



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **Relatório de Estágio**

**Ana da Conceição Ferraz Teixeira**

**Relatório de Estágio** conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

---

**Gandra, setembro 2024**

**Ana da Conceição Ferraz Teixeira**

**Relatório de Estágio** conducente ao **Grau de Mestre** em  
**Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Trabalho realizado sob a Orientação e Supervisão do

**Prof. Doutor José Carlos Rocha**

## **Declaração de integridade**

Eu, Ana da Conceição Ferraz Teixeira, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro, com total integridade e responsabilidade, que na elaboração deste Relatório de Estágio agi de acordo com os princípios éticos e académicos estabelecidos.

Afirmo que em nenhuma fase do processo recorri a práticas desonestas, como a falsificação de resultados ou o plágio, entendido como o ato de assumir indevidamente a autoria de trabalho intelectual alheio, no todo ou em parte.

Declaro ainda que todas as citações e ideias retiradas de trabalhos de outros autores foram devidamente referenciadas ou parafraseadas, respeitando os critérios académicos, e que as fontes bibliográficas utilizadas foram corretamente citadas ao longo deste relatório.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora de estágio, Dra. Marta, pela orientação, apoio incondicional e partilha de conhecimento durante todo este processo. A sua experiência e paciência foram fundamentais para a minha aprendizagem e crescimento nesta etapa tão crucial.

Aos profissionais do centro hospitalar, especialmente à equipa de pediatria, por me terem recebido de forma calorosa e me proporcionarem a oportunidade de colaborar num ambiente tão enriquecedor.

À minha família, ao meu namorado e às minhas amigas, em especial à Carolina, deixo um agradecimento especial pelo apoio constante, paciência e encorajamento nos momentos mais desafiantes.

Ao Prof. Dr. José Carlos Rocha, pela sua orientação, paciência e apoio durante todo o meu percurso académico.

Por fim, agradeço a todas as crianças e famílias com quem tive a oportunidade de trabalhar durante o estágio. A vossa resiliência e determinação lembram-me diariamente e a importância e a responsabilidade da profissão que decidi seguir.

## Índice

Introdução.....	9
Capítulo 1.....	10
1. Caracterização do local de estágio.....	10
Capítulo II.....	15
2. Descrição atividades de estágio.....	15
2.1. Avaliação psicológica e neuropsicológica.....	19
2.2. Acompanhamento psicológico.....	25
Capítulo III.....	26
3. Estudos de Caso.....	26
Reflexão crítica.....	46
Bibliografia.....	48

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1-</b> Plano de atividades desenvolvidas no Centro Hospitalar.....	18
<b>Tabela 2-</b> Apresentação e descrição das provas de avaliação utilizadas .....	20
<b>Tabela 3-</b> Casos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	21
<b>Tabela 4-</b> Resultados obtidos ao nível do QI.....	29
<b>Tabela 5-</b> Resultados obtidos nos Índices .....	29
<b>Tabela 6-</b> Análise Memória de Dígitos.....	30

## Índice de ilustrações

<b>Figura 1-</b> Organigrama do Serviço de Psicologia .....	12
<b>Figura 2-</b> Idade Teste vs Idade Cronológica .....	30

## **Siglas**

**IUCS** - Instituto Universitário de Ciências da Saúde

**CH** - Centro Hospitalar

**DPSM** - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

**GRIFFITHS-III** – Griffiths Scales of Child Development, 3rd Edition

**WISC-III** – Wechsler Intelligence Scale for Children - 3rd edition

**BANC** – Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra

**PDI** – Perturbação de Défice Intelectual

**PDA** – Perturbação de Défice de Atenção

**QI** – Quociente de Inteligência

**QIV** – Quociente de Inteligência Verbal

**QIR** – Quociente de Inteligência de Realização

**QEC**- Quociente da Escala Completa

**ICV** – Índice de Compreensão Verbal

**IOP** – Índice de Organização Percetiva

**IVP** – Índice de Velocidade de Processamento

**SPO** – Serviço de Psicologia e Orientação

## **Introdução**

O presente relatório tem como objetivo apresentar as atividades realizadas durante o estágio curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS) no ano letivo de 2023/2024.

O estágio curricular é uma componente essencial do percurso académico, proporcionando uma oportunidade ímpar para a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso. Este estágio é fundamental para a construção da identidade e do perfil profissional, permitindo o desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção na prática clínica.

O meu estágio curricular foi realizado no Serviço de Psicologia de um hospital público, sob a orientação de uma Psicóloga do respetivo Serviço do Centro Hospital (CH) e supervisão do Prof. Dr. José Carlos Rocha, docente da IUCS. O estágio teve início em setembro de 2023 e foi concluído em junho de 2024, completando as 500 horas obrigatórias. Após a conclusão, devido à necessidade de continuidade do acompanhamento dos pacientes, permaneci no serviço a realizar avaliações adicionais. Inicialmente, não tinha um horário fixo e deslocava-me para o local de estágio conforme a orientação da minha supervisora. Após a mudança de contexto e de orientadora, passei a ter um horário mais estruturado, frequentando o centro hospitalar às segundas, quartas e quintas-feiras, das 9h às 16h, e às terças e sextas-feiras, das 9h às 13h.

Os principais objetivos deste estágio incluíam aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos no curso, desenvolver competências práticas em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, e compreender o funcionamento de uma instituição de saúde. Esperava, assim, adquirir habilidades em avaliação e intervenção psicológica e neuropsicológica, e obter uma compreensão prática da dinâmica de trabalho em um ambiente hospitalar.

Este relatório tem como intuito descrever detalhadamente a experiência e as atividades desenvolvidas durante o período de estágio, estando organizado da seguinte forma: na primeira seção, apresento uma descrição da instituição onde decorreu o estágio e qual o papel do psicólogo em contexto hospitalar; na segunda seção, são descritas as

atividades realizadas durante o estágio; na terceira seção, é apresentando o estudo de caso, e por último, são feitas as considerações finais.

## **Capítulo 1**

### **1. Caracterização do local de estágio**

#### **1.1. Centro Hospitalar**

O CH criado pelo Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro, iniciou as suas atividades a 1 de outubro de 2007, resultante da fusão de duas unidades hospitalares. Este centro desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde na região, abrangendo uma vasta área populacional e promovendo a qualidade, inovação e investigação nos serviços que oferece.

O CH é composto seis departamentos, organizados para atender uma ampla gama de necessidades de saúde da população: Departamento de Cirurgia, Departamento de Medicina, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental: Este departamento, onde realizei o meu estágio, é detalhado mais adiante, Departamento da Mulher e da Criança, Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia e o Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional.

#### **1.2. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental**

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do CH é um componente essencial na prestação de cuidados de saúde mental na região. Este departamento adota uma abordagem biopsicossocial para o tratamento e apoio dos pacientes, oferecendo uma ampla gama de serviços para diferentes faixas etárias. Além disso, é estruturado para fornecer um atendimento abrangente e especializado em saúde mental, com uma organização que reflete a complexidade e a diversidade dos serviços oferecidos. O Serviço de Psicologia, apesar de ser autónomo, integra o departamento dando uma resposta mais célere e eficaz aos pedidos de saúde mental.

O Serviço de Psicologia do CH é coordenador por uma Diretora, sendo composto por Psicólogos Clínicos, designados de técnicos superiores, com especialidades reconhecidas pela OPP. O seu trabalho é orientado para responder às necessidades da população hospitalar,

promovendo intervenções tanto a nível individual como em grupo, em articulação com os restantes serviços hospitalares, como pediatria, psiquiatria e cuidados intensivos.

O Serviço de Psicologia também se expande para o contexto comunitário, atuando em colaboração com os Cuidados de Saúde Primários. A equipa comunitária de saúde mental, da qual o psicólogo faz parte, e com a qual teve oportunidade de colaborar, desempenha um papel relevante na prevenção e intervenção precoce em casos de risco psicológico ou social. Este trabalho envolve uma articulação próxima com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), discutindo casos clínicos, oferecendo orientações técnicas e promovendo a continuidade dos cuidados fora do ambiente hospitalar.

A psicologia comunitária tem como foco a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças, atuando não apenas com os utentes, mas também envolvendo as suas famílias e redes de suporte, assegurando uma resposta integrada e contínua.

O Serviço de Pediatria, com o qual o Serviço de Psicologia colabora, disponibilizando a 100% um psicólogo, para uma articulação mais estreita, subdivide-se em várias “especialidades”, como neurodesenvolvimento, neuropediatria, neonatologia, obesidade, diabetes, pediatria do adolescente, pediatria gemelar, pediatria geral, patologia digestiva, patologia endócrina, patologia renal e patologia respiratória. O serviço conta com uma equipa multidisciplinar composta por médicos pediatras, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Esta organização permite uma atuação holística, onde cada criança recebe cuidados especializados de acordo com as suas necessidades clínicas específicas. A pediatria no CH lida com uma vasta gama de condições médicas, desde doenças agudas até a gestão de condições crónicas e de desenvolvimento.

Além das consultas regulares, o serviço de pediatria do CH também abrange o acompanhamento hospitalar durante o internamento pediátrico, oferecendo apoio contínuo às crianças e suas famílias, o que é fundamental para promover uma recuperação mais rápida e completa.

**Figura 1-** Organigrama do Serviço de Psicologia



### **1.3. Papel do psicólogo no contexto hospitalar**

O psicólogo desempenha um papel fundamental no ambiente hospitalar, contribuindo significativamente nos cuidados integrados e personalizados ao paciente. No contexto hospitalar, a atuação do psicólogo é marcada por uma abordagem holística que visa atender às diversas necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes, integrando-se de forma eficaz com outras especialidades médicas.

O ambiente hospitalar é caracterizado pela sua complexidade, que se reflete na variedade de situações clínicas enfrentadas pelos pacientes, desde emergências e tratamentos intensivos até cuidados de reabilitação e paliativos. Dentro deste contexto, o psicólogo oferece suporte crucial através de diversas funções adaptadas às particularidades de cada setting.

Uma das responsabilidades centrais do psicólogo hospitalar é realizar avaliações psicológicas aprofundadas. Estas avaliações são essenciais para entender o impacto psicológico das condições médicas e dos tratamentos propostos, além de identificar fatores emocionais que possam influenciar a recuperação do paciente. O processo avaliativo inclui a aplicação de testes psicológicos, entrevistas clínicas e, em alguns casos, avaliações

neuropsicológicas, fornecendo uma visão clara das necessidades e dos desafios enfrentados pelo paciente (Wahass, 2005).

Além da avaliação, os psicólogos hospitalares estão envolvidos na intervenção psicológica direta. As intervenções podem variar desde a psicoterapia individual, que visa abordar e tratar questões emocionais, comportamentais e cognitivas relacionadas à doença, até a psicoterapia de grupo. Esta última oferece um ambiente de suporte coletivo onde os pacientes podem compartilhar experiências e estratégias de coping, o que é especialmente benéfico em casos de doenças crônicas ou terminais (Marmarosh et al., 2022). A terapia familiar também é uma área importante, ajudando os familiares a compreender e apoiar o paciente de forma mais eficaz.

A gestão de crises é outra função crucial do psicólogo hospitalar. Em situações emergenciais, o psicólogo está preparado para oferecer intervenções imediatas para pacientes em estados psicológicos críticos, como pensamentos suicidas ou crises de ansiedade intensa. Essa capacidade de resposta rápida é essencial para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes em momentos de extrema vulnerabilidade (Walsh, 2024).

O papel do psicólogo também se estende à educação e formação dos profissionais de saúde. Por meio de workshops, seminários e sessões de formação, os psicólogos ajudam a equipa médica a entender melhor as interações entre saúde mental e física, promovendo uma abordagem mais integrada e sensível ao cuidado do paciente (Wahass, 2005).

Na pediatria, o psicólogo desempenha um papel crucial ao integrar-se na equipa multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. A sua intervenção foca-se em avaliar e acompanhar crianças que possam enfrentar desafios emocionais ou psicológicos decorrentes de doenças físicas ou outras condições. Além disso, o psicólogo também atua diretamente com as famílias, oferecendo suporte emocional e estratégias terapêuticas para ajudá-las a lidar com o impacto emocional de doenças ou procedimentos médicos complexos (Hoffses et al., 2016).

A atuação na pediatria não se restringe apenas às crianças doentes, mas também àquelas que estão em risco ou que apresentam dificuldades de desenvolvimento. O psicólogo é responsável por planear intervenções que promovam o desenvolvimento saudável e

minimizem potenciais disfunções emocionais, ajudando a criar um ambiente favorável tanto para a criança quanto para a sua família.

O impacto do trabalho do psicólogo em contexto hospitalar é significativo. A presença de um psicólogo contribui para uma abordagem mais abrangente e centrada no paciente, melhorando não apenas os resultados clínicos, mas também promovendo um ambiente de tratamento mais humano e colaborativo. Ao integrar as suas intervenções com os cuidados médicos, o psicólogo facilita a adaptação dos pacientes às suas condições de saúde e apoia a equipe médica na gestão dos aspetos emocionais e comportamentais que influenciam o tratamento e a recuperação (Dekker et al., 2023).

O ambiente hospitalar, com a sua dinâmica intensa e multifacetada, apresenta um cenário complexo para a prática psicológica. Esta complexidade emerge da combinação de fatores que caracterizam o setting hospitalar, exigindo dos psicólogos uma capacidade notável de adaptação e gestão.

Primeiramente, o hospital é um espaço de alta rotatividade, onde pacientes entram e saem constantemente devido à natureza urgente e variada das condições clínicas. Essa alta rotatividade impõe um ritmo acelerado de trabalho, o que pode limitar o tempo disponível para que os psicólogos realizem intervenções profundas e estabeleçam uma relação terapêutica sólida com os pacientes. A necessidade de priorizar atendimentos rápidos e eficientes combinada com o elevado número de casos clínicos, muitas vezes, contrasta com a demanda por intervenções psicológicas que exigem maior tempo e continuidade.

Adicionalmente, a diversidade de casos clínicos tratados no hospital apresenta um desafio significativo. Psicólogos no ambiente hospitalar devem lidar com uma ampla gama de condições, desde doenças agudas e crônicas até situações de emergência e cuidados paliativos. Esta diversidade exige uma flexibilidade constante e uma habilidade para adaptar abordagens terapêuticas às necessidades específicas de cada paciente. A capacidade de integrar conhecimentos e técnicas variadas é crucial para oferecer um tratamento eficaz em um ambiente tão dinâmico.

A colaboração interdisciplinar é uma característica essencial do setting hospitalar, mas também pode apresentar desafios. A integração de esforços entre psicólogos, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde é crucial para o sucesso do tratamento. No

entanto, as diferenças nas abordagens e prioridades podem complicar o planeamento e a implementação de estratégias terapêuticas. Além deste fator, muitas vezes o psicólogo é interrompido por outros profissionais de saúde, o que exige da parte deste uma adaptação (Moreira et al., 2012). A comunicação eficaz e a coordenação entre diferentes especialidades são fundamentais para garantir uma abordagem integrada e coesa ao cuidado do paciente.

O ambiente hospitalar também pode ser fisicamente e emocionalmente desgastante, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde, o que por vezes pode prejudicar a capacidade empática dos psicólogos (Williams et al., 2020). O ambiente muitas vezes impessoal e o stresse associado às condições críticas podem influenciar a eficácia das intervenções psicológicas. Por este motivo, os psicólogos devem encontrar formas de humanizar o atendimento e criar um espaço de confiança e suporte, mesmo dentro das limitações de um ambiente clínico que pode ser percebido como frio e distante.

Por fim, o impacto do stresse e da carga emocional constante enfrentada pelos psicólogos deve ser considerado. A exposição frequente a situações intensas e a necessidade de manter um alto padrão de cuidado pode afetar o bem-estar dos profissionais. Estratégias de autocuidado e suporte profissional são essenciais para manter a qualidade do atendimento e a eficácia das intervenções psicológicas (Bamforth et al., 2023).

Em conclusão, o papel do psicólogo em ambiente hospitalar é essencial para garantir que os cuidados prestados sejam completos e humanizados. Através das suas múltiplas funções, o psicólogo contribui de maneira significativa para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e para a eficácia do tratamento global. Além disso, compreender as condições de trabalho e as suas implicações é fundamental para otimizar a prática psicológica e garantir um atendimento de qualidade perante a exigência e dinâmica hospitalar.

## **Capítulo II**

### **2. Descrição atividades de estágio**

O meu estágio no Centro Hospitalar foi uma experiência enriquecedora, marcada por uma progressão gradual desde a observação até a prática supervisionada, proporcionando um desenvolvimento significativo tanto a nível pessoal como profissional. A minha integração no CH foi cuidadosamente estruturada para que pudesse compreender

plenamente a dinâmica dos serviços e a diversidade de intervenções psicológicas realizadas, especialmente nas áreas de pedopsiquiatria e pediatria.

Nos primeiros meses, o enfoque principal das minhas atividades centrou-se na observação clínica, uma fase fundamental para a compreensão das práticas e abordagens terapêuticas adotadas pelos profissionais de saúde mental do CH. Durante este período, tive a oportunidade de assistir a diversas consultas, onde observei diretamente o processo de avaliação e intervenção psicológica em crianças e adolescentes. Esta observação foi um processo ativo, onde pude analisar detalhadamente as técnicas de intervenção aplicadas em diferentes casos, compreendendo como as abordagens teóricas que estudei durante o curso de Psicologia eram postas em prática. A observação de casos de perturbações emocionais, comportamentais e cognitivas, assim como de problemas relacionados com o desenvolvimento infantil, permitiu-me adquirir uma visão abrangente das diferentes modalidades de tratamento utilizadas no serviço de pedopsiquiatria.

Tive a oportunidade de participar em reuniões semanais, de aproximadamente 2 hora, destinadas à discussão de dificuldades e de casos clínicos. Estas reuniões permitiam uma troca de ideias entre os profissionais, promovendo uma abordagem multidisciplinar na análise dos casos e no desenvolvimento de planos de intervenção. Entre as dificuldades discutidas, destacavam-se não apenas as relacionadas com a gestão dos casos clínicos, mas também desafios de acesso aos profissionais de saúde especializados, bem como a dificuldades no acesso a medicamentos essenciais para o tratamento adequado das crianças e adolescentes. Estas barreiras eram muitas vezes um fator limitante no acompanhamento e tratamento eficaz dos pacientes, reforçando a importância de uma maior articulação entre serviços e profissionais para garantir uma resposta mais eficiente.

Paralelamente, fui envolvida em atividades de pesquisa bibliográfica, que se revelaram essenciais para o meu crescimento académico e profissional. Estas pesquisas foram orientadas para temas específicos, de acordo com as necessidades clínicas identificadas durante as consultas. Esta prática não só consolidou o meu conhecimento teórico, como também me capacitou a participar de forma mais crítica e informada nas discussões de casos clínicos. O acesso a processos clínicos foi outra atividade crucial, permitindo-me um contato mais direto com a prática clínica, facilitando a compreensão das trajetórias terapêuticas dos pacientes e a evolução dos seus estados clínicos ao longo do tempo.

À medida que o estágio progredia, a minha participação nas atividades do CH tornou-se mais ativa. No segundo trimestre, comecei a ser responsabilizada por tarefas mais complexas, como a aplicação de testes psicológicos sob supervisão. Este processo incluiu não apenas a aplicação dos instrumentos de avaliação, mas também a sua cotação e interpretação, seguidos pela elaboração de relatórios psicológicos. Esta fase foi particularmente desafiadora, uma vez que exigiu a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do meu percurso académico, assim como uma reflexão crítica sobre os resultados obtidos, a sua relevância para a intervenção terapêutica e o que poderia ser feito com as crianças nos seus diversos contextos para melhorar as áreas em que demonstraram maior dificuldade, tarefa esta que exigia além de conhecimento, alguma criatividade.

Além destas atividades, participei também em eventos importantes para a minha formação. Entre eles, destaco as II Jornadas de Psicologia do CH, onde tive a oportunidade de assistir a palestras e workshops que abordaram temas contemporâneos e emergentes na área da psicologia. A participação nestas jornadas foi uma excelente oportunidade para ampliar os meus conhecimentos e trocar experiências com outros profissionais e estudantes da área.

Outro evento de grande relevância foi a Tertúlia "Autismo - Aceitar o Desafio sem Rodeios", realizada no Dia Mundial do Autismo, como parte da comissão organizadora. Este evento proporcionou uma discussão profunda sobre os desafios e as estratégias de intervenção para indivíduos com perturbação do espectro do autismo. A minha participação nesta tertúlia foi muito enriquecedora, permitindo-me adquirir uma compreensão mais detalhada e sensível sobre o tema, o que é essencial para a prática clínica com esta população específica.

Tive também a oportunidade de integrar o grupo de investigação focado na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), uma área em constante desenvolvimento e de crescente relevância na saúde mental infantil e juvenil. Esta experiência foi de grande importância, pois permitiu-me contribuir de forma ativa em projetos de investigação de grande envergadura, que visam aprofundar o conhecimento sobre os fatores clínicos, cognitivos e comportamentais associados à PHDA, bem como as suas implicações no desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais eficazes. Como resultado da minha participação, fui coautora de duas comunicações livres, as quais serão



Cotação de provas psicológicas			X	X	X	X	X	X	X	X
Administração de provas psicológicas			X	X	X	X	X	X	X	X
Observação de acompanhamentos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento psicológico orientado								X	X	X
Discussão de casos clínicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa Bibliográfica			X	X	X	X	X	X	X	X

## 2.1. Avaliação psicológica e neuropsicológica

A avaliação psicológica é uma prática clínica essencial que integra diversas técnicas, como entrevistas, observações, e a aplicação de testes psicológicos, incluindo métodos projetivos, atividades lúdicas, e outros instrumentos (Cohen & Swerdlik, 2010). Estes métodos são utilizados para explorar e compreender a estrutura psicológica do indivíduo, traduzindo essa compreensão em constructos que possam orientar o diagnóstico e a intervenção.

A avaliação é personalizada, levando em consideração as particularidades de cada caso para formular hipóteses diagnósticas ou estratégias de intervenção (Kaplan & Saccuzzo, 2017). De acordo com Weiner e Greene (2017), este processo é crucial para assegurar que a prática clínica seja fundamentada em evidências e adaptada às necessidades específicas do paciente.

É importante destacar que os testes psicológicos, embora não conclusivos, desempenham um papel vital na construção de hipóteses sobre o funcionamento psicológico do indivíduo. Eles fornecem uma medida objetiva e padronizada que, através de uma amostra comportamental, permite observar aspectos essenciais das dinâmicas cognitivas e emocionais (Groth-Marnat & Wright, 2016). O domínio dos princípios teóricos e da padronização dos testes é fundamental para garantir a validade e a confiabilidade dos resultados (Urbina, 2014).

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de observar profissionais experientes a aplicar testes psicológicos, o que foi fundamental para o meu desenvolvimento. Essa experiência prática, aliada ao estudo aprofundado dos instrumentos, permitiu-me aprender a aplicar os testes de forma eficaz, garantindo que as normas e procedimentos fossem seguidos rigorosamente. Esse processo de formação prática e teórica foi determinante para que eu pudesse conduzir avaliações de maneira mais autónoma e confiante, sempre sob a supervisão da minha orientadora.

Seguidamente, irei descrever as provas psicológicas que utilizei durante o estágio, destacando as suas principais características.

**Tabela 2-** Apresentação e descrição das provas de avaliação utilizadas

<b>Tipo de avaliação</b>	<b>Provas de avaliação psicológica</b>
<b>Avaliação do desenvolvimento</b>	<b>Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths- Terceira Edição (Griffiths-III):</b> instrumento de avaliação do desenvolvimento de bebés e crianças pequenas com idades compreendidas entre os 0 e 72 meses (0 a 6 anos). Este teste é constituído por 5 subescalas: Fundamentos da Aprendizagem (A), Linguagem e Comunicação (B), Coordenação Olho-Mão (C), Pessoal-Social-Emocional (D) e Motricidade Global (E). A escala permite identificar se o desenvolvimento da criança está de acordo com a idade ou se há atrasos gerais ou específicos, detetar dificuldades em áreas específicas que podem estar associadas a perturbações de desenvolvimento ou de aprendizagem. Além disso, fornece informações para planear e avaliar intervenções terapêuticas bem como, orientar futuras decisões educativas (Green et al., 2018).
<b>Avaliação Cognitiva</b>	<b>Escala de Inteligência de Weschler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III):</b> instrumento de avaliação da inteligência de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses. Este teste é constituído por 12 subprovas (Completamento de Gravuras, Informação, Código, Semelhanças, Disposição de Gravuras, Aritmética, Cubos, Vocabulário, Composição de Objetos, Compreensão, Pesquisa de Símbolos, Memória de Dígitos, e, Labirintos (sendo estes 3 últimos opcionais)). Estas subprovas agrupam-se constituindo 3 quocientes de inteligência (QIs): quociente verbal e quociente de realização, originando estes 2 o quociente da

---

escala completa e 3 índices fatoriais: compreensão verbal, organização perceptiva, e, velocidade de processamento. A interpretação quantitativa desta prova permite inferir QIs, ou seja, indica o nível de funcionamento cognitivo do indivíduo. Por sua vez a interpretação qualitativa transmite outros indicadores também importantes, que permitem uma compreensão do caso em inúmeros domínios para além do QI (Wechsler, 2003).

---

### **Avaliação Neuropsicológica**

**Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC):** instrumento de avaliação de diversas funções neurocognitivas de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos. Este teste é constituído por 15 testes (orientação, reconhecimento de faces, lateralidade, nomeação rápida, fluência verbal, memória de histórias, torre, cancelamento de sinais, figura complexa de rey, compreensão de instruções, consciência fonológica, lista de palavras, trilhas, tabuleiro de corsi e tabuleiro de motricidade) que permite recolher dados acerca das seguintes funções neurocognitivas: orientação, memória, atenção e funções executivas, linguagem, motricidade e lateralidade. Esta prova contribui para um entendimento aprofundado do perfil neuropsicológico de uma criança ou adolescente, o que é essencial para identificar possíveis défices e planear intervenções adequadas (Simões et al., 2016).

---

Durante o meu estágio, realizei de forma autónoma 51 avaliações, totalizando 173 consultas efetivadas. Estas avaliações permitiram-me desenvolver competências essenciais na análise e interpretação de diferentes casos, bem como adquirir uma visão abrangente sobre as diversas etapas do processo de avaliação psicológica. Os dados relativos a estas consultas estão detalhados na tabela abaixo, evidenciando a variedade de situações abordadas e a frequência com que cada caso foi acompanhado.

**Tabela 3-** Casos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

<b>Identificação</b>	<b>Motivo de avaliação</b>	<b>Nº de sessões</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Desfecho</b>
♂ S.S, 9 anos	Provável PDI*, dificuldades escolar e perturbação articulatória	2	WISC-III	Terminado
♀ D.M, 4 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths III	Terminado

---

♂ G.S, 12 anos	Suspeita de atraso intelectual	2	WISC-III	Terminado
♂ J.T, 7 anos	Atraso linguagem	4	WISC-III	Terminado
♀ I.S, 4 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♀ F.S, 8 anos	Perturbação articulatória, dificuldades de aprendizagem	4	WISC-III	Terminado
♂ R.S, 5 anos	Perturbação da linguagem com suspeita de atraso global	3	Griffiths-III	Terminado
♂ L.M, 8 anos	Criança com Síndrome de DiGeorge (deleção 22q11.2). Solicita-se avaliação de nível cognitivo	3	WISC-III	Terminado
♀ M.N, 13 anos	PHDA- dificuldades de aprendizagem	3	WISC-III	Terminado
♂ L.C, 3 anos	Prematuro, muito baixo peso	5	Griffiths-III	Terminado
♂ E.S, 8 anos	PHDA subtipo combinado	3	WISC-III	Terminado
♀ I.S, 4 anos	Perturbação grave da linguagem	4	Griffiths-III	Terminado
♀ L.G, 3 anos	Suspeita atraso global do desenvolvimento	1	Griffiths-III	Desistência
♀ M.B, 3 anos	Prematura tardia	4	Griffiths-III	Terminado
♂ L.M, 9 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor para perturbação de comunicação. Dificuldade ao nível da compreensão	4	BANC	Terminado
♂ L.D, 3 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor e Perturbação do processamento sensorial	4	Griffiths-III	Terminado
♀ M.C, 10 anos	Perturbação do desenvolvimento intelectual	9	WISC-III; BANC	Terminado

♀ H.S, 11 anos	PHDA	5	BANC; WISC-III	Terminado
♀ N.B, 2 anos	Criança prematura, avaliação do desenvolvimento	3	Griffiths-III	Terminado
♂ F.A, 9 anos	Avaliação PHDA. Queixas de desatenção.	6	WISC- III;BANC	Terminado
♂ M.S, 4 anos	Atraso global do desenvolvimento com atraso de linguagem evidente	4	Griffiths-III	Terminado
♂ J.S, 7 anos	Perturbação de comunicação, suspeita de PDI	4	WISC-III	Terminado
♂ L.L, 6 anos	Perturbação do espectro do autismo, agradecia avaliação com a WISC-III	3	WISC-III	Terminado
♀ M.I, 3 anos	Suspeita de atraso de desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♂ A.V, 5 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♀ L.L, 4 anos	Suspeita de atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♂ G.M, 5 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♀ J.S, 12 anos	Avaliação cognitiva formal	3	BANC	Terminado
♂ L.B, 7 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor, linguagem e motricidade	3	WISC-III	Terminado
♀ R.F, 4 anos	Atraso da linguagem e problemas na interação social	3	Griffiths-III	Terminado
♂ G.R, 6 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	3	WPPSI-R	Terminado
♂ D.B, 7 anos	PHDA, dificuldades de aprendizagem	3	WISC-III	Terminado

♀ M.S, 5 anos	Atraso da linguagem e dificuldade na adaptação social	3	Griffiths-III	Terminado
♂ H.S, 8 anos	Prematuro, muito baixo peso	3	WISC-III	Terminado
♂ S.R, 7 anos	Dificuldades de aprendizagem com critérios para PHDA	3	BANC	Terminado
♂ J.C, 5 anos	Prematuro com dificuldades de linguagem	3	Griffiths-III	Terminado
♂ S.M, 6 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♂ J.S, 6 anos	Perturbação da linguagem	3	Griffiths-III	Terminado
♂ F.A, 6 anos	Perturbação de linguagem	3	Griffiths-III	Terminado
♀ L.S, 5 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♂ L.S, 14 anos	Perturbação de comunicação e coordenação motora, dificuldades de aprendizagem e na memória de trabalho	4	BANC	Terminado
♂ D.P, 9 anos	PHDA subtipo combinado, dificuldades de aprendizagem	3	WISC-III	Terminado
♂ G.M, 4 anos	Atraso na linguagem. Suspeita de atraso global do desenvolvimento psicomotor	3	Griffiths-III	Terminado
♂ R.P, 9 anos	Perturbação específica da leitura e escrita	3	WISC-III	Terminado
♀ M.T, 3 anos	Suspeita de atraso global do desenvolvimento psicomotor	4	Griffiths-III	Terminado
♂ A.Z, 2 anos	Prematuro, muito baixo peso	4	Griffiths-III	Terminado
♂ A.P, 12 anos	Ansiedade de desempenho. Suspeita de atraso intelectual	2	WISC-III	Terminado

♂ M.S, 3 anos	Atraso do desenvolvimento da linguagem	1	Griffiths-III	Em avaliação
♀ M.F, 10 anos	PDA**, dificuldades de aprendizagem	2	WISC-III;BANC	Em avaliação
♀ A.T, 7 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor	2	WISC-III	Em avaliação
♂ M.B, 2 anos	Prematuro	2	Griffiths-III	Em avaliação

*\*PDI- Perturbação de défice intelectual ; \*\*PDA- Perturbação de Défice de Atenção*

## 2.2.Acompanhamento psicológico

O processo de acompanhamento psicológico e psicoterapia com crianças e adolescentes caracteriza-se por uma dinâmica intersubjetiva única, estabelecida após uma fase inicial de observação detalhada e avaliação clínica. Ao contrário do que ocorre com os adultos, as crianças e adolescentes expressam-se através de meios variados, como o uso de brincadeiras, desenhos, e, em casos de adolescentes, por meio de uma combinação de linguagem verbal e comportamentos não verbais. Muitas vezes, a criança ou o adolescente não inicia a consulta por vontade própria e pode até não concordar com a necessidade da mesma. Além disso, a consulta pode não ser direcionada ao problema mais prejudicial. Embora as crianças sejam capazes de relatar a natureza dos sintomas, podem ter dificuldade em precisar o momento e a duração dos problemas (Srinath et al., 2019). Cabe ao terapeuta interpretar essas formas de expressão, decifrando as mensagens subentendidas que surgem durante o processo terapêutico.

É comum que crianças não verbalizem diretamente as suas queixas e que adolescentes as escondam ou minimizem questões que considerem embaraçosas ou que possam mostrar-se de forma negativa, o que exige por parte do psicólogo aptidões específicas para captar essas nuances e mensagens subentendidas no discurso e no comportamento do adolescente, especialmente na fase inicial da intervenção (Bhide & Chakraborty, 2020).

Durante o estágio, minhas atividades iniciais foram predominantemente de observação, uma prática fundamental para entender o contexto em que a criança ou

adolescente está inserido. Este processo de observação é enriquecido pela coleta de informações de múltiplas fontes, como a família, a escola e outros ambientes significativos, permitindo uma compreensão holística do indivíduo nos seus contextos sociais e de desenvolvimento, sendo este um aspeto fundamental para uma boa intervenção (Shirk & Karver, 2011).

Infelizmente, devido ao elevado número de solicitações para avaliações no CH, o número de casos em acompanhamento regular é bastante limitado, o que me dificultou a observação de um maior número de acompanhamentos, uma vez que muitos dos casos já se encontravam em fases avançadas de intervenção. Esta situação tornou menos frequente a minha participação em novos acompanhamentos. No entanto, durante a fase de observação, foi possível compreender a importância de uma postura flexível e adaptativa por parte do psicólogo, ajustando a abordagem ao estágio de desenvolvimento da criança, de modo a garantir que esta compreenda o processo, sintam-se envolvidas e motivadas. Apesar desta limitação, tive a oportunidade de participar em um acompanhamento de forma mais autónoma, sempre sob a supervisão da minha orientadora, o que me permitiu aprimorar as minhas competências na análise e planeamento da intervenção terapêutica, bem como na adaptação das técnicas utilizadas durante o processo.

## **Capítulo III**

### **3. Estudos de Caso**

#### **3.1. Estudo de Caso L.**

L. é um menino de 8 anos de idade, mora no norte do país e frequenta atualmente o 3º ano. Vive com a sua mãe e com a avó materna.

L. foi diagnosticado com Síndrome de DiGeorge (deleção 22q11.2). Esta condição genética, caracterizada por uma deleção no cromossoma 22, é associada a uma série de desafios médicos e desenvolvimentais que podem impactar significativamente o funcionamento cognitivo e comportamental da criança. Além disso esta condição pode incluir problemas no desenvolvimento do coração, sistema imunológico, e outros aspetos do crescimento e aprendizagem. Crianças com esta síndrome frequentemente enfrentam desafios em áreas como a memória de trabalho, funções executivas e habilidades de resolução de problemas. Dada a natureza multifacetada da síndrome, uma avaliação

abrangente é crucial para identificar e entender as necessidades específicas de L, possibilitando a formulação de um plano de apoio efetivo e individualizado.

L. foi assíduo e pontual nas sessões, fazendo-se acompanhar sempre com a mãe. Apresentou uma boa adesão às consultas, aparência adequada e manteve o contacto ocular. Assumiu um comportamento adequado e uma postura relacional e colaborante o que facilitou a relação terapêutica. Manifestou competências verbais e não-verbais ajustadas, discurso contextualizado, compreensível e fluente, e afeto congruente e reativo. Destaco a sua curiosidade, L. revelou-se uma criança inquisitiva, fazendo frequentemente perguntas sobre a prova que estava a realizar, e demonstrou grande fascínio pelo cronómetro utilizado nas tarefas. Numa sessão subsequente, trouxe um despertador que quis mostrar com grande empolgação.

### **Motivo e pedido de encaminhamento**

L. veio à consulta de psicologia, encaminhado pela sua pediatra, devido à sua condição genética. A pediatra pediu que fosse realizada uma avaliação de nível cognitivo, devido à necessidade de compreender as suas capacidades intelectuais e as áreas que podem necessitar de intervenção individual.

### **História do desenvolvimento e familiar**

L. nasceu de uma gravidez não planeada e inicialmente não desejada pelos pais, mas o percurso da gestação transcorreu sem complicações significativas. O parto ocorreu às 39 semanas de gestação, com um peso e tamanho adequados para a idade gestacional. Desde o nascimento, L. teve um desenvolvimento normativo em termos motores. No entanto, foram observadas algumas dificuldades iniciais, como problemas de deglutição, que foram acompanhados pela equipa médica.

Atualmente, L. ainda depende da mãe para algumas atividades de higiene pessoal, como descer as calças para urinar, e continua a dormir com ela, o que pode influenciar o seu desenvolvimento emocional e padrões de apego.

Desde cedo, L. começou a frequentar terapia ocupacional e terapia da fala, com sessões semanais. A terapia ocupacional visa melhorar as suas habilidades motoras finas e a

coordenação, enquanto a terapia da fala tem como objetivo desenvolver as suas capacidades comunicativas e linguísticas. Ambas as terapias têm sido essenciais para promover a sua independência e melhorar a sua comunicação.

O contexto familiar é marcado pela ausência do pai, N. de 47 anos, que se afastou após o divórcio nos primeiros meses de vida de L. A mãe de L., E., de 47 anos e costureira, mudou-se para a casa da sua própria mãe, S., de 69 anos, que está reformada. E. é a principal cuidadora de L. e tem desempenhado um papel ativo e constante na sua vida, o que se reflete na sua presença constante durante as sessões de avaliação e na assistência prestada ao filho nas atividades diárias.

Adicionalmente, existe um histórico de psicose na linhagem materna, com casos documentados no avô materno e em dois tios maternos. Este histórico é relevante para a compreensão do contexto familiar de L., dado o impacto potencial que condições de saúde mental podem ter sobre a dinâmica familiar e o desenvolvimento da criança. Estudos demonstram que a Síndrome de DiGeorge está associada a um maior risco de perturbações psiquiátricas, nomeadamente psicoses, que podem surgir durante a adolescência ou início da idade adulta (Biswas & Furniss, 2016).

### **Avaliação Psicológica**

Após o levantamento da história desenvolvimental e familiar realizado na primeira sessão, as sessões subsequentes tiveram como principal objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida com L., visando a realização de uma avaliação cognitiva.

A avaliação psicológica é uma estrutura organizada de técnicas que abrangem desde a análise da personalidade até às funções cognitivas. Essas técnicas incluem entrevistas, observação clínica, testes psicológicos e técnicas projetivas, além de outros procedimentos de investigação clínica, como jogos, desenhos, narrativas e brincadeiras. Estes procedimentos ajudam a compreender de forma mais profunda a criança.

A avaliação psicológica de L., tornou-se uma abordagem compreensiva, permitindo inferências clínicas baseadas na integração dos dados, a fim de obter uma melhor compreensão da problemática da criança. Foi realizada uma avaliação do funcionamento intelectual utilizando a WISC-III.

Durante a avaliação, L. manteve uma postura colaborativa, observadora e curiosa, sendo que esta última levava L. a dispensar durante as atividades da prova.

Os resultados da prova da avaliação cognitiva, indicaram um funcionamento cognitivo muito inferior para a sua faixa etária.

**Tabela 4-** Resultados obtidos ao nível do QI

	<b>QI</b>	<b>Classificação</b>
<b>Quociente de Inteligência Verbal (QIV)</b>	72	Inferior
<b>Quociente de Inteligência de Realização (QIR)</b>	64	Muito Inferior
<b>Quociente da Escala Completa (QEC)</b>	64	Muito Inferior

A análise dos subtestes demonstrou que não existem diferenças significativas entre o QI Verbal e o QI de Realização, sugerindo uma uniformidade nas dificuldades cognitivas de L. A avaliação dos índices específicos também fornece informações valiosas para a compreensão mais detalhada do perfil cognitivo de L.

**Tabela 5-** Resultados obtidos nos Índices

	<b>Índice</b>	<b>Classificação</b>
<b>Índice de Compreensão Verbal (ICV)</b>	82	Médio Inferior
<b>Índice de Organização Perceptiva (IOP)</b>	64	Muito Inferior
<b>Índice de Velocidade de Processamento (IVP)</b>	71	Inferior

Estes resultados destacam a presença de dificuldades significativas nas áreas de organização perceptiva e velocidade de processamento, que podem impactar a capacidade de L. em lidar com tarefas visuoespaciais, como organização e manipulação de objetos, e tarefas que exigem rapidez de execução.

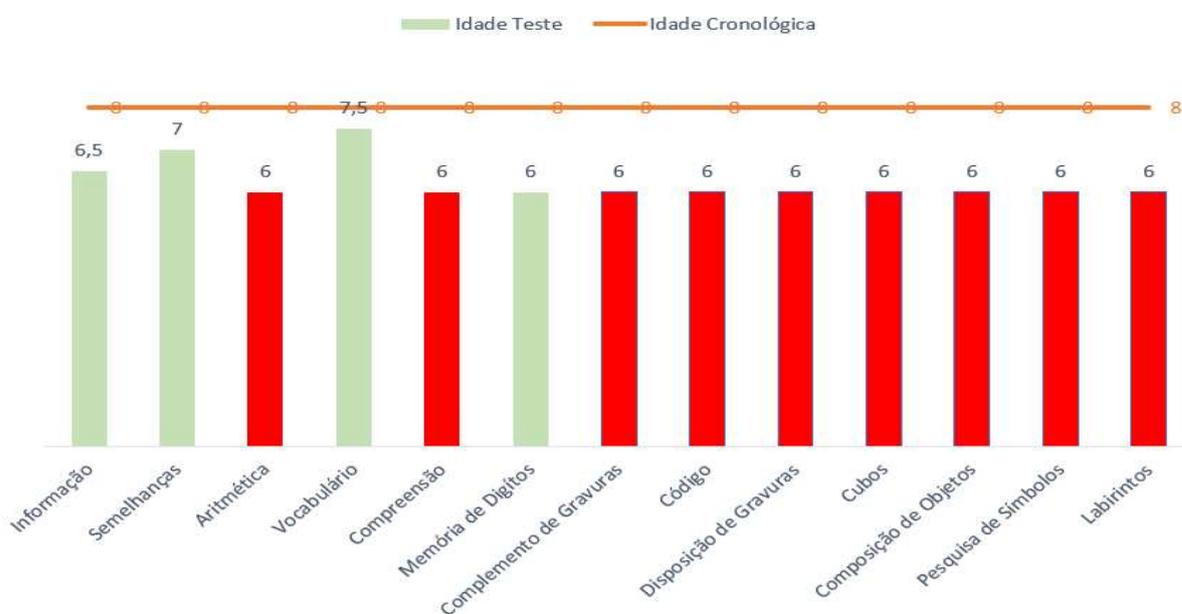
Foi observada uma discrepância significativa entre a memória de dígitos no sentido direto e inverso, o que é extremamente raro, ocorrendo em menos de 0% da população. Esta discrepância é altamente atípica e indica dificuldades na componente executiva da memória de trabalho, particularmente em tarefas que exigem manipulação e armazenamento simultâneo de informações (como a memória de dígitos no sentido inverso). Este achado reflete problemas nas funções executivas, dificultando a capacidade de L. de gerir informações em simultâneo, o que pode afetar o seu desempenho em diversas áreas académicas.

**Tabela 6-** Análise Memória de Dígitos

	Valor	Porcentagem Acumulada
<b>Série de algarismos memorizada</b>		
<b>Sentido Direto</b>	7	10
<b>Série de algarismos memorizada</b>		
<b>Sentido Inverso</b>	1	100
<b>Discrepância</b>	6	0

Adicionalmente, verificou-se que a idade mental de L. é inferior à sua idade cronológica em grande parte das funções cognitivas avaliadas. Este dado é apresentado no gráfico abaixo, com as áreas deficitárias destacadas a vermelho. A discrepância entre idade mental e cronológica reforça a necessidade de um plano de intervenção educativo individualizado, ajustado ao nível de desenvolvimento cognitivo de L.

**Figura 2-** Idade Teste vs Idade Cronológica



L. apresentou o seu melhor desempenho no subtteste de Semelhanças, que faz parte do índice de compreensão verbal. Este resultado sugere que, embora o desempenho geral

seja baixo, L. consegue estabelecer relações concetuais e demonstrar alguma capacidade de raciocínio abstrato.

Já os subtestes de Aritmética e Composição de Objetos foram identificados como áreas de dificuldade. No subteste de Aritmética, L. demonstrou fragilidades em tarefas que envolvem o raciocínio matemático, sugerindo uma dificuldade na manipulação de informações numéricas. No subteste de Composição de Objetos, que faz parte do índice de organização perceptiva, foram observadas dificuldades em habilidades visuoespaciais, que podem prejudicar a capacidade de L. de integrar informações visuais de maneira eficaz.

Adicionalmente, compreensão verbal e vocabulário também apresentaram resultados aquém do esperado, comprometendo a capacidade de L.M. em tarefas que exigem maior complexidade linguística, como a formulação e compreensão de conceitos abstratos.

### **Análise Compreensiva da Problemática**

L. apresenta a Síndrome de DiGeorge, também conhecida como deleção 22q11.2, uma condição genética que afeta múltiplos sistemas do corpo e está associada a uma variedade de manifestações clínicas, incluindo dificuldades cognitivas, problemas de desenvolvimento e desafios em termos de comportamento (McDonald-McGinn et al., 2015). A síndrome afeta a formação de várias estruturas durante o desenvolvimento fetal, resultando em complicações cardíacas, problemas imunológicos, dificuldades de aprendizagem e, frequentemente, questões relacionadas com a saúde mental (Bassett et al., 2011).

No caso de L., os resultados da avaliação cognitiva, juntamente com o histórico familiar e de desenvolvimento, apontam para uma expressão significativa da síndrome em termos de desempenho cognitivo e académico

Os resultados da WISC-III revelaram um funcionamento cognitivo muito inferior à média para a sua idade, com um QI Total de 64. Este desempenho indica dificuldades generalizadas em várias áreas de funcionamento cognitivo, o que é consistente com a expressão da síndrome. Crianças com Síndrome de DiGeorge tendem a apresentar atrasos no desenvolvimento intelectual, com dificuldades marcadas em áreas como organização

visuoespacial, raciocínio matemático, compreensão verbal e funções executivas (Bearden et al., 2001), como foi evidenciado no caso de L.

Uma das características da Síndrome de DiGeorge é a presença de défices nas funções executivas, que se manifestam em dificuldades no planeamento, organização e execução de tarefas complexas (Biswas & Furniss, 2016). No caso de L., estas dificuldades são claramente observadas na discrepância entre a memória de dígitos no sentido direto e inverso, que é altamente atípica. Esta discrepância é rara e reflete problemas na componente executiva da memória de trabalho, particularmente em tarefas que exigem a manipulação e armazenamento simultâneo de informações. As funções executivas são fundamentais para o sucesso académico, especialmente em atividades que requerem concentração prolongada, manipulação de múltiplos estímulos e resolução de problemas.

O desempenho de L. em subtestes como Composição de Objetos e Aritmética indica dificuldades acentuadas em habilidades visuoespaciais e raciocínio matemático. Estas dificuldades são comuns em crianças com Síndrome de DiGeorge, que frequentemente apresentam défices em raciocínio abstrato e em tarefas que exigem manipulação de informações visuais. A aritmética, que requer raciocínio lógico e a aplicação de conceitos abstratos, foi uma das áreas de maior dificuldade, indicando que L. terá dificuldades significativas em lidar com tarefas escolares que envolvam números e lógica.

Apesar de ter apresentado um ponto forte no subteste de Semelhanças, o desempenho global de L. em compreensão verbal e vocabulário foi inferior ao esperado, o que compromete a sua capacidade de compreensão e expressão de conceitos mais complexos. Esta dificuldade não só afeta o desempenho académico, particularmente em disciplinas como português, mas também pode prejudicar a sua interação social, dado que a comunicação eficaz depende da capacidade de utilizar adequadamente o vocabulário e de compreender o contexto linguístico.

Embora o foco principal da avaliação tenha sido o funcionamento cognitivo, é importante considerar o impacto emocional que estas dificuldades podem ter em L. Crianças com Síndrome de DiGeorge frequentemente apresentam sintomas de ansiedade, défices na regulação emocional e, em alguns casos, dificuldades de interação social. As dificuldades cognitivas e académicas podem levar a sentimentos de frustração, baixa autoestima e desmotivação, principalmente quando a criança se apercebe de que o seu desempenho é

inferior ao dos seus pares (A et al., 2020). Esses fatores podem impactar negativamente o bem-estar emocional de L., o que pode resultar em comportamentos de evitamento em situações de aprendizagem ou desafios sociais.

### **Proposta de Intervenção**

A conjugação das dificuldades cognitivas, executivas e comportamentais observadas no caso de L. reforça a necessidade de um plano educacional altamente personalizado, que inclua suporte adicional nas áreas de maior dificuldade, como Matemática e Português, bem como o uso de estratégias de ensino diferenciadas que acomodem as suas dificuldades visuoespaciais e executivas.

Além disso, a intervenção psicopedagógica será essencial para apoiar L. nas áreas de maior desafio, através de estratégias que promovam o desenvolvimento de habilidades de aprendizagem adaptadas. O envolvimento de uma equipa multidisciplinar, incluindo o Serviço de Psicologia e Orientação (SPO), terapeutas ocupacionais e de fala, será crucial para a implementação de um plano de intervenção integrado e coordenado, garantindo que todas as áreas do desenvolvimento de L. sejam abordadas de forma holística. Por este motivo, é fundamental que continue a usufruir da terapia ocupacional e da fala.

O recurso a estratégias de ensino diferenciadas, como por exemplo mapas mentais, esquemas visuais e atividades que envolvam a manipulação de objetos podem facilitar a compreensão de conceitos. Além disso, destaca-se a importância de monitorizar regularmente o desempenho de L., com ajustes contínuos nas estratégias de intervenção de acordo com a sua evolução.

A componente emocional também merece atenção especial. Assim, o acompanhamento emocional de L. deve ser uma parte integrante da intervenção, com foco em estratégias para fortalecer a autoestima e promover a sua motivação para aprender.

### **Considerações finais**

Embora as dificuldades cognitivas e executivas de L.M. sejam significativas, o seu interesse demonstrado durante as sessões e a sua curiosidade natural sugerem que, com o suporte adequado, é possível promover o seu desenvolvimento e maximizar o seu potencial. A implementação de estratégias de gestão de tempo e atenção será crucial, uma vez que a

tendência para a dispersão pode comprometer o seu desempenho em tarefas que requerem maior concentração.

Com o acompanhamento e a intervenção multidisciplinar contínuos, é possível que L. desenvolva competências adaptativas que lhe permitam superar, em parte, as suas dificuldades cognitivas e alcançar uma melhoria no seu rendimento académico, bem como na sua autoestima e motivação para aprender.

Mais se acrescenta que a presença de antecedentes psiquiátricos no avô materno e em dois tios maternos sublinha a importância de uma monitorização contínua do estado emocional e comportamental de L., considerando que a Síndrome de DiGeorge pode amplificar essa vulnerabilidade genética para o desenvolvimento de perturbações mentais. Este histórico, juntamente com a própria condição genética de L., reforça a necessidade de um acompanhamento psicológico e psiquiátrico regular para antecipar e gerir possíveis complicações emocionais e comportamentais no futuro.

### **3.2. Estudo de Caso B.**

B. é uma menina de 5 anos idades, mora no norte do país e frequenta atualmente o infantário. Atualmente vive com os seus pais.

Os pais de B. procuraram ajuda devido a episódios de vômitos que ocorriam durante as refeições. Além destes sintomas, B. apresentava ansiedade em relação ao sono, com medo do escuro e dificuldade em dormir sozinha, obrigando-a a dormir no quarto dos pais, onde se posiciona perto da mãe, expressando um forte desejo de "dormir no peitinho da mamã".

B. é assídua e pontual as sessões, fazendo-se acompanhar na primeira sessão com a mãe, e nas subseqüentes quase sempre com o pai, no entanto, nestas entrava sozinha. Apresenta uma boa adesão às consultas, aparência adequada e mantém o contacto ocular. Assume um comportamento adequado e uma postura relacional e colaborante o que facilitou a relação terapêutica. Manifesta competências verbais e não-verbais ajustadas, discurso contextualizado, compreensível e fluente, e manifesta afeto congruente e reativo. Destaca-se ainda a sua curiosidade, B. revelou-se criança inquisitiva, frequentemente fazendo perguntas sobre diversos temas, desde o funcionamento de objetos na sala até questões mais abstratas sobre as histórias ou atividades realizadas. Essa curiosidade não apenas indicava um interesse natural pelo ambiente, mas também servia como uma ferramenta para ela processar

e entender melhor as situações que a envolviam. Através das suas perguntas, B. parecia buscar uma compreensão mais profunda das mudanças na sua vida e do que estava a aprender nas sessões.

### **Motivo e pedido de encaminhamento**

B. vem pela primeira vez à consulta de psicologia, encaminhada pela sua pediatra, devido aos episódios recorrentes de vômitos e suspeita que estes poderiam estar ligados a fatores psicológicos e não a uma causa puramente fisiológica. O medo de dormir sozinha e o receio do escuro também foram apontados como preocupações significativas que afetavam o bem-estar da criança e a dinâmica familiar.

### **História de Desenvolvimento e Familiar**

B. nasceu após uma gravidez e parto sem complicações. Atingiu os seus marcos de desenvolvimento no tempo esperado, sem problemas de saúde significativos relatados durante a infância ou primeiros anos. B. era descrita como uma criança geralmente feliz e sociável, que gostava de brincar com o grupo de pares e tinha um laço próximo com ambos os pais.

A estrutura familiar inclui o pai de B., um comercial de 35 anos, o seu emprego requer que viaje frequentemente a trabalho, às vezes ficando semanas fora de casa. A mãe de B., uma orçamentista de 35 anos, está atualmente grávida e prestes a dar à luz. B. é filha única, mas em breve terá uma irmã, o que tem sido uma fonte de ansiedade para ela.

A família mudou-se recentemente para uma nova casa, o que marcou o início da dificuldade de B. em dormir sozinha. Antes da mudança, B. dormia no seu próprio quarto sem problemas. Desde a mudança, no entanto, ela insiste em dormir no quarto dos pais devido ao medo do escuro e do novo ambiente. Os pais de B. permitiram isto, mas a mãe notou que B. prefere dormir diretamente sobre o seu peito, afirmando que “é um lugar que a faz sentir-se segura”.

B. também começou a expressar preocupações sobre o carinho dos pais, afirmando que "gostam mais da irmã" mesmo antes do nascimento da mesma. Esta afirmação foi um ponto de preocupação particular para os pais, que temem como B. se ajustará após a chegada da nova bebé.

## **Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica foi composta pelo levantamento da história desenvolvimental e familiar, observação e na sequência recorreu-se ao uso de meios auxiliares de diagnóstico. Em todas as sessões pretendeu-se estabelecer uma boa e sólida relação terapêutica. A avaliação emocional de B. teve por base atividades de cariz lúdico que lhe davam prazer.

A avaliação psicológica incluiu uma combinação de técnicas observacionais, terapia lúdica e métodos projetivos. Durante as sessões, B. mostrou-se geralmente cooperativa, mas apresentava ansiedade significativa quando discutia temas relacionados com alimentação, dormir sozinha ou a chegada do irmão. Ela demonstrava sinais de questões de apego, especialmente com a mãe, e parecia ter dificuldades em lidar com a ideia de separação.

Foram utilizadas atividades como desenho e encenação através de brinquedos para explorar o mundo interno de B. O uso do desenho na avaliação psicológica de crianças é uma técnica amplamente reconhecida e valorizada por permitir o acesso a aspetos emocionais e cognitivos de uma forma não verbal e lúdica. Durante a infância, as crianças possuem limitações na sua capacidade de expressar sentimentos e pensamentos complexos através da linguagem verbal, e o desenho surge como uma alternativa natural e espontânea para essa comunicação. Através dos traços, cores e temas representados, a criança consegue projetar o seu mundo interior, facilitando a compreensão das suas emoções e das suas vivências (Fabris et al., 2023).

A importância do desenho na avaliação psicológica reside, em primeiro lugar, na possibilidade que este oferece de expressão emocional. Crianças que enfrentam dificuldades emocionais, como ansiedade, medos ou raiva, podem manifestar esses sentimentos nos seus desenhos, permitindo ao psicólogo aceder a informações que de outra forma seriam difíceis de obter (Skybo et al., 2007).

O Desenho da Família foi a técnica projetiva utilizada na avaliação psicológica, pois permite obter informações sobre a perceção que a criança tem das suas relações familiares, bem como sobre o seu mundo emocional. Ao desenhar a família, a criança expressa de forma simbólica o seu lugar dentro do núcleo familiar, as dinâmicas existentes, a proximidade emocional e eventuais conflitos ou tensões que possam existir (Pace et al., 2022). A paciente

demonstrou interesse e satisfação ao realizar a tarefa. No desenho B. desenhou-se no meio dos seus pais, colocando ambos os pais próximos a ela. Essa configuração pode sugerir uma percepção de equilíbrio e segurança emocional no seu relacionamento com ambos os progenitores. Estar equidistante dos pais pode ser interpretado como um sinal de que a criança se sente igualmente próxima e apoiada por ambos, não mostrando preferências ou distanciamentos significativos de um dos membros (Gennari & Tamanza, 2022).

B. excluiu notavelmente a mãe grávida, o que sugeriu ansiedades subjacentes sobre as mudanças na dinâmica familiar, nomeadamente sentimentos não resolvidos de ciúmes ou medo de ser substituída pela irmã mais nova. A ausência do bebé pode simbolizar que a criança ainda não processou completamente a ideia da chegada de um novo membro na família, ou que ainda não tem uma compreensão clara do impacto que essa mudança terá na sua vida. A gravidez, mesmo que seja um tema consciente para a criança, pode gerar sentimentos de insegurança ou medo de perder a atenção dos pais, o que se reflete na omissão do bebé no desenho. A criança pode estar a evitar simbolizar a presença do bebé porque isso pode representar uma ameaça ao seu atual lugar central na dinâmica familiar. Outra possível interpretação é que a ausência do bebé no desenho pode indicar que a criança ainda não internalizou emocionalmente a ideia de que o bebé já faz parte da família, vendo-o ainda como algo "externo" à sua vivência atual. Isto pode sugerir uma fase de negação ou resistência ao novo papel que terá de desempenhar como irmão mais velho. Também pode levantar questões sobre como a criança está a lidar com a antecipação da chegada do novo irmão, sinalizando potenciais sentimentos de ciúmes, rivalidade ou mesmo a necessidade de maior segurança emocional (Gennari & Tamanza, 2022).

A utilização de atividades lúdicas, como a encenação com bonecos, é fundamental na intervenção psicológica com crianças, pois facilita a exploração de experiências e a resolução de conflitos internos de uma forma acessível e natural. Através do jogo simbólico, as crianças podem recriar situações do seu quotidiano, o que lhes permite processar e compreender melhor essas vivências. Além disso, ao ensaiar diferentes papéis e interações sociais, a criança desenvolve competências sociais essenciais, como a empatia e a comunicação. Estas atividades também ajudam a criar um ambiente terapêutico acolhedor, essencial para estabelecer uma relação de confiança entre o psicólogo e a criança (Hartwig, 2021). Nas atividades onde eram usados bonecos para encenar e explorar situações reais e fictícias, B. raramente se projetava nas histórias, no entanto esta atividade ajudou B. a

expressar as suas emoções e medos. Essas atividades facilitaram a comunicação sobre as suas preocupações e permitiram-me compreender melhor o seu mundo interno e identificar as suas necessidades emocionais, criando um espaço seguro para que B. pudesse explorar e enfrentar os seus medos.

Além destas atividades, B. participou na criação de um "pote da calma," uma ferramenta terapêutica usada para ajudar as crianças a regular as suas emoções, promovendo a calma e a atenção plena. B. respondeu bem a esta atividade, demonstrando o seu prazer e contentamento com a atividade proposta. O pote continha elementos como glitter e água que B. poderia agitar quando se sentisse ansiosa, ajudando-a a aprender técnicas de relaxamento.

### **Diagnóstico Psicológico**

No caso da B., atribuir ou designar um diagnóstico para a problemática apresentada pela criança não se revela fundamental para o sucesso do processo terapêutico. O mais importante é que o terapeuta compreenda a fundo o sofrimento do paciente e as causas subjacentes desse sofrimento. A imposição de um diagnóstico pode condicionar o desenvolvimento natural da criança, podendo ser dispensável neste contexto (Merten et al., 2017; PLOS, 2013)

Após uma análise compreensiva dos dados da observação e da avaliação psicológica da B., parece que ela evidencia uma problemática emocional com traços de ansiedade, provavelmente relacionada às mudanças recentes no seu contexto familiar, incluindo a gravidez da mãe e a ausência periódica do pai. Estas mudanças podem ter gerado insegurança, exacerbando os seus medos e ansiedades, que se manifestam em comportamentos como a recusa em dormir sozinha.

De acordo com Katsantonis e colaboradores (2024), a ausência ou a percepção de afastamento emocional por parte das figuras parentais pode resultar em dificuldades de ajustamento emocional. No caso da B., a sua percepção de que os pais "gostam mais da irmã" pode estar a amplificar o seu desconforto e as suas ansiedades, refletindo-se no seu comportamento.

Em suma, a B. tem vivido situações de mudança familiar que parecem estar a impactar o seu desenvolvimento emocional. A chegada iminente de uma irmã e o afastamento intermitente do pai parecem ter aumentado a sua necessidade de segurança e proximidade com a mãe.

### **Análise Abrangente do Problema**

A família desempenha um papel crucial no desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, particularmente em crianças. Ela fornece uma base de apoio, segurança e bem-estar, que é fundamental para o crescimento saudável. Pesquisas mostram que o ambiente familiar impacta significativamente o bem-estar psicológico e social das crianças. Dinâmicas familiares positivas, incluindo apoio emocional e vínculos seguros, promovem a resiliência, regulação emocional e saúde psicológica, que são fatores-chave no desenvolvimento geral de uma criança (An et al., 2024; Gaspar et al., 2022). Contudo, quando essa estrutura é alterada, por exemplo, com a chegada de um novo irmão e a ausência intermitente de um dos progenitores, como no caso de B., pode desencadear sentimentos de insegurança e ansiedade.

B. vivenciou recentemente várias mudanças significativas no seu ambiente familiar: a mãe está grávida, o que implica uma nova configuração no seio familiar; o pai passa períodos fora de casa devido ao trabalho; e houve uma mudança de residência, o que intensificou o seu medo de dormir sozinha. Estas alterações podem ter sido interpretadas pela B. como ameaças à sua posição dentro da família, e o surgimento de medos (como o medo do escuro e de dormir sozinha) e sintomas físicos (como vômitos durante as refeições) podem ser manifestações dessa ansiedade.

Crises familiares, mesmo em dinâmicas que até então não apresentavam grandes controvérsias, podem despoletar dificuldades que são difíceis de superar. No caso de B., a ansiedade e os vômitos parecem estar relacionados com a percepção de uma perda simbólica de afeto e atenção devido à nova dinâmica familiar com a chegada da irmã. A qualidade das relações familiares, e em particular a relação intraconjugal, influencia diretamente o desenvolvimento emocional da criança (Gaspar et al., 2022).

A ausência do pai durante certos períodos e a gravidez da mãe criaram um ambiente em que B. pode ter sentido uma carência emocional por parte das suas figuras significativas,

gerando ansiedade face à mudança. Como sugere Dittman (2018), conflitos ou situações de ausência parental, seja por separação ou compromissos de trabalho e mesmo que não envolvam violência ou agressão, podem provocar uma desregulação emocional nas crianças, expressando-se na forma de ansiedade, medo, insegurança e sentimentos de abandono, despoletando problemas comportamentais.

Para B., a chegada iminente da irmã pode ser vista como uma perda simbólica do seu lugar de "filha única", o que pode estar a reforçar a sua necessidade de proximidade com a mãe e a exacerbar os seus medos de abandono. A verbalização de que os pais "gostam mais da irmã" revela um sentimento de ameaça e insegurança emocional.

Embora B. demonstre sinais de ansiedade e uma dificuldade em lidar com as mudanças, o apoio emocional que tem recebido durante o processo terapêutico tem sido fundamental. A mãe, ao manter-se próxima e atenta às necessidades de B., tem ajudado a minimizar os efeitos negativos destas mudanças.

Os episódios de vômitos durante as refeições foram percebidos como uma manifestação da sua ansiedade, especialmente quando se sente pressionada para ingerir os alimentos mais rapidamente. A diminuição desses episódios, uma vez que foi mencionado que após o início do acompanhamento só ocorreu mais uma vez, é um sinal positivo de que, com o acompanhamento adequado e a atenção às suas necessidades emocionais, B. está a responder de forma adaptativa.

Em suma, as dificuldades vivenciadas por B. são compreensíveis no contexto de uma reconfiguração familiar significativa, que, embora não envolva violência ou conflito direto, representa para a criança uma ameaça à estabilidade emocional. O acompanhamento contínuo permitirá que B. desenvolva mecanismos de coping saudáveis e promova uma adaptação mais positiva às mudanças na sua vida familiar.

### **Objetivo da Terapia**

Após a avaliação inicial, verificou-se que B. apresentava dificuldades em lidar com aspetos emocionais, nomeadamente uma ansiedade relacionada com a nova dinâmica familiar, o que tornou pertinente a continuidade de um processo de acompanhamento psicológico individual.

Os objetivos da terapia centram-se no trabalho dos aspetos afetivos e emocionais, ajudando B. a processar e aceitar as mudanças significativas na sua vida, especialmente a chegada iminente da irmã. A terapia proporcionou um espaço seguro onde B. pôde identificar, explorar e aceitar as suas vivências, sentimentos e emoções, promovendo o desenvolvimento de mecanismos de coping mais saudáveis face à sua ansiedade e medo de ser substituída. Este processo visava, igualmente, restaurar gradualmente o seu sentido de segurança e independência. Paralelamente, trabalhou-se no aumento da sua tolerância à mudança e à incerteza, aspetos reforçados por pequenas alterações no ambiente das consultas, incentivando-a a praticar a adaptação a novos contextos.

Tendo em conta que B., como muitas crianças, tem uma predisposição natural para atividades lúdicas, a ludoterapia foi um método essencial utilizado nas sessões. Esta abordagem facilitou a comunicação não-verbal e proporcionou à criança uma forma de expressar o seu mundo interno e a sua perceção da realidade (Maurer, 2017). Através do brincar, do diálogo e do desenho, B. teve a oportunidade de externalizar os seus problemas, sentimentos e emoções, permitindo-me compreender melhor as suas necessidades emocionais.

Ao longo do acompanhamento, adotei uma postura de respeito, aceitação e permissividade, criando um ambiente onde B. se sentiu à vontade para explorar as suas emoções e os seus receios. Este processo facilitou a substituição de padrões de funcionamento menos adaptativos por formas mais eficazes de satisfazer as suas necessidades emocionais (Pos & Greenberg, 2007).

Após algumas sessões, B. começou a demonstrar uma vontade crescente de superar os seus medos. De forma espontânea, começou a falar sobre o desejo de voltar a dormir sozinha no seu quarto, revelando assim um progresso no enfrentamento das suas inseguranças e uma maior confiança em lidar com a situação que anteriormente lhe causava ansiedade.

Outro objetivo central foi auxiliar B. a expressar as suas emoções e preocupações de forma construtiva, reduzindo os sintomas psicossomáticos como os vômitos, resultado que começou a ser observado após as primeiras sessões.

Assim, a psicoterapia com B. visou não apenas reduzir os sintomas de ansiedade, como também promover um desenvolvimento emocional e social mais saudável, capacitando-a para enfrentar os desafios relacionados com as mudanças na sua vida familiar de forma mais adaptativa.

### **Acompanhamento Psicológico**

O acompanhamento psicológico foi realizado em sessões individuais, a cada duas semanas, durante 2 meses, com duração aproximada de 50 minutos, num gabinete insonorizado.

Após uma primeira fase de observação e avaliação psicológica segue-se o acompanhamento psicológico/psicoterapia. Dificilmente a criança transmite diretamente uma queixa, isto faz com que o pedido ao terapeuta o obrigue de ler nas entre linhas, especialmente no início do processo. Assim, as sessões iniciais focaram-se em criar um vínculo com B. e em criar um ambiente seguro para que ela pudesse expressar os seus sentimentos. A arte e a terapia de brincar foram centrais nestas sessões, permitindo que B. explorasse as suas emoções de forma não ameaçadora.

A primeira sessão foi o foi destinada ao levantamento da história clínica, através da entrevista realizada com a mãe e a B. Nesta pôde-se observar o modo de funcionamento da criança e a relação com as figuras cuidadoras. B. evidenciou um comportamento adequado e observaram-se manifestações de afeto da criança para com mãe, sendo esta recíprocas.

B. demonstrou algum receio ao falar sobre os seus medos, mas ao mesmo tempo, empolgação com o início do processo terapêutico. Nesta sessão, foi explicado a B. o papel do psicólogo e a importância do espaço terapêutico, e assegurado de o que acontecia no gabinete era confidencial, a menos que ela quisesse partilhar ou surgisse alguma situação de perigo para si ou para os outros.

Na segunda sessão, B. entrou sozinha, mostrando-se eufórica, nesta sessão foram apenas feitas atividades lúdicas do gosto da B., de forma a fortalecer a relação terapêutica.

Na terceira sessão, recorri ao uso de bonecas para encenar cenários relacionados com dormir sozinha e o medo do escuro. B. escolheu duas barbies para representar a mãe e a si própria. Através do jogo, mostrou que preferia dormir com a mãe porque "o escuro é

assustador". Esta sessão revelou o quanto o medo do escuro e a necessidade de proximidade com a mãe estavam interligados com as suas ansiedades. Além disso, propus algumas estratégias práticas para ajudar B. a enfrentar o medo de dormir sozinha. Sugeri que ela pudesse dormir com um peluche, usar uma luz de presença, colocar um pote com pedrinhas na janela para criar um som caso algo acontecesse, e também ligar dois copos com um fio, colocando um no quarto dos pais e o outro no dela, para que pudesse comunicar facilmente se precisasse. Essas sugestões visavam oferecer a B. formas concretas de lidar com suas inseguranças e promover um sentido de segurança durante a noite.

Na quarta sessão, pintamos um desenho ao gosto da B., e desenhamos um coração para o pai e para a mãe. O coração da mãe foi preenchido com cores alegres, enquanto o do pai foi pintado em tons mais escuros. Quando questionada sobre a escolha das cores para o coração do pai, B. explicou que escolheu essas tonalidades por considerar que, sendo ele um homem, deveria usar cores mais escuras.

No final realizamos a atividade do "pote da calma", onde B. decorou um frasco e escolheu purpurinas e outros materiais para colocar dentro. O pote foi explicado como uma ferramenta que B. poderia usar quando se sentisse ansiosa ou com medo. B. mostrou entusiasmo com a atividade e utilizou o pote durante a sessão para se acalmar após falar sobre uma situação em que se sentiu ansiosa.

Na quinta sessão, foi possível observar um progresso significativo. B. começou a mostrar interesse em falar sobre os seus medos, nomeadamente o desejo de voltar a dormir sozinha, um sinal claro de que estava a ganhar mais confiança e autonomia emocional. Através da brincadeira, B. recriou situações em que demonstrava afeto pelas figuras familiares, reforçando a importância das relações afetivas no seu bem-estar emocional. Antes de B. entrar para a sessão, o pai referiu que esta tinha feito o seguinte comentário direcionado aos pais "Vocês gostam mais da mana do que de mim", por este motivo, foi pedido que desenhasse uma família. Quando questionada sobre quem eram as personagens que desenhou, mencionou-se a ela, o pai e a mãe, omitindo o bebé na barriga da mãe ou em outra parte do desenho. Após questionar se não gostaria de acrescentar nada ao desenho, respondeu-me que não.

O desenho poderia ser um sinal de que B. ainda não tinha integrado emocionalmente a ideia de ter uma nova irmã. Este indicativo levou-me, nas sessões subsequentes, a explorar

de forma gradual e sensível o tema de ter um irmão mais novo. Para facilitar esta abordagem, utilizei um vídeo infantil que abordava a chegada de um novo bebé, com o intuito de introduzir de forma lúdica os desafios e mudanças associadas a este acontecimento, como os cuidados que o bebé necessitaria e o tempo adicional que exigiria dos pais.

Durante estas conversas, B. revelou grande curiosidade e fez diversas perguntas sobre o parto e sobre o que envolvia o nascimento de um bebé, às quais procurei responder de forma clara e adequada ao seu nível de compreensão. Reforcei ainda o papel importante que ela poderia assumir no cuidado e na relação com a nova irmã, sublinhando o seu valor dentro da dinâmica familiar e ajudando-a a começar a visualizar o seu lugar e contributo nesse novo contexto.

Além das sete sessões individuais realizadas com B., foi conduzida uma sessão com o pai, dado que a mãe não pôde estar presente devido a compromissos profissionais. Durante esta sessão, foi abordado o progresso de B. e discutimos estratégias para integrar B. nas atividades relacionadas com a nova irmã, sempre que possível.

Além disso, entreguei ao pai um livro específico destinado aos pais para ajudar a lidar com o sentimento de ciúmes que pode surgir entre irmãos mais velhos e o novo membro da família. Este livro, embora possa ser emocionalmente impactante, é considerado uma leitura essencial para compreender as emoções que a criança pode vivenciar e para orientar os pais sobre abordagens eficazes e comportamentos a evitar. Acredito que a leitura deste material pode proporcionar uma melhor compreensão das dinâmicas emocionais envolvidas e contribuir para uma transição mais harmoniosa para B. e para a família como um todo.

### **Resultado do Processo Terapêutico**

Este é um caso que se mantém em acompanhamento, no entanto, já é perceptível, pelas sessões realizadas uma evolução significativa. B. reduziu acentuadamente os seus sintomas de ansiedade e episódios de vômito. Embora alguma ansiedade permaneça, particularmente em relação a dormir sozinha, B. mostrou resiliência e a capacidade de lidar com esses sentimentos de forma mais eficaz. A terapia forneceu-lhe ferramentas que ela poderá continuar a usar à medida que a dinâmica familiar muda com a chegada da nova irmã.

O trabalho terapêutico ajudou B. a lidar com os seus sentimentos de insegurança e medo, fornecendo-lhe as ferramentas para expressar e gerir as suas emoções de forma mais eficaz.

## **Reflexão crítica**

A prática clínica que emergiu durante o estágio no centro hospitalar revelou-se um ponto de inflexão crucial na minha formação, destacando a importância indissociável de transpor a teoria para a prática. O confronto com o contexto real, com as nuances individuais de cada caso, complexificou de forma enriquecedora o conhecimento teórico previamente adquirido. Embora a teoria ofereça uma base sólida de compreensão dos processos psíquicos, é na prática que se descobre a verdadeira profundidade da subjetividade humana, onde o previsível dá lugar ao singular e ao inesperado.

No âmbito da psicologia infantil, o desafio de aplicar teorias clássicas e contemporâneas ao desenvolvimento infantil revelou-se multifacetado. A teoria apresenta-nos as trajetórias típicas do desenvolvimento, descreve-nos as fases e as possíveis variações normativas, mas é no encontro com a criança concreta, inserida no seu contexto familiar e social, que compreendemos como essas trajetórias são permeadas por fatores imprevisíveis. A prática exige, assim, uma integração constante entre o conhecimento teórico e a capacidade de resposta imediata às necessidades que emergem em tempo real.

Esta transição da teoria para a prática foi marcada por uma profunda consciência da complexidade do ser humano. Nas interações com as crianças e as suas famílias, tornou-se claro que os manuais e os modelos explicativos da psicologia, apesar de fundamentais, não conseguem encapsular por completo as vivências emocionais, os dilemas psicológicos e os contextos socioculturais de cada paciente. Ao lidar com crianças em situações de vulnerabilidade, emergiu a necessidade de uma prática terapêutica que não apenas atenda à compreensão dos sintomas e dos diagnósticos, mas que também acolha a subjetividade, a história e as especificidades de cada família. Assim, percebi que o papel do psicólogo vai além da aplicação de protocolos; envolve um profundo compromisso ético, empático e adaptativo.

A prática supervisionada proporcionou uma ampliação da minha visão crítica sobre a teoria psicológica, evidenciando que a mesma deve ser vista como um guia flexível, e não como uma fórmula exata. O contexto hospitalar, especialmente em áreas tão delicadas como a pediatria, exige uma postura reflexiva e um ajuste contínuo das estratégias de intervenção. O rigor teórico, ao ser conjugado com a sensibilidade prática, permite-nos questionar e adaptar as intervenções, tornando-as mais eficazes e humanas.

Este estágio também enfatizou a relevância da abordagem multidisciplinar. A interação com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e terapeutas, revelou a riqueza de uma visão integradora que considera o bem-estar psicológico num quadro mais vasto de saúde global. O diálogo entre diferentes áreas do saber proporcionou uma prática mais robusta e holística, realçando que o conhecimento psicológico é uma peça de um puzzle maior, onde a colaboração é fundamental para o sucesso das intervenções.

Ao longo do estágio, a importância da teoria foi reafirmada, mas a sua aplicabilidade prática revelou-se o verdadeiro alicerce da eficácia clínica. Cada criança é um mundo único, um enigma que exige do psicólogo uma capacidade quase artesanal de moldar a intervenção às suas particularidades. Este processo de constante ajuste e reflexão prática reforçou a ideia de que o psicólogo clínico é, simultaneamente, cientista e artesão, que utiliza a teoria como base, mas que necessita da prática para criar soluções individualizadas.

Mais ainda, o estágio proporcionou uma nova perspetiva sobre o impacto que uma intervenção precoce pode ter no desenvolvimento de uma criança. Nas fases iniciais da vida, a psicologia tem a oportunidade de intervir de forma a corrigir, apoiar e potenciar o desenvolvimento saudável. A prática terapêutica com crianças sublinha, assim, o poder transformador da psicologia, lembrando-nos de que as intervenções não se limitam ao presente, mas lançam as bases para o futuro emocional e psicológico da criança.

Por fim, este estágio solidificou a minha compreensão de que a psicologia infantil não é apenas um campo de estudo, mas um espaço de transformação humana. A experiência prática ensinou-me que a teoria é um ponto de partida, mas é na interação com o outro – na escuta ativa, na observação atenta e na presença empática – que o verdadeiro valor da psicologia se revela. A prática é, portanto, o terreno fértil onde a teoria ganha vida, sendo a ponte essencial entre o saber e o cuidar.

**"Na infância,**

**a psicologia é a chave que abre portas invisíveis para futuros possíveis,**

**moldando o que a criança pode vir a ser,**

**mesmo antes de o mundo perceber quem ela já é!"**

## **Bibliografia**

- A, Lord, J. B., & G, S. (2020). A-053 Importance of Neuropsychological Assessment in a Patient with DiGeorge Syndrome. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 843. <https://doi.org/10.1093/arclin/aaa068.053>
- An, J., Zhu, X., Shi, Z., & An, J. (2024). A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. *BMC Public Health*, 24(1), 940. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18476-z>
- Bamforth, K., Rae, P., Maben, J., Lloyd, H., & Pearce, S. (2023). Perceptions of healthcare professionals' psychological wellbeing at work and the link to patients' experiences of care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100148. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100148>
- Bassett, A. S., McDonald-McGinn, D. M., Devriendt, K., Digilio, M. C., Goldenberg, P., Habel, A., Marino, B., Oskarsdottir, S., Philip, N., Sullivan, K., Swillen, A., & Vorstman, J. (2011). Practical Guidelines for Managing Patients with 22q11.2 Deletion Syndrome. *The Journal of pediatrics*, 159(2), 332-9.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.02.039>
- Bearden, C. E., Woodin, M. F., Wang, P. P., Moss, E., McDonald-McGinn, D., Zackai, E., Emmanuel, B., & Cannon, T. D. (2001). The neurocognitive phenotype of the 22q11.2 deletion syndrome: Selective deficit in visual-spatial memory. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(4), 447-464. <https://doi.org/10.1076/jcen.23.4.447.1228>
- Bhide, A., & Chakraborty, K. (2020). General Principles for Psychotherapeutic Interventions in Children and Adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl 2), S299-S318. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_811\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_811_19)

- Biswas, A. B., & Furniss, F. (2016). Cognitive phenotype and psychiatric disorder in 22q11.2 deletion syndrome: A review. *Research in Developmental Disabilities, 53–54*, 242–257. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.02.010>
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2010). *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement*. McGraw-Hill Higher Education.
- Dekker, J., Sears, S. F., Åsenlöf, P., & Berry, K. (2023). Psychologically informed health care. *Translational Behavioral Medicine, 13*(5), 289–296. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibac105>
- Dittman, C. K. (2018). Long-Distance Parenting: The Impact of Parental Separation and Absence due to Work Commitments on Families. Em M. R. Sanders & A. Morawska (Eds.), *Handbook of Parenting and Child Development Across the Lifespan* (pp. 511–533). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_22)
- Fabris, M. A., Lange-Küttner, C., Shiakou, M., & Longobardi, C. (2023). Editorial: Children’s drawings: evidence-based research and practice. *Frontiers in Psychology, 14*, 1250556. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1250556>
- Gaspar, T., Cerqueira, A., Guedes, F. B., & de Matos, M. G. (2022). Parental Emotional Support, Family Functioning and Children’s Quality of Life. *Psychological Studies, 67*(2), 189–199. <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00652-z>
- Gennari, M., & Tamanza, G. (2022). The Conjoint Family Drawing: A Tool to Explore About Family Relationships. *Frontiers in Psychology, 13*, 884686. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.884686>
- Green, E., Stroud, L., O’Connell, R., Bloomfield, S., Johan, C., Foxcroft, C., Hurter, K., Lane, H., Marais, R., Marx, C., McAlinden, P., Paradice, R., & Venter, D. (2018).

*Griffiths III Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths 3ª Edição*. Editora Hogrefe.

Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons.

Hartwig, E. K. (2021). Puppet play therapy. Em *Play therapy with children: Modalities for change* (pp. 107–124). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000217-008>

Hoffses, K. W., Ramirez, L. Y., Berdan, L., Tunick, R., Honaker, S. M., Meadows, T. J., Shaffer, L., Robins, P. M., Sturm, L., & Stancin, T. (2016). Topical Review: Building Competency: Professional Skills for Pediatric Psychologists in Integrated Primary Care Settings. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(10), 1144–1160.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw066>

Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2017). *Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues*. Cengage Learning.

Katsantonis, I. G., Symonds, J. E., & McLellan, R. (2024). Longitudinal relations between child emotional difficulties and parent-child closeness: A stability and malleability analysis using the STARTS model. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *18*(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00777-1>

Marmarosh, C. L., Sandage, S., Wade, N., Captari, L. E., & Crabtree, S. (2022). New horizons in group psychotherapy research and practice from third wave positive psychology: A practice-friendly review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, *25*(3), 643.

<https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.643>

- Maurer, M. H. (2017). Draw, Write, Speak, Play: The Role of Projection in Diagnosis and Therapy of Children and Adolescents. Em *Child and Adolescent Mental Health*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/67578>
- McDonald-McGinn, D. M., Sullivan, K. E., Marino, B., Philip, N., Swillen, A., Vorstman, J. A. S., Zackai, E. H., Emanuel, B. S., Vermeesch, J. R., Morrow, B. E., Scambler, P. J., & Bassett, A. S. (2015). 22q11.2 deletion syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, *1*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.71>
- Merten, E. C., Cwik, J. C., Margraf, J., & Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0140-5>
- Moreira, E. K. C. B., Martins, T. M., & Castro, M. M. de. (2012). Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da SBPH*, *15*(1), 134–167.
- Pace, C. S., Muzi, S., & Vizzino, F. (2022). Family drawing for assessing attachment in children: Weaknesses and strengths. *Frontiers in Psychology*, *13*, 980129. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.980129>
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*(1), 25–31. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9031-z>
- Shirk, S. R., & Karver, M. S. (2011). Alliance in child and adolescent psychotherapy. Em *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness, 2nd ed* (pp. 70–91). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0003>

- Simões, M. R., Albuquerque, C. P., Pinho, M. S., Vilar, M., Pereira, M., Lopes, A. F., Santos, M. J. S., Alberto, I., Lopes, C., Martins, C., & Moura, O. (2016). *BANC Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra*. Editora Hogrefe.
- Skybo, T., Ryan-Wenger, N., & Su, Y.-H. (2007). Human figure drawings as a measure of children's emotional status: Critical review for practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(1), 15–28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2006.05.006>
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical Practice Guidelines for Assessment of Children and Adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 2), 158–175. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_580\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18)
- The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition. (2013). *PLoS Medicine*, 10(5), e1001456. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001456>
- Urbina, S. (2014). *Essentials of Psychological Testing*. John Wiley & Sons.
- Wahass, S. H. (2005). THE ROLE OF PSYCHOLOGISTS IN HEALTH CARE DELIVERY. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63–70.
- Walsh, S. (2024). *Hospital Psychologist: Role, Responsibilities & Education - Psychology Masters Programs*. <https://psychologymastersprograms.com/types-of-psychologists/hospital-psychologist/>
- Wechsler, D. (2003). *WISC-III Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças- III Manual*. cegoc Investigação e Publicações Psicológicas.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2017). *Handbook of Personality Assessment*. John Wiley & Sons.
- Williams, A. M., Reed, B., Self, M. M., Robiner, W. N., & Ward, W. L. (2020). Psychologists' Practices, Stressors, and Wellness in Academic Health Centers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(4), 818–829. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09678-4>

