DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

"LUIS DE CAMÕES"

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO HOSPITALAR PRIVADO

Relatório de Estágio para a Obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Ana Monteiro de Lemos Henriques

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da Candidata: 30003675

julho de 2025

Lisboa

Agradecimentos

Aos meus Pais, por me ensinarem, desde cedo e com amor, a seguir os meus sonhos e a encontrar em mim a força para os realizar.

À Professora Doutora Rute Brites, minha orientadora, por toda a disponibilidade, cuidado, amizade e por ter tornado mais leve um percurso que, por vezes, se mostrou exigente e incerto.

À minha orientadora de estágio, por me lembrar que é no encontro com o outro que mais podemos aprender.

Às minhas colegas de faculdade, por todo o conhecimento, conversas e risos que nos acompanharam. Sem elas, o meu percurso teria sido muito menos rico, menos leve e menos bonito.

Ao meu irmão, pela amizade constante.

Ao meu marido, pela presença e por me lembrar, sempre, que vale a pena continuar.

Aos meus filhos, por me lembrarem todos os dias do que realmente importa.

E a Deus, por todas estas pessoas que colocou no meu caminho - estrelas discretas sob forma de gente.

Resumo

O presente relatório integra o trabalho final exigido para a conclusão do Mestrado e obtenção do grau de Mestre, do curso de Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa.

O estágio teve lugar num hospital particular, em Lisboa, e constituiu uma etapa essencial de aproximação à prática da Psicologia Clínica. Teve como objetivos principais o contacto com a realidade profissional, a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico e o desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício da profissão, tais como a escuta ativa e a adaptação a diferentes contextos e populações. No total, foram realizadas 478 horas de estágio, distribuídas por várias atividades de observação, intervenção e reflexão.

Numa primeira fase, apresenta-se a revisão da literatura, com o enquadramento das problemáticas que assumiram maior relevância nos dois casos clínicos desenvolvidos com base na Abordagem Centrada na Pessoa, nomeadamente o Défice Cognitivo Ligeiro, o papel da família no desenvolvimento infantil, a toxicodependência parental e a perturbação de pânico. De seguida, são apresentados os objetivos gerais e específicos do estágio, as principais atividades desenvolvidas, bem como um caso de avaliação psicológica e um caso de acompanhamento psicológico, analisado, na parte final, à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrado na Pessoa.

A inclusão desta perspetiva teórica permitiu uma leitura mais profunda da experiência emocional dos utentes, valorizando o lugar do outro na construção do self. Assim, o relatório procura refletir sobre o potencial transformador da relação terapêutica.

Palavras-Chave: Estágio; Abordagem Centrada na Pessoa; Défice Cognitivo Ligeiro; Perturbação de Pânico; Teoria Psicoafetiva.

Abstract

The present report is part of the final work required to complete Master's degree in Clinical Psychology and Counseling at Universidade Autónoma de Lisboa.

The internship took place in a private hospital in Lisbon and was an essential step in getting to know the practice of clinical psychology. Its main objectives were to get in touch with professional reality, apply the knowledge acquired throughout the academic course and develop fundamental skills for practicing the profession, such as active listening and adapting to different contexts and populations. A total of 478 hours of internship were carried out, spread over various observation, intervention and clinical reflection activities.

The first phase presents a literature review, framing the issues that were most relevant in the two clinical cases developed based on the Person Centered Approach, namely Mild Cognitive Impairment, the role of the family in child development, parental drug addiction, and panic disorder. The internship's general and specific objectives are then presented, along with the main activities carried out, as well as a psychological assessment case and a psychological follow-up case, analyzed in the final section according to Person Centered Psychoaffective Development Theory.

The inclusion of this theoretical perspective allowed for a deeper understanding of patients' emotional experiences, valuing the role of the other in the construction of the self. Therefore, the report seeks to reflect on the transformative potential of the therapeutic relationship.

Keywords: Internship; Person-Centered Approach; Mild Cognitive Impairment; Panic Disorder; Psychoaffective Theory.

Índice

Agradecimentos II

Resumo III

Abstract IV

Índice V

Lista de Siglas VII

Introdução VIII

Parte I - Contextualização do estágio 10

1. Caracterização do local de estágio 11

2. A Psicologia Clínica no âmbito da Saúde: a Psicologia Hospitalar 12

3. Objetivos do psicólogo na unidade de saúde 14

Parte II – Revisão da Literatura 15

1. Perturbações de Ansiedade 16

1.1. Perturbação de Ansiedade Generalizada 17

1.2. Perturbação de Pânico 19

2. O papel da família no desenvolvimento infantil 21

3. Enquadramento da problemática da toxicodependência parental 23

4. O Défice Cognitivo Ligeiro 25

5. Abordagem terapêutica das intervenções – Abordagem Centrada na Pessoa 28

6. Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo 31

Parte III – Trabalho Prático de Estágio – Objetivos e Atividades desenvolvidas 34

1. Objetivos gerais do estágio 35

2. Objetivos específicos do estágio 35

3. Atividades desenvolvidas 36

3.1. Observação de casos clínicos 36

3.2. Consultas em sede de internamento 37

3.3. Projeto “Cuidar para Servir” 38
3.3.1. Consultas em ambulatório 39
3.4. Avaliação Psicológica 40
Parte IV – Trabalho prático de estágio – Apresentação e descussão dos casos clínicos 42
1. Caso de Avaliação Psicológica – Sra. Rita 43
1.1. História Clínica 43
1.2. Avaliação 46
1.3. Resultados 52
1.4. Compreensão do Caso 53
2. Caso de Acompanhamento Psicológico – Sra. Sara 55
2.1. História Clínica e Motivo da Consulta 55
2.2. Resumo do Acompanhamento 57
2.3. Síntese das sessões 57
2.4. Compreensão do caso (à luz da Teoria Psicoafetiva) 63
Parte V – Reflexões Finais 68
Reflexão Crítica 69
Referências Bibliográficas 72

Lista de Siglas

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa

AIVD - Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC - Acidentes Vasculares Cerebrais

CID-11 - Classificação Internacional de Doenças

DCL - Défice Cognitivo Ligeiro

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

IRSN - Inibidores da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina

ISRS - Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

MMSE - Mini-Mental State Examination

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

TDR - Teste do Desenho do Relógio

TCE - Traumatismos Cranioencefálicos

Introdução

O presente relatório tem por objetivo descrever e refletir sobre as aprendizagens adquiridas, a prática clínica e o trabalho e projetos desenvolvidos ao longo do estágio realizado no âmbito do 2.º ano do mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa.

O estágio autoproposto teve lugar num Hospital particular de Lisboa, entre os dias 7 de outubro de 2022 e 30 de junho de 2023, num total de 478 horas, distribuídas semanalmente. O desenvolvimento do estágio foi supervisionado nas aulas das Unidades Curriculares de Estágio e Seminário de Estágio I e II, lecionadas pela Professora Doutora Odete Nunes e pela Professora Doutora Rute Brites.

O processo de aprendizagem do estágio dividiu-se numa componente teórica de pesquisas e leituras, um período de observação e, posteriormente, uma parte prática de intervenção e teve como orientadora institucional uma Psicóloga Clínica do serviço de Psicologia Clínica do Hospital.

Durante o estágio foi verificado que, de entre as principais patologias psicológicas da população observada, a depressão (maioritariamente exógena) e a ansiedade eram os estados mais frequentemente relatados.

De forma a poder realizar a parte prática do estágio, foi implementado o projeto "Cuidar para Servir", no qual se pretendeu a disponibilização gratuita a todos os colaboradores da instituição de consultas de acompanhamento psicológico, como forma de garantir o bem-estar geral dos trabalhadores da população laboral e da equipa de apoio psicológico.

O estágio revestiu-se de extrema relevância, uma vez que permitiu a consolidação de toda a aprendizagem obtida durante os últimos quatro anos. Com efeito, através da vertente profissionalizante, predominantemente prática, tive a oportunidade de refletir e trabalhar sobre diferentes problemáticas, tanto em contexto de sala (nas aulas de seminário de estágio) como em contexto de intervenção clínica.

Para uma melhor compreensão do presente relatório, será efetuado primeiramente uma breve contextualização do local de estágio, bem como um enquadramento da psicologia clínica no âmbito da saúde. Posteriormente, será efetuada uma revisão de literatura sobre as problemáticas mais abordadas durante o estágio e que fundamentam o presente relatório. Seguidamente, será efetuada uma descrição dos objetivos gerais e específicos do estágio, das atividades desenvolvidas e a apresentação e discussão de dois casos clínicos. O caso de acompanhamento psicológico analisado recairá sobre uma das patologias mais frequentes da

população portuguesa – a ansiedade – que originou, como se elucidará, uma perturbação de ansiedade generalizada e uma perturbação de pânico. Acresce, ainda, que não poderia fazer a análise completa do caso sem compreender o papel da família no desenvolvimento infantil e realizar um breve enquadramento da problemática da toxicodependência parental.

Por sua vez, o caso de avaliação psicológica versará sobre o Défice Cognitivo Ligeiro e, por tal, será, também, realizada uma breve contextualização teórica sobre esta entidade clínica.

Por último, será efetuada uma reflexão pessoal sobre as intervenções e as aprendizagens do estágio, evidenciando o contributo desta experiência para o meu percurso académico e pessoal.

Realce-se, ainda, que o modelo teórico de Carl Rogers – Abordagem Centrada na Pessoa – foi aquele que serviu de base e inspiração a todas as intervenções efetuadas no decorrer do estágio, tendo sido esta abordagem, a par da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrada na Pessoa, desenvolvida, integrada e refletida ao longo de todo o presente.

Parte I – Contextualização do Estágio

"A arte terapêutica exerce-se lá,
na diminuição da discrepância entre os dois olhares,
o "em si" e o "para si" do sistema sócio-antropológico (...)
na criação de um espaço de liberdade e libertador,
tanto do facilitador como do facilitado."

Hipólito (2011, p. 122)

1. Caracterização do local de estágio

Pelo contexto em que se situa, a Instituição onde foi realizado o estágio ocupa lugar de destaque no universo hospitalar privado português, destinando-se a uma população-alvo diferenciada, enquadrando-se a grande maioria dos pacientes numa faixa económica considerada média, média alta e alta (não obstante os diversos acordos existentes com seguradoras de âmbito empresarial e planos ou subsistemas de saúde permitir a todos os beneficiários o acesso ao hospital).

A Instituição enquadra diversas valências no quadro da Psicologia Clínica. Destaquem-se as consultas direcionadas para a Cessação Tabágica; Apoio à Segunda Vítima; Utilização Problemática da Internet; Gravidez e Aconselhamento Parental; Adolescência e Dificuldades Emocionais; Maternidade; Adolescência e Dificuldades Emocionais; Procriação Medicamente Assistida; Psicologia da Dor, Sono do Bebé e da Criança; Perturbações do Comportamento Alimentar; Perturbações do Espetro do Autismo e Psico-oncologia.

De igual modo, são unidades de intervenção da Psicologia Clínica da Instituição a Unidade de Atendimento Urgente em Ginecologia-Obstetrícia, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; o Internamento em Neonatologia, Oncologia e Cuidados Paliativos; o Internamento Geral Pediátrico e o de Adultos. Assim, o acompanhamento psicológico de crianças, adolescentes e adultos é realizado em toda a Instituição.

Acontecem, também, durante o ano, sessões de esclarecimento e sensibilização de algumas temáticas relacionadas com a Psicologia Clínica, nas quais são convidados oradores externos à Instituição e outros psicólogos e psiquiatras internos à mesma, os quais trazem literatura e experiência pertinentes a cada um dos temas em debate.

Na Instituição trabalham 12 psicólogos clínicos, com diferentes especialidades/áreas de interesse, nomeadamente, Avaliação Psicológica e Acompanhamento Psicológico de Crianças e Adolescentes, Terapia Familiar e de Casal; Psicologia no Luto; Burnout e Depressão; Gravidez e Aconselhamento Parental; e Perturbações da Ansiedade e Depressão.

Fazem, de igual modo, parte da Instituição três neuropsicólogos, que lidam com Doenças Cognitivas Neurodegenerativas e Demências; Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC´s); Traumatismos Cranioencefálicos (TCE´s); Saúde Mental e Reabilitação Mental e Reabilitação Cognitiva no Adulto/Idoso; Avaliação Neuropsicológica das Funções Nervosas Superiores; Avaliação e Intervenção Neuropsicológica de crianças e adolescentes.

Para realizar as avaliações, quer psicológicas quer neuropsicológicas, utilizam-se, na Instituição, diversos métodos, tais como a observação e as entrevistas, e vários instrumentos de avaliação, tais como o *Mini-Mental State Examination* (doravante MMSE), o Teste do Relógio,

a Escala de Depressão Geriátrica, o Teste Breve de Performance Cognitiva (SKT) ou a WAIS-III, entre outros.

Para poder iniciar a parte prática do estágio, foi realizado um levantamento de necessidades. Foi, então, primeiramente efetuado um enquadramento geral do sistema de saúde português e uma identificação da instituição hospitalar, contemplando as missões e valores da mesma e respetiva população-alvo. Subsequentemente, analisou-se o papel do psicólogo clínico na instituição e as limitações do *setting* terapêutico.

O levantamento de necessidades da referida instituição foi realizado através do contacto com psicólogos da instituição, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de ação médica, técnicos das áreas dos recursos humanos e dos serviços administrativos, de forma a melhor identificar as necessidades da instituição e apresentar uma subsequente proposta de ações para minorar ou resolver os problemas identificados.

Posteriormente, como adiante se explanará, no âmbito da responsabilidade social da Instituição, tal levantamento deu origem a um projeto/atividade: "Cuidar para Servir".

2. A psicologia clínica no âmbito da saúde – a psicologia hospitalar

A psicologia clínica, a par da psicologia comunitária, da psicologia social e da psicobiologia, é uma das áreas do conhecimento psicológico que contribui para a psicologia da saúde, através da prevenção e tratamento de doenças, mas também através da promoção e manutenção da saúde (Simon, 1993).

A psicologia da saúde contribui para a melhoria dos indivíduos e, por conseguinte, das comunidades. Este ramo analisa a psicologia enquanto ciência e enquanto profissão nesses contextos, destacando as interações e as experiências e tomando em consideração os contextos socioculturais nos quais a saúde ou a doença se manifestam (Teixeira, 2004).

Os psicólogos da saúde exercem a sua atividade em múltiplos contextos do sistema de saúde, incluindo tanto estruturas privadas (clínicas, consultórios ou empresas) e organizações do setor social como instituições públicas (como o Serviço Nacional de Saúde). Independentemente do contexto em que exercem a sua atividade, articulam-se com outros profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros (Teixeira, 2004).

Por seu turno, no contexto hospitalar, a psicologia pretende minimizar o sofrimento inerente à hospitalização do sujeito, bem como as respetivas implicações tanto para si mesmo como também para a sua família ou profissionais de saúde. É, assim, crucial a presença de um profissional da área da Psicologia em contexto hospitalar, de forma a poder trabalhar as

carências, dificuldades e expetativas da tríade paciente, família e equipa de saúde (Ribeiro et al., 2022).

Com efeito, a psicologia hospitalar é mais ampla que a prática clínica privada e inclui conhecimentos de outras áreas da psicologia, tais como as áreas organizacional, educacional e social, pelo que não se trata de uma mera transferência do modelo tradicional de trabalho psicológico e psicoterapêutico do consultório para o hospital, mas antes uma prática transformada, que exige conhecimento de diversas áreas psicológicas, bem como a capacidade de operar em contextos clínicos complexos, que se interligam com outras profissões e processos institucionais (Wahass, 2005).

Desenvolvem-se, assim, em meio hospitalar, teorias e técnicas específicas de forma a melhor poder responder às necessidades das pessoas hospitalizadas que frequentemente apresentam necessidades psicológicas relacionadas à doença e respetivo internamento e tratamento. As necessidades destes doentes podem ser fatores determinantes ou reações que podem piorar o estado inicial dos mesmos e/ou causar sequelas que dificultam ou impossibilitam a sua recuperação (Angelocci, et al., 2020).

A psicologia hospitalar tem, efetivamente, uma função essencial na gestão do stresse e na forma como são abordados os diagnósticos mais complexos e difíceis, sendo um grande suporte tanto para os pacientes quanto para as suas famílias (Mitchell et al., 2018).

As ações psicoterapêuticas realizadas no âmbito da psicologia hospitalar são, com efeito, minimizadoras dos riscos à saúde mental (seja através da sua prevenção, diminuição ou mesmo eliminação) que advêm do internamento e/ou procedimentos realizados durante o tratamento dos pacientes (Ribeiro et al., 2022).

Assim como referem Hulbert-Williams et al. (2018), a presença de psicólogos clínicos em ambientes hospitalares torna-se essencial dado o impacto que se verifica na saúde mental dos pacientes, nomeadamente na redução dos níveis de depressão, ansiedade, qualidade de vida e melhoria na adesão aos tratamentos.

Conclui-se, então, que é bastante positiva a ação da psicologia clínica em meios hospitalares, uma vez que, ao trabalhar conjuntamente com outros profissionais de saúde, considera não apenas a saúde física, mas também a mental dos doentes, colaborando para uma abordagem integrada e completa (Gustavsson-Lilius et al., 2018).

3. Objetivos do psicólogo clínico na Unidade de Saúde

A intervenção psicológica nos domínios clínicos referenciados em 1. reflete a posição da Instituição em destacar-se pela sua humanidade e envolvimento com os seus clientes,

traduzindo-se, assim, numa unidade hospitalar apta a responder aos novos desafios que a saúde mental abrange.

Como explanado em sessões de esclarecimento da Instituição, pude constatar que o psicólogo clínico, em estreita articulação com os diversos serviços clínicos e as suas equipas de saúde na instituição hospitalar, tem como objetivos: a prestação de cuidados mais personalizados e em tempo mais oportuno; suporte afetivo e terapêutico a pacientes e familiares; a diminuição do sofrimento associado ao processo de doença e/ou de hospitalização; a minimização e controlo dos estados emocionais negativos (como por exemplo a ansiedade e a depressão); a diminuição do medo, ansiedade e angústia em situações de cirurgia ou tratamentos invasivos; a promoção da aceitação e a adaptação à doença e às suas consequências; uma melhor comunicação com os profissionais de saúde e a adesão aos procedimentos terapêuticos; o desenvolvimento de estratégias eficazes para lidar com situações de stresse e de vulnerabilidade; a mudança de comportamentos de risco; a adoção de estilos de vida mais adaptados; e a autonomia do cliente.

Durante o estágio, pude perceber, na prática, a importância dos profissionais de psicologia nas unidades hospitalares, fazendo destas instituições locais mais "ricos", uma vez que contemplam atuações multidisciplinares que têm em consideração não só o bem-estar físico, mas também o bem estar psicológico dos pacientes, contribuindo, deste modo, para um cuidado mais completo e integrado, o que, se traduz na redução dos níveis de depressão e ansiedade e subsequente melhoria da qualidade de vida dos seus utentes.

Parte II – Revisão da Literatura

"Uma abordagem global da pessoa integra-a,
inevitavelmente, num contexto histórico;
considera a pessoa inscrita na história,
na sua história."

Hipólito (2011, p.127)

1. Perturbações de ansiedade

Sendo a classe de perturbações psiquiátricas mais frequentes, tanto em Portugal como no mundo, importa notar que nem sempre é inequívoca a distinção entre medo e ansiedade (Almeida & Xavier, 2013; Craske et. al, 2011; OCDE, 2024; Pereira & Manarte, 2014). À primeira corresponde uma resposta a um perigo real ou percebido, seja ele atual ou iminente, enquanto a segunda classifica-se como um estado de humor direcionado a possíveis acontecimentos futuros que são negativos (Craske et. al, 2011).

De acordo com a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (*American Psychiatric Association* [APA], 2013), existem 11 categorias de perturbações de ansiedade, sendo estas: perturbação de ansiedade de separação; mutismo seletivo; fobia específica; perturbação de ansiedade social - fobia social; perturbação de pânico; agorafobia; perturbação de ansiedade generalizada; perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento; perturbação de ansiedade devido a outra condição médica; perturbação de ansiedade com outra especificação e perturbação de ansiedade não especificada (APA, 2013).

Neste manual, a perturbação de ansiedade surge separada das outras perturbações do humor, uma vez que, ao contrário da angústia, mais relacionada com uma componente somática, é considerada mais relacionada com uma componente psíquica (Correia, 2014).

As perturbações de ansiedade detêm um padrão consistente nos dados de prevalência ao longo da vida, refletindo sempre o grupo de perturbação psiquiátrica mais frequente (Bandelow, 2017; Kessler, 2010).

No que a Portugal diz respeito, de acordo com a OCDE (2024), as perturbações de ansiedade afetam cerca de 9% da população portuguesa, seguindo-se as perturbações depressivas, nas quais se enquadram 6% da população, e em terceiro lugar as perturbações associadas ao consumo de álcool e de drogas (4%). Ressalva, contudo, a OCDE (2024) que existem dificuldades em determinar com exatidão o número de portugueses que detêm uma perturbação de saúde mental num momento específico (dadas as limitações metodológicas que, muitas vezes, levam a que o número seja subestimado). Ainda assim, as estimativas do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME) da Universidade de Washington, aponta para que, em 2019, Portugal tenha sido um dos países com uma das mais elevadas prevalências de perturbação mental, com mais de 2.25 milhões de pessoas, ou seja, o equivalente a cerca de 22% da população portuguesa, um valor superior à média registada na União Europeia de 16.7% (OCDE, 2024).

De igual modo, a taxa de comorbidade entre perturbações de ansiedade é muito elevada, chegando a ascender a metade do universo de pessoas com perturbação ansiosa ao longo da vida (satisfazendo, mesmo, nalguns estudos, critérios para duas ou mais dessas perturbações), estando a perturbação de ansiedade generalizada muito associada à agorafobia (25.7%), à perturbação de pânico (20.3%) e à ansiedade social (13.5%) (Bandelow, 2017; Kessler, 2010). Também a depressão major se encontra amplamente relacionada com as perturbações de ansiedade - 33.7 % com a perturbação de ansiedade generalizada e 29.4% com a perturbação de pânico - (Alonso et al., 2004).

Atualmente, considera-se, quanto à sua etiologia, que estas perturbações juntam uma propensão genética (através de disfunções biológicas ou neuropsicológicas) a fatores psicossociais, tais como traumas, stresse ou adversidades na infância, sendo mais frequentemente diagnosticadas em mulheres (numa proporção de uma vez e meia a duas vezes) (Bandelow, 2017).

As perturbações de ansiedade diferem bastante no que respeita à idade média de início do aparecimento dos sintomas que encerram o diagnóstico. As perturbações mais comuns durante a infância são as fobias específicas e a ansiedade de separação, ambas na média dos sete anos de idade. A data de início de aparecimento dos sintomas de agorafobia ronda os 20 anos e dos sintomas de perturbação de pânico os 24 anos, podendo a perturbação de ansiedade generalizada ter o seu início num período mais tardio da vida (Bandelow, 2017).

As perturbações de ansiedade deverão ser tratadas, sempre que possível, com terapia, farmacoterapia ou com uma combinação de ambas (Bandelow, 2017). E, enquanto os métodos farmacológicos podem fazer face à resposta fisiológica associada à ansiedade, os fatores que a desencadeiam carecem de uma solução psicológico-terapêutica, sendo esta a mais benéfica para os pacientes com ansiedade, tal como o comprovam vários estudos longitudinais (Javaid et al., 2023).

Os antidepressivos mais utilizados são os inibidores seletivos de recaptação da serotonina e de serotonina-norepinefrina. São, também, muito utilizadas as benzodiazepinas, cujo tratamento não deve ser de uso frequente. Poderão, ainda, ser incluídos no tratamento antidepressivos tricíclicos, buspirona, pregabalina, entre outros. O tratamento deverá ser continuado entre 6 a 12 meses após a remissão dos sintomas (Bandelow, 2017).

1.1. Perturbação de Ansiedade Generalizada

A designação “perturbação de ansiedade generalizada” pode, erradamente, dar a entender que os sintomas são gerais e inteiramente inespecíficos, o que pode levar a um uso

desapropriado do diagnóstico a qualquer paciente ansioso. Por tal, foi considerada, aquando da quinta edição do DSM, a mudança para a designação "perturbação de preocupação generalizada". Contudo, esta mudança não foi adotada. No entanto, convém lembrar que a característica central desta perturbação, é, efetivamente, a preocupação excessiva (Stein & Sareen, 2015).

A perturbação de ansiedade generalizada implica, então, uma preocupação excessiva, recorrente e difícil de controlar, sobre eventos frequentes, por um período mínimo de seis meses, acompanhada de sintomas físicos, tais como agitação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, inquietação, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono, combinados com mal-estar e sofrimento significativo ou prejuízo em áreas pessoais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento (APA, 2013; Terlizzi & Villarroel, 2020; Xiong & Shi, 2020). Existe, assim, frequentemente, um comprometimento acentuado nos níveis de funcionamento diário, existindo uma maior exposição a riscos para a saúde, incluindo eventos cardiovasculares e suicídio (Keller, 2002).

Cerca de 4.05% da população global sofre de uma perturbação de ansiedade, o que equivale a cerca de 301 milhões de pessoas, evidenciando-se um aumento contínuo na prevalência e incidência. Portugal é o país com maior taxa de prevalência (8.671 casos por 100.000), seguido pelo Brasil, Irão e Nova Zelândia (Javaid et al., 2023). É, também, a perturbação de ansiedade mais relatada em cuidados de saúde primários (DeMartini et al., 2019).

Dados recentes (Instituto Nacional de Estatística, 2025) indicam que, segundo o modelo Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2), 32% da população adulta portuguesa (com 16 ou mais anos) indicou ter sintomas de ansiedade generalizada e 10.4% reportou ter mesmo níveis de ansiedade mais graves. Reitere-se que estes valores refletem apenas a percentagem de pessoas que apresentaram indicadores de ansiedade generalizada e não números de diagnóstico formal.

De acordo com o DSM-5, foram associados a esta perturbação vários fatores temperamentais, tais como afetividade negativa e comportamento evitante. Na mesma linha, foram documentados fatores ambientais como o excesso de proteção parental e vivência de adversidade na infância, bem como alguns fatores genéticos e fisiológicos (APA, 2013).

Vários estudos apontam a perturbação de ansiedade generalizada como a mais comórbida com outras perturbações psiquiátricas (69 a 95% dos pacientes têm uma perturbação psiquiátrica coocorrente – entre 45% e 70% têm uma perturbação de humor comórbido, principalmente depressão) sendo, também, aquela que mais frequentemente surge associada a

outras perturbações ansiosas (entre 38% e 56% têm outra perturbação de ansiedade, como perturbação do pânico, perturbação de ansiedade social ou stresse pós-traumático (Gale, 2007; Vasconcelos et al., 2015).

O tratamento desta perturbação envolve, usualmente, a combinação de farmacoterapia, psicoterapia e uma abordagem psicoeducativa, tal como acontece com outras perturbações de ansiedade. A intervenção medicamentosa recorre frequentemente a antidepressivos, benzodiazepinas (podendo, numa utilização de duração limitada, as benzodiazepinas de curta ação ser os fármacos de escolha) e buspirona. O plano terapêutico deve manter-se por um período mínimo de 12 meses. A remissão da perturbação implica não só o desaparecimento dos sintomas, mas também a recuperação do funcionamento psicossocial do indivíduo. Contudo, com os tratamentos que se encontram disponíveis, apenas um terço dos doentes que sofrem de ansiedade veem regredir completamente a sua condição (Aires-Conçalves & Coelho, 2005).

Por todo o exposto, importa referir que a perturbação de ansiedade generalizada é, por definição, uma doença considerada crónica (Stein & Sareen, 2015; Yonkers et al., 2003).

1.2. Perturbação de Pânico

Na perturbação de pânico existe um estado hiper-reativo do sistema nervoso autónomo, equivalente à resposta que o corpo daria caso se preparasse para enfrentar uma real situação de perigo ou fuga. Os ataques de pânico podem aparecer em resposta a determinadas atividades, certos contextos ou situações fóbicas, podendo também surgir sem ser verificado nenhum estímulo externo (Viegas & Saraiva, 2014).

No centro da perturbação de pânico surge, então, o ataque de pânico. Segundo o DSM-5, num ataque de pânico tem de existir um medo intenso ou desconforto, de início súbito, podendo aumentar rapidamente de intensidade e atingir o pico máximo pelo décimo minuto, que tem de ser acompanhado por, pelo menos, quatro, dos seguintes sintomas somáticos e/ou cognitivos: palpitações ou taquicardia, falta de ar ou asfixia, sudorese, tremores, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tonturas, parestesia dos membros, calafrios, sensação de "ondas de calor", medo de morrer, medo de perder o controlo ou medo de enlouquecer. É, muitas vezes, acompanhado de sentimento de catástrofe ou perigo iminente, o que gera vontade de fuga ou, ainda, de sensações dissociativas como a despersonalização ou desrealização (APA, 2013; Viegas & Saraiva, 2014).

Embora a existência de ataques de pânico isolados seja relativamente comum na população geral, chegando a representar 11% da população num único ano (Barnhill, 2023), a transição para uma perturbação de pânico apenas ocorre quando os ataques se tornam

recorrentes e inesperados e são seguidos por, pelo menos, um mês de preocupação persistente com novos ataques de pânico ou mudanças comportamentais significativas relacionadas a esses ataques (APA, 2013).

Os ataques de pânico são, muitas vezes, acompanhados do medo persistente de ter outro ataque, o que leva a que, muitas vezes, os indivíduos comecem a evitar certas situações, como estarem sozinhos, no meio de multidões ou deslocarem-se de transportes públicos. Com efeito, quando os ataques de pânico são recorrentes, algumas pessoas alteram significativamente o seu comportamento, desenvolvendo comportamentos de fuga de situações ativadoras desses ataques de pânico, designando-se, nestes casos, a perturbação de pânico acompanhada de agorafobia (Viegas & Saraiva, 2014). A agorafobia é, então, descrita como uma perturbação de ansiedade cujo foco é o medo de não conseguir escapar de situações onde o auxílio possa não se encontrar disponível, seja num ataque de pânico ou noutra situação (APA, 2013).

Quando surge associada à perturbação de pânico, os seus sintomas tendem a ser mais intensos, podendo, contudo, surgir sem estar associada à perturbação de pânico (Hecker et al., 2004).

No que concerne a etiologia desta perturbação, vários fatores são apontados: tanto genéticos, como biológicos, cognitivos, psicológicos e ambientais (Viegas & Saraiva, 2014). Realce-se, a nível de estudos que relevam fatores biológicos e genéticos, aqueles que sugerem que esta perturbação em idade adulta pode traduzir-se na manifestação de uma vulnerabilidade transmitida geneticamente que é subjacente ao indivíduo, indicando os estudos que 54% dos portadores de perturbação de pânico já detinham perturbação de ansiedade generalizada, fobia social e ansiedade de separação na infância e adolescência (Viegas & Saraiva, 2014).

Tanto a gravidade como a frequência dos ataques de pânico são bastante variáveis (APA, 2013; Viegas & Saraiva, 2014), podendo os respetivos sinais e sintomas divergir em cada episódio (Viegas & Saraiva, 2014).

Relativamente à prevalência, estudos recentes apontam que aproximadamente 1 a 4% da população sofre de perturbação de pânico (Guaiana et al., 2023), sendo mais comum em mulheres e geralmente iniciando-se no final da adolescência ou início da idade adulta (Barnhill, 2023).

A perturbação de pânico apenas tem remissão completa sem recaídas para uma minoria, sendo o seu curso natural, caso não seja tratada, crónico, mas com recorrentes períodos de agravamento e melhoria (APA, 2013) No entanto, é sabido que quanto mais cedo se inicia a perturbação de pânico, maior será a sua cronicidade (Viegas & Saraiva, 2014).

O tratamento da perturbação de pânico deve incluir intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas (Guaiana et al., 2023). De entre as opções farmacológicas, poderá ser realizada uma monoterapia com antidepressivos, de entre os quais, numa primeira linha de tratamento estão os ISRS's, tais como a paroxetina e a sertralina, devido à sua comprovada eficácia, dada a combinação de um largo espectro para possíveis condições que possam ser comórbidas à perturbação de pânico e pelos seus reduzidos efeitos secundários descritos. Pode, também, ser realizada uma monoterapia com ansiolíticos, mas, uma vez que a perturbação de pânico mantém um curso tipicamente crónico, exigindo, assim, que o fármaco seja utilizado por um tempo prolongado, esta monoterapia deixou de ser considerada como primeira escolha, pelo elevado risco de dependência das benzodiazepinas. Por fim, pode realizar-se uma associação entre antidepressivos e ansiolíticos, tratamento que é utilizado e tem justificação na prática clínica quando os doentes surgem com elevados níveis de ansiedade, um excesso de ansiedade antecipatória e hipersensibilidade às sensações do corpo. Este tratamento combinado ajuda a que os níveis de ansiedade diminuam nas primeiras semanas, até que o antidepressivo comece a fazer efeito (Viegas & Saraiva, 2014).

2. O papel da família no desenvolvimento infantil

O desenvolvimento de uma criança é abrangido por um complexo sistema de relações. De entre as relações que influenciam o seu desenvolvimento, talvez a mais importante seja aquela que existe entre uma figura parental e um filho. Cada vez mais é reconhecida a importância crítica que o relacionamento precoce da relação entre pais e filhos contribui para resultados socioemocionais, neurobiológicos e cognitivos das crianças (Frosch et al., 2019).

Também a consistência das rotinas diárias familiares está fortemente associada ao bem-estar das crianças. Estas rotinas permitem desenvolver um ambiente emocional que favorece o desenvolvimento infantil e uma estrutura previsível para que seja possível guiar o comportamento. É, então, inquestionável que um ambiente familiar saudável e o estabelecimento de sólidas rotinas familiares são peças fundamentais para a manutenção da saúde psicossocial das crianças (Hosokawa et al., 2023). Outros fatores protetores apontados como preventivos de problemas de saúde mental em crianças e como benéficos para o desenvolvimento socioemocional das mesmas são a coesão familiar e a estabilidade emocional na dinâmica de uma família (Mendes-Sousa et al., 2025).

Com efeito, entre os fatores existentes no seio familiar, aqueles que mais fortemente preveem o desenvolvimento de problemas internalizantes e externalizantes nas crianças são o

afeto emocional existente entre pais e filhos e o conflito interparental destrutivo (Zemp et al., 2024).

Também o estudo de revisão de literatura de Morris et al. (2007) estabelece uma estreita ligação entre diversos fatores que tomam lugar no seio de uma família e a regulação emocional das crianças. Nele, é, então, descrito que o contexto familiar impacta o desenvolvimento da regulação emocional das crianças de três formas importantes: primeiramente através da observação efetuada pela criança dos seus pais; depois, através de práticas e comportamentos específicos por parte dos pais que se relacionam com a socialização da emoção que afetam a regulação emocional; por fim, o clima emocional vivenciado pela família e expresso na qualidade da relação de apego e da relação conjugal, pelo estilos de parentalidade e pela expressividade familiar.

Por sua vez, no estudo de Hosokawa et al. (2024), são apontadas como formas de promoção de competências sociais nas crianças a participação em eventos familiares e a comunicação eficaz entre membros da família. As competências socioemocionais das crianças são, então, desenvolvidas e colocadas em prática nas interações que estabelecem com os pais, colegas e professores (Zhu et al., 2024).

É inquestionável que o papel dos pais é uma das influências centrais no percurso de desenvolvimento das crianças (Thompson, 2008). Efetivamente, de entre os vários agentes de socialização, destaca-se o papel da parentalidade, frequentemente apontada como a principal influência no desenvolvimento de crianças e adolescentes (Awiszus, et al., 2022). Mesmo quando os pares começam a ganhar mais importância na vida destas, é com os pais que continuam a ter a relação mais importante, pois são eles que providenciam os recursos psicológicos que moldam a personalidade das crianças. Deste modo, num ambiente positivo, uma criança florescerá, enquanto num ambiente hostil, uma criança sofrerá (Thompson, 2008). Por fim, Cypel (2013) menciona que quando a criança consegue lidar com os desafios do seu próprio desenvolvimento e é acolhida pelos pais com afeto, sensibilidade e empatia, desenvolve confiança nas suas capacidades emocionais e psicológicas. Essa confiança estende-se às relações de apego, que se tornam o alicerce da sua estabilidade emocional, autonomia e autoestima.

Da mesma forma que vemos que a família exerce, com a sua presença, um papel preponderante no desenvolvimento infantil, a ausência de uma figura parental, por sua vez, afeta negativamente o desenvolvimento emocional e social das crianças, levando a um aumento de comportamentos de externalização. Em vários estudos que analisaram os efeitos da ausência paterna nas crianças, os efeitos negativos mais consistentes foram a menor probabilidade de

conclusão do ensino secundário, dificuldades no ajustamento socio-emocional e repercussões na saúde mental na idade adulta, tais como depressão ou ansiedade (McLanahan et al., 2013).

Considerando a importância do papel dos pais no desenvolvimento emocional e social da criança, torna-se pertinente aprofundar qual o impacto que uma figura parental fragilizada pode ter, como nos casos da toxicodependência parental.

Um cuidador dependente de substâncias pode comprometer seriamente o ambiente familiar e afetar a qualidade das interações e dos cuidados e a segurança emocional da criança. Seguidamente, será abordada esta realidade, de forma a melhor compreender as consequências da toxicodependência no contexto familiar e no desenvolvimento infantil.

3. Enquadramento da problemática da toxicodependência parental

A toxicodependência interfere na capacidade plena de ser mãe ou ser pai (Silva et al., 2015).

Desde a gravidez que a exposição a drogas pode impactar negativamente o desenvolvimento neurológico e psicológico. Efetivamente, crianças que tenham sido expostas a drogas durante a sua gestação, têm uma maior probabilidade de desenvolver perturbações comportamentais, problemas cognitivos como atraso na linguagem, uma maior propensão ao uso de substâncias e perturbações de ansiedade, perturbações de humor, perceção de falta de controlo sobre o seu ambiente e baixa autoestima (Smith et al., 2016).

As crianças que vivem em famílias onde um ou ambos os pais têm problemas de dependência estão perante um maior risco de desenvolvimento de problemas psicológicos (Anderson et al., 2023) e enfrentam uma probabilidade mais elevada de desenvolver dificuldades emocionais e comportamentais, tais como sintomas ansiosos, depressivos, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, problemas de aprendizagem e perturbações de conduta. Segundo Romanowicz et al. (2019), estes efeitos são influenciados por fatores como a ausência de cuidados consistentes, a negligência e a exposição a ambientes familiares instáveis. Estas crianças apresentam frequentemente dificuldades em gerir emoções, são mais impulsivas e têm mais problemas sociais, o que interfere negativamente no seu desenvolvimento global. Uma vez que estas crianças estão sujeitas a um stresse constante, o seu funcionamento neurológico pode também ser comprometido, prejudicando capacidades de aprendizagem e comportamentais.

Segundo o mesmo autor, o impacto da toxicodependência parental é agravado pela deterioração das competências parentais, visível principalmente na diminuição da sensibilidade emocional e na dificuldade em manter uma comunicação afetiva com os filhos. Com efeito,

pais dependentes de substâncias não costumam corresponder às necessidades emocionais dos seus filhos, prejudicando a formação de um vínculo afetivo seguro. Além disso, é comum que o ambiente familiar seja marcado por elevados níveis de conflito, agressividade e instabilidade, o que gera insegurança e desregulação emocional nas crianças, contribuindo diretamente para um maior nível de problemas emocionais e comportamentais duradouros (Romanowicz et al., 2019) e um risco mais elevado de negligência e abuso (Silva et al., 2015).

De acordo com Velleman e Templeton (2016), a exposição contínua ao uso de substâncias por parte dos pais pode comprometer a formação de vínculos de apego seguro nas crianças, o que é fundamental para o seu desenvolvimento psicológico saudável.

Com efeito, Silva et al., (2015), que fez a revisão sobre parentalidade em mães toxicodependentes, destaca que, de acordo com os estudos de Beeghly et al. (2003), Espinosa et al. (2001) e Rodning et al. (1991), o vínculo construído entre mãe toxicodependente e respetivo filho é um vínculo inseguro, tendencialmente evitante, desestruturado e ambivalente.

Os autores Velleman e Templeton (2016) referem, também, que o uso de substâncias pelos pais está associado a vários riscos para os filhos, incluindo problemas emocionais, comportamentais e de saúde mental. Estes, tendem a intensificar-se quando existe uma inconsistência na parentalidade, quando o ambiente familiar se torna imprevisível, com rotinas instáveis e com pouca estabilidade emocional e sem rituais familiares saudáveis, o que compromete o sentimento de segurança que a criança precisa para formar relações saudáveis com os seus cuidadores (Velleman & Templeton, 2016). Este sentimento de segurança está associado à estrutura e estabilidade proporcionado pela parentalidade adequada (Smith et al., 2016).

Numa família onde um dos pais consome substâncias estupefacientes, perceber-se-á nessa figura parental um humor alterado, uma recorrente preocupação com a obtenção da substância e um gasto de tempo dedicado à recuperação pós-consumo. Todos estes fatores contribuem para que o apego saudável não seja praticado. Ora, contacto visual, tom, volume e ritmo da voz, toque reconfortante e a capacidade de ler as necessidades da criança são todos "blocos de construção" interligados do apego saudável. Este, é uma espécie de sistema imunitário psicológico, ou seja, assim como existe o sistema imunológico fisiológico para fazer face a variadas doenças, o apego saudável confere proteção face a problemas psicológicos. Sem este sistema de apego, uma criança estará mais vulnerável a fatores como o stresse e, logo, mais propensa a problemas como ansiedade, trauma, depressão e diversas outras perturbações mentais. Esta teoria do apego sugere, ainda, que a qualidade do sistema de apego dos pais, que

se terá desenvolvido na respetiva infância, afetará sua capacidade de formar vínculos saudáveis com os seus próprios filhos, bem como com outros adultos (Lander et al., 2013).

A responsabilidade parental abrange cuidar do bem-estar físico e emocional da criança, tendo em conta a sua individualidade e a fase de desenvolvimento em que se encontra. Quando os pais não conseguem responder às necessidades da criança, isso pode afetar negativamente a sua saúde física e mental. Um exemplo preocupante é, como verificamos, o da toxicodependência. Como a maioria dos estudos demonstra, nestas situações, o comportamento parental é deficiente, problemático e prejudicial para a criança. Os pais tendem a dar mais atenção a si próprios do que aos filhos, manifestam dificuldades em lidar com as próprias emoções, demonstram uma menor sensibilidade nas interações (Solis et al., 2012), responsabilidade e afeto, e muitas vezes, os cuidados físicos das crianças são negligenciados (Silva et al., 2015).

Os fatores de risco nas famílias que consomem substâncias apontados como aqueles que aumentam significativamente o risco de resultados negativos são a agressividade, a desarmonia e a violência (Bernays, 2011, Velleman & Templeton, 2016).

São, também, enfatizados fatores que podem atuar como protetores, apesar dos riscos a que estão expostas estas crianças, sendo eles a exposição à manutenção de rotinas consistentes, ter adultos de confiança fora do ambiente familiar e poder receber apoio profissional. São estes os elementos favorecedores do desenvolvimento da resiliência e do estabelecimento de vínculos de apego mais seguros, ainda que em contextos menos saudáveis e mais adversos (Velleman & Templeton, 2016).

Por fim, os efeitos da toxicodependência parental prolongam-se até à idade adulta, refletindo-se estes num risco acrescido de as crianças poderem, mais tarde, ter incapacidade em lidar com o stress (Forrest & Harwin, 2011), um maior risco de abuso de substâncias (Forrester & Harwin, 2011; Morato et al., 2024), desenvolver dificuldades nas relações interpessoais e risco aumentado de perturbações psiquiátricas, dificuldades escolares e problemas físico-emocionais (Figlie et al., 2004).

4. O Défice Cognitivo Ligeiro

O Défice Cognitivo Ligeiro (doravante DCL) integra a 11.ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), sob o código 6D71, caracterizando-se por uma diminuição em relação ao nível prévio de funcionamento cognitivo, com sinais objetivos de comprometimento em um ou mais domínios cognitivos,

comparativamente ao que seria esperado para a pessoa, mas sem gravidade suficiente para prejudicar de forma significativa as atividades da vida diária (OMS, 2019).

O DCL, traduz-se, assim, numa fase de transição pré-clínica entre o envelhecimento normativo e a demência, sendo encarado pelos clínicos como uma "janela de oportunidade", na qual se antevê uma possibilidade de intervenção que pode permitir protelar a progressão para um estado demencial (Anderson, 2019). Com efeito, Petersen (2004) também o define como uma fase intermédia entre o envelhecimento normal - que pode envolver algum declínio da memória - e as manifestações típicas da demência, ou seja, um estado de declínio cognitivo maior do que o esperado para o envelhecimento normal, mas que ainda não atende os critérios para demência.

Esta última (proveniente do latim "de-mentis", que significa, "fora" ou "sem" a "mente" ou a "razão") é caracterizada como uma condição clínica, com um conjunto de sinais e sintomas (mais ou menos homogéneo), que pedem ser causados por várias doenças (Petersen, 2004).

Os critérios citados por Petersen (2004) para o diagnóstico de DCL são: queixas de perda de memória, devendo estas queixas ser preferencialmente corroboradas por uma terceira pessoa (normalmente familiar ou cuidador); existência de um défice objetivo de memória em função da idade do indivíduo (atestado por avaliação neuropsicológica); preservação das restantes funções cognitivas, bem como autonomia nas atividades de vida diária; e, por último, ausência de critérios diagnósticos para demência. Deste modo, considera-se como o típico individuo com DCL, aquele que mantém as funções cognitivas e apenas mantém as suas queixas circunscritas ao défice de memória (Sousa & Sequeira, 2012).

Estudos indicam que o DCL pode ser instável ao longo do tempo, podendo uma parte dos indivíduos regressar a um funcionamento normal. Contudo, um indivíduo com DCL apresenta um risco aumentado de ver a sua condição evoluir para demência, sendo um bom preditor de progressão para Alzheimer (Petersen, 20024; Sousa & Sequeira, 2012). Estima-se que cerca de 12% das pessoas com mais de 70 anos sofram de DCL (Sousa & Sequeira, 2012). A evidência demonstra que indivíduos com DCL apresentam uma probabilidade consideravelmente mais elevada de evoluir para demência, sobretudo para a doença de Alzheimer. Segundo alguns estudos, a taxa de progressão anual de DCL para a doença de Alzheimer situa-se entre 10% e 15%, enquanto, entre pessoas cognitivamente saudáveis, essa taxa é de apenas 1% a 2% por ano (Petersen et al., 2018).

No início da doença, as queixas mais comuns estão relacionadas com a memória, expressas tanto pelo próprio paciente como por alguém próximo, geralmente um familiar. É habitual que os indivíduos relatem outros sinais, como dificuldade em recordar nomes de

pessoas conhecidas, encontrar as palavras certas, tendência a perder objetos pessoais, desorientação em locais familiares e interrupções no discurso ou nas tarefas do dia a dia (Nelson & O'Connor, 2008).

O conceito de DCL evoluiu para reconhecer que défices cognitivos podem manifestar-se em diferentes áreas, não apenas na memória, e que esses subtipos podem prever diferentes trajetórias neurodegenerativas (Nelson & O'Connor, 2008).

Deste modo, segundo Petersen (2004), tendo por base os domínios cognitivos afetados, podemos classificar o DCL em diversos subtipos clínicos: o DCL amnésico, maioritariamente caracterizado por comprometimento da memória; o DCL não amnésico, que apresenta comprometimento em domínios que não os da memória, como os da linguagem, funções executivas ou capacidades visuoespaciais; e o DCL multidomínios, que envolve comprometimento em múltiplos domínios cognitivos, quer estejam ou não envolvidos problemas de memória.

Consoante o subtipo clínico de DCL, é possível, também, identificar as diversas causas e prognósticos da doença. Por exemplo, ao identificar o DCL amnésico, com uma origem provavelmente degenerativa, é possível assumir que se está perante uma fase inicial da doença de Alzheimer. No entanto, também se pode considerar, neste caso, o subtipo DCL multidomínios com componente amnésica, uma vez que este também apresenta um risco elevado de progressão para Alzheimer. Por outro lado, subtipos que envolvem principalmente alterações em domínios cognitivos não relacionados à memória — como funções executivas ou capacidades visuoespaciais — tendem a evoluir com maior frequência para demências que não a de Alzheimer, como a demência de corpos de Lewy (Petersen, 2004).

O diagnóstico de DCL baseia-se sobretudo na avaliação clínica, que considera tanto as queixas subjetivas do próprio paciente quanto as observações feitas por terceiras pessoas, geralmente familiares. Nesta avaliação, os testes neuropsicológicos são fundamentais para confirmar a existência de alterações cognitivas, diferenciar o DCL do envelhecimento normal e identificar os diferentes subtipos cognitivos, como aqueles que afetam a memória, a linguagem, a perceção visuoespacial ou as funções executivas (Nelson & O'Connor, 2008).

Compreender a diversidade dos quadros de DCL é fundamental, uma vez que os diferentes subtipos estão ligados a distintas doenças neurodegenerativas e apresentam desfechos variados. Por exemplo, quando o comprometimento principal é a memória, existe uma maior probabilidade de evolução para a doença de Alzheimer, enquanto formas não amnésicas de DCL podem estar associadas a outras demências, como a demência frontotemporal ou a demência de corpos de Lewy. De forma geral, a identificação clínica

precoce, aliada a uma avaliação neuropsicológica específica, melhora a capacidade de antecipar a evolução do quadro e possibilita intervenções mais rápidas e cuidados mais adequados ao paciente (Nelson & O'Connor, 2008).

Estima-se que entre 10 a 15% da população com mais de 65 anos seja afetada por esta condição (Anderson, 2019).

Considera-se de extrema importância a existência de uma intervenção preventiva, que permita minimizar os efeitos do DCL, uma vez que ainda não existe um tratamento totalmente eficaz para esta condição (Sousa & Sequeira, 2012).

Saliente-se, a este respeito, que as intervenções não farmacológicas têm mostrado eficácia na melhoria das funções cognitivas em indivíduos com DCL. Um estudo de Chan et al. (2024) demonstrou que a estimulação cognitiva computadorizada pode melhorar a memória em pacientes com DCL ou demência leve (Chan et al., 2024). Também o projeto de Sousa et al., (2023) concluiu que o treino cognitivo comporta um efeito benéfico na capacidade cognitiva dos idosos com DCL, podendo ser realizado com materiais simples e de baixo custo. Por sua vez, uma meta-análise realizada por Wang et al. (2023) avaliou a eficácia de diferentes tratamentos não farmacológicos para o DCL em adultos mais velhos. Foram incluídas intervenções como exercício físico, intervenção multidisciplinar, treino cognitivo, estimulação cognitiva, reabilitação cognitiva, terapia musical e arteterapia. Entre todas, o exercício físico demonstrou ser a abordagem mais eficaz na melhoria da função cognitiva.

Pelo contrário, a medicação não é recomendada para a prevenção da demência, dada a inexistência de evidências suficientes (Petersen et al., 2018).

Por último, refira-se que a realização de um diagnóstico adequado de DCL é essencial para identificar possíveis causas reversíveis de alterações cognitivas, permitir que os pacientes e as suas famílias compreendam melhor a origem das suas preocupações e, desse modo, possam discutir o prognóstico com o profissional de saúde, de forma a planear o futuro com mais clareza. No entanto, é importante que a comunicação do diagnóstico seja feita com sensibilidade, considerando o risco de causar ansiedade ao atribuir uma condição que poderá não evoluir (Petersen et al., 2018).

5. Abordagem terapêutica das intervenções - Abordagem Centrada na Pessoa

As intervenções efetuadas no local de estágio tiveram por base a Abordagem Centrada na Pessoa (doravante ACP). Esta abordagem de Carl Rogers, de cariz não diretivo, ao contrário de outras abordagens concebidas para responder a contextos muito específicos ou a abordagens que se foram desenvolvendo lentamente ao longo de várias gerações de psicólogos e

psicoterapeutas, apresenta-se como uma estrutura coerente, acessível e adaptável, que permite estabelecer contacto com o Outro e com o mundo em qualquer situação (Leal, 2011).

Esta atitude não-diretiva de Carl Rogers, expressa na recusa em orientar ou impor qualquer direção à intervenção terapêutica, está na base da psicoterapia centrada no cliente, a qual assenta numa atitude do terapeuta que demonstra confiança na capacidade do cliente para se autoorientar. Tal visão está alinhada com os princípios da corrente humanista, à qual a abordagem se associa, e que defende, de uma forma geral, que cada indivíduo possui a aptidão para tomar consciência dos fatores que contribuem para o seu mal-estar psicológico (Leal, 2011).

Criada na década de 1950, a ACP é, então, considerada uma das correntes mais marcantes da psicologia humanista, tendo surgido como uma resposta crítica às abordagens terapêuticas dominantes da época, como o behaviorismo ou a psicanálise, que os psicólogos humanistas consideravam excessivamente focadas nas perturbações do ser humano. Em contraste, Rogers propôs uma perspetiva que valorizasse o potencial do indivíduo, defendendo que o foco do processo terapêutico devia estar na pessoa e nas suas capacidades inatas de desenvolvimento e autorrealização, em vez de se centrar exclusivamente nas experiências traumáticas passadas (Kirschenbaum & Jourdan, 2005; Rogers, 1957).

Para Rogers (1957), o ser humano é concebido como estando intrinsecamente orientado para um processo de desenvolvimento construtivo. É essa motivação interna, uma espécie de sabedoria natural do organismo designada de tendência atualizante, que o impulsiona a sobreviver, preservar a sua organização, curar-se quando necessário e evoluir no sentido de uma complexidade e autonomia crescentes (Borja-Santos, 2004).

Percebendo, então, que qualquer prática fundamentada na ACP deve, necessariamente, considerar o conceito de tendência atualizante (Telles et al., 2014), importa, antes de mais, defini-la segundo o seu autor. Assim, para Rogers (1947), a tendência atualizante traduzia-se na capacidade interna, identificada em cada individuo sob certas condições, para transformar e reorganizar o *Self*, mudando, deste modo, o comportamento, o que implicava profundas consequências a nível social.

Corresponde, assim, à tendência intrínseca que o ser humano detém para seguir o curso que o direciona ao seu desenvolvimento pleno (Telles et al., 2014). Esta tendência de reorganização e de potencialização do indivíduo em função das suas experiências depende da verificação de certas condições. Assim, para Rogers, a facilitação do processo terapêutico assenta na tendência inata do ser humano para se atualizar de forma integrada, num movimento

contínuo de desenvolvimento dentro dos seus limites e potencialidades (Hipólito, 2011; Telles et al., 2014).

A tendência atualizante é, assim, o primeiro daqueles que se consideram os três pilares fundamentais da teoria da ACP de Rogers e reflete a capacidade natural de cada pessoa para evoluir, desenvolver-se e atingir o seu pleno potencial. Representa, então, a energia interna que nos impulsiona a progredir e a nos tornarmos a melhor versão de nós mesmos (Hipólito, 2011).

Por sua vez, o segundo grande pilar da ACP é a não diretividade. Ora, a não diretividade, segundo Carl Rogers (1957), não significa uma inação ou uma total ausência de orientação, mas antes uma atitude profundamente respeitosa perante a pessoa do cliente. Consiste numa confiança inabalável na sua capacidade de autoexploração, crescimento e autorregulação, considerando-se que é o cliente que detém a melhor e mais criativa resposta para o seu problema (Cury et al., 2012; Hipólito, 2011).

Numa relação sobretudo humana, a autenticidade do terapeuta, através da sua presença neutra, que intervém o mínimo possível, genuína, empática e congruente, é fundamental (Moreira, 2010; Witty, 2007).

Ao tratarmos o cliente como um ser completo, estamos, no fundo, a reconhecê-lo de forma profunda e é isso que o fortalece. Ao longo do processo terapêutico centrado na pessoa, percebemos que os clientes se tornam progressivamente mais confiantes ao expressar as suas vivências, afirmar as suas ideias, crenças e sentimentos e tomar decisões baseadas nas suas próprias construções internas, com o mínimo de interferências do terapeuta (Hipólito, 2011; Witty, 2007).

Rogers definiu, também, na sua teoria, as três atitudes que o profissional deve manter na sua relação com o cliente para que a terapia seja bem-sucedida, as designadas “core conditions” para uma relação terapêutica efetiva (Kirschenbaum & Jourdan, 2005; Leal, 2018; Rogers, 1957).

A primeira destas condições fundamentais corresponde à congruência. É necessário que o profissional esteja congruente, tão genuíno quanto possível, presente e integrado na relação com o cliente (Rogers, 1957). Esta relação terapêutica, para Rogers, era considerada a parte mais importante da terapia eficaz (Eager, 2010). A congruência assume, então, um papel fulcral na relação terapêutica, uma vez que é vista como um pré-requisito para a transmissão das outras condições essenciais – o cuidado incondicional positivo e a compreensão empática. Estudos indicam que, mais do que as características do técnico em si, é a perceção que o cliente desenvolve sobre a sua autenticidade que se revela determinante nos resultados terapêuticos (Kolden et al., 2018).

A segunda condição nuclear, tal como a descreve Rogers (1957), trata-se de um cuidado incondicional positivo que o terapeuta deve ter pelo seu cliente, acolhendo-o com uma aceitação total, sem condições de valor, permitindo-lhe viver os seus sentimentos e experiências livremente. Não deve, então, o técnico impor qualquer juízo de valor sobre o que o cliente partilha durante a sessão ou, ainda, expressar aquilo que pensa ou sente em relação ao mesmo (Branco, 2020).

A última destas três condições essenciais diz respeito à compreensão empática, entendida como a capacidade de o profissional aceder ao quadro de referência interno do cliente com sensibilidade e autenticidade, compreendendo com exatidão o mundo do cliente, bem como a sua estrutura interna, transmitindo-lhe essa compreensão (Fontgalland & Moreira, 2012).

Envolve não apenas a apreensão das suas experiências e estados emocionais, mas também a comunicação dessa compreensão de forma clara e congruente, de modo a ser percebida pelo cliente como genuína e significativa (Rogers, 1957). Hipólito (2011) refere-se a este posicionamento como "compreender o mundo do Outro como ele mesmo o compreende, vê-lo como ele mesmo o vê, isto é, como se o víssemos com os seus olhos e inscrevendo-nos no mesmo registo semântico" (p.38).

Em conclusão, a relação terapêutica, tal como proposta pela ACP, exige uma nova forma de compreender o papel do técnico. O seu impacto não reside nas técnicas que aplica, mas na qualidade da presença que estabelece com o cliente. São as suas atitudes — de empatia genuína, aceitação plena e respeito pela individualidade do outro — que tornam possível o processo de mudança. Estas atitudes, no entanto, não podem ser imitadas ou executadas de forma mecânica; exigem envolvimento pessoal, sensibilidade e autenticidade. É essa presença humana e verdadeira que confere à relação terapêutica o seu carácter transformador (Borja-Santos, 2004).

6. Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrado na Pessoa

Hipólito aprofundou a teoria do desenvolvimento psicoafetivo da personalidade de Rogers, propondo uma leitura mais complexa e holística que ampliou a compreensão do percurso humano, tanto na infância como na vida adulta, sob uma ótica humanista (Brites & Nunes, 2011).

Com efeito, a teoria do desenvolvimento psicoafetivo, tal como apresentada por Hipólito (2011), baseia-se na ACP e proporciona uma visão aprofundada do crescimento humano, nomeadamente no que respeita à compreensão das perturbações psicológicas. Esta abordagem enfatiza um dos mais conhecidos conceitos de Rogers - a tendência formativa - que

se expressa desde os primeiros momentos da vida e acompanha o indivíduo ao longo do seu percurso, moldando-o enquanto pessoa. Baseando-se na teoria organísmica, sustenta que os organismos possuem uma inclinação natural para a autoatualização (Hipólito, 2011).

Rogers integra ainda o conceito de tendência à autorrealização, que é central ao desenvolvimento psicoafetivo, sugerindo que um crescimento saudável implica a ativação de todas as potencialidades humanas até atingir a maturidade. Assim, o indivíduo evolui a partir de uma tendência formativa, entendida como um impulso para uma complexidade crescente (tendência à complexidade), que, ao longo do seu desenvolvimento, se aprofunda através da tendência atualizante (tendência à hipercomplexidade), e culmina na procura pela autorrealização, pelo seu potencial pleno (tendência à hiper hipercomplexidade) (Hipólito, 2011).

Ora, embora seja comum o ser humano vivenciar certas experiências, aquelas que são traumáticas podem desencadear sintomas, tanto de natureza neurótica como somática. Esses traumas tendem a fragilizar a habilidade de distinguir o *Self* real do *Self* desejado, de prejudicar as potencialidades inatas do ser humano e, portanto, afetar a sua autoatualização, prejudicando, deste modo, o funcionamento psicológico saudável do indivíduo (Hipólito, 2011; Leal, 2018; Ribeiro & Laneiro, 2020).

O autor defende que, desde os estágios embrionários e durante a vida intrauterina, o feto pode sofrer traumas diversos e provenientes de diferentes fontes, os quais podem afetar tanto as suas potencialidades como a atualização dessas mesmas potencialidades. No entanto, o desenvolvimento do embrião prossegue de forma totalmente autónoma, sem qualquer regulação externa. O embrião é, então, o único responsável pela sua própria complexificação até ao nascimento, dispondo de um locus de controlo interno (Hipólito, 2011).

De facto, a tendência atualizante prossegue sem interrupções após o nascimento, permitindo que o bebé gradualmente reconheça os limites do seu *Self* organísmico aprendendo a distingui-lo do mundo externo. Com isso, começa a perceber os outros como entidades separadas de si próprio. De acordo com Hipólito (2011), o *Self* organísmico do bebé simboliza o total e cada uma das experiências do bebé na relação com o mundo: "existe uma integração plena de tudo o que experiencia" (Hipólito, 2011, p. 152).

É neste contexto que surgem, por volta dos oito meses, as designadas condições de valor. Nessa fase, o bebé começa a distinguir entre quem é significativo para ele e quem não o é. É também neste momento que o laço afetivo se torna mais claro, permitindo-lhe reconhecer a sua dependência emocional e a necessidade do amor materno. O bebé torna-se consciente da importância do afeto materno e começa a perceber que, para ser aceite e amado, precisa de

ajustar e modelar a forma como perceciona o mundo aos valores e expetativas da mãe. Instala-se, então, um mecanismo de manutenção dessas condições de valor, através da referida necessidade de conservação das condições que asseguram o carinho materno (Hipólito, 2011).

Ao perceber que para manter o amor tem de moldar a sua perceção, dá-se uma separação entre o que o bebé vive internamente – o locus de controlo interno – e o que é condicionado pelo meio externo - o locus de controlo externo -. Assim, começa a existir uma dissociação entre o que o bebé sente e o que integra no seu campo percetivo (Hipólito, 2011).

Esta dissociação é causadora de diversos processos dissociativos: entre o locus de controlo interno e o locus de controlo externo (no qual a criança em vez de seguir aquilo que sente, começa a seguir as regras do Outro); entre o *Self* percecionado e o *Self* real (ou seja, entre como a criança é e como deveria ser para ser aceite pelo Outro); e entre a cognição e a emoção (deixando estes dois aspetos da experiência de constar da mesma perceção) (Hipólito, 2011).

Estes processos de dissociação refletem-se diretamente no modo como a pessoa funciona: entre o *Self* real e o *Self* percecionado, quanto maior for o desfasamento, menor tende a ser a autoestima; e entre a emoção e a cognição, podendo existir dificuldades em identificar os próprios sentimentos e emoções ou em comunicá-los de forma adequada (Hipólito, 2011).

Contudo, este aparecimento de sintomas, revela apenas que o organismo, que está perante uma dissociação (ou seja, que está perante uma tensão), está a tentar equilibrar-se da melhor forma possível de modo a manter o seu funcionamento (Hipólito, 2011).

Aos 18 meses, a criança começa a alterar a sua capacidade de diferenciação. Entre os quatro e os oito anos, a criança desenvolve a aptidão para distinguir entre o que é real e o que é imaginário. Caso ocorresse um desenvolvimento pleno, com condições máximas de atualização e sem juízos de valor, com um campo de perceção sem limitações, sem a ocorrência de traumas ou sintomas, o *Self* organísmico coincidiria com o *Self* real e com o *Self* percecionado e a criança atualizaria todas as suas potencialidades. Por sua vez, a morte cessaria este processo, dando lugar ao início de outro ciclo (Hipólito, 2011).

Parte III - Trabalho Prático de Estágio – Objetivos e Atividades Desenvolvidas

"A experiência é, para mim, a autoridade suprema."

Rogers (1997, p. 35)

1. Objetivos gerais do estágio

O estágio académico constitui um elemento essencial na formação profissional do psicólogo, uma vez que permite o contacto direto com a realidade do exercício da profissão. Este estágio teve como objetivos gerais proporcionar a aplicação prática e o aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico, bem como promover o desenvolvimento de competências e métodos de trabalho indispensáveis a uma prática psicológica competente e responsável. Procurou-se, assim, consolidar capacidades nas dimensões técnica, científica, deontológica e relacional, fundamentais para o exercício ético e eficaz da psicologia clínica.

Este estágio, realizado numa instituição de saúde de natureza privada, possibilitou o contacto direto com as particularidades do funcionamento de uma unidade hospitalar inserida no setor privado, marcada por uma dinâmica multidisciplinar que alia o rigor técnico à humanização dos cuidados prestados. O estágio decorreu num meio hospitalar exigente e orientado para a eficácia, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências essenciais, como a colaboração com diversas equipas de saúde, capacidade de adaptação a diferentes contextos e populações e a condução da intervenção psicológica tanto em regime de internamento como de ambulatório. Este enquadramento proporcionou, de forma inequívoca, um crescimento académico sólido e, simultaneamente, um enriquecimento pessoal, resultante da exposição a uma diversidade de casos clínicos e da constante exigência de reflexão crítica, postura ética e responsabilidade no exercício da prática clínica.

Um dos objetivos gerais do estágio, no âmbito da responsabilidade social da Instituição, foi o desenvolvimento e a implementação do projeto “Cuidar para Servir”, como adiante explicarei (em 1.2 da Parte IV do presente relatório).

2. Objetivos específicos do estágio

Os objetivos específicos do estágio de psicologia clínica concernem o desenvolvimento de competências fundamentais e indispensáveis ao exercício da profissão, orientando-se para a aquisição das capacidades necessárias a uma prática profissional competente e ética nesta área.

No presente estágio, esses objetivos passaram por:

- Possibilidade de integrar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação académica com a aplicação prática no âmbito da Psicologia Clínica;

- Desenvolver capacidades específicas na área da observação clínica e do acompanhamento psicológico, tanto na área da psicologia clínica como na área da neuropsicologia;

- Participar em conferências, de forma a consolidar e adquirir novos conhecimentos relativamente a temas relacionados com a Psicologia da Saúde;

- Aperfeiçoar competências técnicas e interpessoais, reforçando atitudes fundamentais como a empatia, a escuta ativa e a capacidade de compreensão do outro;

- Ganhar experiência na elaboração de diversas anamneses, gestão de tempo de consultas e construção de histórias clínicas;

- Prestar apoio psicológico individual, com o intuito de ajudar o utente a reconhecer e compreender as suas emoções e vivências, promovendo uma melhor adaptação ao processo de internamento;

- Aprofundar o conhecimento através da utilização e análise de instrumentos de avaliação psicológica e neuropsicológica, integrando os resultados obtidos no processo de intervenção e acompanhamento psicológico;

- Ter a possibilidade, ao longo das sessões individuais, de formar com o cliente uma verdadeira aliança terapêutica à luz da ACP.

3. Atividades desenvolvidas

Durante o estágio, tive a oportunidade de desenvolver diversas atividades, entre as quais se destacam a observação de casos clínicos, a participação em sessões de acompanhamento individual em contexto de internamento, a promoção e implementação do projeto "Cuidar para Servir", o acompanhamento individual no âmbito desse mesmo projeto, bem como a observação e aplicação de avaliações neuropsicológicas. Todas estas experiências, que seguidamente detalharei, contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me consolidar competências técnicas e relacionais, aplicar conhecimento teórico em contextos práticos e reforçar a minha capacidade de escuta e intervenção psicológica em meio hospitalar.

3.1. Observação de casos clínicos

Numa fase inicial do estágio, tive oportunidade de acompanhar a minha orientadora nas suas consultas – em todas aquelas em que os seus clientes, tanto os novos como os que já eram por si acompanhados, aceitavam ser observados -, o que me ajudou bastante a ter um contacto direto com a prática clínica e uma primeira aproximação concreta ao exercício profissional do psicólogo clínico.

Esta etapa introdutória, que decorreu entre os meses de outubro e dezembro, teve um papel determinante na consolidação da atitude profissional a seguir, uma vez que permitiu

observar de forma ativa a dinâmica da consulta, praticar o registo simultâneo da informação comunicada e exercitar a capacidade de memorização e recuperação posterior de dados clínicos relevantes.

Com efeito, a observação clínica é uma peça central do processo terapêutico, uma vez que constitui ferramenta fundamental para o diagnóstico clínico, fornecendo informações ímpares sobre as mais diversas áreas do comportamento humano e sendo especialmente útil para captar eventual linguagem não verbal que não corresponda a instrumentos padronizados ou autorrelatos (Fix, 2022; Soares et al., 2023).

Posteriormente a cada observação, era sempre revisto cada caso clínico com a minha orientadora, sendo sempre efetuada uma anamnese e discutidos quais os temas a serem trabalhados.

Esta experiência foi particularmente significativa no meu percurso, pois possibilitou uma observação atenta das atitudes e comportamentos dos clientes e da postura empática e congruente da orientadora, possibilitando uma compreensão da forma de intervenção da mesma e da gestão da relação terapêutica.

3.2. Sessões individuais em sede de internamento

As primeiras consultas de psicologia em contexto de internamento foram efetuadas a partir do início de dezembro de 2022 e representaram uma etapa marcante no percurso do estágio, proporcionando um contacto direto com uma vertente exigente e sensível da prática clínica.

Com efeito, este momento, além de ter sido o primeiro momento individual de prática clínica, permitiu-me compreender as especificidades da intervenção psicológica junto de utentes hospitalizados, muitas vezes em situações de maior fragilidade física e emocional.

O enquadramento institucional, caracterizado por uma dinâmica multidisciplinar e centrado na humanização dos cuidados, possibilitou o desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício da psicologia clínica em contexto hospitalar. Estas primeiras intervenções exigiram uma adaptação rápida à realidade do internamento, à gestão do tempo clínico e à capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica eficaz num curto espaço de tempo, respeitando, em simultâneo, o estado clínico e emocional do utente.

Durante estas sessões, foi possível integrar na prática os conhecimentos teóricos já adquiridos, tais como a escuta ativa, a empatia, a observação clínica e a flexibilidade comunicacional, sempre com uma postura ética e centrada na pessoa. Estas experiências revelaram-se fundamentais para o fortalecimento de uma identidade profissional própria, bem

como de raciocínio clínico e de uma maior segurança na condução de entrevistas e na leitura das necessidades psicológicas de cada utente.

Não esquecendo, então, que a prestação de apoio psicológico a doentes internados decorre num contexto particularmente exigente - marcado pela brevidade do tempo disponível para a intervenção, uma vez que os utentes, muitas vezes, recebem alta alguns dias após o internamento, o que limita o número de sessões possíveis e exige uma abordagem terapêutica adaptada a esta realidade - (Donaghay-Spire et al., 2016), consegui fazer um breve acompanhamento de três sessões a uma utente, tendo efetuado, a outros quatro utentes, apenas uma ou duas sessões individuais.

As principais sintomatologias expressas em sessão foram o humor deprimido, a ansiedade e as perturbações do sono.

3.3. Projeto "Cuidar para Servir"

Dada a impossibilidade de realização de sessões individuais a utentes que procurassem a instituição privada para uma consulta de psicologia (uma vez que seria obrigatório cobrar dinheiro pela consulta e dado que a Ordem dos Psicólogos Portugueses e o seu Regulamento de Estágios Curriculares clarificam que o estágio académico não pode ser remunerado e que este afastamento da remuneração decorre justamente da definição e enquadramento legal do estágio académico, que visam garantir que a experiência deve ser eminentemente formativa, sem configurar vínculo laboral), foi necessário pensar numa forma de poder cumprir os requisitos do estágio, sem colocar em causa os estatutos legais da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Assim, e com a valiosa ajuda da minha orientadora de estágio, surgiu o projeto "Cuidar para Servir", que permitiu obedecer aos critérios exigíveis do estágio académico e promover uma atividade que possibilitasse a todos os colaboradores da Instituição um acompanhamento psicológico gratuito.

Deste modo, os colaboradores da unidade puderam usufruir de consultas individuais, sempre que delas julgaram necessitar, tendo estas obedecido a todas as regras de garantia da sua privacidade e reserva da vida privada, podendo, eles, também, deste modo, ter a certeza de que a saúde mental ocupa um lugar de destaque na Instituição onde trabalham e que esta se caracteriza por ser um local de trabalho saudável, com um ambiente sereno, sem pressão, com liberdade para os trabalhadores exercerem as suas funções de acordo com as suas potencialidades, nele existindo uma ajuda mútua por parte de todos os colaboradores, o que faz com que se sintam motivados e estimulados para fazer uso, no ponto máximo, das suas

capacidades (EU-OSHA, 2014), sabendo-se de antemão que o stresse ocupacional, por ser capaz de afetar a saúde mental e física do trabalhador, pode propiciar um comprometimento funcional (temporário, ou mesmo, permanente) (Hassard et al., 2011). Com efeito, os riscos psicossociais presentes nas organizações podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde psicológica no trabalho, uma vez que um ambiente de trabalho pouco saudável é causador de elevados níveis de *stress* que podem, então, tanto exacerbar como provocar o desenvolvimento de problemas de saúde psicológica (EU-OSHA, 2021).

Assim, como forma de colmatar os riscos psicossociais e uma vez que o trabalhador deve sentir, na sua atividade profissional, que existe uma promoção da sua saúde física e mental, bem como um sentimento de inclusão social, estatuto e identidade, o projeto "Cuidar para Servir", teve o intuito último de promover a saúde mental no local de trabalho, garantir o bem-estar geral dos trabalhadores da população laboral e da equipa de apoio psicológico, independentemente do respetivo vínculo laboral, o que, como referido, comporta diversas vantagens, nomeadamente, para os próprios e também para as entidades empregadoras, prevenindo também psicossociais que pudessem potenciar, entre outros, a ansiedade, a depressão, o *burnout*, o *bullying*, o assédio sexual e moral ou o consumo de álcool e drogas.

3.3.1. Sessões individuais no âmbito do projeto "Cuidar para Servir"

No âmbito do mencionado projeto, tive a oportunidade de acompanhar algumas colaboradoras (exclusivamente do sexo feminino).

As primeiras consultas tiveram lugar a partir de fevereiro de 2023 e revelaram-se uma etapa profundamente enriquecedora e distinta no meu percurso formativo, uma vez que o contacto direto com a realidade da prática clínica permitiu-me observar, de uma forma mais aprofundada, o vínculo terapêutico que se estabelece quando o utente procura, de modo voluntário, apoio psicológico. Tratou-se, como explicado anteriormente, de um espaço clínico em que os próprios profissionais da instituição procuraram acompanhamento psicológico, o que acrescentou uma dimensão particular à relação terapêutica.

Estas primeiras consultas constituíram, portanto, uma oportunidade valiosa para integrar conhecimentos teóricos na prática real, num ambiente onde a relação terapêutica se constrói de forma gradual, ética e centrada na pessoa.

De igual forma, pude observar em consulta como o sofrimento psicológico coexiste com o desempenho funcional de um colaborador hospitalar, sendo, muitas vezes, invisível no dia a dia da instituição. Notei, também, que o espaço terapêutico, mesmo sendo breve, representava, para muitos, um momento raro de escuta, legitimação e validação emocional.

No seio deste projeto fiz um acompanhamento de 11 sessões a uma utente (que constituirá o caso clínico discutido na Parte IV do presente), outro acompanhamento de 6 sessões e algumas sessões a outra utente.

As principais sintomatologias presentes em sessão foram a ansiedade, as perturbações do comportamento alimentar, o humor deprimido, a labilidade emocional e a dificuldade nas relações interpessoais.

3.4. Avaliação psicológica

Na Instituição, a especialidade de neuropsicologia de adultos realiza, essencialmente, avaliação e diagnóstico neuropsicológico de doentes que são referenciados pelas diversas consultas de especialidade médica de toda a unidade.

Deste modo, recebe doentes provenientes do serviço de neurologia ou do serviço de psiquiatria, mas também dos outros serviços do hospital (como por exemplo de cardiologia, pneumologia, cirurgia e de nefrologia). Os doentes são, então, referenciados devido a doenças neurológicas e psiquiátricas, mas também por patologias orgânicas.

A avaliação neuropsicológica inicia-se, por norma, pela realização de uma anamnese, na qual se retiram todas as informações importantes, desde os dados pessoais do paciente, à compreensão das suas queixas ou de qual o seu pedido, a compreensão da sua dinâmica de vida e familiar e quais as alterações cognitivas e/ou comportamentais surgiram na sua vida e as repercussões que essas alterações estão a ter nas atividades de vida diária. É de enaltecer que os dados, sempre que possível, são confirmados por familiares/cuidadores, logo, durante a anamnese, caso os mesmos estejam presentes.

Para cada paciente é estabelecido um determinado protocolo de avaliação, consoante a condição subjacente de cada um e direcionado às características próprias de cada caso. Para tal, existe uma conversa com o profissional qualificado para o efeito – neuropsicólogo -, para que sejam escolhidos, de entre várias baterias de testes, quais os que devem ser aplicados.

Pude acompanhar as entrevistas, a aplicação de testes e tive oportunidade de proceder, também, à aplicação dos mesmos a alguns doentes da instituição.

Sendo a avaliação psicológica uma prática essencial na compreensão do comportamento humano, permite aceder de forma estruturada a diferentes dimensões da cognição, emoção e funcionamento psicológico, assumindo um papel central na análise e intervenção sobre a saúde mental e o desempenho humano (Meyer et al., 2001; Tang, 2023). Efetivamente, a variedade de técnicas — como entrevistas, testes estandardizados, observação direta, questionários e métodos projetivos — evidencia a riqueza metodológica disponível para compreender a

complexidade da mente humana (Tang, 2023), tendo-se revelado para mim numa experiência extremamente enriquecedora.

Pude acompanhar e intervir em dois casos de avaliação clínica, tendo aplicado os seguintes testes: *Geriatric Depression Scale* (GDS); *Mini Mental State Examination* (MMSE); Teste do Desenho do Relógio (TDR); Escala de Queixas Subjetivas de Memória (QSM); Teste do Desenho do Relógio (TDR); *Disability Assessement for Dementia Scale* (DAD) e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL).

Acompanhei, também, a aplicação das seguintes baterias: Bateria de Avaliação Frontal (FAB), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), Escala de Memória de Wechsler (WMS), Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-r), Prova de Toulouse Piéron (teste da barragem), Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), *Trail Making Test* (TMT), Teste de Atenção d2 e *Token-test* (TT).

As principais queixas em consultório foram as queixas de memória, tendo reportado um dos casos que acompanhei e intervim a um processo demencial e o outro a um défice cognitivo.

Parte IV - Trabalho Prático de Estágio – Apresentação e Discussão dos Casos Clínicos

"Atribuo um enorme valor ao fato de poder me permitir compreender uma outra pessoa".

Rogers (1997, p. 30)

1. Caso de Avaliação Psicológica

O caso de avaliação psicológica que se segue foi realizado em fevereiro de 2023, na consulta de especialidade de neuropsicologia da Instituição. Dos dois casos de avaliação possíveis, escolhi este por considerar particularmente interessante o facto de a utente acreditar que não apresentava qualquer condição, o que contrastava com o que a filha partilhava em consultório, despertando a minha atenção para a diferença entre perceções e realidades familiares.

1.1. História Clínica

Identificação Pessoal

Rita (nome fictício), do sexo feminino, caucasiana, viúva, natural e residente em Lisboa, reformada, tem 82 anos, dois filhos e dois netos adolescentes. Tem a quarta classe e foi costureira. Reside, atualmente, sozinha.

Dados de Observação

Rita apresentou uma estrutura morfológica e motricidade normais para a sua idade. O seu estado de nutrição era adequado e a sua aparência bastante cuidada.

Durante a entrevista clínica, Rita manteve contacto sintónico e mostrou-se colaborante.

Permaneceu consciente, calma, vígil e orientada no espaço e no tempo, auto e alopsiquicamente.

Mostrou algumas alterações a nível do curso do pensamento – apresentou pensamento inibido (inibição do raciocínio que é vivido subjetivamente com ligeira dificuldade em tomar decisões). Contudo, sem alterações ao nível da forma e da posse do pensamento. O seu discurso manteve-se fluente, sem alterações da semântica, débito ou ritmo.

Apresentou ligeiras alterações a nível da expressão afetiva e emocional: sentia-se mais triste e vulnerável. De igual modo, apresentou alterações quantitativas da vontade: hipobulia ou diminuição da energia volitiva (sentia-se sem forças para alterar a situação que vive presentemente com o filho e não sabia se alguma vez voltaria a ter).

A nível de motricidade, observou-se marcha autónoma, sem agitação, sem movimentos parasitas, sem estereotipias e sem tremor. A utente não registou alterações de sono.

Apresentou, durante toda a entrevista, um humor levemente deprimido.

Motivo da consulta

Rita foi até à consulta de neuropsicologia da Instituição acompanhada pela filha e porque referenciada por um neurologista de outra unidade, para exclusão de um eventual quadro demencial. Foi, então, pedido um exame neuropsicológico para caracterização das funções nervosas superiores no contexto de eventual síndroma demencial (tipo Doença de Alzheimer), em análise e seguimento em consulta de neurologia.

Antecedentes Clínicos

Refere que teve um desenvolvimento infantil normativo. Relata, contudo, dificuldades de aprendizagem durante o Ensino Básico por eventual contexto de dislexia (não confirmada). Teve alguns problemas de adaptação na escola devido a essa condição: afirma que durante a escola era muitas vezes colocada de parte nas brincadeiras porque "era a burrinha" (sic). Por este motivo, não terá feito muitas amizades, acabando por ser a sua família a fonte de toda a sua felicidade e toda a sua razão de viver.

Foi operada a um quisto mamário em 2010 e, na altura, teve muito medo que fosse mais do que um quisto, tendo passado meses em sofrimento por achar que poderia morrer.

Não refere, mas consta da ficha clínica e observa-se presbiacusia.

Antecedentes Psiquiátricos

Diagnosticada com uma perturbação depressiva há 10 anos, por ocasião da morte do seu marido. Morreu durante a noite de ataque cardíaco, após umas fortes dores nas costas que o levaram a deitar-se.

Antecedentes Familiares

A mãe morreu quando Rita tinha 69 anos, com cancro no esófago.

História da doença atual

É acompanhada em neurologia desde novembro de 2021 e medicada desde então com Aricept - inibidor da acetilcolinesterase. Nessa altura, vivenciou um episódio depressivo reativo por conflito com o seu filho. Rita nunca aceitou muito bem o casamento dele com a sua nora, uma vez que ela sempre lhe pareceu muito distante. Efetivamente, desde que estes casaram, a sua relação com o seu filho deteriorou-se bastante, pois ele terá mudado o seu comportamento, transformando-se numa pessoa "mais fria e insensível" (sic). Frisou, também, que a nora nunca a deixou aproximar muito do seu neto e não a permitiu acompanhar o seu crescimento como

gostaria. Diz que, num certo dia, teve uma grande discussão com ele, pois "não aguentava mais" (sic) e "disse-lhe tudo o que ele merecia ouvir" (sic), facto que fez com que deixassem de falar durante uns tempos. Até ao dia presente, diz que a relação entre ambos nunca mais foi a mesma e que, por isso, tem estado bastante mais triste e vulnerável, mas que se sente sem forças para alterar esta situação e lutar por uma relação mais saudável com o filho. Diz mesmo não saber se algum dia terá forças para lutar pela relação que tinha com ele.

Anamnese Biográfica e História Familiar

Rita nasceu e cresceu em Lisboa com os seus pais, sendo a mais velha de quatro irmãos.

Nunca se enquadrou na escola e nunca a sentiu como o seu meio, talvez pelas dificuldades que sempre sentiu desde pequena em aprender e também porque nunca teve verdadeiros amigos na escola.

Desde cedo se lembra de aprender a costurar com a sua mãe. Afirma que sempre se deram muito bem com a mãe – tanto ela como a sua irmã. Os seus dois outros irmãos rapazes seguiram sempre mais as pisadas do pai. Sempre teve uma relação muito próxima com esta irmã, de quem se afastou um pouco há uns anos por ela ter ido viver para fora com a filha, sua sobrinha. Diz que a compreende, uma vez que "uma mãe faz tudo por um filho" (sic).

Casou nova e queria ter tido muitos filhos, pelo menos quatro como os seus pais, mas, segundo a mesma, a vida não quis, só lhe querendo dar três filhos. O último morreu antes de nascer, ainda no útero, com quase três meses de gestação. A partir daí não quis mais saber de tentar ter mais filhos, mas teria ficado muito feliz se tivesse acontecido.

Foi costureira até há cerca de 10 anos. Parou de trabalhar porque o seu marido morreu e sentia-se muito triste, sem forças para nada - só tinha vontade de estar na cama a chorar -. Já tinha uma certa idade e só fazia alguns trabalhos ocasionais, mas faziam-lhe bem, "eram bons para entreter a cabeça". Mas a sua mãe também tinha morrido há poucos anos – quando Rita tinha 69 anos - e sente que foi demais para ela. A sua filha foi o seu grande suporte na altura e ajudou-a a procurar um psiquiatra que a medicou. Nem ela nem a filha têm memória de qual a medicação que fez na altura.

Refere que ela e o marido viveram uma bonita história de amor e que não eram como estes casais que agora se veem. Gostavam mesmo de estar juntos e faziam-se muita companhia.

Sente ainda muitas saudades dele, mas já consegue viver a vida a pensar nos filhos, nos netos e na falta que lhes faz, se bem que diz não ter a certeza se faz muita falta ao filho.

Diz ser bastante autónoma nas atividades da vida diária, necessitando apenas da supervisão da filha para as atividades mais complexas, nas quais apresenta, por vezes, falhas

ligeiras (como por exemplo, gestão da parte financeira ou da medicação), facto que é corroborado pela filha, que acrescenta que também supervisiona a mãe na gestão das compras domésticas, indo com ela fazer as compras apenas para garantir que não lhe falta nada.

A filha confirma a autonomia, iniciativa e discernimento para as atividades de vida diária pessoais de Rita, acrescentando, então, um certo declínio mnésico no último ano, com algumas falhas no plano executivo.

Globalmente, apresenta uma boa qualidade de vida e taxa de ocupação: utiliza regularmente os transportes públicos, deslocando-se sozinha até à universidade Sénior que frequenta. Adora os trabalhos que lá realiza, designadamente nas aulas de pintura e de bordados. Sempre teve muito jeito para tudo o que envolvesse trabalho com as mãos. Também já fez lá algumas amigas e diz ser um local que gosta de frequentar não só pelo que aprende, mas também pelo convívio.

Segundo a sua filha, Rita tende a esconder-lhe alguns problemas de saúde, de forma a não a preocupar, facto que não contradiz. A filha relembra um episódio em que Rita, estando sozinha em casa, não terá dito a ninguém como se estava a sentir, mesmo tendo ambas falado ao telefone durante esse período e depois de muitas horas com dores fortes na cabeça e com uma sensação muito estranha, apenas lhe confessou como se sentia quando Rita a foi buscar para irem ao supermercado. Rita levou-a prontamente ao hospital e quando lá chegaram a mãe tinha a tensão arterial muito elevada.

A sua filha relata também dois episódios de quedas, mas Rita nega-os, dizendo que apenas teve alguns desequilíbrios e que, por vezes, sente-se um pouco tonta, o que considera natural na sua idade. Diz que “nem sempre nos sentimos na nossa melhor forma e que isso não é motivo para andarmos sempre a chatear os nossos filhos” (sic).

Refere algumas dores nos ossos (ostialgias), o que também considera normal para a idade.

1.2. Avaliação

A presente avaliação decorreu em contexto de consulta de neuropsicologia, em sede de hospital privado, o que impõe limitações temporais que condicionam a aplicação de baterias extensas de avaliação neuropsicológica. Assim, optou-se por uma estratégia de amostragem de domínios cognitivos e funcionais relevantes, através da aplicação parcial de provas clássicas de avaliação neurocognitiva, nomeadamente subprovas da Bateria de Avaliação Frontal (FAB), da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-R), da Prova de Toulouse-Piéron, das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e do *Trail Making Test*. Estes testes foram utilizados

para obter indicadores clínicos relevantes nos domínios da atenção, memória, linguagem, funções executivas e raciocínio abstrato.

Paralelamente, foram administrados instrumentos breves e validados, com o intuito de avaliar dimensões fundamentais no quadro atual de Rita. Estes incluíram a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), a Escala de Queixas Subjetivas de Memória (QSM), o Teste do Desenho do Relógio (TDR) e a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A escolha destes instrumentos visou garantir uma análise objetiva do estado cognitivo global de Rita, da sua sintomatologia emocional, perceção subjetiva de alterações mnésicas e funcionamento funcional, de forma compatível com os limites impostos pelo contexto clínico**.**

Instrumentos de testagem psicológica

Escala de Depressão Geriátrica

Uma vez que, na população em idade adulta avançada, a depressão e os respetivos sintomas depressivos são frequentemente observados, a utilização de instrumentos padronizados de autorresposta tem-se revelado uma estratégia eficaz para melhorar a identificação dos sinais depressivos nesta população.

A Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale, doravante GDS) foi criada especificamente com o objetivo de avaliar sintomas depressivos em adultos mais velhos. A sua versão original é composta por 30 itens (Yesavage et al., 1983), os quais abordam aspetos afetivos e cognitivos associados à depressão nos idosos. Existem versões com um número menor de itens, tal como a que foi aplicada – a GDS-15 (Sheik & Yesavage, 1986), que pode ser aplicada em contextos clínicos (Sousa & Firmino, 2015).

A administração da GDS-15 requer apenas 5 a 7 minutos e o formato de resposta com alternativas de "Sim" ou "Não" é simples e adequado para pessoas com dificuldades cognitivas, pois não requer grande exigência mental (Sousa & Firmino, 2015). Embora a GDS tenha sido concebida para ser preenchida pelo próprio indivíduo (em formato autorresposta), a sua aplicação pode também ser feita sob a forma de entrevista, o que é até recomendável em casos de défice cognitivo (Lopez et al., 2010), como, aliás, foi realizada no presente caso.

A cotação da Escala é, também, muito simples, sendo cotadas com 1 ponto as respostas afirmativas: 2 a 4; 6; 8 a 10; 12; 14 e 15 e com 1 ponto as respostas negativas: 1; 5; 7; 11 e 13 (Sousa & Firmino, 2015).

A GDS-15 foi alvo de um estudo de validação com versões portuguesas da subescala de depressão da *Depression Anxiety and Stress Scale* (r = .83) e da *Satisfaction With Life Scale*

(r = –.74), realizado com uma amostra de 88 participantes inseridos em cuidados continuados (Cavaleiro et al., 2013).

O sistema de interpretação das pontuações propõe os seguintes pontos de corte: pontuações entre 0 e 4 indicam ausência de sintomatologia depressiva, entre 5 e 8 sugerem depressão ligeira, entre 9 e 11 indicam depressão moderada e entre 12 e 15 correspondem a depressão severa (Sousa & Firmino, 2015).

Relativamente a outros autorrelatos, a GDS apresenta vantagens, dada a sua fácil aplicação, a sua utilidade na deteção de sintomas depressivos e pelas suas adequadas propriedades psicométricas (Montorio & Izal, 1996).

Mini-Mental State Examination

O Mini-Mental State Examination (daqui em diante MMSE), desenvolvido por Folstein et al. (1975), é um teste breve de rastreio cognitivo global muito utilizado em contextos de investigação e clínicos, tendo-se tornado uma das ferramentas mais utilizadas e validadas a nível internacional, sendo amplamente referida na literatura e adaptada a diversas populações (Freitas et al., 2015; Santana et al., 2016).

Apesar das limitações que lhe têm sido apontadas nos últimos anos, particularmente no contexto do crescente interesse pela deteção precoce de quadros como o DCL, o MMSE permanece amplamente utilizado como instrumento de rastreio cognitivo, sendo recorrente em investigações tanto nacionais como internacionais. A sua estrutura consolidada e a familiaridade que oferece tornam-no uma referência comum entre diversos profissionais de saúde envolvidos na avaliação neuropsicológica, nomeadamente psicólogos e neurologistas (Freitas et al., 2015).

A sua versão original é composta por 30 itens, organizados em seis áreas cognitivas distintas: a área da orientação (10 pontos), que inclui 5 questões sobre orientação temporal e 5 sobre orientação espacial; a retenção (3 pontos), avaliada pela capacidade de repetição imediata de 3 palavras; atenção e cálculo (5 pontos), avaliada através de uma tarefa de subtração sequencial; memória de evocação (3 pontos), na qual o examinado deve recordar as 3 palavras apresentadas anteriormente; a área da linguagem (8 pontos), que inclui 2 tarefas de nomeação, 1 de repetição, 3 de compreensão verbal, 1 item de compreensão escrita e 1 de expressão escrita; e, por fim, a área de capacidade construtiva (1 ponto), avaliada pela cópia de duas figuras geométricas sobrepostas (pentágonos) (Freitas et al., 2015).

O MMSE é administrado com recurso a papel e lápis. Caracteriza-se pela sua simplicidade operacional e por um tempo médio de aplicação que varia entre 5 e 10 minutos.

Os itens são de resposta dicotómica, sendo atribuída a pontuação de 0 em caso de resposta incorreta e de 1 em caso de resposta correta. A pontuação total possível é de 30 pontos, sendo que valores mais elevados indicam um melhor desempenho cognitivo (Freitas et al., 2015).

A evidência disponível na literatura indica que o desempenho obtido no MMSE pode ser condicionado por diversas variáveis de natureza demográfica, com particular destaque para o nível de escolaridade, e, em determinados estudos, também para a idade. Em Portugal, os primeiros trabalhos de adaptação transcultural, bem como os processos de normalização e validação deste instrumento, foram conduzidos por Guerreiro e colaboradores durante a década de 1990. Nessa investigação, foram estabelecidos diferentes valores de corte consoante o grau de literacia dos indivíduos: 15 pontos para pessoas analfabetas, 22 pontos para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade, e 27 pontos para aqueles com mais de 11 anos de escolaridade (Santana et al., 2016). Posteriormente, Morgado et al. (2009) realizaram uma atualização destes dados normativos com base numa amostra comunitária de 411 participantes. Apesar de se ter verificado um efeito estatisticamente significativo da variável idade, o impacto observado foi reduzido. A análise confirmou, contudo, que a escolaridade permaneceu como o principal preditor do desempenho no MMSE. Com base nesta evidência, os autores estabeleceram novos valores de referência, organizados em três grupos:
(i) 0 a 2 anos de escolaridade (M = 25,16; DP = 2,16; ponto de corte: 22);
(ii) 3 a 6 anos de escolaridade (M = 27,82; DP = 1,78; ponto de corte: 24);
(iii) 7 ou mais anos de escolaridade (M = 29,05; DP = 1,11; ponto de corte: 27) (Freitas et al., 2015).

Teste do Desenho do Relógio

O Teste do Desenho do Relógio (doravante TDR) é uma ferramenta de avaliação clássica, realizada com lápis e papel, amplamente utilizada como instrumento de diagnóstico de situações de demência e identificação de dificuldades visuoespaciais, executivas e construtivas. A sua simplicidade na aplicação, aliada à comprovada sensibilidade na identificação de alterações cognitivas subtis, sustenta a sua ampla adoção tanto em contextos clínicos como em investigação neuropsicológica, sendo também frequentemente incorporado em baterias neuropsicológicas, assim como aplicado de forma complementar a outros instrumentos de rastreio cognitivo, como por exemplo ao *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) ou ao *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised* (ACE-R) (Santana et al, 2013; Santana et al., 2015).

A versão portuguesa do TDR foi alvo de um processo de normalização, tendo sido definidos dados normativos com base nos sistemas de cotação propostos por Rouleau et al. (1992), Cahn et al. (1996) e Babins et al. (2008) (Santana et al., 2013). A avaliação do presente caso foi efetuada com base na modificação do sistema de Rouleau e colegas (1992), efetuado por Parsey e Schmitter-Edgecombe (2011): modelo de desenho livre, avaliado por um sistema quantitativo de 16 pontos que abarca os 3 principais itens do relógio: o contorno do relógio (2 pontos), os ponteiros (até 8 pontos) e os números (até 6 pontos). Já a vertente qualitativa tem por base 6 domínios distintos que permitem a identificação de padrões de erro. Por cada um é atribuído 1 ponto, com o total de 6 erros. A pontuação final calcula-se através da subtração do total de erros a 16, o que origina uma escala de 0 a 16, onde quanto mais próximo do 0, maior o comprometimento cognitivo. As dimensões objeto da análise qualitativa são o tamanho do relógio, que pode refletir alterações de planeamento motor ou visuo-percetivas; as dificuldades gráficas, expressas através da análise dos traços, que podem sugerir alterações visuo-construtivas ou na execução motora fina; respostas demasiadamente condicionadas ao estímulo, défices concetuais e que demonstram uma compreensão incorreta da construção do relógio; défices de cariz espacial ou de planeamento, como por exemplo, acumulação de elementos de um só lado; e, por fim, perseverações, ou seja, repetição de dados, o que revela pouca autorregulação e dificuldades no controlo inibitório (Parsey & Schmitter-Edgecombe, 2011; Santana et al., 2013). Esta versão modificada evidenciou uma sensibilidade superior na deteção de indivíduos com DCL, superando, nesse domínio, a capacidade discriminativa do modelo original proposto por Rouleau e colaboradores (Parsey & Schmitter-Edgecombe, 2011).

O participante deve ser solicitado a representar um relógio de forma circular, incluindo todos os números e indicando o horário das 11h e 10 minutos. Deve evitar-se, durante a instrução, qualquer menção explícita à palavra "ponteiros", por forma a não induzir a resposta. O tempo estimado para a administração da tarefa é de aproximadamente cinco minutos (Santana et al., 2015).

Escala de Queixas Subjetivas de Memória (QSM)

As queixas subjetivas de memória referem-se à perceção individual de alterações ou dificuldades mnésicas, relatadas pelo próprio sujeito, quando comparadas com o seu desempenho habitual anterior, apesar da ausência de défices cognitivos evidentes em avaliações objetivas (Liew, 2020)

A Escala de Queixas Subjetivas de Memória, correspondente à versão portuguesa da "Subjective Memory Complaints Scale" (Schmand et al., 1996) foi concebida com o intuito de

avaliar perceções de comprometimento mnésico (Ginó et al., 2015). É composta por 10 itens, cada um com duas a quatro opções de resposta, que o indivíduo deve escolher com base na sua queixa e no grau de dificuldade experienciada, variando as pontuações entre 0 (que corresponde à ausência de queixas) e 21 (correspondente ao valor máximo de queixas). A estrutura do instrumento contempla 5 itens diretamente relacionados com a memória, além de questões relativas à linguagem, orientação espacial/topográfica, confusão mental e capacidade de concentração (Ginó et al., 2015).

A versão portuguesa foi adaptada por Ginó et al. (2007). O ponto de corte para a população portuguesa situa-se nos 4 pontos, valor que indica a presença de queixas de memória significativas (Ginó et al., 2007). A versão portuguesa foi validada em indivíduos com idade igual ou superior a 49 anos, por se tratar do intervalo etário de maior relevância para a avaliação de queixas cognitivas no âmbito das demências. Não se encontraram efeitos da escolaridade nem da faixa etária na pontuação total da escala (Ginó et al., 2015).

A versão original da escala não delimita grupos etários ou clínicos específicos, podendo ser aplicada a adultos alfabetizados, desde que compreendam as instruções propostas. Durante o processo de adaptação da escala, foi solicitada autorização ao autor original para a tradução do instrumento para português, tendo sido, igualmente, realizada a retroversão para inglês, seguindo as boas práticas de validação linguística (Ginó et al., 2015).

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

A Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária, desenvolvida por Lawton e Brody (1969) (daqui em diante assinalada como AIVD), foi concebida com o propósito de avaliar o grau de autonomia funcional de indivíduos idosos no desempenho de oito tarefas instrumentais quotidianas. Estas incluem a realização de compras domésticas, a utilização do telefone, a preparação de refeições, a manutenção da limpeza doméstica, a gestão da roupa, mobilidade fora do domicílio, a administração de medicação e a gestão financeira (Madureira et al., 2015).

A pontuação da escala original é realizada segundo um modelo dicotómico, atribuindo-se 0 pontos quando a tarefa é executada de forma autónoma e 1 ponto quando se observa incapacidade para a realização da tarefa (Madureira et al., 2015).

A ampla aplicação da AIVD justifica-se pela sua facilidade e rapidez de aplicação e, igualmente, devido às sólidas propriedades psicométricas demonstradas, nomeadamente no que respeita à validade e fiabilidade na identificação de alterações funcionais (Madureira et al., 2015).

A versão que é atualmente utilizada segue o formato de pontuação policotómico sugerido pelo estudo internacional LADIS (Pantoni et al., 2005), adotando uma escala de 1 a 5 pontos, como forma de tornar a escala mais sensível à deteção de alterações funcionais graduais, correspondendo a pontuação 1 a ausência de comprometimento. Adicionalmente, inclui-se um item suplementar ("não aplicável") destinado a identificar atividades que nunca foram desempenhadas ao longo da vida do indivíduo, permitindo, assim, diferenciar limitações pré-existentes de perdas funcionais atuais (Madureira et al., 2015).

Embora a AIVD possa ser aplicada por autorrelato, a literatura evidencia que, em contextos de suspeita de défice cognitivo, é fundamental complementar a informação com dados fornecidos por um informante próximo, como um familiar ou cuidador (Hsiao, 2015; Jekel et al., 2015). Deste modo, como no caso em análise tínhamos em consulta a filha de Rita, todos os dados foram por ela corroborados ou fornecidos.

1.3. Resultados

- Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): No que respeita à Escala de Depressão Geriátrica (GDS de 15 itens), os resultados obtidos totalizam 6 pontos, o que sugere a presença de sintomatologia depressiva em grau ligeiro;

- **Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) –** A Avaliação Breve do Estado Mental revela um total de 28 em 30 pontos, o que corresponde a um desempenho normativo (sendo o valor de corte para a população portuguesa com escolaridade igual a 4 Anos: ≤ 24 pontos);

- **Escala de Queixas Subjetivas de Memória (QSM) –** Na Escala de Queixas Subjetivas de Memória, a pontuação obtida foi de 16 em 21 pontos possíveis, valor que se encontra substancialmente acima do ponto de corte de 4 clinicamente estabelecido, sugerindo a presença de queixas subjetivas de memória prevalentes no quotidiano e refletindo uma perceção significativa de comprometimento mnésico, compatível com quadros de risco aumentado para declínio cognitivo.

- **Teste do Desenho do Relógio (TDR)**: Na vertente quantitativa do Teste do Desenho do Relógio, com base no sistema de cotação proposto por Parsey & Schmitter-Edgecombe (2011), foi obtida uma pontuação total de 13 em 16 pontos possíveis, valor indicativo de alterações ligeiras, mas clinicamente relevantes. Observou-se presença de ligeira irregularidade

na distribuição dos números, com concentração parcial num dos quadrantes do relógio, por um erro na colocação dos ponteiros, cuja orientação não representava com exatidão a hora solicitada, embora se mantivesse a distinção entre o ponteiro das horas e dos minutos e por uma ligeira assimetria no traçado do contorno. Este padrão de desempenho traduz uma alteração ligeira da capacidade visuo-espacial.

Na vertente qualitativa, foram identificados 3 erros, correspondendo a uma pontuação final de 13 em 16 pontos possíveis. Verificaram-se traços gráficos ligeiramente instáveis, indicativos de dificuldades visuo-construtivas, uma distribuição parcialmente desorganizada dos números, sugerindo um défice leve no planeamento espacial e uma orientação imprecisa dos ponteiros, embora preservando a sua função representativa. Não foram observadas perseverações nem respostas condicionadas. Este padrão qualitativo revela alterações subtis em domínios conceptuais, espaciais e executivos.

- **Escala de Atividades da Vida Diária (AIVD)** - Com base na informação recolhida, Rita apresenta manutenção da autonomia e discernimento nas atividades de vida diária pessoais, embora com evidência de declínio mnésico e dificuldades executivas subtis no último ano. À luz da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa por Madureira et al., 2015), obteve-se uma pontuação global de 34 pontos, em 40 possíveis, refletindo um ligeiro comprometimento funcional. As dificuldades manifestam-se, sobretudo, em tarefas que exigem maior carga cognitiva: a gestão da medicação (por falhas de memória), a organização de compras domésticas e a gestão financeira (por défices no planeamento e na execução). As restantes atividades, tais como utilizar o telefone, cozinhar, cuidar da roupa, limpar a casa e deslocar-se autonomamente, mantêm-se preservadas, de acordo com a perceção da filha e o funcionamento prévio da doente.

1.4. Compreensão do caso

Rita apresentou, à data da avaliação, com base no seu perfil neuropsicológico e como resultado de todas as subprovas e testes que lhe foram aplicados, um quadro de provável DCL multidomínios, podendo ser caracterizado funcionalmente por: dispersão da atenção focada e dividida, com diminuição da flexibilidade mental e da velocidade de processamento de informação, defeito ligeiro da memória de trabalho de curto prazo, defeito moderado da memória verbal recente, com declínio do traço de memória episódica. Apresentou, igualmente,

baixa iniciativa verbal semântica e defeito ligeiro a moderado da capacidade visuoconstrutiva e pensamento abstrato.

Com efeito, o padrão de resultados obtido nas provas é compatível com um quadro de DCL multidomínios, traduzindo alterações objetivas em diferentes domínios cognitivos, embora com manutenção global da autonomia funcional.

A pontuação obtida no MMSE situa-se dentro da norma esperada para a idade e nível de escolaridade de Rita, não sugerindo comprometimento cognitivo global. Contudo, a Escala de Queixas Subjetivas de Memória revela uma perceção aumentada de dificuldades mnésicas, um resultado frequentemente associado às fases iniciais de DCL, especialmente nos casos em que o domínio da memória se encontra comprometido, como referenciado na literatura (Lerch et al., 2024; Warren et al., 2022).

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) revela uma pontuação situada no limiar clínico inferior para sintomatologia depressiva. Embora não constitua, por si só, um indicador de perturbação depressiva, este resultado aponta para a presença de sintomas afetivos ligeiros, que podem contribuir para as queixas subjetivas de memória e influenciar o desempenho em tarefas cognitivas, sendo particularmente relevantes no contexto de DCL.

O Teste do Relógio, nas suas vertentes quantitativas e qualitativas, evidencia resultados com alterações ligeiras, mas clinicamente relevantes nos domínios visuoespacial, visuoconstrutivo, executivo e conceptual. Este padrão de desempenho, marcado por dificuldades subtis na organização espacial, planeamento gráfico e representação simbólica, é compatível com um perfil DCL multidomínios, refletindo o comprometimento de mais do que uma função cognitiva. O padrão de erros observados, em articulação com o diagnóstico de DCL multidomínios, reforça a utilidade deste sistema de cotação (quantitativo e qualitativo) na deteção precoce de alterações cognitivas que se encontrem distribuídas por diferentes domínios, mesmo quando o desempenho global ainda se aproxima da normalidade.

Por sua vez, a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária mostra um ligeiro comprometimento funcional, especialmente em tarefas que exigem planeamento, memória prospetiva, operacional e raciocínio abstrato (como gestão de medicação, compras e finanças), o que reforça o diagnóstico de DCL com impacto funcional mínimo. Este resultado revela que Rita mantém uma autonomia funcional globalmente preservada, mas com um ligeiro comprometimento em áreas cognitivamente mais exigentes, sendo estas as áreas precocemente afetadas em pessoas com comprometimento cognitivo leve (Jekel et al., 2015).

Atente-se, ainda, a este propósito, no descrito na revisão de Jekel et al. (2015), na qual se evidencia que indivíduos com DCL que apresentam limitações nas Atividades Instrumentais

da Vida Diária têm uma maior probabilidade de ver a sua condição evoluir para demência do que aqueles com DCL nos quais não se identificam restrições funcionais (Jekel et al., 2015).

Tendo em conta a natureza do quadro clínico identificado, é aconselhável realizar uma nova avaliação neuropsicológica dentro de, aproximadamente, seis meses, com o objetivo de acompanhar a evolução do funcionamento cognitivo e detetar eventuais sinais de agravamento. Seria, igualmente, importante a implementação de estratégias compensatórias e apoio psicossocial, promovendo a preservação da autonomia e prevenindo um eventual declínio adicional.

2. Caso de Acompanhamento Psicológico

O caso de acompanhamento psicológico que se segue foi realizado entre março de 2023 e maio de 2023 na Instituição, com periodicidade semanal e durante 11 sessões.

Optei por apresentar este caso por ter sido o primeiro que acompanhei, por um maior número de sessões e aquele que mais me enriqueceu a nível psicológico. A utente demonstrou uma personalidade resiliente face às adversidades e um elevado sentido de responsabilidade, o que tornou todo o processo de acompanhamento especialmente significativo, não só pelo seu percurso, mas também pela oportunidade de estar presente numa fase tão marcante da sua vida – deixo para a conclusão? Pus um comentário idêntico a explicar porque escolhi o caso de avaliação.

As sessões individuais tiveram a duração de 50 minutos. A duração de 50 minutos, frequentemente designada como "hora terapêutica", constitui uma convenção amplamente adotada na prática clínica. Esta delimitação temporal, que ganhou notoriedade com a obra *The Fifty-Minute Hour* de Robert Lindner (1955) responde a critérios técnicos que visam otimizar a eficácia do processo terapêutico.

2.1. História Clínica

Identificação Pessoal

Sara (nome fictício), sexo feminino, 28 anos, filha única, residente na Amadora, tem o 12.º ano de escolaridade e trabalha como rececionista na Instituição há 5 anos. É solteira, namora há cerca de 7/8 anos com Pedro (nome fictício) e vive com os pais.

Dados de Observação

Tem uma apresentação cuidada, boa aparência, peso baixo, mas adequado. Mostrou-se colaborante e com comportamento apropriado, desperta e com discurso coerente. Apresenta um

discurso de tom baixo, ritmo acelerado e uma postura relacional reservada, compatível com traços de timidez e inibição comportamental.

Permaneceu consciente, calma, vígil e orientada no espaço e no tempo, auto e alopsiquicamente.

Apresentou, durante toda a entrevista, um humor levemente deprimido.

Motivo da consulta

Sara pretende, com o acompanhamento psicológico, conseguir ter uma melhor relação com os seus pais. Diz que precisa de "ferramentas" para saber lidar com a situação que tem em casa: uma casa onde não existem rotinas e onde sente que tem dois bebés.

Ambos os pais são toxicodependentes e Sara encara a toxicodependência dos pais como uma escolha muito egoísta de ambos, sentindo-se responsável por eles desde pequena.

Deseja conseguir não julgar tanto os pais e lidar melhor com a situação, sair do papel de vítima onde sente que se coloca. Quer redefinir a imagem que tem de si própria, marcada por sentimentos de frustração, impotência e baixa autoestima.

Sara deseja sentir-se mais segura de si.

Antecedentes Familiares

Tio paterno morreu de ataque cardíaco;

Mãe foi diagnosticada há cerca de 6 anos com perturbação depressiva.

Antecedentes Psiquiátricos

Sara iniciou ataques de pânico aos 20 anos, com sintomas físicos intensos (taquicardia, falta de ar, sensação iminente de morte), que duraram cerca de um ano. Relaciona o início desses episódios com a morte súbita de um tio paterno de ataque cardíaco. Deslocava-se várias vezes ao hospital da sua zona de residência e chegava a ter vergonha de lá ir porque sentia que já a reconheciam, por aí se deslocar tantas vezes. Os episódios eram recorrentes, quase diários, e esse período terá sido extremamente desgastante. Teve acompanhamento psicológico em contexto hospitalar, mas não gostou da experiência porque sentia que a psicóloga "apenas dizia que sim com a cabeça" (sic). Nunca quis tomar medicação para os ataques de pânico, apenas um ansiolítico em SOS (Xanax 0,5mg). Diz que o motivo para rejeitar a medicação sempre foi o medo de ficar como a sua mãe, "sem conseguir fazer nada" (sic). Fez muitos exames para eventual despiste de outras doenças, mas todos os resultados foram negativos, e, no espaço de um ano, começou a conseguir controlar os ataques de pânico por já saber lidar com a

sintomatologia associada. Refere que, atualmente, quando começa a sentir o braço mais dormente ou fica com o coração mais acelerado, tenta controlar com a respiração, pois sabe que provavelmente vai ter um ataque de pânico, mas já não deixa a ansiedade escalar da mesma maneira pois sabe que, no fundo, não vai acontecer nada. Já sabe que não vai morrer, como acreditava no seu primeiro ataque de pânico: "sei que é apenas aquilo e depois passa" (sic).

2.2. Resumo do acompanhamento

Sara tem um perfil reservado, mas mostrou-se sempre muito colaborante ao longo das sessões.

Contudo, apesar de se mostrar à vontade nas consultas, admite que falar sobre si lhe é "esquisito" (sic), sobretudo por nem sempre conseguir expressar com clareza o que sente.

Revela, também, alguma dificuldade em manter a assiduidade, muito devido à sua instabilidade emocional e ao cansaço acumulado. Ainda assim, reforça que valoriza o espaço terapêutico e reconhece que as mudanças exigem tempo e compromisso pessoal.

Numa das sessões, Sara demonstra uma abertura emocional significativa e comove-se pela primeira vez em sessão (algo que refere ser muito difícil fazer na frente de outros), reconhecendo as dificuldades relatadas, mas mantendo sempre a disponibilidade para dar continuidade ao processo terapêutico. Refere que este lhe desperta diversas reflexões, embora admita ter dificuldade em mantê-las presentes no quotidiano.

Identifica como objetivo trabalhar os seus próprios pensamentos, por vezes distorcidos, e reconhece que o acompanhamento psicológico tem contribuído para um maior autoconhecimento.

2.3. Síntese das sessões

Sara partilhou que acredita que o seu nascimento foi acidental e ter sido a sua chegada o principal motivo para os pais terem permanecido juntos (a mãe tinha 18 anos quando engravidou). Refere não saber muitos detalhes sobre o parto, nem mesmo se a mãe consumiu drogas durante a gravidez (sabe que antes da gravidez consumia).

Nunca quis falar sobre esse tema com a mãe, mas diz ter a certeza que não foi planeada. Quando Sara tinha 12 anos, a mãe engravidou novamente. Na altura, ela pediu muito à mãe que ficasse com o bebé, porque queria muito ter um irmão. Mas a mãe interrompeu voluntariamente a gravidez, o que a revoltou durante muitos anos. No entanto, hoje percebe que foi a melhor decisão, porque os pais não teriam condições para ter outro filho.

Relativamente à infância, disse, ao longo das sessões, não guardar muitas recordações e referiu não poder dizer que foi uma infância boa. Diz ter, ainda, alguns flashes dessa fase, mas não guardar nada de muito bom. Viveu entre duas cidades e recorda estar muitas vezes com a sua avó paterna, que era a típica mulher do Norte, muito autoritária. Conta que ela chegou a bater-lhe várias vezes com vassouras e cabo de esfregonas.

Diz, também, que enquanto os pais estiveram separados (cerca de 6 anos) viveu com a mãe e com a sua avó materna, onde dormiu com a mãe até, pelo menos, aos 10 anos. Pouco antes da reconciliação dos pais e o seu regresso à outra cidade, deixou de dormir com a mãe e foi dormir num quarto ao lado.

Recorda ir a lugares com o seu pai comprar droga, mas, na altura, não compreendia o que eram esses locais. Diz que até chegava a adormecer às cavalitas do seu pai (como era pequena, conseguia deitar a cabeça na dele e dormir). Também se lembra que paravam em cafés e que comia imensas "porcarias" (sic) que gostava: bolos, sumos, etc.

Recorda, também, que o seu pai a adormecia quando ficava com ele aos fins-de-semana. No entanto, sentia que só o fazia para se poder ir embora de casa, isto porque ele saía assim que ela adormecia e nunca dizia para onde ia. Perguntada se ficava em casa sozinha, diz "acho que a minha avó paterna vivia lá nessa altura…" (sic). Ainda assim, este ato do pai provocava-lhe sensações que reconhece como sendo de abandono e de tristeza.

Tinha amigos do bairro, com quem brincava e com quem ainda mantém contacto, ainda que distante.

Como aluna, diz que era uma aluna normal. Reprovou no 6.º ano e recorda que o que mais a magoou foi a falta de atenção por parte dos pais. Houve apenas uma breve e única conversa em que lhe disseram que, no ano seguinte, teria de se esforçar mais, mas ficaram por aí, não tendo havido qualquer acompanhamento ou envolvimento adicional. Sente-se revoltada em relação à sua infância, não só por já não poder voltar a ela, mas também por sentir que os pais lhe podiam e deviam ter dado muito mais.

Nunca presenciou comportamentos violentos entre os pais e estes nunca foram agressivos consigo. Apesar de ambos manterem uma relação com alguns gestos de carinho, nunca foram afetuosos consigo e hoje sente que isso a tornou mais fria e distante, o que contribui para o seu afastamento emocional.

Sara relata ausência de memórias da mãe na infância. Lembra-se apenas de alguns momentos, sobretudo com uma prima que cuidava muito bem dela e tratava-a como se fosse o seu "nenuco" (sic) - dava-lhe banho, obrigava-a a comer. Um episódio marcante da sua infância foi quando essa prima lhe descobriu uma carraça nas costas, situação resolvida pela sua tia, sem

qualquer envolvimento dos pais. Perante a descrição desse episódio, conclui que foi sobrevivendo graças ao cuidado de outros, sentindo que lhe faltou supervisão e atenção parental: "Eu acho que sobrevivi, fui sobrevivendo ao longos dos anos por malabarismo dos outros, porque não foram os meus pais que descobriram isto. Eu não tinha aquela supervisão necessária para descobrir que a filha tem uma carraça nas costas" (sic).

Mais tarde, já na adolescência, tratou durante muitos anos da sua avó materna. Era Sara que lhe dava sempre banho. Certo dia, a avó começou a falar com a boca para o lado e Sara recorda-se de ter corrido pelas casas vizinhas a pedir ajuda, ao perceber que se tratava de um AVC. Graças à sua intervenção rápida, o episódio foi detetado a tempo e a avó recuperou quase sem sequelas.

Não guarda amigos do tempo do liceu porque não se identificava com eles, sentindo-se diferente e deslocada. Diz que eram uns selvagens, que se punham em cima das cadeiras e não a deixavam ouvir o que os professores diziam. Admite, também, ter preferido manter distância por não querer expor a sua realidade familiar.

Aquando da sua primeira menstruação, lembra-se de estar na escola e ter ligado à mãe porque se sentia suja e ela foi buscá-la com alguma rapidez. Recorda-se que a mãe até foi muito despachada e muito "normal" a resolver a situação.

Durante as sessões, foi aprofundada a dinâmica familiar: a sua mãe tem 48 anos e tem duas irmãs e um irmão. Recebe uma pensão por invalidez há muitos anos porque teve um acidente de carro e ficou com sequelas a nível de atenção e memória recente.

Foi diagnosticada há cerca de 6 anos com perturbação depressiva e "toma antidepressivos e muitos ansiolíticos" (sic).

Sara não consegue conversar com ela. Diz que as conversas não têm um fio condutor e que é muito esquecida, que perde objetos e é distraída. Tudo isto, conjugado com a droga, torna, segundo Sara, a convivência quase impossível, só conseguindo falar com ela a discutir ou aos gritos.

Percebe que é mais exigente com a mãe do que com o pai. Justifica esta diferença por considerar que as mães deveriam ter uma certa obrigação para com os filhos, admitindo expetativas mais elevadas face ao papel materno e, também, por ela não ter querido trabalhar e ter escolhido viver da sua reforma por invalidez, retirando apenas 300/350€ por mês.

A mãe interrompeu o consumo de droga durante uma fase da sua vida - enquanto esteve separada do pai e viveram com a sua avó materna -, mas, desde que se reconciliou com o pai, voltou a consumir. Ambos costumam drogar-se na garagem de casa.

Apesar de viverem os três na mesma casa, vivem vidas independentes, ou seja, nunca se sentam para jantar juntos ou fazer programas juntos. Dividem as despesas, incluindo refeições e eletricidade. Sara refere que também nunca passou férias com eles durante a sua vida.

Diz não saber o que a sua mãe faz durante o dia, porque não a vê a fazer nada. Relata que ela se deita muito tarde, acorda muito tarde e que tem horários completamente desregulados. Pondera recorrer a um neuropsicólogo da Instituição para avaliação de uma possível deterioração cognitiva da sua mãe, eventualmente associada a uma perturbação neurológica ou ao uso excessivo de ansiolíticos. Mostra receio de expor a sua situação familiar no seu contexto profissional, revelando preocupação com julgamentos externos.

Reconhece que gostaria que a mãe cuidasse mais de si e da família, expressando tristeza por essa ausência de cuidado.

Já o seu pai tem 60 anos, trabalha na construção civil, é toxicodependente desde os 10 anos e nunca procurou sair dessa vida. É para Sara um "caso perdido" (sic). Tem 7 irmãos e o pai deles morreu quando ele tinha 6 anos e Sara pensa que pode ter sido esse o motivo que o terá feito começar a consumir drogas tão novo. Já tentou, através de conversas com um tio, irmão do pai, ver como poderia fazer para que o pai deixasse de ter hábitos de consumo, mas acredita que, se o pai o fizesse, entraria no vício do álcool ou semelhante. O pai fuma heroína e faz metadona à mistura, uma vez que, segundo Sara, não deve ter dinheiro para sustentar apenas o consumo de heroína.

Diz que, ainda assim, até se dá bem com o pai, que consegue conversar com ele sobre coisas banais, mas que, durante a infância, ele a fez ver coisas que uma criança nunca deveria ver, tais como os locais onde a levava às cavalitas para comprar droga e que ela não esquece. Considera que acabou por fumar muitos anos da sua vida por viver em ambientes de fumo, tendo, por tal, criado aversão a esses ambientes.

Sara vê o consumo de substâncias por parte dos pais como uma escolha profundamente egoísta. Afirma já ter tentado transmitir esse sentimento a ambos de múltiplas formas: a chorar, em conversas sérias ou em discussões. No entanto, segundo a própria, essas tentativas têm-se revelado infrutíferas, uma vez que os pais continuam a optar por consumir.

Mantém uma relação estável com Pedro, militar, que descreve como muito querido, há cerca de 7/8 anos. Conheceram-se através da namorada de um amigo e gostaram logo muito da companhia um do outro. Interromperam o namoro durante 2 anos, quando Pedro foi jogar futebol para o Norte e só voltava aos fins-de-semana. Nessa altura, Sara teve outro rapaz e não está certa se Pedro também teve alguém.

Mostra-se afetuosa de forma prática, através de gestos e surpresas, embora não aprecie manifestações românticas mais explícitas.

Confessa estar desgastada com o trabalho atual, sentindo que o seu esforço não é reconhecido, estando, por tal, a ponderar enviar currículos e/ou retomar estudos na área da contabilidade, embora não se sinta, neste momento, com tempo nem energia para isso.

Diz que chora frequentemente durante a noite, sozinha, devido à situação familiar e ao elevado stresse profissional que atualmente enfrenta, e que quase nunca consegue fazê-lo na presença de outras pessoas.

Atualmente, quer sair de casa para ir viver com Pedro, mas não está a conseguir encontrar nenhuma casa para comprar ou arrendar que seja compatível com o valor que pode oferecer. Sente que a saída de casa pode ser uma solução para mudar a relação com os pais, uma vez que já não terá de lidar com eles numa base diária. Contudo, preocupa-a deixá-los sozinhos, pois tem medo que se desorganizem ainda mais, embora sinta que os pais conseguem fazê-lo melhor quando não está presente. Considera que esta crença advém de sentir que os pais conseguem fazer mais tarefas quando não estão com medo de ser criticados, algo que admite fazer bastante. Também tem preocupações quanto à mudança de casa por sentir-se responsável pelo cão, que permanece sob os cuidados da mãe durante o dia.

Um dia ideal, para si, seria aquele em que pudesse comer à mesa com os seus pais ou chegar a casa e não ter muita louça por lavar, a casa por aspirar ou, então, apenas saber que a mãe esteve a fazer qualquer coisa, como, por exemplo, uma sopa.

É extremamente organizada e perfecionista: prepara ementas semanais para si e para os dias em que o namorado vai jantar a sua casa e tende a planear tudo.

Tem dificuldades em engordar e crê que se deve à ansiedade que sente. Esta manifesta-se através do seu coração, que bate mais rápido, tendo, por vezes, a sensação de não conseguir respirar.

(…)

No desenrolar das sessões, Sara foi transferida para outra receção da Instituição, na qual sente menos liberdade e menos conforto. Queixa-se de ruído constante, dores de cabeça e insónia. Refere que, embora compreenda racionalmente a razão da troca (menos produção na equipa anterior), sente desgaste, ansiedade e desmotivação, e pondera apresentar baixa médica e rescindir o contrato, utilizando esse tempo para procurar outro trabalho ou mudar-se para outra cidade com o namorado, uma vez que este teve uma oferta de trabalho para ir para essa cidade há uns tempos, mas Sara sempre teve medo de arriscar, não conseguir trabalho e acabar por ficar como a sua mãe, pelo que recusaram.

Relata que se apercebeu que há cerca de um ano deixou de tratar a mãe por "mãe", referindo um distanciamento crescente, resultante do acumular de conflitos e da perceção de que a mãe se encontra cada vez mais "débil", o que a leva à impaciência e ao conflito constante.

Sente-se desanimada com a procura de trabalho e com a procura de casa: apenas a chamaram para uma entrevista de emprego que não correu bem: precisavam de alguém com extrema flexibilidade de horários e não foram muito abertos com ela sobre ordenados; e as casas apresentam preços muito acima dos que pode, neste momento, comportar.

Diz que tem tido muitas insónias, que a sua cabeça não para de pensar em temas aleatórios durante a noite e que os seus dias na nova receção demoram muito tempo a passar, que são um "suplício" (sic) e que tem pensado em pôr uma baixa médica.

Recorda os tempos em que fazia desporto e no quanto isso a ajudava a adormecer.

(…)

Nas últimas sessões, Sara começa a começa a ter aulas de inglês online, o que encara como um investimento positivo.

Relata episódios de comunicação normal com a mãe, ainda que, muitas vezes, difícil e infantilizada.

Refere que o seu lado prático, despachado e social pode ter vindo do seu pai e que, talvez, da sua mãe, poderá ter aprendido algumas lides domésticas. Diz, também, que se tivesse de melhorar algo em si seria a pouca confiança que deposita nos outros e, também, o excesso de pensamentos que sente ter.

Transmite que vai entrar num novo trabalho e sente-se ansiosa com a mudança, que começará dentro de dois meses. Desabafa, contudo, que gostava de poder ter uma pausa entre os dois trabalhos para poder descansar. Diz que irá deixar em standby a compra da casa, continuando à procura de casa apenas para arrendamento, uma vez que já não estará efetiva numa empresa.

Considera que um estilo de vida com mais rotinas próprias, desporto e convívio social a poderiam ajudar neste momento, mencionando a possibilidade de festejar o seu 29.º aniversário que se aproxima com uma atividade diferente, como paintball, como um gesto simbólico de cuidado consigo mesma.

Diz pretender voltar a praticar natação ou estudar em regime pós-laboral, uma vez que o horário do novo trabalho o permite. Sente-se mais animada e não tão ansiosa nem com tantos pensamentos.

2.3. Compreensão do caso (à luz da Teoria Psicoafetiva)

Como acima analisado (em 6. da parte II), a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrada na Pessoa enfatiza um dos mais conhecidos conceitos de Rogers - a tendência formativa - que refere que os organismos possuem uma inclinação natural para a autoatualização (Hipólito, 2011).

Também segundo o autor, o feto pode ser afetado por traumas de diferentes origens durante a vida intrauterina, o que pode interferir nas suas potencialidades e no modo como estas se desenvolvem (Hipólito, 2011).

Importa, então, primeiramente, referir a hipótese de a mãe de Sara ter consumido substâncias durante a sua gravidez. Percebemos, em duas sessões específicas, que Sara prefere não perguntar diretamente à mãe se consumiu durante a gravidez, provavelmente pelo receio do impacto emocional que essa informação lhe poderá trazer: "Nunca lhe perguntei nem vou perguntar, porque nem quero saber" (sic). "Acho que nunca vou querer saber essa resposta" (sic). De qualquer modo, é importante colocar a hipótese de a mãe de Sara ter continuado o abuso de substâncias durante a gravidez e, por tal, Sara ter vivenciado um trauma biológico.

Segundo explicado por Ribeiro e Laneiro (2020), à luz da teoria psicoafetiva de João Hipólito, durante a gestação, o embrião está sujeito a traumas de origem biológica ou psicológica, que podem limitar o seu desenvolvimento, tanto nas suas potencialidades como nas suas atualizações. Como referido pelo autor (2011): *"É extremamente importante termos consciência de que a criança ao nascer não aparece como uma tábua rasa num universo que é o nosso (...) É um ser em crescimento, através da actualização das potencialidades não só de uma carga genética, mas também de uma carga afectiva, emocional, social, moduladas na circunstancialidade de uma gravidez, podendo esta ter-se passado bem ou mal, nomeadamente em situações de sofrimento, de doença, ou de stresse psicológico" (p.128)*

Sara teria já, então, aquando do seu nascimento, experienciado um trauma biológico que pode ter limitado o seu desenvolvimento.

Ainda a este propósito, urge referir que o autor vê o desenvolvimento do embrião como um processo autónomo, regulado internamente, conduzido por um locus de controlo interno (Hipólito, 2011).

No que respeita ao desenvolvimento psicoafetivo, um dos pontos centrais da vida de Sara e que se mostrou presente desde a primeira sessão de acompanhamento, foi o sentimento de responsabilidade para com os seus pais, sentindo-os como se de seus filhos se tratassem, chegando mesmo a afirmar que tem dois bebés em casa. Diz sentir-se cansada da situação que

vivencia, assumindo como peso a responsabilidade invertida que carrega: *"Eu não sou mãe deles, não é? Mas fui durante tanto tempo, fui tantas vezes, que eu quase que sinto que tenho dois filhos… E isto é, é cansativo…"* (sic).

Com a mudança nos modelos parentais e familiares, surgiu o conceito de parentificação, atualmente entendido como o fenómeno em que a criança, ainda na infância, é levada a desempenhar funções e responsabilidades próprias de um adulto (Rana & Das, 2021) e que se adequa ao caso de Sara.

À luz da teoria psicoafetiva, o facto de Sara assumir precocemente o papel de cuidadora dos pais pode ser interpretado como uma falha significativa nas etapas do desenvolvimento, sobretudo no que concerne à formação do Eu e à organização dos vínculos afetivos primários.

A teoria da vinculação, proposta por Bowlby (2018) e aprofundada por Ainsworth et al. (1978), realça a importância das primeiras interações com os cuidadores na construção do bem-estar emocional, identificando padrões de vinculação. No caso de Sara, que desde cedo assumiu o papel de cuidadora dos próprios pais, é possível identificar um desvio significativo nesse processo. Tal como descrito por Stratton (2025), em contextos de negligência ou instabilidade parental, muitas vezes associados a dinâmicas de disfunção familiar, a criança tende a desenvolver estilos de vinculação inseguros e a experienciar dificuldades na regulação emocional. A inversão precoce de papéis, na qual Sara se posiciona como mãe dos seus pais, compromete a possibilidade de formar vínculos afetivos seguros, aumentando o risco de ansiedade, depressão, dificuldades na autorregulação emocional, baixa autoestima e outros problemas de internalização (Kerns & Brumariu, 2014; Stratton, 2025).

A ausência de uma vinculação segura com os cuidadores primários, especialmente com a mãe, pode, então, comprometer o desenvolvimento das competências relacionais da criança, refletindo-se em dificuldades interpessoais persistentes na idade adulta (Rana & Das, 2021).

Efetivamente, Sara relata dificuldades nas interações sociais, destacando a dificuldade em expressar afeto no namoro, a incapacidade de pedir ajuda e a limitação em manter amizades para além do contexto presencial: "(…) tenho amigas que já saíram do trabalho e depois à distância não consigo manter uma relação normal, não sei explicar. Não consigo estar à vontade" (sic).

Acresce que a depressão parental pode intensificar estes comprometimentos, uma vez que as crianças tendem a imitar o estilo cognitivo e emocional depressivo dos pais (Silk et al., 2006). Tendo a mãe de Sara sido diagnosticada com uma perturbação depressiva há cerca de 6 anos, fica por esclarecer desde que idade os sintomas depressivos da mãe começaram a manifestar-se. Desde o início das sessões tornou-se evidente a falta de memórias da mãe durante

a infância e a perceção de que, mesmo que esta, atualmente, cessasse o consumo, Sara não recuperaria a figura maternal desejada.

Durante as sessões, Sara deixa aparecer o desejo frustrado por experiências familiares normativas, tais como partilhar refeições, apoio nas tarefas escolares ou gestos de cuidado, como ter uma sopa pronta ao final do dia.

Esta permanente ausência de cuidado por parte dos pais enquadra-se num trauma psicológico, bem como os ataques de pânico de Sara e a toxicodependência dos mesmos. A este propósito, refira-se a visão holística de Hipólito (2011, pp. 127-136) sobre a toxicodependência, enquadrando-a numa abordagem transdisciplinar que não esquece a qualidade da relação, que deve ser recuperada e cuidada.

Também se consideram traumas psicológicos, ainda que com uma componente social: as situações em que Sara era levada pelo pai, às cavalitas, a locais onde este comprava droga (locais que, segundo a própria, ainda hoje não consegue esquecer) e os momentos em que Sara se sentia (ou efetivamente estava) sozinha, quando o pai saía de casa logo após a adormecer.

Foram experiências difíceis e marcantes, sobretudo porque aconteceram em períodos de vulnerabilidade emocional, nos quais precisava de sentir segurança e proteção por parte do pai. Estes momentos tiveram um impacto psicológico significativo, nomeadamente na estruturação da segurança emocional, na construção da confiança relacional e na imagem de si.

Os traumas podem dificultar o acesso às potencialidades inatas do ser humano, comprometendo o seu crescimento e desenvolvimento natural. Ao interferirem na perceção de si mesma, entre o *Self* real e o *Self* desejado, limitam o processo de autoatualização e acabam por afetar o seu bem-estar psicológico (Hipólito, 2011; Ribeiro & Laneiro, 2020; Rogers, 1959).

Como potencialidades de Sara enunciem-se, então, a capacidade de amar e de se vincular (a relação com Pedro é indicadora de capacidade de estabelecer vínculo significativo e comprometimento afetivo); o desejo de pertença (a ideia de criar uma família revela uma aspiração profunda à pertença, à segurança emocional e à criação de laços duradouros); capacidade reflexiva (aptidão e vontade para pensar sobre si mesma); capacidade de organização (recurso que lhe permite manter estabilidade externa) e sentido elevado de responsabilidade (forte compromisso com os outros e consigo mesma).

Como postulado por Rogers (1959), o ser humano possui uma necessidade inata de consideração positiva, motivo pelo qual pode acabar por adaptar-se aos valores e expectativas dos outros, mesmo que em detrimento da sua autenticidade. Esta submissão a critérios externos pode comprometer a sua autoestima e dificultar a expressão espontânea do *Self*. É neste contexto que surgem as condições de valor: regras implícitas segundo as quais a pessoa aprende

que só será digna de aceitação se agir de determinada forma, condicionando assim o seu comportamento à aprovação alheia (normalmente do seu cuidador) (Proctor, 2020).

Ora, no caso da Sara, observa-se uma forte internalização das mesmas, provavelmente estabelecidas desde cedo no vínculo com os cuidadores. A sua dificuldade em expressar emoções (como por exemplo não chorar na presença do namorado, evitar falar sobre sentimentos e experienciar as emoções de forma superficial) sugere que aprendeu, desde cedo, que expressar sentimentos não era saudável e que para manter as condições de valor teria de existir uma contenção emocional.

À semelhança do que Hipólito (2011) descreve, Sara parece ter construído o seu *Self* em função de expectativas externas, moldando-se de forma muito funcional, mesmo que isso implicasse o silenciamento das suas necessidades emocionais. Este ambiente em que os próprios pais evitaram o contacto com o mundo emocional, isto é, cujas emoções foram anuladas através da droga, terá contribuído para a constituição de um locus de controlo externo nas relações afetivas e para a dificuldade em validar o seu mundo interno.

Existe, de facto, uma discrepância entre o modo como Sara se perceciona (*Self* real) e como acredita que deveria ser (*Self* ideal) e, tal como refere Hipólito, "(…) quanto maior a dissociação (…) menor é a estima de si" (Hipólito, 2011, pp. 155-156).

Sara revela, também, alguma inibição relativamente à sua família de origem, evidenciada, por exemplo, pela vergonha que sentia em levar amigos a sua casa quando estudava no liceu e, neste momento, mostrando receio de expor a sua situação familiar no seu contexto profissional ao acompanhar a mãe a uma avaliação neuropsicológica), revelando que pretende demonstrar aos outros uma imagem mais ajustada ao que considera socialmente aceitável. Esta tentativa de esconder partes de si para ser aceite pode contribuir para o seu mal-estar emocional e ser gerador de ansiedade nas interações afetivas.

Já entre as condições de atualização, destacam-se os cuidados recebidos por parte da prima, que assumiu uma função cuidadora significativa na infância; a estabilidade proporcionada pela relação com o namorado; a manutenção de laços de pertença com os amigos do bairro; bem como a sua capacidade de organização e estruturação da vida pessoal.

Por sua vez, no que respeita ao locus de controlo, Sara apresenta um locus de controlo externo, especialmente no campo afetivo e relacional (baixa autoestima, dificuldade em pedir ajuda, necessidade de aprovação), muito condicionado por vivências precoces de insegurança emocional. No entanto, em contextos estruturais e práticos, como a organização da vida pessoal, parecem existir traços de locus interno.

Por fim, compreende-se que a inexistência de uma referência parental na vida de Sara teve um impacto profundo nas suas condições de valor, afetando significativamente a construção da sua autoestima, segurança emocional, capacidade de confiar nos outros e no seu sentimento de pertença. Por tal, refletiu-se, durante as sessões, sobre como a relação precoce com os pais moldou negativamente a perceção de si própria. Foi, ainda, explorado como o padrão de autossuficiência, atualmente presente, surgiu como uma resposta adaptativa à falta de suporte emocional vivido na infância.

Procurou-se, assim, promover um espaço seguro e empático que permitisse a Sara aproximar-se das suas emoções, reconhecendo-as sem julgamento, com o objetivo de se sentir mais conectada consigo mesma. Através da escuta ativa e da aceitação incondicional, foi possível iniciar um processo de ressignificação da sua história, de uma ligação ao seu mundo emocional, partindo do princípio de que, ao compreender-se de forma autêntica, seria possível para Sara encontrar dentro de si os recursos necessários para a mudança e o crescimento pessoal.

Conclui-se que Sara é, então, bastante autónoma, mas não é livre.

Parte VI – Reflexão Final

"*Ser genuíno também envolve a disposição para ser*
e expressar, em minhas palavras e em meu comportamento,
os vários sentimentos e atitudes que existem em mim."
Rogers (1997, p. 23)

Reflexão Crítica

Concluído o estágio académico e chegado o momento de encerrar este relatório, considero importante refletir sobre as experiências vividas ao longo deste percurso, salientando tanto os aspetos mais positivos como as dificuldades sentidas.

De uma forma geral, considero que a realização do estágio em contexto de clínica privada foi, sem dúvida, uma mais-valia, permitindo-me o contacto com uma população diversificada e com problemáticas distintas. No entanto, este percurso foi também marcado por alguns obstáculos significativos.

Entre as principais limitações destacou-se a impossibilidade de realizar autonomamente consultas a utentes externos durante o estágio curricular académico. Esta limitação, em contexto privado, levantou ainda outras questões, nomeadamente o facto de a entidade de acolhimento não poder, de forma indiscriminada, isentar certos utentes do pagamento das consultas de psicologia.

Quando fui aceite para estágio num hospital privado, esta questão não me surgiu de imediato como um impedimento, pois só após um maior conhecimento da prática clínica e de quais os requisitos para a realização do estágio impostos pela faculdade percebi o impacto real desta limitação, a qual, na altura, me gerou bastante preocupação. Felizmente, com a serenidade da minha orientadora e a maturidade pessoal que fui desenvolvendo, consegui adaptar-me à realidade institucional e, seguindo a sua orientação, criei o projeto "Cuidar para Servir". Este projeto representou, para mim, a melhor solução possível, pois permitiu-me acompanhar utentes com o apoio do hospital, sem comprometer os valores legais em vigor e, simultaneamente, trabalhar de acordo com os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa.

Ultrapassada a limitação inicial relacionada com a impossibilidade de realizar consultas a utentes externos, surgiram outras dificuldades, de menor dimensão, mas igualmente relevantes. Nas rondas de internamento, a criação de uma relação de confiança tornou-se particularmente desafiante, não só pelo carácter breve e, muitas vezes, pontual do contacto com os utentes, como também pela dinâmica própria do contexto hospitalar. Esta limitação tornou mais clara a importância da continuidade temporal e da disponibilidade emocional para que uma verdadeira relação terapêutica possa surgir.

Por seu turno, nas consultas de acompanhamento, alguns utentes não aceitaram ser observados, o que, apesar de considerar absolutamente legítimo, fez-me questionar se a minha observação poderia, de algum modo, estar a interferir na relação entre os utentes e a minha orientadora de estágio. Essa reflexão levou-me a estar ainda mais atenta à importância do

espaço psicológico e da segurança emocional necessária à construção da aliança terapêutica, bem como ao respeito pela vontade e pelos limites de cada pessoa.

Outra limitação que enfrentei foi o nascimento da minha terceira filha, que ocorreu logo após a fase final do estágio curricular e que acabou por atrasar significativamente a entrega deste relatório. Ainda assim, sempre que tive de adiar este processo por razões familiares, fi-lo com a tranquilidade de quem reconhece que a presença ocupa um lugar central nos primeiros meses da maternidade.

Já entre os aspetos que mais me surpreenderam pela positiva, destaco a relação que consegui estabelecer com as utentes que acompanhei mais tempo, tanto no âmbito do projeto que implementei, como em sede de internamento. Foi particularmente interessante perceber que, nos casos que acompanhei no âmbito do projeto "Cuidar para Servir", não notei resistência por parte das utentes em partilharem aspetos íntimos e pessoais (e até profissionais), mesmo estando no seu local de trabalho. Essa experiência reforçou a minha convicção de que este tipo de acompanhamento, mesmo quando realizado dentro da Instituição, deve ser assegurado por alguém não vinculado à mesma. Assim, é possível garantir, para além do sigilo profissional inerente à prática psicológica, um sentimento acrescido de segurança por parte dos utentes, assegurando-lhes que o conteúdo das sessões se mantém confidencial.

De entre as experiências mais relevantes, o acompanhamento de Sara assumiu um lugar muito importante. Pela sua história pessoal, pela sua forma de estar e pela relação terapêutica que fomos construindo. Surpreendeu-me, principalmente, o facto de se ter emocionado numa das sessões realizadas.

Acredito que isso possa ter acontecido por Sara ter conseguido verbalizar certas vivências e ter reconhecido uma validação emocional que a fez entrar em contacto com emoções até então reprimidas. Esse momento de abertura interna mostrou-me como o espaço terapêutico pode ser importante para que a pessoa se ligue a si mesma e às suas emoções.

A experiência do acompanhamento de Sara mostrou-me, assim, a importância da relação terapêutica, que tentei sempre construir seguindo os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa: empatia, aceitação incondicional e congruência. Ao adotar estas atitudes e através de uma escuta ativa, percebi como se pode criar um ambiente de confiança, onde a pessoa se sente segura para se expressar livremente e entrar em contacto com as suas emoções, dando início ao seu próprio processo de mudança.

Baseada nestas atitudes, iniciei as primeiras consultas em contexto hospitalar, onde pude aplicar os princípios de empatia, escuta, e congruência junto dos utentes e dos profissionais de saúde.

Nas primeiras consultas, senti-me genuinamente grata pela forma como fui recebida e pela confiança que tanto a minha orientadora de estágio como a Instituição depositaram em mim. Esta experiência fez-me compreender, ainda mais, o valor do psicólogo clínico em contextos organizacionais e a importância de cuidar da saúde mental de quem cuida dos outros. Com efeito, trata-se de uma responsabilidade que, à luz do direito à proteção da saúde e das condições de trabalho dignas, deve também ser assumida pelas instituições. Foi, sem dúvida, uma etapa que me fez crescer, tanto a nível pessoal como profissional, e que reforçou a certeza do percurso que escolhi.

Outro dos elementos mais significativos deste percurso foi o acompanhamento atento e disponível das duas orientadoras que me acompanharam, tanto no estágio como na elaboração deste relatório. A qualidade das suas orientações contribuiu de forma decisiva para que esta etapa fosse vivida como um verdadeiro processo de aprendizagem, cheio de desafios construtivos, reflexão e evolução pessoal e profissional.

Este estágio trouxe-me, também, uma riqueza ímpar, que é aquela que nasce do encontro com o outro e da empatia partilhada. A leitura de obras como Tornar-se Pessoa, de Carl Rogers (que reli como se da primeira vez se tratasse) e Auto-organização e Complexidade, de João Hipólito, foi essencial para consolidar o pensamento que certamente me acompanhará nas minhas consultas futuras: que a prática clínica exige presença, escuta, autenticidade e um cuidado incondicional por quem temos diante de nós.

Referências Bibliográficas

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology press.

Aires-Conçalves, S., & Coelho, R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 7*(1-2), 65-75.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(s420), 28–37. https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x

Angelocci, L., Misson, I. J., Contarin, L. S., Seles, B. L., Augusto, B. S., Padovini, L., & Cristina, J. (2020). A prática profissional de psicólogos em ambiente hospitalar e seus desafios. *Psicologia: Um olhar do mundo real*, *1*, 26-35. https://doi.org/10.37885/200500313

American Psychiatric Association (APA) American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS spectrums*, *24*(1), 78-87. https://doi:10.1017/S1092852918001347

Anderson, A. S., Siciliano, R. E., Pillai, A., Jiang, W., & Compas, B. E. (2023). Parental drug use disorders and youth psychopathology: Meta-analytic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 244, 109793. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109793

Awiszus, A., Koenig, M., & Vaisarova, J. (2022). *Parenting styles and their effect on child development and outcome. Journal of Student Research, 11*(3). https://doi.org/10.47611/jsrhs.v11i3.3679

Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, *19*(2), 93-107. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow

Barnhill, J. W. (2023). Panic attacks and panic disorder. In *MSD Manual Professional Edition.*

Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. Psilogos, 1(2), 18-23. https://doi.org/10.25752/psi.6071

Bowlby, J. (2018). The nature of the child's tie to his mother 1. In *Influential Papers from the 1950s* (pp. 222-273). Routledge.

Branco, P. C. C. (2020). A Ideia da Consideração Positiva Incondicional como Epoché: Limites e Suspensão do Quê? Estudos e Pesquisas em Psicologia, 20(4), 1088-1107. https://doi.org/10.12957/epp.2020.56652

Brites, R., & Nunes, O. (2011). Pósfacio. In J. Hipólito, *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano* (pp. 163–164). Lisboa: Ediual.https://repositorio.ual.pt/entities/publication/31705625-9e5a-47bc-85f8-5092981e379a

Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1.º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Campana, A.M. (2014). A intervenção psicológica em contexto privado: Oficina de Psicologia [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada]. Repositório Institucional da Universidade Lusíada. http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1257/4/mpc_alexandre_campana_dissertacao.pdf

Cavaleiro, A., Queirós, P., Azeredo, Z., Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2013). Perturbações afectivo-emocionais no contexto de cuidados em cuidados continuados.

Envelhecimento & Inovação, *(número especial)*, 37–45. https://www.researchgate.net/publication/267270080

Chan, A. T. C., Ip, R. T. F., Tran, J. Y. S., Chan, J. Y. C., & Tsoi, K. K. F. (2024). Computerized cognitive training for memory functions in mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and meta-analysis. *npj Digital Medicine*, 7(1), 1–10. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00987-5

Correia, D. T. (Coord.). (2014). *Manual de* Psicopatologia. Lisboa: Lidel.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, *9*(3), 369-388.

Cypel, S. (2013). Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. In *Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos* (pp. 174-174).

Cury, B. D. M., Lopes, L. B., & Linhares, D. P. (2012). Abordagem centrada na pessoa: diretividade na perspectiva do cliente. https://doi.org/10.1177/089124301015003003

DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, *170*(7), ITC49-ITC64. https://doi.org/10.7326/AITC201904020

Donaghay-Spire EG, McGowan J, Griffiths K, Barazzone N. Exploring narratives of psychological input in the acute inpatient setting. Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice. 2016;89(4):464–482. https://doi.org/10.1111/papt.12081

Eager, E. (2010). Summary and evaluation of Carl Rogers' necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *The Person-Centered Journal*, *17*(1-2), 108-117.

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). (2014). *Healthy workplaces good practice awards 2014–2015: Managing stress and psychosocial risks at work*. Publications Office of the European Union. https://osha.europa.eu/sites/default/files/healthy-workplaces-good-practice-awards2014-2015booklet.pdf

European Agency for Safety and Health at Work. (EU-OSHA). (2021). *Psychosocial risks and mental health at work*. https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress

Figlie, N., Fontes, A., Moraes, E., & Payá, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 53–62. https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000200003

Fix, G. M., Kim, B., Ruben, M. A., & McCullough, M. B. (2022). Direct observation methods: a practical guide for health researchers. *Pec Innovation*, *1*, 100036. https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100036

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975, 12:189–98.

Fontgalland, R. C., & Moreira, V. (2012). Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. Memorandum: Memória e História em Psicologia, 23, 32-56.

Forrester, D., & Harwin, J. (2011). *Parents who misuse drugs and alcohol: Effective interventions in social work and child protection*. John Wiley & Sons.

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). Mini-Mental State Examination (MMSE). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e testes na demência* (3.ª ed., pp. 18–23). Novartis.

Frosch CA, Schoppe-Sullivan SJ, O'Banion DD. Parenting and Child Development: A Relational Health Perspective. Am J Lifestyle Med. 2019 May 26;15(1):45-59. https://doi.org/10.1177/1559827619849028

Gale, C., & Davidson, O. (2007). Generalised anxiety disorder. *Bmj*, *334*(7593), 579-581. https://doi.org/10.1136/bmj.39133.559282.BE

Ginó, S., Mendes, T., Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2015). Queixas Subjetivas de Memória (QSM). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e testes na demência* (3.ª ed., pp. 44–49). Novartis.

Ginó, S., Mendes, T., Ribeiro, F., Mendonça, A., Guerreiro, M., & Garcia, C. (2007). Escala de Queixas de Memória. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds.), Escalas e testes na demência (pp. 117–120). Lisboa: GEECD.

Guaiana G, Meader N, Barbui C, Davies SJC, Furukawa TA, Imai H, Dias S, Caldwell DM, Koesters M, Tajika A, Bighelli I, Pompoli A, Cipriani A, Dawson S, Robertson L. Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 11. Art. No.: CD012729. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012729.pub3.

Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P. (2018). Psychosocial interventions for patients with breast cancer: A systematic review. Psycho-Oncology.

Hassard, J., Cox, T., Murawski, S., De Meyer, S., Muylaert, K., Flintrop, J., & Podniece, Z. (2011). Mental health promotion in the workplace–A good practice report.

Hecker, J. E., Losee, M. C., Roberson-Nay, R., & Maki, K. (2004). Mastery of your anxiety and panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*(2), 111-126.

Hsiao, J. J., Lu, P. H., Grill, J. D., & Teng, E. (2015). Longitudinal declines in instrumental activities of daily living in stable and progressive mild cognitive impairment. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *39*(1-2), 12-24. https://doi.org.10.1159/000365587

Hosokawa, R., Tomozawa, R., & Katsura, T. (2023). Associations between family routines, family relationships, and children's behavior. *Journal of Child and Family Studies*, *32*(12), 3988-3998. https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-023-02687-w

Hosokawa, R., Tomozawa, R., Fujimoto, M., & Katsura, T. (2024). Family events and child behavior in late childhood: a cross-sectional study. *BMC pediatrics*, *24*(1), 754. https://doi.org/10.1186/s12887-024-05233-9

Hulbert-Williams, N. J., Beatty, L., & Dhillon, H. M. (2018). Psychological support for patients with cancer: Evidence review and suggestions for future developments. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 12*(3), 276-292.

Hipólito, J. (2011). Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano. EDIUAL. p. 36-37; 147-162. https://repositorio.ual.pt/entities/publication/31705625-9e5a-47bc-85f8-5092981e379a

Instituto Nacional de Estatística. (2025, 2 de abril). *Dia Mundial da Saúde – 7 de abril de 2025* [Relatório em PDF]. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=701626386&DESTAQUESmodo=2

Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahbabi, A. A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, *30*(1), 44. https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3

Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J., ... & Frölich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's research & therapy*, *7*, 1-20. https://doi.org/10.1186/s13195-015-0099-0

Keller, M. B. (2002). The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 11-16.

Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent–child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence?. *Child development perspectives*, *8*(1), 12-17. https://doi.org.10.1017/S0954579409990344

Kessler RC, WT Chiu, Jin R, et al: The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 63(4):415-424, 2006. https://doi.org.10.1001/archpsyc.63.4.415

Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment*, 22-26.

Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(1), 37-51. https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.37

Kolden, G. G., Wang, C.-C., Austin, S. B., Chang, Y., & Klein, M. H. (2018). *Congruence/genuineness: A meta-analysis*. *Psychotherapy, 55*(4), 424–433.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*.

Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social work in public health*, *28*(3-4), 194-205.

Leal, I. (2011). Prefácio. In J. Hipólito, *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano* (pp. 9–11). EDIUAL. https://repositorio.ual.pt/entities/publication/31705625-9e5a-47bc-85f8-5092981e379a

Liew, T. M. (2020). Subjective cognitive decline, anxiety symptoms, and the risk of mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer's Research & Therapy, 12*(1), 107. https://doi.org/10.1186/s13195-020-00673-8

Lopez, M. N., Quan, N. M., & Carvajal, P. M. (2010). A psychometric study of the Geriatric Depression Scale. *European Journal of Psychological Assessment*. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000008

Madureira, S., Moleiro, C., Verdelho, A., de Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2015). Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). In M. R. Simões, I. Santana, &

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Orgs.), *Escalas e testes na demência* (3.ª ed., pp. 140–145). Novartis.

McLanahan, S., Tach, L., & Schneider, D. (2013). The causal effects of father absence. Annual Review of Sociology, 39, 399-427. doi:10.1146/annurev-soc-071312-145704

Mendes-Sousa, M. M., Perrone, M. B., de Melo, R. B., Ribeiro, M. V., Chao, Q., Torres, C., ... & Caetano, S. C. (2025). The impact of family stress and resilience on child development: a scoping review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *47*, e20220556. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0556

Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., ... & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American psychologist*, *56*(2), 128.
https://doi.org//10.1037//OOO3-O66X.56.2.128

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2018). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology, 12*(2), 160-174. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X

Montorio, I., & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International psychogeriatrics*, *8*(1), 103-112. https://doi.org/10.1017/S1041610296002505

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

Morato, C. F. S., Gonçalves, A. L. C., Pereira, L. M. O., & Silva, D. R. G. (2024). Relação entre a dependência química de pais e o desenvolvimento de dependência química em seus filhos. *Revista Contemporânea*, 4(5), e4482. https://doi.org/10.56083/RCV4N5-200

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, *16*(2), 361-388.

M Solis, J., M Shadur, J., R Burns, A., & M Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*, *5*(2), 135-147.

OCDE/Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2024), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt.

Organização Mundial de Saúde. (2019). Transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico. Classificação Internacional das Doenças (11ª edição).

Parsey, C. M., & Schmitter-Edgecombe, M. (2011). Quantitative and qualitative analyses of the clock drawing test in mild cognitive impairment and Alzheimer disease: Evaluation of a modified scoring system. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 24*(2), 108–118. https://doi.org/10.1177/0891988711402349

Pereira, J.M. & Manarte, L. (2014). Perturbação de Ansiedade. In P. Afonso, M.L. Figueira & D. Sampaio (Coords), Manual de psiquiatria clínica (1ª ed.). Lidel.

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, *256*(3), 183-194. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x

Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G. S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G. S., Sager, M., Stevens, J., & Rae-Grant, A. (2018). *Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology*. *Neurology, 90*(3), 126–135. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826

Proctor, C. (2020). Conditions of worth (Rogers). In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 820-823). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1459-1

Rana, R., & Das, A. (2021). Parentification: A review paper. *The International Journal of Indian Psychology*, *9*(1), 44-50. https://doi.org/10.25215/0901.006

Romanowicz, M., Vande Voort, J.L., Shekunov, J. *et al.* The effects of parental opioid use on the parent–child relationship and children's developmental and behavioral outcomes: a systematic review of published reports. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **13**, 5 (2019). https://doi.org/10.1186/s13034-019-0266-3

Ribeiro, E. G., & Laneiro, T. (2020). Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Compreensão do Aconselhamento Psicológico (Counselling). Revista Enfermagem e Saúde Coletiva REVESC, 5(2), 2-12.

Ribeiro, E. G., dos Reis, I. A. D. S., & Kuster, K. E. (2022). A Psicologia e Práticas Psicoterápicas no Âmbito Hospitalar. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC*, *7*(1), 2-12.

Rogers, C. R. (1947). *Some Observations on the Organization of Personality*. *American Psychologist, 2*(9), 358–368

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology, 21*(2), 95. https://doi.org/10.1037/h0045357

Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Vol. 3, No. 1, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1997). *Tornar-se pessoa: Reflexões sobre psicoterapia* (Obra original publicada em 1961). Lisboa: Moraes Editores.

Santana, I., Duro, D., Freitas, S., Alves, L., & Simões, M. R. (2013). *The Clock Drawing Test: Portuguese norms, by age and education, for three different scoring systems*. *Archives of Clinical Neuropsychology, 28*(4), 375–387. https://doi.org/10.1093/arclin/act016

Santana, I., Duro, D., Freitas, S., Alves, L., & Simões, M. R. (2015). Teste do desenho do relógio (Clock Drawing Test; CDT). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e testes na demência* (3.ª ed., pp. 38-43). Novartis

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Costa, V., Simões, M. & Freitas, S. (2016). Mini-mental State Examination: avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio

e Diagnóstico do Défice Cognitivo. Revista Científica da Ordem dos Médicos, 29(4), 240-248. https://doi.org/10.20344/amp.6889

Schmand, B., Jonker, C., Hooijer, C., & Lindeboom, J. (1996). Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*, *46*(1), 121-125. https://doi.org/10.1212/WNL.46.1.12

Sheik, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale: Recent evidence and development of a shorter version. Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention.

Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A. A., & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(1), 69-78. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01440.x

Silva, S. A., Pires, A. P., & Gouveia, M. J. (2015). *Toxicodependência e maternidade: uma revisão de literatura.* Psicologia Clínica, 27(1), 83–100. https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100005

Simon, M. A. (Ed.) (1993). Psicología de la salud. Apli-caciones clínicas y estrategias de intervención.Madrid: Pirámide

Smith, V. C., Wilson, C. R., Committee on Substance Use and Prevention, Ryan, S. A., Gonzalez, P. K., Patrick, S. W., ... & Walker, L. R. (2016). Families affected by parental substance use. *Pediatrics*, *138*(2), e20161575.

Soares, L., Barbosa, P., Aguiar, A., & Pinto, M. (2023). Clinical psychology and the new technological challenges after Covid-19. https://doi.org/10.31031/NPMS.2023.01.000510

Sousa, L., & Firmino, H. (2015). Escala de Depressão Geriátrica (GDS). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e testes na demência* (3.ª ed., pp. 128-133). Novartis.

Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 8*, 7–15. https://scielo.pt/pdf/rpesm/n8/n8a02.pdf

Stratton, M. (2025). The Neurodevelopmental Cost of Addiction: Parental Substance Use and Its Effects on Emotional Regulation and attachment in Children.

de Sousa, P. M., Ferreira, J. M., Gonçalves, P. C., Fonseca, M. J., Seixas, M., Videira, I., ... & Sá, M. C. (2023). Projeto de Intervenção para Melhoria do Desempenho Cognitivo em Doentes com Défice Cognitivo Ligeiro. *Gazeta Médica*, 81-87. https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.631

Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, *373*(21), 2059-2068. https://doi.org.10.1056/NEJMcp1502514

Tang, S. (2023). The Power and Significance of Psychological Assessment. *The Psychiatrist: Clinical and Therapeutic Journal* https://doi.org.10.4172/tpctj.1000217

Teichner, P. D. Preliminary Evidence Demonstrating the Utility of the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence–Second Edition (WASI-II) in the Neurocognitive Assessment of Alzheimer's Disease. *Archives of Assessment Psychology*, *12*(1), 91-105. 2022

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, *22*(3), 441-448 https://doi.org/10.14417/ap.214

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: Phenomenological Studies*, *20*(1), 13-20.

Terlizzi, E. P., & Villarroel, M. A. (2020). Symptoms of generalized anxiety disorder among adults: United States, 2019. https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db378-H.pdf

Thompson, E. M. P. R. A. (2008). Parents' Role in Children's Personality Development The Psychological Resource Principle. *Handbook of personality: Theory and research*, 351.

Vasconcelos, J. R. D. O., Lôbo, A. P. D. S., & Melo, V. L. D. (2015). Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, *64*(4), 259-265.

Velleman, R., & Templeton, L. (2016). Impact *of parents' substance misuse on children: an update*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 22(2), 108–117. https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014449ResearchGate+6

Viegas, J., & Saraiva, C.B. (2014). Perturbação de Pânico e agorafobia. In C.B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords), Psiquiatria Fundamental (1ª ed., pp. 239-249). Lidel.

Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family and Community Medicine*, *12*(2), 63-70.

Wang, Y. Y., Wang, X. X., Chen, L., Liu, Y., & Li, Y. R. (2023). A systematic review and network meta-analysis comparing various non-pharmacological treatments for older people with mild cognitive impairment. *Asian Journal of Psychiatry*, *86*, 103635. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103635

Warren, S. L., Reid, E., Whitfield, P., & Moustafa, A. A. (2022). Subjective memory complaints as a predictor of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Discover Psychology*, *2*(1), 13. https://doi.org/10.1007/s44202-022-00031-9

Witty, M. C. (2007). Client-centered therapy. In *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, and prevention* (pp. 35-50). Boston, MA: Springer US. https://10.1007/978-0-387-29681-4_3

Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*, *17*(3), 173-179.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49. https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4

Xiong, H., Guo, R., & Shi, H. (2020). Altered Default Mode Network and Salience Network Functional Connectivity in Patients with Generalized Anxiety Disorders: An ICA 129 Based Resting-State fMRI Study. Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine, 2020, 1-9. doi: 10.1155/2020/40489160

Zemp M, Fang S, Johnson MD. Family shapes child development: The role of codevelopmental trajectories of interparental conflict and emotional warmth for children's longitudinal development of internalizing and externalizing problems. *Development and Psychopathology*. Publicado online 2024:1-14. doi:10.1017/S0954579424001524

Zhu, X., Dou, D., & Karatzias, T. (2024). Parental influence on child social and emotional functioning. *Frontiers in psychology*, *15*, 1392772. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1392772