta com perdas significativas, de autonomia na realização das suas atividades de vida diária, que podem surgir de forma normal (progressiva) ou de forma patológica (rápida ou gradual). É um processo que é diferente de pessoa para pessoa, sendo a saúde um aspeto fundamental e correlacionado com o bem-estar psicológico, se um indivíduo conseguir preservar a sua saúde mental e a memória ativa irá manter a sua qualidade de vida, e atingir uma velhice com sucesso. Isto porque o declínio cognitivo é o grande flagelo atual e dos próximos tempos, sendo a demência a doença associada a esse paradigma. De forma a manter durante o máximo tempo possível, uma qualidade de vida quer para o próprio, quer para a sua família, o diagnóstico precoce é fundamental para se poder intervir, de modo a retardar a evolução e permitir que se mantenha ou melhore a sua qualidade de vida. No caso das demências, a estimulação das capacidades cognitivas é crucial para os utentes que apresentam deterioração intelectual, sendo o objetivo estagnar o processo de declínio cognitivo e procurar melhorá-lo de forma a manter um nível de funcionamento o mais autónomo possível (Carvalho, et al., 2014).

Também em Portugal houve a necessidade de desenvolver a investigação na área da avaliação psicológica, com instrumentos mais precisos e válidos, na medida em que a demência e outras doenças neurodegenerativas nas pessoas mais velhas têm estado a aumentar significativamente, justificando essa aposta, focando a investigação em áreas de avaliação como: o rastreio cognitivo, a inteligência, funções executivas, a memória, a avaliação funcional, a depressão, a ansiedade, a personalidade, a felicidade e a qualidade de vida, tendo em conta o principal problema de saúde pública atual e de futuro (Simões, 2012).

No caso particular da Instituição I, o papel do psicólogo clínico na valência da UCCI é um papel extremamente relevante, considerando o universo alargado de utentes: a maioria da população composta por adultos e idosos, com diagnósticos diversificados, onde a demência é o foco principal de intervenção, já que a velhice traz consigo um maior risco da vulnerabilidade e de disfunções. Para além do acompanhamento dos familiares dos utentes, nomeadamente daqueles que se encontram na UCCI, a presença em reuniões clínicas e a realização de ações

de formação internas (fonte da *Instituição I*), a atuação abrange três grandes áreas: i) a avaliação, ii) o acompanhamento em consulta e iii) a reabilitação cognitiva.

A Construção do Saber Clínico: Avaliação Psicológica

Para que possa ser reconhecido como uma ciência com base epistemológica sólida, é essencial que o método clínico se apoie numa estrutura teórica bem definida, centrada em dois conceitos fundamentais: o próprio método clínico e o raciocínio clínico (Ribeiro & Leal, 1996). Tanto na prática clínica como na investigação científica, é indispensável seguir fases e regras organizadas, ou seja, a recolha, registo e a interpretação da informação devem ser realizadas de forma sistemática e com fundamentação teórica clara.

O método clínico é composto por um conjunto de técnicas e ferramentas que organizadas e executadas de forma correta, possibilitam a compreensão dos dados obtidos sobre um indivíduo, sejam eles, clínicos, pessoais ou sociais. Esse conjunto de técnicas consiste na observação clínica, na anamnese, na entrevista clínica e na aplicação de técnicas psicométricas (Pedinielli, 1999). O método clínico utilizado na medicina caracteriza-se pela sua objetividade, através da entrevista e procedimentos experimentais bem definidos. Neste sentido, a Psicologia, ao adotar um método igualmente estruturado, aproxima-se do nível de cientificidade já atribuído à medicina, consolidando-se como uma disciplina com fundamentos teóricos e metodológicos robustos (Ribeiro & Leal, 1996). Contudo é de realçar que, a observação, sendo uma ferramenta e não uma técnica única, não pode generalizar o contexto onde o indivíduo é observado, uma vez que, terá de ter em conta o facto de que o comportamento de um indivíduo poder-se-á alterar consoante o contexto em que é observado (Gardner, 2000). Assim, o método clínico é uma interação entre dois intervenientes, o psicólogo e o cliente, onde o psicólogo através das suas ferramentas e técnicas vai construindo estrategicamente no contexto do *setting*, uma dinâmica interativa, tendo em consideração que a mesma terá de ser sustentada teoricamente e à medida do utente (Ribeiro & Leal, 1996).

Por sua vez, na prática clínica, o raciocínio clínico apoia-se na experiência acumulada e na aprendizagem enquanto processo contínuo. O raciocínio clínico pode assumir as formas indutiva e dedutiva, podendo variar em vários aspetos, consoante a interpretação clara relacionada com a validade, intuição e reprodutibilidade. Assim, são quatro os momentos em que podemos caracterizar o raciocínio clínico: num primeiro momento, através da análise da história e da observação do cliente, pela descrição dos seus problemas. O segundo momento, consoante o contexto, seja de Medicina ou de Psicologia, a especificidade da recolha de dados é realizada a partir de técnicas de diagnóstico adequadas em termos de utilidade, validade e

fidelidade. O terceiro momento, inclui os dados recolhidos nos dois momentos anteriores de forma a conhecer adequadamente a realidade do cliente. Por fim, no quarto momento, é analisado a necessidade ou não da aplicação de mais testes ou se poderemos iniciar o processo terapêutico. A elaboração do plano terapêutico requer várias opções, que serão ajustadas em conformidade com o que for discutido com o cliente (Goldman, cit., por: Ribeiro & Leal 1996).

Importa a Entrevista clínica, por ser uma categoria própria nas entrevistas psicológicas, pelos seus modelos e teorias utilizados e não pelas técnicas usadas, aquando da avaliação e intervenção, de forma a proporcionar uma melhor organização e sentido à informação obtida (Leal, 2008). A Entrevista clínica é um instrumento fundamental e necessário para a recolha de informações de conteúdo subjetivo sobre os clientes, muita usada como ferramenta em várias áreas das ciências humanas e sociais na fase de avaliação psicológica. Sendo um processo que permite compreender o modo como cada cliente olha e vê determinado assunto, e os seus aspetos biopsicossociais. O psicólogo orienta a entrevista de distintas maneiras consoante o seu objetivo, podendo ser uma entrevista estruturada, semiestruturada ou direta, é importante que a atitude do psicólogo seja neutral, empática e de respeito. A entrevista clínica pode ser empregue em fases diferentes do processo terapêutico, sempre em consideração com os objetivos propostos pelo psicólogo, poderá ser na fase de diagnóstico, na fase terapêutica ou de investigação, contudo, apesar do método de entrevista poder variar e da como é aplicada, o psicólogo terá de ter sempre em conta regras que são transversais a todas as entrevistas (Bénony & Chahraoui, 2002).

Como um todo, a avaliação psicológica é um processo complexo, composto por várias fases e que utiliza vários métodos de análise para uma melhor perceção da condição cognitiva e comportamental dos utentes, contribuindo como ponto de partida para a definição de um diagnóstico, ao qual é elaborada o tipo de intervenção a realizar. A avaliação psicológica e cognitiva é uma prática exclusiva do psicólogo (OPP, 2011), sendo que desempenha um papel crucial na compreensão do funcionamento mental e emocional dos indivíduos (Pasquali, 2001). A avaliação psicológica e cognitiva é um processo que envolve um conjunto de técnicas e instrumentos, através do qual, consoante os objetivos pretendidos, são definidos aqueles que vamos utilizar, de forma que nos permitiam ter dados e informações importantes e suficientes acerca dos níveis psicológicos e cognitivos do utente.

Na Instituição I, a todos os utentes que entram na instituição são avaliados pelo Gabinete de Psicologia, é realizada a anamnese, a qual permite recolher a história de vida e clínica do utente. De acordo com os resultados desta triagem, serão ou não aplicados outros testes de avaliação psicológica, mais específicos à situação de cada utente, assim como será

elaborado um plano terapêutico posterior. No contexto desta abordagem, torna-se possível realizar avaliações mais específicas, que requerem instrumentos e critérios adaptados à natureza particular da condição em análise. Como tal, descrevemos aqui os instrumentos utilizados durante o estágio curricular para a realização de avaliações cognitivas e psicológicas aos utentes, em ambas as instituições acolhedoras.

Os Instrumentos de Medida.

Mini-Mental State Examination (MMSE).

O MMSE foi elaborado por Folstein, Folstein, McHugh, e Fanjiang, em 1975, sendo que a aferição deste instrumento para a população portuguesa foi realizada por Guerreiro, Silva, e Botelho, em 1994. O Mini Mental é uma medida bastante utilizada no rastreio do défice cognitivo, sendo constituída, por um conjunto de perguntas que visam analisar as funções cognitivas ao nível da orientação temporal e espacial da memória, de evocação e retenção, de atenção, cálculo e habilidade construtiva. Considera-se que o indivíduo apresenta défice cognitivo quando apresenta uma pontuação igual ou inferior a 26 pontos para sujeitos que têm mais de onze anos de escolaridade e 21 pontos, para sujeitos com escolaridade inferior a onze anos (Morgado et. al., 2009).

Dementia Rating Scale (DRS-2).

É uma Escala de Avaliação da Demência, sendo uma medida geral da capacidade cognitiva para adultos, com níveis baixos de funcionamento cognitivo e alterações neurológicas corticais ou subcorticais de tipo degenerativo. A DRS-2 pretende distinguir entre diferentes níveis de capacidade em sujeitos com demência. Inclui cinco subescalas: atenção, iniciativa/perseveração, construção, conceptualização e memória, num total de 36 tarefas. Avalia as dificuldades dos utentes juntamente com as suas potencialidades, as suas subescalas possibilitam o acesso, mesmo que parcial, das áreas comprometidas e preservadas que pode auxiliar na complementação da avaliação neuropsicológica, alerta para as áreas que devem ser avaliadas mais profundamente. A presença das subescalas também permite a análise da progressão ou não da doença e o acesso a um número maior de informações a respeito do utente e da sua doença, em diferentes graus de intensidade, além de auxiliar no diagnóstico diferencial (Jurica, Leiten. & Mattis, 2001, 2010).

Entrevista Diagnóstica para Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção em Adultos (DIVA-5).

A DIVA-5 é a terceira edição da Entrevista Diagnóstica para Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) em Adultos, devidamente adaptada as alterações

ao DSM-5-TR. A adaptação a população portuguesa foi realizada por vários pesquisadores portugueses, embora os detalhes específicos sobre a aferição em Portugal não estejam amplamente disponíveis. Este teste para adultos, permite avaliar a presença de sintomas desde a infância até à vida adulta (Ferreira & Rocha, 2010.). A DIVA-5 está dividida em três secções principais: os critérios de défice de atenção, onde são avaliados nove sintomas, como a dificuldade em manter a atenção, os erros por descuido e distração fácil; critérios de hiperatividade-impulsividade, avalia, também nove sintomas associados à hiperatividade e impulsividade, tendo em conta e incluindo a inquietação, dificuldade em permanecer sentado e tendência em interromper os outros; e determinar a idade em que os sintomas começaram e avalia os mesmos da forma como impactam significativamente nas áreas como a educação, trabalho, vida social e relacionamentos. Durante a entrevista são explorados os dezoito sintomas, tanto da infância como na vida adulta, dando exemplos concretos visando a facilitação da identificação dos comportamentos. Recomenda-se que a mesma seja completada com informação de terceiros que sejam bastante próximos do indivíduo, de forma a conseguir-se uma perspetiva mais abrangente. Os resultados apuram-se na presença ou ausência de cada um dos dezoito sintomas durante a infância e fase adulta. Para um diagnóstico de PHDA é necessário que pelo menos cinco dos nove sintomas de desatenção estejam presentes e pelo menos cinco dos nove sintomas de hiperatividade-impulsividade estejam presentes. Além disso, os sintomas devem ter-se manifestado antes dos doze anos de idade e devem causar prejuízos significativos em pelo menos duas áreas da vida do indivíduo. A avaliação deve considerar a frequência e a intensidade dos sintomas, bem como o seu impacto funcional (DIVA Foundation, NA).

d2 – Teste de Atenção.

O Teste d2 – Teste de Atenção é um instrumento padronizado de avaliação psicológica desenvolvido por Rolf Brickenkamp (1994), amplamente utilizado em contextos clínicos, educacionais e organizacionais para medir a atenção seletiva, a concentração, a velocidade de processamento visual e a estabilidade atencional. A adaptação para a população portuguesa foi realizada por Carla Ferreira e António Menezes Rocha (2007).

Este teste pode ser aplicado individualmente ou em grupo, em formato papel e lápis, a partir dos oito/nove anos de idade, sendo adequado para crianças, adolescentes, adultos e idosos. A duração total da aplicação é de aproximadamente oito a dez minutos, incluindo o tempo para instruções e correção. A sua aplicação requer um ambiente calmo e controlado, sendo dirigido por psicólogos com formação na utilização de instrumentos psicométricos.

O material consiste numa folha com catorze linhas, cada uma contendo 47 caracteres formados pelas letras “d” ou “p”, acompanhadas por um ou dois traços (apóstrofos) colocados acima ou abaixo da letra. A tarefa do participante é identificar e riscar os alvos corretos — as letras “d” com dois traços — dentro de um tempo limite de vinte segundos por linha. O teste permite avaliar dimensões como a atenção seletiva (discriminação de estímulos relevantes), a concentração (manutenção do foco), a velocidade de processamento (rapidez na resposta a estímulos visuais), a estabilidade do desempenho e a precisão (número de acertos, omissões e erros de comissão).

Os principais parâmetros de correção incluem o Total de Caracteres Processados (TCP), que reflete a produtividade e rapidez de execução; o Total de Acertos (TA), que indica a eficácia na identificação correta dos alvos; o Total de Erros (TE) e Erros de Tipo 2 (TE2), que avaliam a precisão do desempenho; o Índice de Concentração (IC), obtido pela diferença entre acertos e erros de tipo 2; e o Índice de Variabilidade (IV), que mede a consistência da execução ao longo das diferentes linhas.

Teste de Stroop.

O Teste de Stroop, conhecido em Portugal como “Teste de Cores e Palavras”, foi desenvolvido originalmente por John Ridley Stroop (1935) e é um instrumento clássico de avaliação neuropsicológica. Avalia principalmente o controlo inibitório, a atenção seletiva e a velocidade de processamento, dimensões fundamentais das funções executivas. O teste baseia-se no chamado “efeito Stroop”, que demonstra a interferência cognitiva provocada por estímulos incongruentes, exigindo que o indivíduo iniba respostas automáticas e mantenha o foco em estímulos relevantes.

A versão portuguesa foi adaptada por Fernandes & Ferreira (2013), tendo em conta os princípios do teste original. Mais recentemente, a versão Torga (Garcia et al., 2016) procurou colmatar algumas limitações das versões anteriores. O teste é composto por três tarefas: *i*) leitura de palavras, onde o participante lê nomes de cores impressos a preto; *ii*) nomeação de cores, em que são nomeadas cores de retângulos ou de “XXXX” coloridos; *iii*) condição de interferência, onde é pedido ao participante que nomeie a cor da tinta com que estão escritas palavras que designam outras cores (ex.: a palavra “azul” escrita a vermelho – resposta correta: “vermelho”).

A administração do teste é feita de forma individual, em papel e lápis, com um tempo médio de cerca de dez minutos. Cada tarefa tem um tempo cronometrado (geralmente 45 a 120 segundos). O desempenho é avaliado com base no tempo de execução, número de erros, autocorreções e no efeito de interferência – este último resulta da comparação entre a condição

incongruente e as restantes, refletindo a capacidade de inibir respostas automáticas. O teste é aplicável a adultos e idosos, dos 25 aos oitenta anos, podendo ser utilizado dos quinze aos cem anos caso o examinador o considere clinicamente relevante.

O Teste de Stroop é frequentemente utilizado em contextos clínicos e de investigação para a avaliação de indivíduos com dificuldades de autorregulação e défices de funções executivas, como acontece em casos de PHDA. O controlo inibitório, em particular, é considerado um défice central nesta perturbação (Barkley, 2015a), sendo este teste uma ferramenta útil na identificação das dificuldades em suprimir respostas impulsivas perante estímulos conflitantes.

Figura Complexa de Rey.

A Figura Complexa de Rey (FCR), também conhecida como Teste de Cópia de Figuras Complexas, é um instrumento neuropsicológico desenvolvido por André Rey em 1941 e posteriormente sistematizado por Osterrieth em 1944. Trata-se de uma prova amplamente utilizada para avaliar funções cognitivas como perceção visuo-espacial, memória visual, planeamento, controlo executivo, atenção sustentada e estratégias de resolução de tarefas. A adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por António Menezes Rocha e Maria Helena Coelho, com normas específicas por grupo etário (Rocha & Coelho, 2002).

Este teste é aplicado individualmente, em papel e lápis de cor, a crianças a partir dos cinco anos, adolescentes, adultos e idosos. É particularmente útil em contextos clínicos, como no despiste de PHDA, demências, lesões cerebrais ou dificuldades de aprendizagem, pela sua capacidade de detetar alterações cognitivas associadas à memória e à organização perceptiva.

A aplicação clássica inclui três fases: *i)* cópia, em que o participante reproduz a figura com o modelo visível; *ii)* memória, em que a figura é retirada e, após um intervalo de três a trinta minutos, é desenhada de memória (neste caso, foi utilizado um intervalo de cinco minutos); e *iii)* reconhecimento, onde o sujeito identifica a figura entre várias alternativas (embora esta fase não tenha sido aplicada no presente caso).

A figura é composta por dezoito elementos estruturais. A pontuação é atribuída com base na presença ou ausência de cada elemento, na sua precisão, localização, proporção e orientação. A escala de pontuação pode variar entre zero e dois pontos por item: *i)* dois pontos: elemento presente, corretamente desenhado e bem localizado; *ii)* um ponto: bem desenhado, mas mal localizado, ou deformado, mas bem localizado; *iii)* ½ ponto: presente, mas mal localizado e deformado; e *iv)* zero pontos: ausente ou irreconhecível. Pode também ser utilizada uma grelha padronizada com sobreposição de contornos, para facilitar a análise objetiva (não utilizada no presente caso).

A fase de cópia avalia principalmente as competências visuo-construtivas, a organização e o planeamento executivo. A fase de memória imediata permite avaliar a retenção visual de curto prazo e a capacidade de evocação. Quando aplicada, a memória tardia avalia a capacidade de recuperação de informação após um intervalo prolongado. Além da análise quantitativa, é possível realizar uma leitura qualitativa do desempenho, identificando abordagens globais, fragmentadas ou desorganizadas, que podem ser indicativas de défices neurológicos ou dificuldades cognitivas específicas.

A Intervenção Clínica

O psicólogo, para trabalhar o comprometimento das aptidões, deve focar a sua observação nas capacidades de adaptação do indivíduo de forma a melhorar a qualidade de vida e o seu bem-estar, sendo o seu objetivo procurar reconstruir as capacidades comprometidas e usar aquilo que estiver conservado, de modo a compensar o que foi perdido. Os distúrbios cognitivos são acontecimentos observados após lesões cerebrais de diversos tipos, principalmente na demência. Por sua vez, a intervenção do psicólogo é subsequente à avaliação, a qual é realizada com o intuito de identificar vantagens e debilidades cognitivas e definir as dificuldades da vida diária decorrentes dos deficits da memória. No fundo, procura-se desenvolver as áreas básicas da função mental (atenção, linguagem, memória, capacidade visoespacial e associação de ideias), que fundamentará a atuação interventiva do psicólogo. Ou seja, num sentido mais lato, a intervenção clínica psicológica passará pelo acompanhamento em consulta individual, a realização de sessões de estimulação cognitiva individual e em grupo (Saúde e Bem-Estar, 2022), plano esse, adequado às necessidades de cada um dos utentes. Terá como objetivo, através da estimulação cognitiva a recuperação das funções comprometidas, o estímulo das áreas comprometidas e o desenvolvimento de partes latentes no cérebro do utente, que poderá passar pelo: acompanhamento individual em consulta, estimulação e/ ou reabilitação cognitiva ou em sessões de terapia na sala Snoezelen.

Acompanhamento Individual: A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

A ACP, tal como foi desenvolvida por Carl Rogers, assenta numa visão profundamente humanista do ser humano (Rogers 1957, 1961, Rogers & Kinget, 1971). Note-se que a evolução do pensamento de Carl Rogers ao longo da sua trajetória profissional refletiu-se na transformação progressiva da sua abordagem terapêutica, que passou de uma psicoterapia não-diretiva para uma conceção mais ampla e relacional, conhecida como a ACP (Moreira, 2010). Ao longo do tempo, a teoria expandiu-se para além do contexto clínico, influenciando áreas

como a educação, a liderança e os processos sociais, dando origem a diversas vertentes contemporâneas que mantêm como base o respeito pela subjetividade e potencial humano (Moreira, 2010).

Na atualidade, esta abordagem valoriza profundamente a capacidade inata de crescimento do indivíduo e destaca a importância de atitudes facilitadoras por parte do terapeuta, como condições essenciais para a mudança terapêutica. Desta forma destacam-se três pilares fundamentais, nomeadamente a tendência atualizante, atitude não-diretiva, bem como a relação terapêutica (Moreira, 2010; Reis & Gasparin, 2024; Telles et al., 2014).

A *tendência atualizante*, correspondente à ideia de que cada pessoa possui dentro de si uma força natural de crescimento, de desenvolvimento e de autorrealização. Esta força, se não for bloqueada por interferências externas ou internas, conduz a pessoa a tornar-se quem realmente é, de forma mais plena e integrada (Telles et al., 2014).

O segundo pilar, é a atitude não-diretiva por parte do terapeuta, ou seja, mais do que indicar caminhos ou interpretar comportamentos, o papel do terapeuta é confiar na capacidade do cliente de encontrar o seu próprio rumo. Essa atitude implica respeito profundo, escuta ativa e ausência de julgamento, numa presença interventiva que acolhe, mas não impõe (Reis & Gasparin, 2024).

Por fim, mas não menos importante, importa igualmente destacar que a análise do percurso teórico de Rogers revela que, embora tenha questionado a utilidade do diagnóstico como pré-requisito para a intervenção terapêutica, reconhecia o seu valor em contextos específicos, nomeadamente na investigação e na comunicação interdisciplinar (Hipólito et al., 2022). Por sua vez, com a transição do paradigma biomédico para uma ACP, Rogers introduz um novo modelo de compreensão clínica, baseado em seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica. Enquadramos assim o terceiro pilar, correspondente à relação terapêutica profundamente ancorada em seis condições, como sendo necessárias para que a mudança aconteça de forma significativa (Branco, 2022; Telles et al., 2014). Essas seis condições são *i*) o contacto psicológico, isto é, deve haver um contacto psicológico entre as duas pessoas, *ii*) a incongruência do cliente, mais concretamente, o cliente (a primeira pessoa) deve estar em um estado de incongruência, o que significa que ele está em um estado de desacordo interno, vulnerabilidade ou ansiedade, *iii*) a congruência do terapeuta, em outras palavras, o terapeuta (a segunda pessoa) deve estar congruente e integrado na relação, agindo de maneira autêntica e genuína, *iv*) a consideração positiva incondicional, nomeadamente, o terapeuta deve sentir consideração positiva incondicional pelo cliente, ou seja, aceitar o cliente sem julgamento, independentemente de suas ações ou sentimentos, *v*) a compreensão empática,

de facto, o terapeuta deve ter uma compreensão empática do mundo interno do cliente, esforçando-se para ver as coisas do ponto de vista do cliente, e vi) a comunicação efetiva da compreensão empática e da consideração positiva incondicional, designadamente, o terapeuta deve comunicar efetivamente ao cliente a sua compreensão empática e consideração positiva incondicional, pelo menos em um grau mínimo. Essas seis condições são consideradas suficientes para iniciar um processo de mudança construtiva na personalidade do cliente. A presença e a persistência dessas condições são essenciais para que ocorra a transformação positiva da personalidade (Branco, 2022). Segundo Rogers, (1957), “*No other conditions are necessary. If these six conditions exist and continue over a period of time, this is sufficient. The process of constructive personality change will follow.*” (pp. 95–96).

Em suma, a ACP assenta numa visão profundamente humanista do ser humano, reconhecendo em cada pessoa uma tendência atualizante — uma força inata orientada para o crescimento, a autonomia e a autorrealização. Em vez de técnicas diretivas ou interpretações do terapeuta, esta abordagem valoriza a relação terapêutica como o principal agente de mudança. Através de uma presença autêntica, empática e acolhedora, o terapeuta cria um espaço seguro onde o cliente pode contactar com a sua experiência interna e reorganizá-la de forma construtiva. A atitude não-diretiva do terapeuta, baseada na escuta ativa e na aceitação incondicional, permite que o cliente se sinta respeitado e confiante para explorar o seu próprio caminho. Mais do que um método, trata-se de uma filosofia relacional que valoriza a dignidade, a liberdade e o potencial transformador de cada ser humano. A perspetiva reforça a centralidade da relação terapêutica como elemento estruturante do processo de mudança, em detrimento da rotulagem diagnóstica tradicional (Hipólito et al., 2022). Mais do que uma técnica, esta abordagem representa uma forma de confiar no potencial humano, valorizando o encontro entre duas pessoas como espaço de transformação.

Estimulação e Reabilitação cognitiva.

As dinâmicas da estimulação cognitiva têm características lúdicas, sempre com o objetivo de estimular as funções cognitivas, proporcionando suporte psicológico, informar através do binómio educação-saúde e realizar atividades de socialização com o utente. O uso de atividades lúdicas, como jogos, música e exercícios interativos, tem demonstrado benefícios significativos na atenção, memória e autorregulação emocional, especialmente em contextos educativos e terapêuticos. Nas atividades, a estimulação prática na dinâmica da sessão, fazendo com que o utente lembre e exerça atos da vida cotidiana, focar a sua atenção naquilo que vê e ouve, procurando que retenha esses momentos, usando para isso a técnica de memorização

utilizando cores, calendários (dias da semana, mês e dias do mês), relógios (hora), etc. durante estas atividades o humor deve ser estimulado, evitando-se, no entanto, criar situações onde o utente possa se sentir menos confortável. Assuntos mais complexos e difíceis devem ficar fora da conversa, explorando-se assuntos do quotidiano (Camara, et al., 2009).

O grande objetivo do psicólogo é proporcionar uma melhoria da sua qualidade de vida e no seu bem-estar, para isso, após a avaliação, é elaborado um Plano de Estimulação Cognitiva (PEC), no qual será estruturada a intervenção a realizar, com o intuito de estimular diferentes funções cognitivas, designadamente a concentração, a memória, a perceção, a atenção, o raciocínio, a linguagem, o pensamento, a capacidade viso espacial e a associação de ideias. Nas sessões de estimulação cognitiva tem de estar atento às condições de agitação do cliente, de não desprezar a sua capacidade de executar ações por ele próprio, mesmo quando realizadas de forma mais lenta, devendo-se nesta situação dar pequenas instruções. Procurar sempre, compreender a comunicação do utente usando para tal, formas criativas e diversificadas na inter-relação, o *setting* das sessões deverá ser calmo, relaxante e prazeroso, de maneira a minimizar o stress em situações de labilidade emocional (Camara, et al., 2009).

Por sua vez, a reabilitação cognitiva surge para dar resposta às limitações que um individuo possa apresentar devido a distúrbios cognitivos. O psicólogo irá procurar elaborar um plano específico de avaliação e intervenção, consoante o foco da abordagem for para controlar défices de atenção, memória, comunicação, funções executivas ou desregulação comportamental e emocional. Na reabilitação cognitiva, o psicólogo não deve isolar apenas o problema cognitivo, isto porque esse dano cerebral irá afetar outras áreas além do funcionamento cognitivo, terá sequelas na parte social, comportamental e emocional no utente. Cada um desses quatro domínios interage com os outros, logo não é adequado controlar as dificuldades de um só domínio, como a função cognitiva, sem considerar os outros. Deverá adotar uma abordagem versátil, ou seja, a gestão efetiva dos distúrbios cognitivos exige que se recorra a vários tipos de estratégias e ou técnicas, comportamentais, sociológicas, psicológicas e neuropsicológicas (Sohlberg & Mateer, 2001).

Na reabilitação cognitiva é essencial compreender os distúrbios antes de intervir. Trabalhar a partir de uma taxonomia (ou seja, um modelo estruturado que organiza os diferentes domínios da cognição) ajuda os psicólogos a planear e aplicar de forma mais eficaz as atividades de avaliação e intervenção, pois permite identificar com clareza que funções cognitivas estão a ser trabalhadas ou avaliadas. O conhecimento aprofundado sobre os fundamentos da atenção, memórias e funções executivas é crucial para o desenvolvimento de terapêuticas eficazes. Cumulativamente, é um processo que requer uma aliança terapêutica sólida, não só entre o

psicólogo e o utente, como com os membros da família ou outros cuidadores, pois enfatiza a colaboração e a participação ativa. A participação ativa da família é fundamental, pois oferece suporte e orientação essenciais ao processo terapêutico, ampliando os efeitos positivos da intervenção. Sem essa colaboração, é improvável que se verifiquem mudanças significativas na atenção ou na memória (Sohlberg & Mateer, 2001).

A reabilitação cognitiva é baseada numa interação em constante evolução das necessidades individuais do cliente e dos seus problemas e pontos fortes das perspetivas físicas, cognitivas, emocionais e sociais. É orientada para objetivos e, embora focada em problemas, baseia-se em alicerces: o seu principal foco é a educação, com ênfase na capacitação, no autocontrole e na autossuficiência. As sessões de reabilitação cognitiva são estruturadas e os planos e atividades de tratamento são desenvolvidos com referência aos resultados da avaliação e aos dados de desempenho atuais. Os objetivos de reabilitação cognitiva podem incluir a melhoria das habilidades cognitivas e comportamentais, compensando as limitações cognitivas e comportamentais e ajudando o utente a entender e controlar as reações emocionais e às mudanças no seu funcionamento, ajudando os utentes a obter um equilíbrio dos seus pontos fortes e das suas limitações e ajustar-se às mudanças relacionadas com os défices no funcionamento e nas circunstâncias da vida. A reabilitação cognitiva é versátil, na medida em que utiliza uma variedade de técnicas e estratégias, de forma a melhorar as capacidades, ensinar novas técnicas de forma a reajustar comportamentos. Ajuda igualmente a modificar pensamentos, sentimentos e emoções negativas ou disruptivas, procura compreender o estilo de vida anterior de cada utente, incluindo técnicas, objetivos, valores, relacionamentos, personalidade e padrões comportamentais. Ao psicólogo cabe avaliar objetivamente a eficácia das intervenções (Sohlberg & Mateer, 2001).

Estimulação Sensorial (Abordagem Transversal).

Snuffelen- cheirar e *Doezelen*- relaxar, destas duas palavras holandesas, nasceu a palavra *Snoezelen*. No final dos anos sessenta, na Holanda, dois psicólogos holandeses criaram um ambiente sensorial, numa sala especial, com instrumentos que proporcionaram aos seus clientes sensações positivas, quer verbais, quer não verbais, através de múltiplos estímulos, onde todos os sentidos: visão, tato, audição, olfato e gosto foram evidenciados, tanto na estimulação como no relaxamento (Martins, 2011).

O *Snoezelen*, embora desenvolvido na Holanda, rapidamente se difundiu por toda a Europa, especialmente em Inglaterra, nos anos oitenta e noventa (Chitsey, Haight & Jones, 2002). Em Portugal, só surgiu nos finais da década de noventa. Apesar de ter sido desenvolvido

com o foco numa atividade específica como a deficiência mental profunda, a sua terapia multissensorial não se destina exclusivamente a um grupo em particular, a sua abrangência é muito mais ampla, atende a vários domínios (Tabela 2), despertando particular interesse no domínio das demências e na psiquiatria, demonstrando com isso que, é uma terapia para todos (Hulsegge & Verheul cit. Merrick, et al., 2004).

Tabela 2. *Snoezelen - A Dinâmica da Terapia Multissensorial*

Abrangência	Áreas de Intervenção
Aplicações	Estimulação - Visual - Auditiva - Tátil - Olfativa - Gustativa - Percepção - Controlo espacial
Estratégias	Relaxamento Estimulação Abordagem não diretiva
Campos de utilização	Adultos com dificuldades de aprendizagem Demência Crianças com necessidades especiais - Pediatria - Maternidade - Dores crônicas - Adultos com problemas psiquiátricos - Lesões cerebrais, etc...
Benefícios em dificuldades de aprendizagem	Melhoria na concentração Melhor consciência de si Maior interação social e comunicação - Aumento de comportamentos adaptados - Redução de comportamentos estereotipados - Melhoria da autoestima
Benefícios nas residências geriátricas	Melhoria do bem-estar, humor e relaxamento Redução do medo e da tristeza Melhoria na atenção - Melhoria na comunicação - Redução comportamentos agressivos e de angústia - Aumento da autoestima

O conceito de *Snoezelen*, sendo uma abordagem multissensorial, define como objetivo principal adotar os utentes de capacidades de crescimento, de forma a aceitarem a sua nova condição, das suas capacidades e na reabilitação, através da criação de um *setting* tranquilo, encorajador, calmo e ao mesmo tempo desafiador. É um espaço criado para utentes com múltiplos problemas como, défices cognitivos, físico-funcionais ou comportamentais, que proporciona a cada um dos participantes um ambiente onde a estimulação dos sentidos fará com

que haja uma limitação do desconforto físico e da dor, atenua a agressividade e a tensão emocional, diminuir as sensações de receio e, ao mesmo tempo, oferecer um novo mundo de sons, emoções, luzes e cheiros. No fundo proporcionar o bem-estar, um equilíbrio articulado, fornecendo uma resposta adaptativa às suas capacidades e ao próprio meio, fazendo com que o seu processo de (re)aprendizagem e de desenvolvimento seja mais positivo (Martins, 2011). Segundo Martins (2011), *“Ocorre como um processo neural através do qual o cérebro recebe, regista e organiza o input sensorial para agir com as respostas necessárias e adaptativas do seu corpo ao estímulo recebido – meio envolvente. Criando os outputs certos...”*.

Princípios Éticos e Deontológicos

O Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), menciona princípios éticos que devem ser cumpridos, que defendem e orientam a prática clínica, ajudando também aqueles que recorrem aos serviços da psicologia (OPP, 2011). A prática profissional da Psicologia assenta em cinco princípios fundamentais que orientam a conduta ética dos psicólogos: o primeiro princípio enfatiza o respeito pela dignidade e pelos direitos das pessoas, garantindo a sua liberdade, privacidade, autonomia e bem-estar psicológico. Qualquer intervenção psicológica deve ser realizada apenas com o consentimento informado dos envolvidos, salvo nos casos previstos pela legislação. Além disso, o sigilo profissional deve ser assegurado, respeitando-se a confidencialidade dos dados, mesmo quando a lei exige a partilha de informações. O segundo princípio diz respeito à competência do psicólogo, que deve ser sustentada por conhecimentos académicos de nível superior e continuamente atualizados. A prática profissional deve ser supervisionada e alinhada com a formação e experiência adquiridas, sendo essencial que o psicólogo reconheça os limites das suas competências. No terceiro princípio, sublinha-se a responsabilidade do profissional na escolha e aplicação das metodologias e técnicas utilizadas, bem como nas análises e pareceres que emite sobre indivíduos, grupos ou comunidades. A integridade é outro pilar essencial, exigindo que o psicólogo atue de forma ética e transparente, esclarecendo sempre os objetivos, métodos e fundamentos das suas intervenções. Por fim, o princípio da beneficência e não-maleficência impõe o dever de promover o bem-estar dos clientes, protegendo os seus interesses e assegurando que a sua atuação nunca lhes cause prejuízo. Esses princípios, definidos pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), orientam a prática profissional, garantindo um exercício responsável e ético da Psicologia.

A privacidade a que um cliente tem direito, relativamente à informação que disponibiliza ao seu psicólogo, tem de ser preservada tanto passivamente como ativamente, na

medida em que, não só o seu psicólogo tem o dever de não revelar a informação obtida, como também tem a responsabilidade pelo seu arquivamento e pela sua proteção. Essa informação obtida através das sessões de intervenção ou de avaliação, é fundamental para o psicólogo e para o seu trabalho em equipas multidisciplinares, por isso necessita de ser guardada por um período de tempo mínimo. Quando existe partilha de informação com outras entidades, há sempre o risco de que esses dados sejam suscetíveis a diferentes interpretações. Por isso, é imperativo que, quando partilhada, a informação seja interpretada por um profissional com as competências adequadas ou descrita de forma clara, para evitar más interpretações. Assim cabe ao psicólogo ser responsável quer pela informação obtida, quer por garantir a sua privacidade e correta utilização (OPP, 2011).

II Parte – Apresentação do estágio e Discussão de Casos

O estágio curricular iniciou-se a 2 de setembro de 2024 e terminou no dia 20 de junho de 2025. Reitera-se que a atuação do Gabinete de Psicologia da Instituição I foca-se primordialmente na área da Reabilitação Cognitiva, no entanto, tivemos oportunidade de desenvolver várias atividades em contextos diversificados. Mais especificamente, nesse contexto, tivemos a oportunidade de experienciar o *setting* em consulta de acompanhamento, em sessões de estimulação cognitiva em grupo e sessões de estimulação sensorial em ambiente *Snoezelen*. Além destas realidades, tivemos ainda a tarefa de avaliação psicológica e cognitiva e respetiva elaboração de relatórios.

Ao longo do período de estágio tivemos oportunidade de contactar de forma gradual com a atuação do psicólogo neste contexto, partindo da observação inicial, até à atuação mais autónoma. Assim, podemos repartir o nosso estágio curricular em três períodos: integração/observação, assimilação e intervenção.

Na fase de integração/observação foi-nos gradualmente fornecida toda a informação relativa a todos os contextos da atividade do Gabinete de Psicologia, de forma a promover uma adaptação à realidade, com a possibilidade de esclarecimento de todas as dúvidas e receios pudessem ser ultrapassados, quer individualmente, quer em conjunto com a orientadora. Simultaneamente, foram realizadas observações em várias áreas de intervenção, tais como as referidas anteriormente, nomeadamente, acompanhamento individualizado, avaliação psicológica, avaliação cognitiva, sessões de estimulação cognitiva individual e em grupo, sessões em ambiente *snoezelen*, bem como elaboração de relatórios.

A segunda fase, a assimilação, refere-se ao período em que realizámos pequenas intervenções nos diversos contextos referidos (devidamente autorizadas e sob orientação da orientadora local, a Dr.^a M.P.), o que fez, com que, a transição da observação para a prática tenha sido gradual e de forma que, em momentos distintos, fôssemos conseguindo ter mais autonomia nas várias tarefas em que estávamos inseridos. A nossa participação, ainda que esporádica, foi incentivada em todos os contextos intervencionais realizados junto dos utentes, sempre acompanhada de supervisão e esclarecimentos, de forma a aperfeiçoar a prática e visando futuras intervenções mais autónomas.

Por fim, na terceira fase, realizámos de forma mais autónoma as diversas atividades inerentes ao nosso estágio, sempre supervisionadas pela orientadora. Fazendo uma pequena descrição das atividades desenvolvidas, elas foram: acompanhamento individualizado com utentes da UCCI, avaliação psicológica e cognitiva a utentes novos e algumas reavaliações a outros e sessões de estimulação cognitiva em grupo. No CAR, o processo foi semelhante

(acompanhamento e avaliações psicológicas) e a implementação de atividades para que as crianças adquirissem competências sociais. Na CI, foi dado acompanhamento individual em consulta e avaliação psicológica.

Na Instituição II, experienciámos o contexto de gabinete, sendo que os acompanhamentos psicológicos decorreram em sessões de cinquenta minutos, com regularidade de uma vez por semana.

Como um todo, no decorrer do estágio, tivemos a oportunidade de observar cerca de 26 avaliações psicológicas e cognitivas e realizámos catorze de forma autónoma, cada sessão de avaliação teve a duração entre 45 minutos a uma hora. Na UCCI, foi possível fazermos acompanhamento a cinco pessoas do sexo feminino e duas pessoas do sexo masculino, sendo que, em ambos os casos foram aplicados os testes MMSE e DRS-2, no CAR foi feito o acompanhamento de uma menina e dois meninos, para além do dos grupos de atividades de competências sociais. Nos três meninos foi possível aplicar os testes: Teste Pata Negra, Teste Visuo-motor de Bender, Teste Projetivo da Família de la Font e Provas de Hiperatividade e Défice de Atenção (EDAH), na CI foi efetuado o acompanhamento de duas adolescentes. Efetuámos mais quatro acompanhamentos, em contexto de Gabinete Privado.

Em termos de experiência de avaliação psicológica, ao longo do estágio recorremos à entrevista semiestruturada – Questionário da História de Vida (Anexo 1), a qual nos permitiu perceber como se encontra a cliente, quer a nível psicológico, quer a nível físico e patológico. Após essa avaliação, concluía-se qual o *insight* da cliente para com a sua situação atual, a sua patologia e qual o seu défice cognitivo. Realizou-se então uma conclusão, assinalando qual o tipo de intervenção mais ajustada para aquele utente, que poderia passar pela necessidade de acompanhamento individual, reabilitação cognitiva ou sensorial. Em caso de estimulação cognitiva, e consoante o resultado apresentado pelo utente no instrumento de avaliação aplicado para identificação do défice cónico (Mini Mental) este poderia ser inserido no grupo de estimulação cognitiva composto por utentes sem défice ou com défice cognitivo ligeiro, ou no grupo cujo défice cognitivo é moderado.

No âmbito do estágio como um todo, ainda que a adoção do referencial teórico fosse dependente da singularidade de cada um dos casos seguidos, as intervenções incidiram sobre os modelos psicodinâmico e cognitivo-comportamental, bem como, em contexto de gabinete privado, pela ACP.

Por fim, a orientadora de estágio fez o encaminhamento das duas intervenções individuais que realizámos de forma autónoma, das quais, uma delas, se constitui como a nossa avaliação psicológica (Caso Clínico A) e, a outra o nosso estudo de caso (Caso Clínico B).

Caso Clínico A – Apresentação de Avaliação Psicológica

Identificação

O Caso A (CA), é do sexo feminino, afrodescendente (pais naturais de Angola), tem dezoito anos de idade, de nacionalidade portuguesa, vive na Área Metropolitana de Lisboa e tem o nono ano de escolaridade. Encontra-se desempregada. Vive em contexto de acolhimento. O seu agregado familiar é constituído por si e pela sua filha de dois anos.

Motivo da Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica foi realizada na sequência de histórico de dificuldades que a CA manifestou em contexto escolar, tanto a nível da atenção, da impulsividade, como na regulação do comportamento, e que levou a um abandono precoce (American Psychiatric Association, 2022; Barkley, 2015a). Os somatórios destas situações foram previamente enquadradas em Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Uma vez que a CA pretende retomar os estudos, a avaliação psicológica pretendeu identificar necessidades específicas no suporte à aprendizagem e inclusão, como previsto no Decreto-Lei n.º 54/2018 (Diário da República, 2018), e eventual consideração de tratamento farmacológico (a avaliar pela especialidade de psiquiatria adolescência/jovens adultos). Pretendeu-se ainda compreender de que forma as características da CA interferem com o exercício da parentalidade, bem como identificar recursos e estratégias para a fortalecer enquanto figura cuidadora (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). A avaliação visou, estruturar plano interventivo de apoio ao desenvolvimento de competências emocionais, sociais e parentais, com foco no bem-estar da criança (Pacheco, 2010).

Processo de Avaliação Psicológica

A CA participou em três sessões individuais, com o objetivo de recolher a sua história de vida e realizar a avaliação psicológica no âmbito da hipótese diagnóstica de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA).

A primeira sessão foi dedicada à recolha de dados gerais e históricos, abrangendo o contexto familiar, escolar e social da CA, bem como o seu percurso de desenvolvimento ao longo da infância e adolescência.

Ressalva-se que avaliação recorreu, para além da anamnese, a instrumentos padronizados e validados para a população portuguesa, com o objetivo de sustentar a hipótese diagnóstica de PHDA. Como tal, as duas sessões seguintes foram destinadas à aplicação de

instrumentos psicométricos previamente selecionados, nomeadamente o DIVA-5, o Teste de Stroop (Versão Cores e Palavras), o Teste d2 e o Teste da Figura Complexa de Rey. Estes instrumentos permitiram avaliar diferentes dimensões cognitivas e comportamentais relevantes para o quadro clínico em análise.

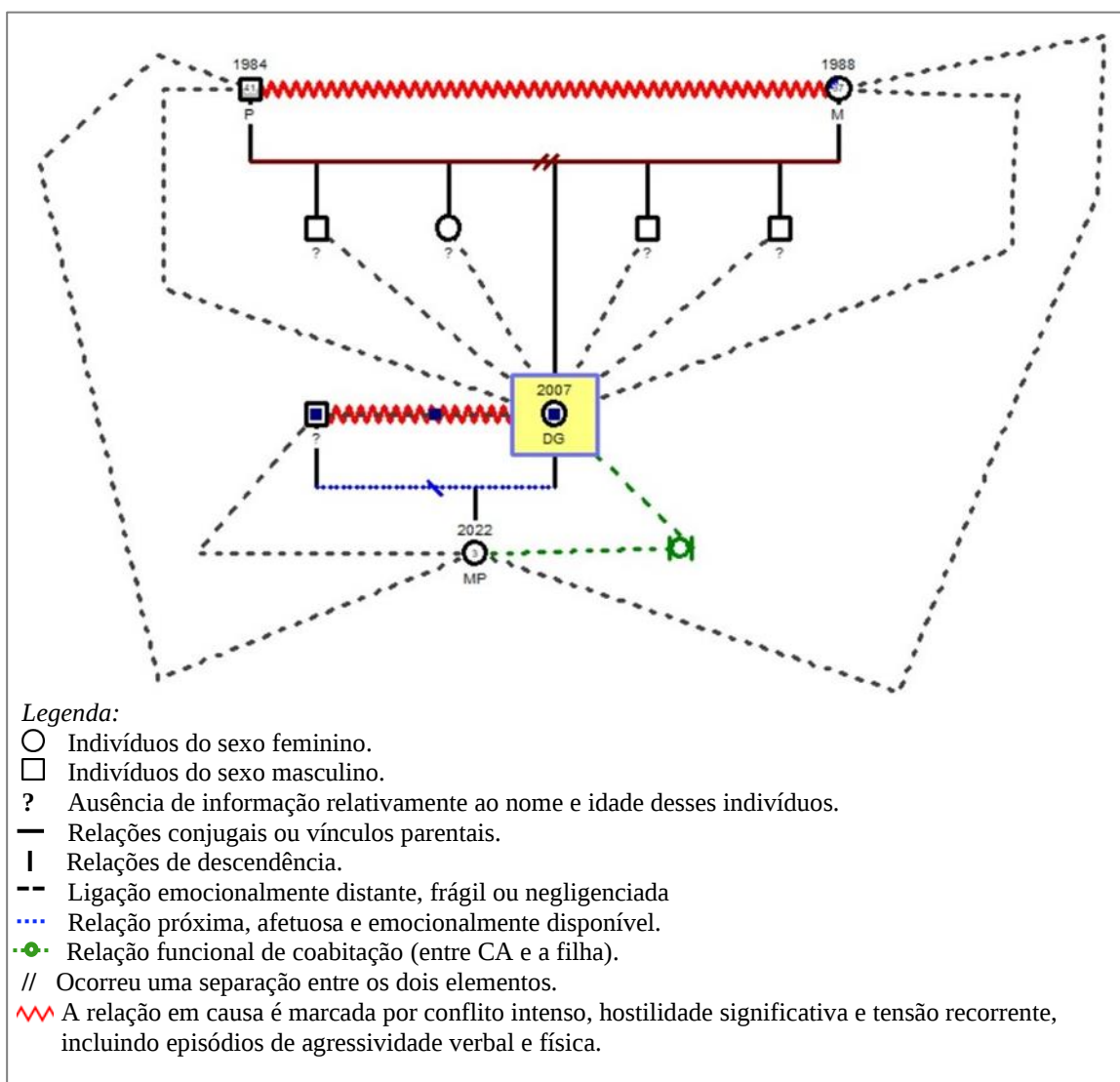
Por fim, elaborou-se o relatório técnico a ser entregue ao estabelecimento de ensino. Este relatório visou apoiar medidas de suporte à aprendizagem e inclusão, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 54/2018.

Importa salientar que não foi realizado acompanhamento psicológico contínuo nem intervenção terapêutica regular. As sessões tiveram como foco exclusivo a recolha de dados e a aplicação dos testes necessários à formulação diagnóstica. Cada sessão teve uma duração média de cinquenta a sessenta minutos, respeitando os protocolos de aplicação e as necessidades específicas da avaliação. O principal objetivo dessas sessões foi a obtenção de dados suficientes para proceder à formulação diagnóstica, com base nas informações obtidas e nos resultados dos testes administrados.

Anamnese

A CA é filha de pais angolanos, a mãe tem 37 anos e o pai 41 anos, ambos desempregados. Nasceu em casa, na Área Metropolitana de Lisboa, “*num bairro social considerado problemático*” (sic), num contexto socioeconómico vulnerável. É a terceira de cinco irmãos (Figura 2) e cresceu num ambiente familiar que relata como instável, com uma predisposição a conflitos conjugais e dificuldades económicas persistentes, uma vez que ambos os progenitores não conseguiam manter os empregos. Relata ainda que, desde muito cedo, presenciava atos de violência doméstica do pai para com a mãe, passando também pelos cinco filhos. O pai abandonou o núcleo familiar, tinha a CA cerca de sete anos, deixando, segundo a mesma, a mãe sobrecarregada e desamparada. A CA menciona que o núcleo familiar vive de rendimentos da Segurança Social e Abonos. A mãe, após o abandono do pai, “*começou a apresentar sinais de esgotamento emocional e de depressão não tratada*” (sic), situação esta, que leva a um comprometimento da dinâmica parental.

Figura 2. Genograma de CA



Nota: A CA, figura central da análise clínica, encontra-se destacada a amarelo, sinalizando o foco da intervenção psicológica. As datas colocadas acima de cada símbolo correspondem ao respetivo ano de nascimento.

A CA, desde os seus cinco/seis anos, revelou comportamentos marcados pela impulsividade, alguma dificuldade em manter a atenção e uma agitação motora relevante. Segundo a própria, era descrita pelos professores, com comportamentos marcados por excesso de impulsividade, bastante dificuldade em manter a atenção e muita agitação motora no decorrer das aulas, mencionando que esta situação afetou o seu percurso escolar e sociabilização com os pares. Refere histórico de tendência para criar situações de conflito e agressão entre os pares.

Aos doze anos foi sinalizada pela escola para a realização de uma avaliação psicológica, altura em que lhe foi diagnosticado PHDA, do tipo combinado. Apesar do encaminhamento para o acompanhamento especializado (psiquiatria), relata a adesão intermitente ao tratamento,

resultado da instabilidade familiar e à ausência de suporte estruturado. Como referido pela mesma, a condição da mãe negligenciou a situação da CA e, como consequência, o seu percurso escolar tornou-se irregular, devido igualmente a sucessivas mudanças de escola e sucessivas retenções, que culminaram no abandono escolar, tendo apenas concluído o nono ano de escolaridade.

A CA refere dificuldades na autorregulação emocional e uma perceção negativa de si própria, fatores que, segundo a própria, contribuíram para a aproximação a pares com comportamentos de risco e para o envolvimento em relações afetivas instáveis. Aos quinze anos iniciou um relacionamento com um jovem de 21 anos, que relata marcado por dependências emocionais, controlo e violência. Desta relação resultou uma gravidez não planeada aos dezasseis anos, cuja gestação foi marcada pelo abandono do namorado, acabando por ficar sem qualquer apoio familiar e financeiro. Após o nascimento da filha (atualmente com dois anos de idade), a CA enfrentou situações de habitação instável e isolamento social, alternando entre casa de familiares, amigos e períodos de permanência em instituições temporárias. A entrada na CI ocorreu a aproximadamente há nove meses, na sequência de uma sinalização por parte dos serviços sociais, em resultado da sua situação de precariedade e à necessidade de proteção da filha.

Teste DIVA-5.

O Teste DIVA-5 permite-nos identificar comportamentos e dificuldades típicas da perturbação, tais como a impulsividade, a dificuldade de concentração e a hiperatividade (Kooij et al., 2021). Facilita uma avaliação clínica do PHDA em adultos, com base nos critérios do DSM-5-TR (2022). O instrumento permite uma análise sistemática dos sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade, no início na infância e na idade adulta, no impacto funcional (Kooij et al., 2021). É uma entrevista clínica estruturada e é aplicada por profissionais de saúde mental (psicólogos, psiquiatras ou médicos com formação na área) com conhecimento sobre o diagnóstico do PHDA. Requer uma entrevista presencial com o indivíduo, podendo também incluir informações de terceiros (ex.: familiares, parceiros) para maior fiabilidade (Kooij et al., 2021). No caso da CA, o instrumento foi aplicado exclusivamente à mesma.

O DIVA-5 orienta o profissional em perguntas e critérios objetivos, incluindo exemplos concretos de comportamentos, facilitando a identificação e a diferenciação dos sintomas em dois momentos da vida: infância e idade adulta. Pode ser aplicada em adultos (a partir dos dezoito anos) que apresentem suspeitas de PHDA (Kooij et al., 2021). O instrumento também

contempla a análise retrospectiva de sintomas na infância, essencial para o diagnóstico em adultos (Kooij et al., 2021).

O DIVA-5 avalia cinco dimensões fundamentais para o diagnóstico do PHDA em adultos, conforme os critérios do DSM-5-TR (2022): sintomas de desatenção, nove itens baseados nos critérios do DSM-5-TR (2022), avaliados com exemplos específicos na infância e na idade adulta; sintomas de hiperatividade e impulsividade, nove itens igualmente avaliados em dois momentos da vida, com exemplos clínicos que facilitam a identificação dos sintomas; evidência de início dos sintomas antes dos doze anos de idade; verificação retrospectiva de sintomas relevantes na infância; impacto dos sintomas em diferentes contextos da vida adulta (ex.: vida acadêmica, profissional, familiar e social); exclusão de outras perturbações ou causas alternativas para os sintomas; e diferenciação entre PHDA e outras condições com sintomatologia semelhante (ansiedade, depressão, abuso de substâncias, etc.). Estas dimensões permitem uma avaliação abrangente, não apenas dos sintomas atuais, mas também da história clínica e do impacto funcional, essenciais para um diagnóstico fiável de PHDA em adultos (Kooij et al., 2021). Ou seja, os critérios do DSM-5-TR (2022) para o diagnóstico de PHDA em adultos requerem a presença de ≥ 5 sintomas de desatenção e/ou ≥ 5 sintomas de hiperatividade/impulsividade nos últimos seis meses, a evidência de sintomas antes dos doze anos de idade, e impacto clínico significativo em pelo menos duas áreas da vida (ex.: académico/profissional, social, familiar), ressalvando-se que os sintomas não são melhor explicados por outra perturbação (Kooij et al., 2021).

Com base nos critérios do DSM-5-TR (2022), a entrevista DIVA-5 (Anexo 2), revela a presença de dezasseis sintomas de PHDA na idade adulta (nove de desatenção e sete de hiperatividade/impulsividade - Tabela3), com evidência clara de início na infância e impacto funcional significativo em múltiplas áreas da vida da CA. Estes resultados satisfazem os critérios diagnósticos para PHDA do tipo combinado (DSM-5-TR, 2022).

Tabela 3. Resultados por Domínio – DIVA-5 (anexo 2)

Domínio	Sintomas na infância (0–12 anos)	Sintomas na idade adulta	Critério mínimo (DSM-5-TR)
Desatenção (9 itens)	9	9	≥ 5 sintomas
Hiperatividade/Impulsividade (9 itens)	9	7	≥ 5 sintomas
Total de sintomas atuais	— *	16/18	—

*O DSM-5 exige que os sintomas de PDAH sejam presentes antes dos 12 anos, mas não especifica que eles devem ser quantificados de forma única ou somada. O DIVA-5 segue esta diretriz, avaliando se os sintomas específicos estavam presentes na infância, mas de forma qualitativa. Ou seja, são observados se os sintomas estavam presentes ou não e em que medida interferiam nas diferentes áreas do funcionamento da criança (escola, família, etc.).

Teste de Stroop.

O Teste de Stroop (Versão de Cores e Palavras) é uma prova neuropsicológica que avalia o controlo inibitório, a atenção seletiva e a interferência cognitiva. Composto por três tarefas cronometradas, nomeadamente Leitura de Palavras (W), nomeação de Cores (C) e Interferência Cor-Palavra (CW), que permitem analisar a capacidade do indivíduo em inibir respostas automáticas perante estímulos incongruentes. O desempenho é avaliado com base no tempo de execução, número de erros e no efeito de interferência, refletindo a eficiência do processamento executivo.

Os resultados obtidos por CA (Anexo 3) revelam que CA lê menos palavras e comete mais erros do que o esperado (Tabela 4). A interferência entre CW e a média W/C é muito negativa (-23), sugerindo impulsividade e dificuldade em suprimir a resposta automática. A combinação de muitos erros (sobretudo em CW), baixa pontuação residual, e notas T abaixo de 45, compõem um perfil neuropsicológico compatível com PHDA (Stroop, 1935; Fernandes & Ferreira, 2013). O padrão de desempenho observado, marcado por elevada impulsividade, número excessivo de erros na tarefa de interferência e fraca resistência à distração, sugere comprometimento ao nível das funções executivas, em particular no controlo inibitório e na atenção seletiva. Este perfil é consistente com manifestações clínicas frequentes em quadros de PHDA, (Stroop, 1935; Fernandes & Ferreira, 2013).

Para obtenção do *Índice de Interferência* procedeu-se ao cálculo através da respetiva fórmula⁴, cujo cálculo resultou num Índice de Interferência= 50, valor este índice superior ao ponto de corte de 30, o qual considerado indicativo de dificuldades de inibição cognitiva. Este valor (50) está significativamente acima do esperado, sugerindo forte interferência — típico em quadros de PHDA.

Tabela 4. Resultados do Teste Stroop - Método 2 – (anexo 3)

Subteste	Tempo (segundos)	Itens Lidos	Erros	Corretos (Bruta)	Valor de Correção (Cp)	Pontuação Residual	Nota T
Palavra(W)	45	90	3	87	85	+2	45
Cor (C)	45	80	4	76	70	+6	40
Cor palavra (CW)	45	65	10	55	45	-26.5	35
Interferência (CW – Cp)	-	-	-	-	Cp = 78 (média W e C)	CW – Cp= -23	40

Nota: O método 2 considera a idade e a escolaridade dos sujeitos avaliados. Todos os cálculos foram realizados segundo o manual da versão Portuguesa de Fernandes & Ferreira (2013).

⁴ Formula para cálculo: Índice de Interferência=CW-[(W+C)/2]

d2-Teste de Atenção.

O Teste d2 é um instrumento padronizado que avalia a atenção seletiva, a concentração, a velocidade de processamento e a consistência do desempenho. A tarefa consiste em identificar letras “d” com dois traços, numa sequência de estímulos semelhantes, sob limite de tempo. Os resultados permitem analisar a eficácia, precisão e estabilidade atencional do participante através de indicadores específicos, como o número de acertos, erros, produtividade e variabilidade.

Os dados obtidos no Teste d2 pela CA (Anexo 4), indicam um baixo rendimento atencional global, com precisão reduzida, instabilidade do ritmo de trabalho e número elevado de erros (Tabela 5). O TC de 418 está significativamente abaixo da média esperada para a idade, refletindo uma velocidade de processamento reduzida; o número de acertos (TA = 100) é bastante baixo, uma baixa eficiência na identificação correta dos estímulos-alvo; o elevado número de erros por omissão (E1 = 75) aponta para dificuldades evidentes de atenção sustentada; os erros por comissão (E2 = 22) sugerem traços de impulsividade ou défice de inibição, podendo refletir uma estratégia de resposta precipitada.

Tabela 5. *Resultados do Teste d2 (anexo 4)*

Parâmetros	Resultados Brutos
TC	418
TA	100
E1	75
E2(erros por comissão)	22
E1 + E2	97

Por sua vez, o índice de concentração ($C = 78$) e o índice de precisão ($P\% \approx 23,9\%$) confirmam um desempenho globalmente ineficaz, com elevado custo atencional, e o índice de variabilidade ($IV = 18$) revela uma flutuação acentuada no desempenho ao longo das diferentes linhas do teste, o que reforça a hipótese de instabilidade atencional e possível fadiga cognitiva precoce. O padrão de resultados obtido (Tabela 6) é compatível com um perfil de défice de atenção sustentada com impulsividade, sendo coerente com indicadores de PHDA, especialmente do subtipo desatento ou combinado. A instabilidade ao longo da tarefa e a baixa eficácia na deteção dos estímulos-alvo sugerem ainda dificuldades no controlo executivo da atenção, que poderão comprometer o desempenho académico e a gestão de tarefas em contexto escolar e quotidiano.

Tabela 6. *Resumo dos Resultados com Normas (Percentis) do teste da CA (anexo 4)*

Parâmetros	Percentil de Desempenho (PD)	Percentil de Performance Corrigida (PC)	Índice normativo de concentração eficaz (EN)
Total de Caracteres Processados (TC)	418	50	5
Total de Acertos (TA)	100	3	1
Total de eficácia (TC-E)	321	15	3
Índice de Concentração (IC)	78	1	1
Índice de Variabilidade (IV)	18	40	1
Porcentagem de Erros (E%)	23,21	1	1

Nota: O PD é o índice bruto e o PC corresponde à comparação com a norma.

PC – Percentil e EN – Escala Normalizada, valores retirados da tabela dos Resultados com Normas (Percentis).

Cálculos: TC-E = $\Sigma TC - E = 418 - 97 = 321$; IC = $\Sigma TA - E = 100 - 22 = 78$; IV = TC máx. - TC mín. = $37 - 19 = 18$; E% = $100 \times E / \Sigma TC = 9700 / 418 = 23,21$.

Teste de Figura Complexa de Rey

A Figura Complexa de Rey é um instrumento neuropsicológico que avalia funções como a percepção visuo-espacial, o planejamento, a memória visual e a organização. A prova inclui uma fase de cópia e uma fase de memória, permitindo observar tanto a execução construtiva como a retenção visual. O desempenho é analisado com base na presença, precisão e localização dos elementos, sendo possível também uma leitura qualitativa da estratégia utilizada pelo participante.

Os resultados seguintes da CA (Anexo 5), refletem o seu desempenho nas duas fases da Figura Complexa de Rey. Em termos de interpretação, considerando a tarefa de cópia, a CA obteve uma pontuação de 21 pontos (em 36), posicionando-se no percentil 25 para a sua faixa etária e nível de escolaridade (Tabela 7).

Tabela 7. *Resultados da Figura Complexa de Rey (anexo 5)*

Fase	Pontuação (máx. 36)	Observações qualitativas
Cópia imediata	21/36	Dificuldades evidentes ao nível do planeamento visual, com omissões de elementos estruturais, sequência de execução desorganizada e falhas na proporção e alinhamento das partes da figura
Recordação de memória (após 10 min)	12/36	Revelando dificuldades marcadas na retenção e reprodução de material visual complexo; organização mais pobre na reprodução

O desempenho revelou dificuldades evidentes ao nível do planeamento visual, com omissões de elementos estruturais, sequência de execução desorganizada e falhas na proporção e alinhamento das partes da figura. O estilo de execução foi predominantemente analítico-desorganizado, sem a construção de um esquema global. Estes aspetos sugerem défices em

funções executivas, nomeadamente no planeamento, organização visual e controlo da impulsividade (Rey, 1942; Osterrleth, 1944; Rocha & Coelho, 2002). Na tarefa de memória imediata, após intervalo breve (cinco minutos), o desempenho decaiu para doze pontos, o que corresponde ao percentil dez, revelando dificuldades marcadas na retenção e reprodução de material visual complexo. A retenção relativa foi de cerca de 57% da figura copiada, o que é inferior ao esperado. Verificaram-se ainda distorções estruturais, omissões e adições irrelevantes, refletindo défices na atenção sustentada e na memória visual de trabalho (Rey, 1942; Osterrleth, 1944; Rocha & Coelho, 2002). O padrão obtido (cópia abaixo da média e memória visual ainda mais comprometida) é compatível com o perfil neuropsicológico frequentemente observado em jovens com PHDA, particularmente nas vertentes associadas à autorregulação, atenção e funções executivas (Rey, 1942; Osterrleth, 1944; Rocha & Coelho, 2002).

De salientar que todos os testes foram administrados de acordo com as instruções dos respetivos manuais, assegurando a padronização do processo e a validade dos resultados, que foram cuidadosamente analisados para contribuir com o diagnóstico da PHDA.

Discussão do Caso

Através da observação e dos resultados da avaliação com recurso aos instrumentos mencionados, verificamos que a CA apresenta sintomas predominantes de desatenção e hiperatividade.

De acordo com o DSM-5-TR (2022), a CA apresenta pelo menos seis dos sintomas relacionados com a desatenção e hiperatividade e impulsividade. De acordo com a alínea b) do mesmo, os sintomas já haviam sido apresentados antes dos doze anos. Os mesmos estão presentes tanto no ambiente familiar, como no ambiente escolar, o que vem refutar a alínea c do DSM-5-TR (2022). Verifica-se que a presença de PHDA causa prejuízos significativos no funcionamento social e académico da CA. Identifica-se que o subtipo é o combinado, ou seja, estão presentes de forma significativa o subtipo desatento e o subtipo hiperativo-impulsivo.

Em resumo, os resultados da presente avaliação indicam um padrão consistente com a apresentação combinada da PHDA, conforme os critérios do DSM-5-TR (2022). Foram observadas manifestações significativas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, reportadas tanto no contexto escolar como familiar, através das escalas de avaliação comportamental (por exemplo, o DIVA-5). A avaliação cognitiva revelou um funcionamento intelectual dentro da média, mas com comprometimento evidente nas funções executivas, nomeadamente na memória de trabalho, inibição de respostas automáticas (Teste de Stroop) e

flexibilidade cognitiva (segundo os critérios de Fernandes & Ferreira, 2013). Os resultados da avaliação estão de acordo com o enquadramento teórico da literatura que associa a PHDA a défices neuropsicológicos em circuitos fronto-estriatais (Barkley, 1997; Willcutt et al., 2005), que são responsáveis pela regulação do controlo inibitório e da regulação emocional. Conforme destacado por Miranda et al. (2012), tais défices têm um impacto direto no rendimento escolar e nas interações sociais, o que foi também identificado neste caso.

A CA demonstrou dificuldades em sustentar a atenção em tarefas prolongadas, tendência para respostas impulsivas e comportamento motriz excessivo, o que se traduziu em dificuldades académicas e conflitos interpessoais frequentes (Barkley, 2015b; Oliveira et al., 2017). Observou-se ainda uma fraca autorregulação emocional, com dificuldades em gerir frustrações e em adaptar o comportamento às exigências do ambiente escolar (Barkley, 2015b; DuPaul & Stoner, 2007, Paiva et al., 2024). Embora os instrumentos utilizados tenham mostrado validade, é importante considerar que o contexto familiar, caracterizado por instabilidade, pode atuar como um fator de amplificação dos sintomas (Brown et al., 2017; Johnston & Mash, 2000, Oliveira, 2017), o que poderia contribuir para a intensidade das manifestações observadas.

Com base nos resultados da avaliação, recomenda-se o encaminhamento para apoio psicopedagógico especializado, bem como a implementação de estratégias de modificação comportamental no contexto escolar (Oliveira et al., 2017). Intervenções multicomponentes, que englobam apoio educativo e comportamental, mostram-se eficazes no auxílio em jovens com PHDA, especialmente quando direcionadas ao treino de competências de autorregulação emocional e controlo comportamental no ambiente escolar (Barkley, 2015b; DuPaul & Stoner, 2007; Mendes da Silva, 2024). A intervenção com os cuidadores, por meio de treino parental, poderá contribuir significativamente para a gestão dos comportamentos desafiantes e para o fortalecimento das competências socioemocionais da CA (Faria & Cardoso, 2016; Johnston & Mash, 2001; Paiva et al., 2024;). Essas intervenções são fundamentais para ajudar a CA a continuar os seus estudos e a usufruir de medidas de educação especial, tal como preconizado na legislação de educação inclusiva (Decreto-Lei n.º 54/2018), contribuindo para o seu desenvolvimento e integração social – especialmente no contexto da sua residência numa comunidade de inserção, onde a consistência entre escola e ambiente familiar é crucial para a eficácia da intervenção (Oliveira et al., 2017).

À data de termino do estágio a CA demonstra um esforço para se adaptar à sua vida institucional, contudo ainda apresenta grandes dificuldades de adaptação, revelando-se na gestão emocional, impulsividade e momentos de desorganização interna, compatíveis com o

seu diagnóstico de PHDA. A maternidade, apesar de desejada por ela, tem representado um desafio acrescido face às suas fragilidades pessoais e à ausência de referência de modelos parentais adequados no seu percurso de vida. Tem participado ativamente nas propostas por nós facultadas, nomeadamente ações de orientação educativa e de competências parentais. A CA tem demonstrado interesse em retomar os estudos, no sentido de concluir o 12.º ano.

Conclusão do Caso

A presente avaliação psicológica teve como objetivo compreender as dificuldades autorregulatórias, atencionais e comportamentais manifestadas pela CA, atualmente com dezanove anos, no sentido de clarificar a hipótese diagnóstica de PHDA na idade adulta. A recolha da história de vida permitiu identificar a presença de sintomas compatíveis com PHDA desde a infância, com continuidade ao longo do desenvolvimento, e impacto significativo nas áreas escolar, relacional e, mais recentemente, no contexto da transição para a vida adulta. A aplicação da entrevista diagnóstica DIVA-5 (Kooij et al., 2021), revelou critérios preenchidos para PHDA do tipo combinado, com evidência de sintomas em múltiplos contextos e prejuízo funcional acentuado. Do ponto de vista neuropsicológico, os resultados obtidos nos testes Stroop e d2 apontam para dificuldades ao nível da atenção seletiva, controlo inibitório e resistência à interferência — componentes fundamentais das funções executivas, frequentemente comprometidas em quadros de PHDA (Barkley, 1997; Willcutt et al., 2005). A aplicação da Figura Complexa de Rey revelou um padrão de organização visual deficitário na fase de cópia, com prejuízo na estruturação espacial e na capacidade de planeamento, aspetos que se mantiveram na evocação, sugerindo dificuldades de codificação e recuperação da informação visual. Estes resultados refletem um padrão de funcionamento característico da PHDA em jovens adultos, com impacto na organização do pensamento, na execução de tarefas complexas e na autorregulação emocional. A CA manifesta consciência das suas dificuldades, associadas a sentimentos de frustração, baixa autoeficácia e insegurança em relação ao futuro académico e profissional. Perante o exposto, recomenda-se o encaminhamento para acompanhamento psicológico com foco no treino de competências executivas, autorregulação emocional e estratégias de organização e planeamento. Poderá ser considerada avaliação médica complementar, caso surja indicação para eventual intervenção farmacológica. A inclusão em programas de orientação vocacional ou ocupacional poderá também ser benéfica, promovendo a definição de objetivos realistas e adaptados ao perfil da CA. Sublinha-se, por fim, a importância de um apoio estruturado e contínuo, que vise a promoção da autonomia, autoestima e integração social e profissional da CA, contribuindo para a melhoria da sua

qualidade de vida. Foi realizado um relatório para ser entregue no estabelecimento de ensino, bem como na consulta de psiquiatria (Anexo 6).

Os resultados obtidos apontam para a presença de indicadores consistentes com um quadro de PHDA. Todavia, na ausência de uma avaliação cognitiva estruturada, não é possível excluir, com rigor, a possibilidade de défice intelectual ou de outras condições do neurodesenvolvimento que possam coexistir ou contribuir para o perfil sintomatológico apresentado. Assim, recomenda-se a realização de uma avaliação psicométrica abrangente, de forma a clarificar o nível de funcionamento intelectual e a assegurar um diagnóstico mais preciso.

Caso Clínico B – Apresentação de Acompanhamento Psicológico

Identificação

O Caso B (CB), é do sexo feminino, caucasiana, tem 24 anos de idade, de nacionalidade portuguesa, vive na Área Metropolitana de Lisboa e tem uma licenciatura em Planeamento e Gestão do Território que terminou no ano de 2024. No mesmo ano começou a lecionar a Unidade Curricular de Geografia a alunos do terceiro ciclo, numa instituição privada localizada na sua área de residência. Tem, ainda, como ocupação profissional a categoria de árbitra, profissão que desempenha há três anos. Vive sozinha. A CB é filha única do lado materno e tem um irmão do lado paterno.

Motivo do Acompanhamento Psicológico

A CB recorreu a acompanhamento psicológico devido à presença de sintomatologia ansiosa, associada a uma necessidade persistente de manter um elevado grau de controlo sobre diferentes áreas da sua vida. Refere mal-estar em contextos que envolvem imprevisibilidade ou perda de controlo, o que contribui para o aumento da tensão interna e para a sensação de insegurança. A intervenção foi iniciada com base na procura espontânea de um espaço relacional seguro e empático, onde fosse possível explorar livremente as suas experiências internas, promovendo assim a autorreflexão e o contacto com os seus próprios recursos de autorregulação emocional e crescimento pessoal. Uma vez que a CB é arbitra na Instituição II, foi-lhe fácil ter acesso às sessões de acompanhamento psicológico individual.

História Clínica

A CB nasceu na Área Metropolitana de Lisboa, foi uma filha desejada. Nasceu de cesariana, pois já havia terminado o tempo de gestação há dez dias. A gestação da CB foi de alto risco, pelo que a mãe passou seis meses em repouso absoluto. Os pais nunca foram casados,

mas viviam em união de facto na localidade A. Não frequentou creches ou pré-primária, ficando à guarda dos avós paternos, na localidade B, enquanto os pais estavam a trabalhar. Perto dos seis anos de idade da CB, a mãe quis separar-se do pai, por já não nutrir sentimentos pelo mesmo. Tinha já a CB iniciado o Primeiro Ciclo do Ensino Básico na localidade B. Com separação dos pais, a CB vai viver com a mãe para casa de uma tia materna na localidade C, onde completa o Segundo e Terceiro ano do Primeiro Ciclo do Ensino Básico. No Quarto ano volta a mudar de residência, porque a mãe inicia uma nova relação, e realiza então o Quarto ano na localidade B, vivendo em casa do companheiro da mãe, conjuntamente com a mãe nessa mesma localidade. A relação da mãe com o namorado começa a ser conflituosa e a CB vai viver com o pai, na localidade A. Inicia assim o Primeiro ano do Segundo Ciclo do Ensino Básico já a viver com o pai. Não consegue haver um entendimento entre a CB e o pai, e a CB volta a mudar de residência, na altura já mãe se encontrava separada do companheiro, a viver na localidade C. A CB muda-se então novamente para a localidade C para junto da mãe e completa o Sexto ano de escolaridade. Aos quinze anos da CB, *“a mãe resolve emigrar para a Suíça na esperança de arranjar uma vida melhor”* (sic). E a CB vai viver com os tios paternos, também na localidade B. Na tentativa dos tios de que a CB se tornasse mais responsável e conseguisse acatar ordens, inscrevem a CB numa modalidade desportiva. Modalidade que mantém por três anos e depois inicia a carreira de arbitra na mesma modalidade. Entre os quinze e dezoito anos CB vive com os tios. Os tios não tinham filhos. Já tardiamente, face á idade da tia, a mesma engravida e quando nasce a filha, a CB, já com dezoito anos, vai viver sozinha para a casa da mãe, onde viveram antes de a mãe emigrar. No seu percurso académico, acabou por ser retida um ano. Inicia o seu percurso académico universitário com dezanove anos, e também acaba por ser retida por um ano, terminando a Licenciatura posteriormente.

Durante os anos em que viveu sozinha teve ajuda monetária por parte da mãe e do pai. Contudo sempre teve uma ocupação profissional para ganhar algum dinheiro. Assim, dos vinte aos 22 anos deu explicações, ainda com 22 vai trabalhar para uma loja de roupa e quando finda o curso aos 23, inicia a carreira de professora. Começa a lecionar uma disciplina a alunos do Terceiro ciclo, numa instituição privada localizada na sua área de residência. Mantendo a ocupação profissional na categoria de árbitra, profissão que já desempenha há três anos e da qual tem bons rendimentos e que prefere à de professora.

No que diz respeito à sua rede de apoio familiar, revela manter uma boa relação com a mãe, realizando todos os dias videochamadas com a mesma. A relação com o pai é um pouco mais distante, devido ao facto de não conseguir ter uma relação com a madrastra. Do casamento do pai com a madrastra, nasceu um irmão que sofre de PHDA e Perturbação do Espectro do

Autismo (PEA), com o qual a CB não tem proximidade ou contacto, referindo que o facto de terem dez anos de idade de diferença e dadas as suas perturbações, nunca conseguiu ter uma relação com o irmão. Frequenta a casa dos tios quase todos os fins-de-semana para jantar uma vez pelo menos com eles. Raramente visita o avô. Avó já falecida.

Relata que os seus acontecimentos de vida significativos no seio familiar foram a separação dos pais, a emigração da mãe e o ir viver com os tios. A nível da história social, diz ter uma vida social. Vai beber café com amigos, contudo considera-se muito caseira. Prefere ficar em casa a ler ou a ver uma série. Vai três vezes por semana ao ginásio, pois precisa de manter uma boa forma física por causa da arbitragem. Corre ainda aos fins-de-semana. Quase todos os fins-de-semana tem jogos para arbitrar.

Iniciou há cerca de um ano e três meses uma relação com um treinador da mesma modalidade. O namorado tem 28 anos, tem como profissão treinador, mas também está a tirar uma Licenciatura. Diz ser uma relação harmoniosa e o namorado dorme muitas vezes em sua casa, mas não considera estar em união de facto com o mesmo. É ela “*que controla a relação. O meu namorado não se importa*” (sic).

A nível da saúde, aos quinze anos foi diagnosticado Mononucleose (comumente conhecida como a *doença do beijo*), que fez com que estivesse hospitalizada por duas semanas. Teve uma intervenção cirúrgica à apendicite. Faz um acompanhamento regular no médico de família e diz que brevemente tem que ir fazer uma TAC pois “tem andado com muitas dores nas costas” (sic). Presentemente a mãe tem 44 anos e o pai 50 anos.

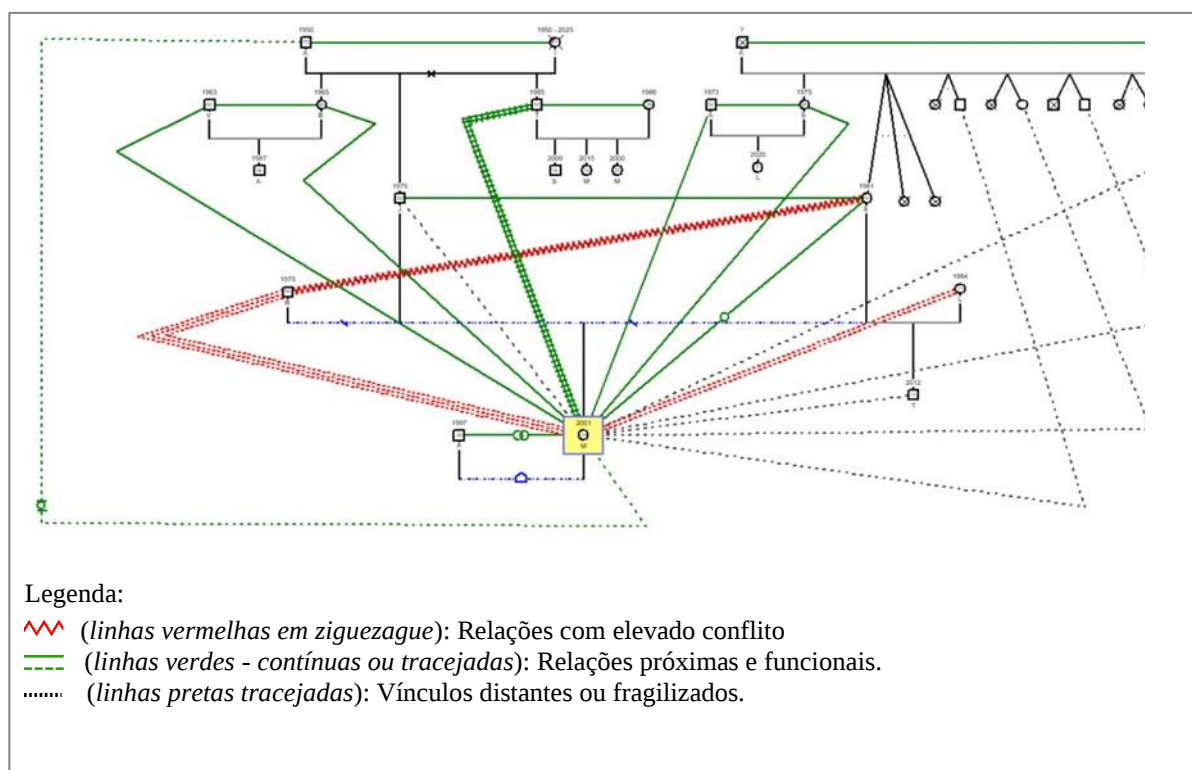
Processo de Acompanhamento Psicológico

Desde o início do acompanhamento, a CB revelou-se pontual, cuidadosa com a aparência e colaborante, demonstrando abertura para o processo terapêutico. O discurso apresentava-se coerente e congruente com os conteúdos expressos, evidenciando um estado afetivo marcado pela preocupação e capacidade de *insight* para a problemática apresentada. A orientação alopsíquica estava preservada, tal como o funcionamento cognitivo global e a memória a curto e longo prazo, com facilidade em evocar acontecimentos pessoais e familiares. Não foram reportados comportamentos autolesivos nem ideação suicida.

Durante os primeiros encontros, foi possível estabelecer uma aliança terapêutica sólida, beneficiando de uma postura de escuta empática, autenticidade e aceitação incondicional. Referiu não apresentar perturbações do sono e mostrou-se motivada para compreender as origens da sua ansiedade e da sua necessidade constante de manter o controlo sobre diferentes aspetos da sua vida.

Na anamnese foi usado o instrumento Questionário de História de Vida (Anexo 1), onde nos permitiu recolher dados relevantes. Possibilitou aceder a um percurso de vida marcado por sucessivas mudanças de contexto familiar e escolar, o que poderá ter contribuído para a construção de uma identidade centrada na adaptação. Demonstrou orgulho na sua trajetória académica e profissional, especialmente pelo seu atual emprego como professora, que valoriza como uma conquista pessoal. CB diz não ter memórias de infância, pelo que a construção do genograma familiar (Figura 3), foi considerado adequado visando trazer à superfície tensões e memórias ligadas a experiências de instabilidade afetiva, nomeadamente a separação dos pais, a emigração da mãe e os períodos passados com diferentes figuras cuidadoras.

Figura 3. Genograma da CB



A análise do genograma revela uma rede familiar extensa, marcada por múltiplos subsistemas e por uma significativa complexidade relacional. O indivíduo em foco encontra-se inserido num sistema multiparental, com diferentes figuras adultas que desempenham, ou desempenharam, funções parentais em momentos distintos do seu desenvolvimento. Este contexto aponta para uma história de famílias recompostas e sucessivas reorganizações dos vínculos afetivos e convivenciais. É possível identificar, através da simbologia representada, a

existência de várias relações funcionais e próximas (Figura 3: linhas verdes contínuas e tracejadas), sugerindo ligações de suporte e envolvimento positivo com algumas figuras adultas. No entanto, coexistem também relações de elevado conflito (Figura 3: linhas vermelhas em ziguezague) e vínculos distantes ou fragilizados (Figura 3: linhas pretas tracejadas), particularmente com algumas figuras parentais, o que pode indicar experiências de tensão, rupturas vinculares ou ausência de investimento emocional. A sobreposição de relações positivas e negativas no mesmo sistema relacional poderá traduzir-se em lealdades divididas, instabilidade emocional e dificuldades ao nível da construção identitária e do sentimento de pertença. A presença simultânea de ligações protetoras e de fontes de stress relacional sublinha a importância de clarificar os papéis familiares, reforçar figuras de referência consistentes e promover uma reorganização emocional segura para o indivíduo em avaliação.

Com o avançar das sessões, a CB começou a reconhecer que a ansiedade tende a emergir com maior intensidade em situações em que não detém o controlo total, como mudanças inesperadas na rotina, reuniões não planeadas ou contextos em que depende de terceiros. Expressou desconforto face à imprevisibilidade e referiu dificuldades em tolerar a incerteza, o que se traduz em tensão interna, pensamentos intrusivos e necessidade de antecipação constante. Estas reações foram exploradas à luz da sua história de vida, procurando-se compreender como a organização defensiva baseada no controlo poderá ter emergido como uma tentativa adaptativa para lidar com a imprevisibilidade vivida no passado.

Ao longo da intervenção, a CB foi sendo convidado a contactar com estas vivências sem julgamento, reconhecendo que a tentativa de manter tudo sob controlo, embora funcional em determinados contextos, acarreta um custo emocional elevado. Através da escuta ativa, da validação emocional e do espaço seguro que a relação terapêutica proporcionou, foi possível iniciar um processo de simbolização de afetos anteriormente dissociados e de reestruturação do seu modo de estar consigo e com os outros.

O acompanhamento permitiu, assim, criar um campo relacional facilitador, onde a CB pôde aceder com maior profundidade à sua experiência interna, nomeadamente às emoções associadas à insegurança e ao medo de falhar. Essa exploração foi progressivamente integrando-se na narrativa de si, permitindo o desenvolvimento de uma perceção mais realista e compassiva da sua própria história emocional.

Conceptualização Psicoafetiva do Caso da CB à luz do Professor Hipólito

A gravidez foi de risco e a mãe passou os últimos seis meses de repouso, a gravidez foi até ao termo sem evidência de problemas, o que nos leva a crer que não se verificaram traumas nas potencialidades biológicas, neste período. Apesar de não existirem sinais claros de traumatismos precoces, o facto de a gestação da CB ter sido de alto risco, obrigando a mãe a um longo período de repouso absoluto, pode ter influenciado o seu desenvolvimento emocional desde muito cedo. De acordo com a abordagem psicoafetiva de Hipólito (2011), experiências intrauterinas vividas em contextos de instabilidade biológica podem interferir na organização do *Self* Organísmico, uma base emocional e corporal que influencia a forma como a pessoa se sente e se relaciona, ou seja o *Self* Organísmico, segundo Hipólito, é a experiência viva e integrada do sujeito, que inclui o corpo, as emoções e as necessidades autênticas (por exemplo necessidade de pertença). Representa a base afetiva e espontânea do ser, orientada naturalmente para o desenvolvimento. Quando a pessoa cresce em ambientes com muitas exigências externas ou rejeição emocional, pode afastar-se desse núcleo interno, dando origem a um funcionamento mais adaptado, mas emocionalmente restrito. Desde cedo, parece ter sentido que a aceitação das suas necessidades dependia da adaptação a exigências, como por exemplo a contante mudança de residência. Esta estrutura relacional, enraizada na vinculação precoce, traduz-se atualmente em dificuldades na vivência da espontaneidade emocional e numa necessidade constante de validação através do desempenho e da gestão do ambiente. A história de instabilidade familiar e de separações afetivas pode ter reforçado esta tendência, comprometendo a percepção de aceitação incondicional e contribuindo para a rigidez relacional observada. Embora não existam dados específicos sobre a infância precoce da CB, o seu funcionamento atual sugere alguns padrões que podem ser compreendidos à luz da ACP e do modelo das condições de valor, tal como descrito por Brites (2006). A forma como a CB se apresenta, controlada, autónoma e funcional, contrasta com o sofrimento emocional que motivou a procura de apoio psicológico. Este é o ponto-chave da análise: a discrepância entre o modo como a CB se mostra ao mundo e o mal-estar interno que relata poderá refletir uma dissociação entre o *Self* percecionado e o *Self* desejado, construído com base na expectativa de aceitação dos outros. Segundo Hipólito (2011), quando a aceitação é percebida como condicional, certos sentimentos deixam de ser integrados no campo de consciência, criando um funcionamento emocional rígido e limitado. Assim, ainda que de forma hipotética, este modelo permite compreender alguns dos mecanismos subjacentes à necessidade de controlo e à dificuldade da CB em lidar com a imprevisibilidade. Do ponto de vista da abordagem psicoafetiva de Hipólito (2011), a história de vida da CB revela sinais de descontinuidade relacional que poderão ter afetado o desenvolvimento do seu *Self*. As várias mudanças de

residência, a ausência da mãe em períodos significativos e a instabilidade nas figuras cuidadoras podem ter comprometido a construção de um campo afetivo estável e continuado. Perante esta instabilidade, é possível que a CB tenha desenvolvido estratégias de auto-organização defensiva, procurando garantir segurança interna através de um funcionamento mais rígido e controlado. A sua necessidade constante de controlo e o desconforto face à imprevisibilidade podem ser compreendidos como expressões dessa organização defensiva, que visa manter a coesão do *Self* perante experiências afetivas dificilmente simbolizadas. Neste sentido, a ansiedade que relata poderá ser interpretada como o resultado de uma tensão interna entre a necessidade de contenção emocional e o desejo de contacto autêntico com o outro, refletindo o esforço do sujeito em manter-se funcional num contexto interno marcado por insegurança relacional precoce. Ainda que não existam dados sobre os primeiros anos de vida da CB, a sua organização atual parece marcada por um funcionamento estruturado, lógico e orientado para o controlo da realidade externa. Esta forma de organização pode ser compreendida, à luz do modelo psicoafetivo de Hipólito (2011), como expressão de um processo de desenvolvimento em que a diferenciação entre o real e o imaginário se fez de forma rígida, limitando a fluidez simbólica e afetiva da experiência. A ausência de abertura à imprevisibilidade e o desconforto perante situações não controladas sugerem um funcionamento marcado por excesso de adaptação ao real concreto, com pouca tolerância à ambiguidade ou à vivência imaginativa. Esta rigidez poderá refletir uma construção do *Self* fortemente funcional. De acordo com a perspetiva psicoafetiva de Hipólito (2011), o sintoma psicológico não é apenas sinal de disfunção, mas expressão da melhor organização possível que o organismo conseguiu desenvolver perante experiências de vulnerabilidade. No caso da CB, a presença de sintomatologia ansiosa associada à rigidez comportamental e à necessidade de controlo pode ser compreendida como uma resposta adaptativa a um percurso de desenvolvimento marcado por instabilidade vincular e ausência de condições afetivas otimizadas. A ansiedade da CB surge, assim, como forma de manter equilíbrio e coerência interna num campo relacional onde a previsibilidade, a segurança e a continuidade emocional estiveram ausentes. Esta leitura permite compreender os sintomas não como sinais de colapso, mas como estratégias defensivas que, embora limitadas, expressam a capacidade de auto-organização do sujeito face à descontinuidade afetiva vivida ao longo da sua história.

Conclusão do Caso

A história de vida da CB parece ter sido marcada por instabilidade relacional e exigências externas constantes, que poderão ter condicionado o seu desenvolvimento emocional desde cedo. A necessidade de adaptação a contextos pouco previsíveis poderá ter levado à construção de um funcionamento mais rígido e controlado, afastando-a do contacto com as suas necessidades autênticas. A ansiedade que hoje manifesta pode ser compreendida como expressão deste esforço interno de manter o equilíbrio num percurso onde faltaram segurança, continuidade e aceitação incondicional. O modelo psicoafetivo de Hipólito permite, assim, uma leitura integradora dos seus sintomas, valorizando-os como tentativas de auto-organização diante das adversidades vividas. A intervenção psicológica com a CB deve partir do princípio de que os sintomas que apresenta, como a ansiedade e a necessidade de controlo, não são meras manifestações patológicas, mas antes formas que o seu organismo encontrou para manter um funcionamento interno estável face a vivências afetivas marcadas por instabilidade e descontinuidade. Por isso, a prioridade terapêutica não deverá ser a eliminação imediata desses sintomas, mas sim a criação de um espaço relacional seguro e empático que lhe permita reorganizar-se emocionalmente a partir de uma nova base de segurança afetiva. Só assim será possível que, com o tempo, a CB possa aceder a formas mais integradas e autênticas de vivenciar as suas emoções e de se relacionar consigo própria e com os outros, sem depender de estratégias rígidas de controlo como forma de proteção.

III Parte – Conclusão

Da análise global que fazemos sobre a experiência vivida durante o estágio curricular, talvez a palavra que melhor o descreve seja “*Enriquecedor*”, quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Tivemos o privilégio de realizar o estágio curricular numa instituição de referência, onde foi possível contactar com crianças, jovens e idosos. E de seguida fazer acompanhamentos psicológicos em contexto de Gabinete Privado.

A Instituição I procura, dentro dos recursos existentes, que os seus utentes estejam o mais possível envolvidos em atividades, até pelas características da população que constitui as suas unidades, valorizando o papel do psicólogo. Estas atividades permitem o contacto e a partilha de experiências e conhecimentos com outros profissionais de outras áreas, tornando-se uma mais-valia, permitindo perceber a importância do papel da interdisciplinaridade em ambiente clínico.

O Centro de Acolhimento Residencial permitiu-nos alcançar os objetivos inicialmente definidos: compreender as necessidades socioemocionais das crianças e apoiar a equipa técnica nas atividades diárias. Durante o estágio, desenvolvemos competências de escuta ativa e dinamizámos oficinas de expressão corporal, contribuindo para o fortalecimento de vínculos e para a redução de comportamentos ansiosos.

Foi possível apresentar um projeto de competências sociais adaptadas as várias faixas etárias, o que nos levou a planear intervenções mais flexíveis e inclusivas. Esta experiência reforçou o nosso interesse pelo Serviço Social no âmbito da infância e evidenciou a importância de formação contínua para os profissionais de acolhimento. Neste âmbito recomendamos a ampliação das sessões de arteterapia, uma vez que observámos uma melhoria significativa na autoexpressão das crianças.

A experiência na Comunidade de Inserção permitiu-nos atingir os objetivos iniciais de oferecer apoio técnico e emocional a jovens mães em processo de autonomização. Ao longo do estágio, organizámos sessões de parentalidade positiva, contribuindo para o reforço da autoestima e da confiança das participantes. Um dos maiores desafios foi garantir a assiduidade das jovens mães, muitas com horários e responsabilidades complexas. Para o superar, desenvolvemos um sistema de convites personalizados e adaptámos os horários das atividades, o que aumentou a participação em cerca de 30 %. A experiência reforçou o nosso interesse pela intervenção sociocomunitária em contexto familiar e salientou a importância de métodos participativos. Neste âmbito recomendamos a criação de um programa de mentoria, onde mães com maior experiência possam apoiar as novas, promovendo a troca de saberes e o fortalecimento de laços comunitários. Note-se que agradecemos a toda a equipa da Comunidade

de Inserção e às jovens mães pela partilha de vivências: saímos deste estágio com aprendizagens fundamentais que levaremos para a nossa prática futura.

Na Unidade de Cuidados Continuados Integrados, tendo como população alvo, adultos e idosos, na área da reabilitação cognitiva, uma área pela qual nutríamos admiração, adquirida durante a nossa formação académica e na qual tivemos a sorte de podê-la enquadrar no âmbito do nosso estágio curricular, onde através do mesmo pudemos aprofundar alguns conhecimentos teóricos que tínhamos, enriquecê-los e pô-los em prática. Durante o estágio, foi-nos proporcionado diversos momentos de aprendizagem, quer ao nível do conhecimento do contexto particular da Instituição I e do seu funcionamento ao nível da intervenção psicológica e da reabilitação cognitiva neste tipo de população. Este contacto com adultos e idosos permitiu-nos, não só aprofundar conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica como também proporcionou momentos de reflexão sobre as múltiplas e diferentes histórias de vida, das suas dificuldades, quer sejam cognitivas, sociais ou físicas, dos seus pensamentos e sentimentos, das suas expectativas de futuro e das suas experiências de vida. Além disso, possibilitou-nos a observação de algumas problemáticas mais sensíveis e geradoras de fragilidades, como: a falta de suporte social, o isolamento, a depressão, os conflitos nas relações interpessoais e intrapessoais, o de doenças como as demências, o AVC, a Alzheimer, a esquizofrenia, o luto, pela perda de entes queridos, entre outras fragilidades psicológicas e emocionais. Evidencia-se assim uma das situações em que a observação feita foi fundamental para quem está a realizar o estágio, para mais numa área tão específica e meticulosa como é a Psicologia, em que está em causa a saúde de terceiros, acarretando grande responsabilidade.

A observação permitiu-nos adquirir os conhecimentos e a perspetiva de como devemos estar, ouvir, ver, perguntar e posicionar-mo-nos de modo a que nada naquele *setting* nos ultrapasse e possamos ter uma análise o mais fidedigna possível e o nosso diagnóstico esteja de acordo com as necessidades reais daquele utente. Como tal, as competências de um psicólogo, nomeadamente no contexto institucional e com o tipo de população, em particular da Instituição I, puderam ser trabalhadas e desenvolvidas em momentos operacionais como: na observação, na avaliação e na intervenção, realizadas com os utentes nas diversas atividades e contextos mencionados neste relatório.

Em contexto de gabinete, centrado no acompanhamento psicológico de atletas e árbitros, constituiu uma experiência profundamente enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional. Ao longo deste percurso, tivemos a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos à prática clínica, com especial enfoque na ACP, a qual orientou toda a intervenção de forma a valorizar a escuta empática, a aceitação incondicional e a autenticidade na relação

terapêutica. Este enquadramento permitiu-nos não só compreender melhor os desafios emocionais e psicológicos enfrentados pelos atletas e árbitros, como também reconhecer a importância de uma postura terapêutica humanista, respeitando o ritmo e os recursos internos de cada indivíduo.

Tanto a Instituição I como na II permitiram-nos apreender de forma mais interativa o relacionamento com o outro, desenvolver competências de comunicação verbal e não-verbal, de compreensão e tolerância, de apoio, de empatia e de confiança. Hoje sabemos que a compreensão de um comportamento exige da parte do psicólogo uma relação dual, psicólogo vs. utente/cliente e vice-versa, que temos de ter capacidade de intuição e de compreender os outros, entender quais os seus sentimentos, nomeadamente a situação que estão a viver ou que já viveram, por fim, demonstrar empatia e interesse. Evidencia-se assim como o estágio proporcionou o desenvolvimento de competências fundamentais do psicólogo, como a comunicação eficaz, a escuta ativa, o pensamento crítico e a capacidade de adaptação a diferentes perfis e necessidades.

É importante referir que procurámos sempre que as expectativas em ambiente terapêutico fossem o mais conscientes possível. Se por um lado reconhecemos a ambição de colocar em prática aquilo que fomos aprendendo na formação académica de forma a podermos mostrar resultados e de ajudar os utentes/clientes, por outro lado sabíamos que a criação de expectativas demasiado elevadas poderia complexificar substancialmente o exercício prático. Os resultados, muitas vezes, não são tão rápidos como desejaríamos e, portanto, a gestão de expectativas minimizou possíveis sentimentos de frustração, medo e dúvidas que, nos fazem refletir sobre as competências pessoais e profissionais, questionando se o que estamos a fazer, será o mais adequado, se estamos a fazê-lo da melhor forma ou se deveria ser feito de outra maneira.

Ressalva-se que dificuldades experienciadas inicialmente foram positivas no sentido em que promoveram o conflito pessoal, proporcionando a procura de soluções, de escolha e de reinterpretação. Tal ocorreu com a mais-valia do apoio demonstrado pela nossa orientadora, o qual se vincula como fundamental não só no processo geral de transição da teoria para a prática, como igualmente nos momentos de alguma frustração que pensamos fazerem parte do percurso. Destaca-se assim o profissionalismo e a experiência da nossa orientadora no local de estágio, que nos permitiu perceber que essas dúvidas e frustrações são inerentes à atividade de um psicólogo e que este enfrentamento é recorrente, pois nem sempre conseguimos obter os resultados pretendidos ou de forma tão rápida. É essencial manter o nosso foco e persistência, pois cada utente tem o seu próprio processo e desenvolvimento, bem como o seu *timing*.

A supervisão contínua e o contacto direto com a realidade da prática clínica contribuíram de forma significativa para o nosso crescimento enquanto futuro psicólogo. Esta experiência reforçou o nosso compromisso com uma intervenção ética e sensível, sustentada por uma visão compreensiva do ser humano. Importa acrescentar que as questões éticas e deontológicas a que um psicólogo está comprometido também estão presentes em todas as atividades realizadas ao longo do estágio curricular, e que temos de pô-las em prática, sendo mais uma aprendizagem em tempo real e enquadradas em várias problemáticas inerentes aos valores da Instituição I e II, bem como ao bem-estar dos utentes.

Em suma, este estágio representou um marco essencial no nosso percurso formativo, consolidando não só conhecimentos técnicos e teóricos, mas também valores humanos que consideramos fundamentais para o exercício da Psicologia. Saímos deste processo com um sentido de realização e motivação renovada para continuar a trilhar este caminho com responsabilidade, dedicação e confiança. É um balanço final extremamente positivo, sem dúvida este foi um ano de grande aprendizagem, sentimos que, hoje, temos mais competências.

No fundo, numa perspetiva muito pessoal, como em tudo na vida, a prática vai-nos fortalecendo enquanto profissionais, pois há aspetos que não se aprendem nos manuais. Aprendem-se na relação com o outro, numa relação terapêutica, onde vamos ouvindo, percebendo e olhando para o outro como um ser humano único e diferente de qualquer outro, ou seja, percebemos que a prática é mais complexa do que a teoria. Para sermos bons psicólogos, temos de ser profissionais, eficazes e dedicados, estarmos em atualização permanente e dispostos a aprender, pois há um caminho longo a percorrer.

Referências Bibliográficas

- Alves, E. (2019). *Novas estratégias de reabilitação e adaptação cognitiva em pacientes com défice cognitivo ligeiro*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense, Portugal].
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5.^a ed. rev.; A. R. C. Coelho, Trad.). Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2022).
- Barkley, R. A. (2006). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento*. Artmed.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015a). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). *Emotional dysregulation is a core component of ADHD*. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 81–115). Guilford Press.
- Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica, 160*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Biederman, J., & Spencer, T. J. (2017). *Psychopharmacology of ADHD. Handbook of Clinical Neurology, 146*, 239-248.
- Brickenkamp, R. (1994). *d2 Test of Attention: Test manual* (1.^a ed.; versão portuguesa de C. Ferreira & A. M. Rocha, 2007). Lisboa, Portugal: CEGOC.
- Branco, P. C. C. (2022). Análise das teorias da personalidade e da psicoterapia de Carl Rogers. Gerais : *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 15(1), 1–21. <https://doi.org/10.36298/gerais202215e17445>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M. B., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic Pediatrics*, 17(4), 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013>
- Butcher, J. N. & Dahlstrom, W. G. & Graham, J. R. & Tellegen, A. & Kaemmer, B. (2002). *MMPI-2, Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2, Manual* (3ªEd.). Madrid: TEA Ediciones.
- Caballo, V. E. (2013). *Habilidades sociais: Teoria e prática*. Editora Sílabo.

- Camara, V. D. & Gomes, S. S. & Ramos, F. & Moura, S. & Duarte, R. & Costa, S. A. & Ramos, P. A. F. & Lima, J. A. M. C. & Camara, I. C. G. & Silva, L. E. & Silva, A. B. & Ribeiro, M. C. & Fonseca, A. A. (2009). Cognitive Rehabilitation of Dementia. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45, 25-33.
- Costa, A., Branco, R. M., Lopes, L., & Alves, J. L. (2014). *Demência na terceira idade: Contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção*. Vila Nova de Famalicão: Adrave.
- Chronis-Tuscano, A., Wang, C. H., Strickland, J., Almirall, D., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2011). Toward the development of evidence-based interventions for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 267-278.
- Corsini, R. J., & Wedding, D. (2010). *Current Psychotherapies* (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho. *Diário da República n.º 129/2018, Série I de 2018-07-06*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-2018-115933705>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006, 6 de junho). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República: 1.ª série, n.º 109*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 164/2019. (2019, 25 de outubro). Estabelece o regime de execução do acolhimento residencial, medida de promoção dos direitos e de proteção das crianças e jovens em perigo. *Diário da República: 1.ª série, n.º 206*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/164-2019-125692191>
- Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de setembro. *Diário da República n.º 220/1994, Série I-A*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/241-1994-547644>
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Vozes.
- Denham, S. A. (2019). *Emotional intelligence and social-emotional learning: Implications for the preschool classroom*. In *Handbook of social-emotional learning: Research and practice* (pp. 169-186). Guilford Press.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Diva Foundation: DIVA Foundation - Worldwide Diagnostic Interview for ADHD.
- DuPaul, G. J., Reid, R., Anastopoulos, A. D., & Power, T. J. (2016). *ADHD Rating Scale-5 for children and adolescents: Checklists, norms, and clinical interpretation*. Guilford Publications.

- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *Intervenção escolar para crianças com TDAH: Um guia prático para educadores*. Artmed.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Valiente, C. (2020). Emotion-related regulation: Its role in social, academic, and emotional development in children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 71, 77-102.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. W. W. Norton & Company.
- Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527-551.
- Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 159-180.
- Faria, L., & Cardoso, C. (2016). *Influência de fatores sóciofamiliares no desenvolvimento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto(Portugal)].
- Fernandes, S. & Ferreira, C. (2013). *Stroop, Teste de Cores e Palavras*. Lisboa: Hoguefe Editora CEGOC.
- Ferreira, C., & Menezes Rocha, A. (s.d.). *d2 – Teste de Atenção* (Adaptação portuguesa). Cegoc-TEA.
- Ferreira, J. (2018). *Intervenção psicológica em contextos comunitários: Desafios e possibilidades*. Editora Psicologia e Sociedade.
- Freitas, S. & Simões, M. R. & Alves, L. & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33, 989-996.
- Garcia, I. Q., Pessoa, I. A., Monteiro, B., Daniel, F., Lemos, L., & Espírito-Santo, H. (2016). Propriedades psicométricas da versão Torga do Teste Stroop. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(2), 55-64. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.41>
- Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parentchild interaction: do observational findings reflect the natural behavior of participants?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 185-198. Doi: 10.1023/A:1009503409699.
- Gonçalves-Pereira M, Verdelho A, Prina M, Marques MJ, Xavier M. How Many People Live with Dementia in Portugal? A Discussion Paper of National Estimates. *Port J Public Health*. 2021 Jun 24;39(1):58-67. doi: 10.1159/000516503. PMID: 39469039; PMCID: PMC11320114.

- Guerreiro, J. P., & Carvalho, A. (2020). A intervenção psicossocial em contextos de acolhimento: Desafios e estratégias para o desenvolvimento de habilidades sociais. *Revista de Psicologia e Educação*, 12(1), 75-89.
- Goleman, D. (2021). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ* (10th ed.). Bantam Books.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora.
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., & Jarmela, A. (2022). Diagnósticos e abordagem centrada na pessoa. *Psique*, XVIII(2). <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVIII.2.1>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27, 537–544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Howe, D. (2020). *Attachment across the lifecourse: A brief introduction*. Palgrave Macmillan.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Johnston, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 191–209). Guilford Press.
- Jurica, P. J. & Leitten, C. L. & Mattis, S. (2001). *Dementia Rating Scale-2 (DRS-2)*. Lutz, FL: PAR.
- Jurica, P. J. & Leitten, C. L. & Mattis, S. (2010). *DRS-2: Escala de Avaliação da Demência-2: Manual Técnico*. [Adaptação e validação portuguesa: S. Cavaco e A. Teixeira- Pinto]. Lisboa: CEGOC.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Ruiz, P. (2022). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., ... & Asherson, P. (2021). *DIVA-5: Entrevista Diagnóstica para Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em Adultos – com base no DSM-5*. Edição portuguesa. DIVA Foundation. <https://www.divacenter.eu/DIVA.aspx>.
- Kuruvilla, M. V., & Blazely, A. (2025). Reimagining André Rey's method for recording the copy process of the Rey Complex Figure Test: A commentary. *Journal of Neuropsychology*. <https://doi.org/10.1111/jnp.12414>
- Leal, I. & Teixeira, J.A.C. (1990). *Psicologia da Saúde, Contexto e intervenção*.

- Análise Psicológica*, 4, 453-458.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica*, 336. Editor: Fim de Século.
- Leal, I. & Pimenta, F. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*, 1. Editora: Placebo.
- Lima, M. P. (2013). Posso. Participar? *Atividades de desenvolvimento pessoal para pessoas idosas*, 222. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lopes, P. & Barreira, D. & Pires, A. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do defeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 47-57.
- Matson, J. L. (2014). *Social skills and social behaviors of children with autism spectrum disorders*. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of assessment and diagnosis of autism spectrum disorder* (pp. 43-56). Springer.
- Martins, A. (2011). *Snoezelen com idosos: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida*. Lisboa: Sítio do Livro.
- Mendes da Silva, S. F. (2024). *Intervenção psicopedagógica em crianças com transtorno de déficite de atenção e hiperatividade*. In *Educação em Transformação: Desafios Emergentes* (Cap. 20).
- Merrick, J. & Cahana, C. & Lotan, M. & Kandel, I. & Carmeli, E. (2004). Snoezelen or Controlled Multisensory Stimulation. Treatment Aspects from Israel. *The Scientific World Journal*, 4, 307-314. <https://doi.org/10.1100/tsw>
- Miranda, A., Colomer, C., Mercader, J., Fernández, M. I., & Presentación, M. J. (2012). Performance on inhibitory and working memory tasks in adolescents with ADHD after attending to training programs. *Journal of Attention Disorders*, 16(7), 599-611. <https://doi.org/10.1177/1087054711417390>
- Morgado, J. & Rocha, C. S. & Maruta, C. & Guerreiro, M. & Martins, I. P. (2009). *Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination*. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Nasreddine, Z. & Phillips, N. A. & Bédirian, V. & Charbonneau, S. & Whitehead, V. & Collin, I. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x. Erratum in: *J Am Geriatr Soc*. 2019 Sep;67(9):1991. doi: 10.1111/jgs.15925. PMID: 15817019.
- Oliveira, A., & Almeida, P. (2021). *Inclusão social e psicologia: Perspectivas e práticas em comunidades vulneráveis*. Editora Humanitas.

- Oliveira, L. C. M. (2017). *A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Contributos para a compreensão e intervenção* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho].
- Oliveira, L., Pereira, M., Serrano, A., & Medeiros, T. (2017). PHDA em contexto escolar: Comorbilidades e problemas de desempenho associados. *Revista E-Psi*, 7(1), 77–100. <https://revistaepsi.com/wp-content/uploads/2017/04/Vol7-n1-Art5.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011). *Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. Retirado de: https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico#.UW64LKIU_Sk.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (OPP, 2011). *Guidelines – Comunicação Interprofissional e Partilha de Informação*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Perfil dos Psicólogos da Saúde*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/perfilpsis_saude.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Intervenção Psicológica junto de Pessoas com Deficiência – Recomendações para a Prática Profissional*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_recomendacoesparapraticaprofissionalnaintervencaopsicologicacomdeficiencia.pdf
- Osterrieth, P. A. (1944). *Le test de copie d'une figure complexe: Contribution à l'étude de la perception et de la mémoire*. *Archives de Psychologie*, 30, 206-356.
- Pacheco, J. T. (2010). *Competências sociais: Afectos e aprendizagem*. Porto Editora.
- Paiva, G. C. C., de Paula, J. J., Costa, D. S., Alvim-Soares, A., Santos, D. A. F., Jales, J. S., Romano-Silva, M. A., & de Miranda, D. M. (2024). Parent training for disruptive behavior symptoms in attention deficit hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1293244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293244>
- Pasquali, L. (2001). *Psicometria: Teoria e aplicações*. Editora Vozes.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*, 148. Climepsi Editores: Lisboa.
- Pereira, C., & Lima, F. (2017). *Capacitação de profissionais para atendimento psicossocial: Um enfoque comunitário*. Editora Intervenção.
- Psicologia 4U. (2010). *Funções do Psicólogo na área da saúde*. <https://www.psicologia4u.com/funcoes-do-psicologo-na-area-da-saude/>
- Reis, K. G. dos, & Gasparin, A. M. S. (2024). A Abordagem Centrada na Pessoa na Contemporaneidade: O Impacto Ainda Presente das Atitudes Facilitadoras. *Anuário*

- Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste*, 9, e35092–e35092.
<https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/35092>
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 286-340.
- Ribeiro, J. L. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 14, 589-599.
- Rocha, A. M., & Coelho, M. H. (2002). *Rey - Teste de Cópia de Figuras Complexas* (Adaptação portuguesa) 2ª edição. Lisboa: Hogrefe Editora - CEGOC.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1971). *Psychologie de la personnalité: Étude de la personne humaine*. Paris: Dunod.
- Sani, A. I., & Dias, P. (2010). A intervenção psicossocial em contextos de proteção à infância: Contributos para uma prática colaborativa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44(2), 215-230.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2012). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 277-293.
- Silva, M., & Souza, T. (2020). *A psicologia na promoção do bem-estar em populações vulneráveis*. Editora Vida e Cidadania.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34), 9-33.
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2006a). Intervenção em situações de risco: O papel do psicólogo no acolhimento institucional. *Psicologia em Revista*, 12(1), 215-230.
- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2001). *An Integrative Neuropsychological Approach. Fundamentals for Practicing Cognitive Rehabilitation.*, New York: Guilford.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662. <https://doi.org/10.1037/h0054651> (consultado em <https://psych.hanover.edu/classes/Cognition/Archive/2009/Papers/stroop%201933.pdf>)
- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), 13–20.

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672014000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2013). What causes attention deficit hyperactivity disorder?. *Archives of Disease in Childhood*, 98(6), 386-392.
- Thompson, R. A. (2019). *Emotion regulation: A theme in the development of social competence*. In Handbook of emotion regulation (2nd ed., pp. 1-22). Guilford Press.
- United Nations Population Fund. (2012). *UNFPA Annual Report 2011: Delivering Results in a World of 7 Billion* (p. 44). UNFPA. <https://www.unfpa.org/publications/unfpa-annual-report-2011>
- Vieira, J. A., Silva, A. M., & Costa, J. A. (2017). Dinâmicas de grupo e jogos cooperativos: Estratégias para o desenvolvimento de habilidades sociais em crianças. *Revista Portuguesa de Educação*, 30(1), 45-63. <https://doi.org/10.21814/rpe.912>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
- Zinsser, K. M., Pruitt, K. R., & Doss, E. (2022). Social-emotional learning in early childhood: The role of social competence. *Early Childhood Research Quarterly*, 56, 193-203. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2021.09.005>

Lista de Anexos

Anexo 1 – Questionário da História de Vida

Anexo 2 – Resultados por Domínio – DIVA-5

Anexo 3 – Resultados do Teste Stroop

Anexo 4 – Resultados do Teste d2

Anexo 5 – Resultados da Figura Complexa de Rey

Anexo 6 – Relatório