



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

**PSICOLOGIA CLÍNICA EM CONTEXTO MILITAR**

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

Autora: Ana Clara Mendes Pereira Paixão

Orientadora: Professora Doutora Genta Kulari

Número da candidata: 30000058

**Fevereiro de 2023**

**Lisboa**

## Agradecimentos

Com este relatório termino uma longa, desafiante, mas muito enriquecedora caminhada. Foram dias, meses e anos de muito empenho e dedicação, que me fizeram muitas vezes estar menos próxima dos meus. A esses, especialmente aos meus filhos e ao meu marido dedico este meu trabalho. Não teria sido possível esta concretização sem a sua compreensão, colaboração, disponibilidade, incentivo e apoio incondicional desde sempre. Foram os meus grandes pilares!

A todos os colegas que comigo fizeram este percurso. Aos que se mantiveram e aos que pelas variadas razões foram seguindo outros caminhos. Cada um à sua maneira teve um importante contributo no sentido de me ajudar a acreditar que seria possível concretizar este sonho.

Às minhas colegas de trabalhos de grupo, especialmente aquelas que nos últimos anos se mantiveram constantes. Obrigada pelos momentos fantásticos, e pelos momentos de *stress* também; eram estes que nos faziam ganhar força e motivação para dar continuidade às, muitas vezes, difíceis jornadas noite dentro.

À minha querida Elisabete Monteiro, colega desde o primeiro minuto da Licenciatura, que se tornou amiga para sempre. A minha companheira, confidente, parceira de viagens e com quem passei momentos inesquecíveis. Tantas gargalhadas que demos juntas e tanto incentivo compartilhado, mas também algumas lágrimas só nossas.

Um agradecimento à Universidade Autónoma de Lisboa, e a todo o seu corpo docente pelo empenho e dedicação na forma como sempre senti que acompanhavam os seus alunos.

À Professora Doutora Odete Nunes, e à Professora Doutora Rute Brites, pelo interesse e consideração para conosco, em especial durante o seminário de estágio.

À minha orientadora, a Professora Doutora Genta Kulari, pela sua disponibilidade para me orientar, ajudar e encaminhar da melhor maneira, demonstrando sempre confiança em mim.

À orientadora de estágio na instituição, pela transmissão de conhecimentos e disponibilidade demonstrada ao longo do estágio e à restante equipa da instituição pelo acolhimento, compreensão e disponibilidade constante.

Aos meus familiares, com quem, durante este processo, não consegui estar as vezes que gostaria, e que sei que eles gostariam também, pela infinita compreensão pela minha distância ou ausência de contacto muitas vezes.

*“Os sonhos não determinam o lugar em que você vai estar, mas produzem a força necessária para tirá-lo do lugar em que está” Túlio Rios*

## Resumo

O relatório de estágio reflete as vivências e reflexões ao longo do período de estágio, na entidade militar acolhedora, organismo polivalente que, através de um enquadramento multifacetado e multidisciplinar, proporciona a integração de diferentes funções e tipos de conhecimento na área da Psicologia, aliando o contexto militar ao contexto civil, considerando ainda o contexto de suporte social.

Em qualquer uma das situações está presente a possibilidade de exposição a fatores de risco, indutivos de alterações emocionais, que podem resultar em perturbações de diversa ordem, especialmente de *stress* pós-traumático, de ansiedade e depressivas.

O quadro teórico da entidade tem na sua base uma perspectiva holística, eclética e integrativa, tendo sido com recurso à Abordagem Centrada na Pessoa que decorreram as sessões de acompanhamento, utilizando pontualmente, quando considerado justificável, o quadro teórico do modelo Cognitivo-Comportamental. Num dos casos clínicos, foi realizado acompanhamento e avaliação psicológica, e no outro caso clínico acompanhamento psicológico.

A concretização do estágio permitiu a amplificação de diversas competências, entre as quais de sentido crítico e de reflexão, bem como da responsabilidade ética e deontológica, na prática do acompanhamento psicológico e avaliações psicológicas em contexto civil e militar.

**Palavras-chave:** Acompanhamento psicológico; Avaliação psicológica; Contexto militar; Perturbação de *stress* pós-traumático; Perturbação de ansiedade; Perturbação depressiva

## **Abstract**

The internship report reflects the experiences and reflections throughout the internship period, in the welcoming military entity, a multipurpose organization that, through a multifaceted and multidisciplinary framework, provides the integration of different functions and types of knowledge in the field of Psychology, combining the military context to the civil context, also considering the context of social support.

In any of these situations, there is the possibility of exposure to risk factors, inducing emotional changes, which can result in disorders of different kinds, especially post-traumatic stress, anxiety and depression.

The entity theoretical framework is based on a holistic, eclectic, and integrative perspective, being under the Person-Centered Approach, that follow-up sessions took place, using occasionally, when considered justifiable, the Cognitive-Behavioral model theoretical framework. In one of the clinical cases, psychological follow-up and evaluation were carried out, and in the other clinical case, psychological follow-up.

The completion of the internship allowed the expansion of various skills, including critical thinking and reflection, as well as ethical and deontological responsibility, in the practice of psychological monitoring and psychological assessments in civil and military contexts.

**Key words:** Psychological intervention; Psychological evaluation; Military context; Posttraumatic stress disorder; Anxiety disorder; Depressive disorder

## Índice

<b>Introdução</b> .....	14
<b>Parte I – Instituição Acolhedora do Estágio</b> .....	16
<b>Caracterização</b> .....	16
<b>Estrutura Organizacional</b> .....	16
<b>Parceria Entre a Instituição e a Junta de Freguesia no Concelho de Sintra</b> .....	19
<b>Atividade do Psicólogo</b> .....	20
<b>Problemáticas Recorrentes</b> .....	23
<b>Estágio Académico</b> .....	24
<b>Parte II - Enquadramento Teórico</b> .....	26
<b>Psicologia em Contexto Militar</b> .....	26
<b>Psicologia Clínica</b> .....	27
<b>Condições de Saúde Mental</b> .....	28
<b>Perturbação de Ansiedade</b> .....	30
<b>Stress Pós-Traumático</b> .....	33
<b>Perturbação Depressiva</b> .....	35
<b>Fatores de Risco</b> .....	36
<b>Intervenção Psicológica</b> .....	36
<b>Teoria Humanista</b> .....	38
<b>Teoria Desenvolvimento Psicoafetivo</b> .....	41
<b>Teoria Cognitivo-Comportamental</b> .....	45
<b>Parte III - Avaliação Psicológica e Psicomotora</b> .....	47
<b>Avaliação Psicológica</b> .....	47
<b>Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD+)</b> .....	49
<b>Inventário de Interesses e Preferências Profissionais - Edição Revista (IPP-R)</b> .....	51
<b>Teste de Aptidões Mentais Primárias (PMA)</b> .....	52
<b>Teste de Inteligência Geral (TIG-1)</b> .....	53
<b>Inventário de Valores Pessoais (SPV)</b> .....	54
<b>Testes de Personalidade</b> .....	56

Testes de Raciocínio Indiferencial .....	59
Inventário de Estado – Traço de Ansiedade (STAI).....	60
Versão Portuguesa da PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5).....	62
Dilema Moral de Heinz - A Teoria de Lawrence Kohlberg .....	63
<b>Avaliação Psicomotora.....</b>	<b>65</b>
Sistema de Testes de Viena (VTS).....	66
Testes de Inteligência Não Verbal.....	67
Testes de Aptidões Gerais .....	67
Testes de Aptidões Específicas.....	71
Testes Fatoriais de Personalidade .....	73
<b>Parte IV – Práticas no Estágio .....</b>	<b>74</b>
Contexto e Objetivos.....	74
<b>Atividades Gerais e Específicas no Contexto de Estágio.....</b>	<b>74</b>
Observação e Atividades de Integração.....	74
Módulos Formativos Assistidos .....	76
Módulos Formativos Ministrados .....	77
Atividades no Âmbito do Gabinete GOEAP.....	78
Atividades no Âmbito do Gabinete de Seleção.....	80
Acompanhamentos Psicológicos .....	82
Avaliações Psicológicas .....	83
Cronograma das Atividades de Estágio.....	84
<b>Caso Clínico A – Caso de Avaliação Psicológica e Acompanhamento Psicológico.....</b>	<b>85</b>
Identificação.....	85
Motivo do Acompanhamento Psicológico e da Avaliação Psicológica.....	85
Histórica Clínica.....	86
Síntese do Acompanhamento Psicológico .....	90
Avaliação Psicológica.....	93
Discussão do Caso.....	98
Conclusão do Caso.....	100

<b>Caso B – Caso de Acompanhamento Psicológico</b> .....	101
<b>Identificação</b> .....	101
<b>Motivo do Acompanhamento Psicológico</b> .....	101
<b>História Clínica</b> .....	101
<b>Síntese do Acompanhamento Psicológico</b> .....	103
<b>Discussão do Caso</b> .....	105
<b>Conclusão do Caso</b> .....	106
<b>Parte VI - Considerações Finais</b> .....	108
<b>Discussão e Conclusão</b> .....	108
<b>Referências</b> .....	110
<b>Anexos</b> .....	126



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Pontuação total da versão portuguesa da PCL-5 .....	99
Tabela 2 - Pontuação por <i>clusters</i> da versão portuguesa da PCL-5 .....	100
Tabela 3 - Pontuação total do Inventário de Estado–Traço de Ansiedade (STAI) .....	102

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

2HAND - Teste de Coordenação Bimanual

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa

APA - American Psychological Association

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

BPRD+ - Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial

CA - Caso Clínico A

CB - Caso Clínico B

COG - Teste Cognitivo

CEGOC - Empresa do setor da Formação, Consultoria, Recrutamento & Seleção e Coaching,

CEME - Chefe do Estado-Maior do Exército

CPAE - Centro de Psicologia Aplicada do Exército

CPM-P - Matrizes Progressivas de Raven.

DM - Doença Mental

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição

DT - Teste de Reações Complexas e Múltiplas em Ecrã

EME - Estado-Maior do Exército

EP - Estabelecimento Prisional de Caxias

FND - Forças Nacionais Destacadas

GabClSel - Gabinete de Classificação e Seleção da Amadora

GEF - Gabinete de Estudos e Formação

GOEAP - Gabinete de Orientação Escolar e Apoio Psicopedagógico

GS - Gabinete de Seleção

IPC - Inventário de Potencial de Competências

IPP - Inventário de Interesses e Preferências Profissionais

IPP-R - Inventário de Interesses e Preferências Profissionais Revisto

ITC - International Test Commission

IVPE - Inventário de Traços de Personalidade

LVT - Teste do Labirinto

MIAP - Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico

MJI - Moral Judgment Interview

MLS - Bateria de Testes de Performances Motoras

SAFER-R - Modelo de Intervenção na Crise Individual

MSD - Merck Sharp & Dohme

NAIP - Núcleo de Apoio e Intervenção Psicológica

NAPIC - Núcleo de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

NEO PI-R - Inventário de Personalidade NEO – Revisto

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAG - Perturbação de Ansiedade Generalizada

PCL-5 - Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

PMA - Aptidões Mentais Primárias

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

RA - Raciocínio Abstrato

RM - Raciocínio Mecânico

RN - Raciocínio Numérico

RS - Raciocínio Espacial

RT - Teste de Reações Simples e de Escolha em Ecrã

RV - Raciocínio Verbal

SCL-90-R - Teste dos 90 Sintomas (Symptom Checklist-90-Revised)

SIGNAL - Teste de Detecção de Sinais

SPM - Teste das Matrizes Progressivas Standard

SPV - Inventário de Valores Pessoais

STAI - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade

STAI-Y - State-Trait Anxiety Inventory Form-Y

TAVTMB - Teste de Tráfego de Mannheim

TIG-1 - Teste de Inteligência Geral

UAL - Universidade Autónoma de Lisboa

VTS - Sistema de Testes de Viena

ZBA - Teste de Antecipação do Tempo e do Movimento

## **Lista de Anexos**

Anexo 1 - Cronograma das Atividades de Estágio

Anexo 2 - Versão Portuguesa da PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)

Anexo 3 - Declaração de Consentimento Informado

## **Introdução**

No dia 12 de outubro de 2021, como aluna de 2º ano de mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento na UAL, iniciei o meu estágio curricular numa instituição militar situada no concelho de Sintra, pioneira em Portugal no que se refere à área de Psicologia em geral e psicometria em particular. Tem esta instituição o objetivo de estudar, gerir e monitorizar as várias atividades de Psicologia e Sociologia no contexto militar.

Esta etapa no percurso académico foi fundamental tanto para o meu crescimento profissional como pessoal, bem como para que possa transportar todo o conhecimento teórico para a prática. Nesse sentido, o objetivo primordial foi o de conseguir observar e experienciar, colocando em prática os meus conhecimentos académicos, procurando desenvolver e melhorar as minhas competências, no sentido de atingir a experiência necessária e adequada ao desempenho do papel de psicólogo.

O presente relatório destina-se a contextualizar essa instituição, as atividades nele desenvolvidas, e os respetivos objetivos. O relatório está organizado em seis capítulos, que se dividem em subcapítulos identificados em detalhe.

Em primeiro lugar será apresentada a instituição, a sua organização, a população alvo e a parceria com uma Junta de freguesia, bem como o papel dos psicólogos que aí desenvolvem as suas funções.

Em seguida, será apresentado o enquadramento teórico ajustado à realidade do decorrer do estágio, nomeadamente num contexto de intervenção com adultos, a importância da saúde mental numa população com carências económicas e financeiras, e as problemáticas que lhe estão muitas vezes associadas, como a ansiedade e a depressão.

O quadro teórico da instituição assenta numa perspectiva holística, eclética e integrativa, tendo eu interagido com os psicólogos que na sua maioria se orientam pelo quadro teórico do modelo cognitivo-comportamental que utilizei pontualmente durante os acompanhamentos psicológicos e que associei à Abordagem Centrada na Pessoa, abordagem essa com a qual me sinto mais confortável, devido ao maior nível de conhecimento, adquirido ao longo dos meus anos de licenciatura e mestrado. Abordarei ligeiramente a Terapia Cognitivo-Comportamental, de modo a enquadrar a intervenção realizada durante algumas sessões dos acompanhamentos psicológicos, bem como realizarei a descrição da Abordagem Centrada na Pessoa, modelo aprendido e maioritariamente utilizado, optando desta forma pela análise dos casos de acordo com o modelo de desenvolvimento Psicoafectivo do Dr. Hipólito.

Será posteriormente apresentada a informação relativa ao processo de avaliação psicológica e aos instrumentos de avaliação utilizados.

No capítulo seguinte serão descritas todas as atividades desenvolvidas na instituição, entre as quais participação em formações, observação, aplicação e cotação de provas.

Por fim serão destacados um caso clínico de acompanhamento psicológico e outro caso de avaliação psicológica.

As considerações finais consistem no reflexo da minha vivência e experiência prática e sobre a forma como decorreu o estágio.

## **Parte I – Instituição Acolhedora do Estágio**

### **Caracterização**

A instituição onde se realizou o estágio, ao serviço do Exército iniciou a sua atividade em 1960, em Caxias. Em 1975 altera a sua designação para aquela que ainda hoje detém e muda de instalações para uma das avenidas em Lisboa. Em 2005 volta a mudar de instalações, mantendo-se em Lisboa, tendo também nesta altura dado início ao processo de acolhimento de estágios de alunos de psicologia/sociologia. Desde 2015 que as suas instalações são as atuais, situadas em Queluz (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018).

Em 2016, no 3º Congresso Nacional, realizado em Alfândega do Porto, foi-lhe atribuído, pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, o “Prémio Nacional de Psicologia”, que existe desde 2013, e tem como objetivo distinguir pessoas ou instituições cujo contributo para o desenvolvimento da psicologia seja excecional e merecedor de reconhecimento público (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018).

A instituição é um organismo polivalente, que se caracteriza pela integração de várias funções e diversos tipos de conhecimento, reconhecendo como principal missão o estudo, aplicação e monitorização/supervisão de todas as atividades decorridas no Exército, nomeadamente nas áreas da Psicologia e Sociologia Militar (Monteiro, 2010).

### **Estrutura Organizacional**

A instituição, que vem adquirindo competências nos mais diversos âmbitos de atuação ao longo dos tempos, integra quatro valências principais que retratam a abordagem e intervenção global desempenhada, sendo estas:

i) O Gabinete de Estudos e Formação (GEF), tem o papel de realizar estudos no âmbito das áreas da Psicologia e Sociologia, opera no domínio da preparação e logística de cursos e estágios, na produção escrita e posterior publicação da Revista de Psicologia Militar e Boletim de Sociologia Militar, na construção dos anuários da Instituição, no desenvolvimento de cursos de curta duração e pós-graduações, na renovação e propostas de modificações dos protocolos existentes entre esta e outras instituições (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018). Este gabinete é composto por dois psicólogos e dois sociólogos, e pelo respetivo chefe, também ele sociólogo.

ii) A título de exemplo, uma das suas publicações, o Boletim de Sociologia Militar, tem como propósito ser um órgão informativo e de difusão de estudos/trabalhos/projetos



(empíricos, de revisão bibliográfica), que estejam tanto em fase de proposta, em curso, ou terminados, das áreas de sociologia ou outras ciências associadas, contando com a participação de Sociólogos presentes ou que tenham passado pela Instituição Militar, que pretendam publicar os seus trabalhos ou investigações, podendo assim contribuir para a partilha de experiências e métodos de trabalho distintos (CPAE, 2010).

iii) No que se refere à Revista de Psicologia Militar, tem como objetivo publicar artigos e notas de investigação, revisão ou discussão teórica, no âmbito da Psicologia e de outras Ciências Sociais, Humanas e do Comportamento, que possam contribuir para o estudo ou desenvolvimento da Instituição Militar. Apesar do conteúdo dos artigos ser da responsabilidade dos seus autores, estes são previamente sujeitos à apreciação do Conselho Científico e da Redação (Ramalho, 2020).

iv) Como referido anteriormente, este Gabinete colabora também na realização de estudos na área da Psicologia e Sociologia. Um exemplo dessa colaboração foi o estudo “Programa de Formação de Pares-Suporte “C2C”: Uma Nova Forma de Intervir”, que teve como objetivo avaliar, na perspetiva dos cadetes-alunos formandos, a formação ministrada no programa “C2C”. Este Programa de formação de Pares-Suporte “C2C”, com a duração de oito sessões, foi, em 2013, implementado na Academia Militar do Exército Português, com o objetivo de promover o autoconhecimento, autoconceito, e competências sociais dos cadetes-alunos que nele participam. Abordava diversas temáticas, entre as quais técnicas de comunicação e de aconselhamento entre pares, técnicas de gestão de stress e como explorar estratégias de *coping* que permitam ultrapassar crises psicológicas. Os resultados deste estudo, no qual participaram 21 cadetes-alunos, do 1º ano da Academia Militar do Exército Português, demonstraram que estes consideraram que a formação teve um contributo importante no seu desenvolvimento cognitivo e socio-emocional, permitindo-lhes aumentar as suas habilidades de atuação como suporte de pares, favorecendo desta forma o bem-estar coletivo (Silva et al., 2016).

v) O Gabinete de Seleção (GS), associado à Psicologia Militar e à Psicologia Organizacional, dedica-se essencialmente a funções relacionadas com a elaboração de perfis de competências e de seleção para as diferentes categorias, cargos e áreas funcionais do Exército, como por exemplo Praças, Sargentos, Polícia Judiciária Militar, Psicólogos para ingressar no Exército, bem como na seleção no âmbito civil em colaboração com entidades que o solicitem, como pode ser exemplo a seleção de Guardas Prisionais. Entre as atividades realizadas neste gabinete, destacam-se a participação em diversos processos de seleção de candidatos que

pretendem ingressar no Exército, nomeadamente no que respeita à avaliação psicológica - aplicação e cotação das provas psicológicas, aplicação de provas psicomotoras, entrevista psicológica e a realização de avaliação psicológica de condutores militares e civis. Realizam ainda avaliações psicológicas e testes psicomotores a condutores de veículos profissionais, de materiais perigosos e de transporte escolar com recurso ao VTS (Sistema de Testes de Viena), um *software* especificamente desenvolvido para responder aos requisitos da Psicometria, pelos vários testes e por diversos meios de introdução das respostas (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018).

vi) Para além disso, o departamento também tem à sua responsabilidade a definição de normas orientadoras sobre a avaliação e reclassificação das funções militares, e elaboração de análises de funções, atualização e difusão de pré-requisitos dos programas de seleção, colaboração na realização de estudos e procedimentos com vista à melhoria da eficácia do laboratório de Psicologia “Testoteca”, local onde estão localizados todos os testes e instrumentos, sob a coordenação do Gabinete (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018). O gabinete é composto por seis psicólogos e pelo respetivo chefe de Gabinete, psicólogo clínico.

vii) O Gabinete de Orientação Escolar e Apoio Psicopedagógico (GOEAP), é o gabinete que tem como atividades prioritárias: a) Processo de Orientação Vocacional destinado a estudantes do 9º ano (3º ciclo) e do 10º ao 12º ano (ensino secundário). Este processo está dividido em 3 fases: a avaliação psicológica; a entrevista com o estudante e respetivo encarregado de educação e a entrega de relatório da Orientação Vocacional; b) Acompanhamento Psicopedagógico destinado a filhos de militares e civis do Exército; c) Aplicação de Provas de Avaliação Psicológica no âmbito da admissão aos Estabelecimentos Militares de Ensino (Instituto dos Pupilos do Exército e Colégio Militar); e d) Atividades no âmbito de Orientação Profissional, que visam não só dar resposta a quem procura ajuda para ingressar no mercado de trabalho ou mudar de ramo, como também para os elementos que trabalham no exército e cuja carreira dura em média 6-7 anos. Este suporte pode ainda ser usado no âmbito de formações profissionais a definir dentro da própria instituição, nomeadamente como recurso para algum elemento que em fim de carreira possa ficar a desempenhar funções noutra âmbito e que para tal necessite desta formação. Adicionalmente, e relacionado com a formação anual obrigatória, é possível através da orientação profissional adequar as formações às necessidades existentes e que mais se ajustem ao perfil e funções exercidas na instituição

(Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018). Este gabinete é composto por dois psicólogos e pelo respetivo chefe, psicólogo clínico.

viii) O Núcleo de Apoio e Intervenção Psicológica (NAIP), que emerge em 2016 do NAPIC (Núcleo de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise), é o gabinete essencialmente dirigido ao apoio e avaliação psicológica realizada às Forças Nacionais Destacadas (FND), que acompanha os militares na preparação para a missão, durante a mesma, e no regresso, até um período de cerca de 6 meses. Para além do apoio fundamental a estas forças, o NAIP presta ainda apoio psicológico a familiares de membros do exército em caso de crise ou incidentes críticos, bem como intervém em situações de catástrofe, no âmbito do apoio militar de emergência (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018). Este apoio Psicológico e Psicossocial aos Familiares dos Militares destacados, é realizado tanto de forma direta e presencial, assim como indireta, através dos conteúdos e informações disponibilizados no site do Gabinete, na internet. Neste gabinete encontram-se 5 psicólogos e o respetivo chefe que detém um Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das Organizações.

### **Parceria Entre a Instituição e a Junta de Freguesia no Concelho de Sintra**

A Junta de freguesia tem um Gabinete de Ação Social, cujo objetivo visa dar uma resposta social aos cidadãos que serve, através do suporte em termos de alimentação, vestuário, medicação, apoio financeiro, etc. Este gabinete, que integra uma equipa técnica com formação nas áreas de serviço social e de psicologia, é um espaço aberto à população residente na área geográfica dessa autarquia, visando a sua atuação no âmbito da intervenção psicossocial, ajustada e definida em função dos casos, para pessoas com carências económicas.

A intervenção desta unidade, que se realiza de forma gratuita, através de marcação prévia e ocorrendo em dois dias da semana, presta apoio tanto ao nível de acompanhamentos psicológicos como de encaminhamento de casos sociais.

Esta iniciativa visa dar resposta aos problemas apresentados, ao mesmo tempo que promove a melhoria da qualidade de vida das pessoas em situações de carência socioeconómica, dado que, e ao abrigo do referido no artigo 7.º da Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, constituem atribuições da freguesia “a promoção e salvaguarda dos interesses próprios das respetivas populações, em articulação com o município” (Regulamento n.º 536/2016 do Apoio Social da União das Freguesias, 2016).

De salientar que, e de acordo com o Regulamento do Apoio Social dessa freguesia, nº 536/2016 publicado no Diário da República na 2ª série nº103 dia 30 de maio de 2016, é inequívoca a necessidade de prestar apoio e determinar medidas de suporte às famílias carenciadas residentes na autarquia.

Neste sentido, após realização de rastreio por parte dos psicólogos do Gabinete de Ação Social, e ao abrigo do, entretanto referido protocolo, alguns acompanhamentos psicológicos solicitados nesta Junta de Freguesia, e em função da disponibilidade de agendas, são encaminhados, para a Instituição, sendo posteriormente realizados pelos estagiários no local, com supervisão dos psicólogos dos diversos Gabinetes da Instituição.

Neste âmbito, a população-alvo acompanhada no decorrer do trabalho de estágio proveio da parceria entre a Instituição de estágio e a referida Junta de freguesia.

### **Atividade do Psicólogo**

A Instituição tem-se tornado fundamental na dinâmica do Exército, e nesse sentido, o papel do psicólogo dentro da mesma revelou-se também ele essencial. Os psicólogos dessa instituição atuam tanto junto dos militares como dos seus familiares, no sentido de tentar minimizar as consequências nefastas que a vida de um militar pode ter no seio familiar.

Dentro deste centro e no âmbito do papel desenvolvido pelo Gabinete do NAIP, atrás referido, é utilizado um Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico (MIAP) que se constitui por um conjunto de processos, intervenções e avaliações, apoiando e acompanhando os Militares que são projetados para os diferentes Teatros de Operações, integrados em contingentes ou de forma isolada.

O modelo de intervenção a nível psicológico, pela qual a instituição se rege, foca-se essencialmente na prevenção, através de avaliações psicológicas e também no âmbito educativo, com palestras de sensibilização.

Este modelo de intervenção é preventivo, pretendendo-se que a sua atuação tenha lugar antes do acontecimento dos incidentes, no sentido de preparar os militares para os mesmos, ajudando-os a identificar as estratégias e as ferramentas adequadas.

De acordo com o Gabinete do NAIP, da Instituição, as Missões dos Militares destacados, passam por três fases, nomeadamente a Fase de Pré-Deslocamento, fase em que o Militar recebe a notificação e inicia o treino para cada Missão, o Deslocamento, período em que o Militar permanece destacado em TO, e Pós-Deslocamento, que se inicia exatamente após o regresso ao território nacional.

Na fase de Pré-Deslocamento, existe um empenho dos Militares, famílias e círculos relacionais e sociais, para o ajustamento à ausência percebida, plena de incertezas, expectativas, conflitos e promessas cuja eficiente gestão será um bom indicador para garantir o bem-estar do Militar no cumprimento da Missão bem como da sua família. Desta forma, importa ter em consideração esta dinâmica mutuamente significativa.

No período do Deslocamento, o Militar irá passar pela necessidade de ajustamento a variados fatores intrínsecos à novidade do contexto em que se insere, que vão desde a cultura, a língua, a alimentação e o clima, aliado à necessidade de ajuste a um contexto no qual tem ausente o seu suporte familiar e social, elementos fundamentais para a estabilidade emocional de qualquer indivíduo no seu meio.

Na fase de Pós-Deslocamento, o Militar tem o seu primeiro momento de contacto com o seu contexto familiar/relacional, após a partida, o que representa um marco importante enquanto vivência emocional. É assim pertinente a atenção dada ao ciclo emocional de readaptação ao contexto social/familiar/relacional em Território Nacional.

O NAIP opera então junto dos Militares e seus familiares, tanto no sentido da preparação, com oferta formativa, palestras, guias e comunicações, bem como no sentido de prestar o acompanhamento psicológico necessário sempre que se justifique. Os psicólogos realizam acompanhamento e avaliação psicológica a militares incorporados nas forças nacionais destacadas, fazendo igualmente intervenção psicológica em ocasiões de crise, realizada tanto ao nível individual como grupal.

Esta intervenção e acompanhamento é de extrema importância, dado que um profissional que atue no meio militar está exposto a constantes situações de risco, tanto nos exercícios e treinos em tempo de paz ou guerra, como na possibilidade constante de lesão física, ou mesmo morte, factos permanentes nessa sua condição, estando assim conseqüentemente mais exposto a eventos traumáticos que tendem a afetar a sua saúde mental e, por conseguinte, as suas capacidades cognitivas (Freixa *et al.*, 2018).

No contexto militar é comum poder haver amplas jornadas de trabalho, exposição a algumas fontes físicas, químicas e biológicas que, declaradamente, são considerados fatores de risco profissional para o Militar (Neves, 2007).

Sabendo que uma saúde mental adequada é extremamente relevante para qualquer indivíduo, será ainda de mais importância para que os militares possam desempenhar as suas atividades profissionais em pleno, dado que essas atividades exigem muitas vezes um estado de alerta constante, requerendo agilidade, aptidão física e mental para lidar com situações de altos

níveis de stress, podendo afetar também a saúde mental do militar em exercício (Freixa *et al.*, 2018).

Abordar os riscos de saúde relacionados com o estilo de vida, como a obesidade, má condição física, consumo de drogas, falhas nutricionais ou hábitos pouco saudáveis, de uma perspectiva macro a micro, a disponibilidade para a saúde e a promoção da saúde sustentarão e aumentarão o bem-estar e a prontidão operacional do militar (Standard, 2019, p.135).

Os Militares servem o seu país, mas atrás de si têm famílias impactadas, que são consideradas por vezes testemunhas silenciosas em sofrimento por terem o seu familiar militar em missão, longe de si (DeCarvalho & Whealin, 2012).

Apesar de grande parte das famílias superarem os desafios com facilidade relativa, muitas outras lutam na tentativa de contornar os desafios intrínsecos ao deslocamento, reencontro, etc., pelo que estas experiências podem fortalecer ou enfraquecer cada indivíduo e podem também unir ou desvincular o sistema familiar (DeCarvalho & Whealin, 2012).

Nesse sentido, e como referido anteriormente, o MIAP é extensível às famílias diretas dos referidos Militares através da implementação do Programa de Resiliência da Família Militar em Missão.

Também aqui este acompanhamento é fundamental, dado que alguns estudos têm sugerido que alguns cônjuges, quando confrontados com a ausência do companheiro, militar, estão mais predispostos a um maior desajustamento, nomeadamente os mais jovens ou os que estão casados com militares em escalões hierárquicos mais baixos (Barbudo, 2013).

Nesse sentido, têm geralmente menos experiência de vida civil e militar, o que pode limitar a sua capacidade em conseguir lidar com a tensão da separação (Barbudo, 2013).

Além disso, o departamento do NAIP tem uma linha telefónica disponível durante 24 horas para qualquer eventualidade, seja com os militares que se encontram no território nacional, com as forças destacadas ou as suas famílias.

Outra das capacidades dos Gabinetes é a aplicação de testes vocacionais e testes de seleção/recrutamento, que são selecionados e utilizados em função do Universo e do objetivo a que se destinam. Apenas os psicólogos podem aplicar testes, dado serem estes que possuem os conhecimentos necessários para a sua preparação, aplicação e subsequente interpretação de resultados (Godoy & Noronha, 2005).

De salientar a importância de um processo de Orientação Vocacional, que permite ajudar os indivíduos não só a escolherem uma profissão, como também a que se conheçam melhor a si próprios, inseridos num contexto social, cultural e económico. Este processo

constitui-se como uma área de atuação que intervém na vida quotidiana dos seres humanos, facultando-lhes padrões de mecanismo de adaptação à vida (Andrade *et al.*, 2002).

Os instrumentos de avaliação psicológica têm assim um papel valioso neste processo, constituindo-se como um recurso que pode comprovar e amplificar os dados obtidos nas intervenções de Orientação Vocacional, desde que assegurada a garantia dos fundamentos teóricos, de validade e fidedignidade dos testes aplicados (Shimada, 2011).

No que se refere à orientação escolar, também aqui o psicólogo desempenha um papel psicopedagógico relevante orientando-se num modelo de medidas de suporte no processo de orientação vocacional e escolar, bem como formação a toda a comunidade educativa bem como de apoio psicológico.

Para além das suas competências profissionais, convém ainda salientar que o sucesso da atividade do Psicólogo passa igualmente pelas suas competências pessoais, entre as quais a compreensão empática e aceitação incondicional positiva, a sensibilidade e respeito para com o outro, a capacidade de escutar e comunicar de forma adequada e numa atitude de congruência (Hipólito, 2011).

Relativamente às características do psicólogo militar, são consideradas essenciais ao exercício da sua função neste meio, a sua flexibilidade e conseqüentemente a sua capacidade de adaptação aos diferentes contextos e necessidades das forças armadas. De salientar ainda, como competência indispensável num psicólogo militar, a capacidade de envolvimento e intervenção em diferentes métodos e abordagens, permitindo-lhe desta forma responder às diferentes exigências do contexto militar (Pereira *et al.*, 2011).

### **Problemáticas Recorrentes**

A instituição procura direcionar e abranger os seus projetos e intervenções a toda a população militar, em território nacional e internacional, no âmbito das Organizações Internacionais, nas dimensões Forças Nacionais Destacadas (FND), como tendo sido exemplos a presença na República Centro-Africana, Kosovo, Afeganistão e Líbano, incluindo membros das diferentes áreas da mesma, familiares e parentes de militares, assim como estabelece parcerias, protocolos e programas de apoio a outras populações e instituições. Entre estas, encontram-se grupos sociais e de segurança pública, guardas prisionais, câmaras municipais, juntas de freguesias, bombeiros, Instituições de ensino, entre outros (Monteiro, 2010).

São exemplos desses protocolos, os estabelecidos com Universidades e Institutos Superiores, com o objetivo de se proporcionarem trocas de experiências nas mais variadas áreas

da Psicologia, produção e aferição de instrumentos de avaliação psicológica, permuta de instrumentos, elaboração conjunta de investigação científica, ações de formação, seminários e estágios (CPAE, 2010).

As parcerias com os Serviços Prisionais, assentam na seleção de guardas prisionais, através da realização da sua avaliação psicológica, enquanto com a Polícia de segurança pública, se referem ao trabalho conjunto de valorização, aperfeiçoamento e otimização dos métodos de investigação psicológica. No exemplo da Câmara Municipal de Lisboa, a cooperação refere-se nas áreas de seleção e apoio psicológico à sua corporação de Bombeiros (CPAE, 2010).

Para além disso, esta instituição presta serviço de apoio psicológico a pessoas residentes na freguesia. Este serviço surge da parceria com a Junta de Freguesia de uma localidade no Concelho de Sintra, e está disponível para cidadãos civis, de todas as idades, que solicitem acompanhamento psicológico junto do Gabinete de Ação Social (Comando do Pessoal. Centro de Psicologia aplicada do Exército, 2022).

### **Estágio Académico**

O estágio académico presencial teve lugar no decorrer de todo o ano letivo 2021/2022, na instituição militar ao serviço do Exército, perfazendo-se 406 horas presenciais na colaboração e participação em diversas atividades dos psicólogos neste contexto, entre as quais: avaliação psicológica, acompanhamento psicológico, observação de entrevistas de seleção e de orientação vocacional, observação, aplicação e cotação de testes psicométricos, participação em ações de formação e observação de *workshops*.

Após a integração e contextualização na instituição militar ao serviço do Exército, que acolheu este estágio, foi planeado o acompanhamento e a supervisão na demonstração prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, entres os quais as competências ao nível da entrevista, da compreensão empática, da observação clínica, do levantamento das necessidades aquando da seleção e utilização dos instrumentos de avaliação, da cotação de testes e provas, bem como a preparação de relatórios, elaborados em função das intervenções e acompanhamentos psicológicos. Perspetivou-se também a participação noutras atividades que ocorreram no âmbito profissional, ex. desenvolvimento de tópicos na área da psicologia, em sala de aula durante a Unidade Curricular de Seminário de Estágio, aplicação de provas de orientação vocacional e militar, cotação e acompanhamento de entrevistas.



Estiveram sempre presentes, o código deontológico da profissão bem como as questões éticas relativas à prática clínica, entre as quais o consentimento informado e explícito do encarregado de serviço militar, respeitando-se o princípio ético da privacidade e da confidencialidade nas situações de observação, avaliação, acompanhamento psicológico e registo.

Em termos de objetivo específico e pessoal, pretendeu-se obter o maior conhecimento e prática na aplicação dos conhecimentos obtidos no decorrer do percurso académico, tais como:

a) Aprimorar a congruência, o olhar incondicional e a compreensão empática em acompanhamento psicológico na relação com o cliente civil e militar, em contexto do exército, assentando na energia positiva do desenvolvimento estimulado pela tendência atualizante do próprio garantindo o necessário respeito pelo ritmo evolutivo do outro, de acordo com as seis condições necessárias e suficientes para que se verifique mudança terapêutica;

b) Estabelecer uma adequada integração, empenho, simpatia, empatia, respeito, cooperação e assiduidade nesta unidade, disponibilidade e iniciativa na colaboração nos diversos serviços que surjam no decorrer do estágio;

c) Identificar, escolher e utilizar instrumentos sob supervisão, no mínimo num caso clínico aplicando-se instrumentos de avaliação como o exemplo do teste avaliativo de *stress* pós-traumático (versão portuguesa PCL-5) e o teste de avaliação de estado-traço de ansiedade (STAI);

d) aprendizagem ao nível de métodos e técnicas no âmbito de formações;

e) Cumprir com rigor no que está estabelecido no código deontológico da ordem dos psicólogos;

f) Aprofundar e desenvolver conhecimentos que logrem servir a um melhor desenvolvimento das competências ao nível cognitivo-afetivo tanto nas aprendizagens académicas, como no comportamento de decisão e exploração e relacionamento interpessoal e da evolução comunitária;

g) aperfeiçoar os conhecimentos já adquiridos, dando continuidade à aprendizagem através da vivência de experiências em contexto prático.

## **Parte II - Enquadramento Teórico**

### **Psicologia em Contexto Militar**

Em Portugal, os primeiros passos para o reconhecimento da Psicologia, e a par desta, a Psicologia Militar, aconteceram no período de transição entre a 1ª e a 2ª guerra mundial (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018).

Surgem em 1936, aplicados ao contexto militar, os primeiros estudos no âmbito de Métodos Psicotécnicos de Seleção de Pessoal, e um pouco mais tarde, em 1937, emergem as primeiras palestras de Psicologia e atividade militar, manifestando a necessidade da introdução da Psicologia Militar em Portugal (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018).

Com a 2ª Guerra Mundial, surge uma nova era na ampliação da Psicologia em contexto militar, tendo-se desenvolvido e melhorado provas sociométricas e de situação, surgindo também as preocupações associadas à sua validade e fiabilidade. Em paralelo registava-se uma preocupação na avaliação das funções militares comparativamente às funções civis, que permitisse de forma adequada, treinar e orientar os militares, apoiando-os nas suas atividades. Na década de 40, deu-se início à aplicação de testes psicomotores e de personalidade, no exército português (Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército, 2018).

Anos mais tarde, em 1960, oficiais do Estado-Maior do Exército (EME), entidade que estuda, concebe e planeia a atividade do Exército, para o apoio à decisão do Chefe do Estado-Maior do Exército (CEME), visitam os Centros de Recrutamento e Seleção em países como a Bélgica, Alemanha e França com o objetivo de melhorar os recursos disponíveis, no âmbito de classificação, seleção e distribuição, no contexto militar português. De regresso a Portugal, é criado o Centro de Estudos que mais tarde viria a designar-se pelo nome atual da instituição onde se realizou o estágio. Este Centro torna-se assim um grande impulsionador da aplicação de testes psicotécnicos no âmbito da seleção de pessoal, destinados aos elementos do Exército (CPAE, 2010).

A criação das primeiras Universidades de Psicologia, na década de 70, estimula em Portugal, uma nova dinâmica, cujo objetivo seria o de colaborar na formação dos primeiros Oficiais do quadro permanente com o curso de Psicologia, que iriam incorporar o referido centro de estudos. Na sequência da colocação de Oficiais licenciados em Psicologia, surgem as primeiras demonstrações de que a constituição deste centro apresentava resultados nas Forças Armadas, relativamente ao desenvolvimento da Psicologia e por conseguinte na sua prática na

organização militar, no incremento do número de psicólogos interessados ao nível da educação, investigação, instrução e treino, um acréscimo de apoios a nível de conhecimento científico, etc. (Pereira *et al.*, 2011).

Em termos gerais, e relativamente aos seus procedimentos e objetivos, é ténue a diferença entre Psicologia Militar e Psicologia em contexto civil, sendo a sua maior distância o contexto em que operam (Pereira *et al.*, 2011).

## **Psicologia Clínica**

O Decreto Lei 241/94 de 22 Setembro de 1994, é o que define pela primeira vez, uma carreira de Psicologia Clínica enquanto ramo dos Técnicos Superiores de Saúde, onde se descreviam as funções, a formação e a progressão na carreira (Ribeiro & Leal, 1996).

Quando nos referimos ao termo clínico, reportamo-nos a uma prática que envolve uma observação individual e específica do indivíduo. Quando descrita no âmbito da Psicologia, refere-se ao estudo de caso (Ribeiro & Leal, 1996), atribuindo-se a Psicologia Clínica a uma atividade prática, e em paralelo, a um conjunto de métodos e teorias, nos quais a atividade se baseia (Mendizabal, 2019). Nesse sentido, esta subdisciplina da Psicologia tem como objetivo o estudo, avaliação, diagnóstico, auxílio e tratamento do sofrimento psíquico, independentemente da sua causa (Mendizabal, 2019).

Assim, a Psicologia Clínica é um suporte no crescimento pessoal, ajuste e adaptação do ser humano, com incidência nos campos emocional, psicológico, biológico, intelectual, comportamental e social, que demonstram múltiplos funcionamentos nas diferentes culturas e níveis socioeconómicos (Cullari, 2001, *Apud* Borsa & Nunes, 2008; Sundbergs *et al.*, 2002, *Apud* Borsa & Nunes, 2008).

A prática da Psicologia clínica baseia-se no pressuposto da natureza individual e subjetiva de cada sujeito, pretendendo compreendê-lo como indivíduo que sente, pensa, fala e elabora sentimentos que se expressam, se desenvolvem e modificam, no contexto de uma relação de subjetividades, a determinado momento, num determinado local (Dutra, 2004).

Tem assim o psicólogo clínico, o papel de escutar e compreender as dificuldades do cliente, no sentido de poder ajudá-lo na sua minimização. Para que tal seja possível, é necessário que se registem três fundamentos essenciais: estar dotado de competências interpessoais, habilidades utilizadas na sua interação e comunicação com os outros, dominar as perspetivas teóricas nas quais assenta o modelo utilizado, dominar as estratégias terapêuticas e modelos

metodológicos que explicam de forma minuciosa, detalhada e rigorosa toda a ação desenvolvida no método de trabalho desenvolvido (Barreto & Barletta, 2010).

### **Condições de Saúde Mental**

Como referido anteriormente, o suporte desta instituição, é prestado tanto aos militares e aos seus familiares, como à população civil carenciada da área da freguesia, podendo haver em ambos os contextos exposição a fatores de risco, que conseqüentemente possam ser indutores de alterações emocionais, resultando em perturbações de diversa ordem.

Apesar de grande parte das operações dos militares portugueses poderem ser consideradas como associadas a agentes stressores de baixa intensidade, a complexidade muitas vezes elevada e o âmbito multidimensional, levam a que os militares se vejam confrontados com situações de combate, ataques, diversas ameaças e outras situações de risco inerentes às diferentes situações nos Teatros de Operações, que proporcionam uma sujeição a situações tendencialmente traumáticas, podendo incorrer em problemas de ajustamento não só físico como psicológico (Litz, 1996).

Para além disso, outros estudos mostram que não é apenas a experiência de combate que se constitui como acontecimento ou contexto potenciador de problemas de ajustamento psicológico, mas também outras adversidades e eventos a que os militares estão muitas vezes sujeitos, como por exemplo as más condições sanitárias disponíveis, as diferenças no clima, doenças, ameaças e perigos diversos (Whealin *et al.*, 2001).

Já outros autores defendem que também algumas características dos indivíduos podem torná-los mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações mentais, nomeadamente, entre outras, as variáveis sociodemográficas, tais como a idade, género, estado civil, habilitações literárias (quanto mais baixas, maior exposição) e nível socio-educacional, bem como traumas de infância, ambiente familiar, acontecimentos da vida, fraco suporte social, etc. (McNally *et al.*, 2003).

Em paralelo, outros estudos demonstram ainda que indivíduos com níveis de escolaridade e de educação mais baixos, e baixas competências cognitivas estão potencialmente mais predispostos e enquadram-se num nível de risco mais elevado de desenvolverem Perturbação de stress pós-traumático. Tal deve-se ao facto de provavelmente esses indivíduos avaliarem de forma menos adequada as conseqüências dos acontecimentos traumáticos e utilizarem estratégias desajustadas para lidar com as situações adversas (Buckley *et al.*, 2000).

Assim, em ambos os contextos em análise, militares por um lado e população civil carenciada por outro podem estar patentes perturbações de ansiedade e de *stress* pós-traumático.

No que se refere a militares portugueses, num estudo de Albuquerque, Fernandes, Saraiva e Lopes (1992) constatou-se que as fobias, a depressão e a ansiedade eram as perturbações mais observadas nos veteranos da Guerra. Por outro lado, num estudo de Maia *et al.* (2006) verificou-se que 56% dos veteranos registavam sintomas clínicos de morbilidade psicológica consideráveis, estando a ansiedade, a depressão e a história psiquiátrica prévia mais claramente associados à PSPT. Numa outra amostra, Pedras e Pereira (2007), constataram que 49% dos combatentes demonstravam comorbilidade como depressão, ansiedade, doença bipolar e ideação suicida. Pereira *et al.* (2010), identificaram 39,5% de prevalência de PSPT em combatentes da Guerra Colonial, apresentando 81% destes sintomatologia associada a perturbações emocionais.

Relativamente às famílias de militares, estas experienciam diversos desafios no decorrer da sua vida, enfrentando longas e recorrentes separações, frequentes transferências, modificações nas suas rotinas que conduzem por vezes a alterações de papéis no seio familiar, bem como são confrontadas com o prenúncio real de perigo para um membro da família (Alfano *et al.*, 2016).

De salientar que as longas ausências de um familiar não são exclusivas aos familiares de militares, contudo estando essa separação motivada por um destacamento para um possível cenário de guerra, serão preocupações distintas por implicarem o risco do ente querido poder ser ferido ou morto (Andres & Coulthard, 2015).

As ausências físicas constantes, motivadas pela participação em missões internacionais, levam a que as famílias de militares vivenciem repetidos processos de reestruturação e reorganização com o objetivo de alcançar o equilíbrio familiar (Creech *et al.*, 2014).

A separação é um gerador de fatores de stress, entre os quais o contexto do papel de “único-pai” para o elemento que fica, bem como o perigo de desenvolver problemas emocionais para todos os membros da família (Wood *et al.*, 1995).

O *stress* relacionado com o afastamento prolongado, o incremento das responsabilidades e do volume de trabalho, as dificuldades em comunicar com o familiar, entre outras, podem ser temas de complexa gestão (Simões *et al.*, 2011).

Como referido anteriormente e em termos de população civil, esta Instituição presta serviço de apoio psicológico a pessoas residentes na freguesia, com carências socioeconómicas.

Numa perspetiva epidemiológica, a pobreza pode traduzir-se por nível socioeconómico baixo, carências de vários níveis, parcas condições de habitação, baixo nível de escolaridade, desemprego, e fracas relações familiares, sendo que estes fatores podem relacionar-se também com a DM, caracterizando-se como fatores de risco (Alves & Rodrigues, 2010).

Identificada como complexa e amplamente estudada, a relação entre a “pobreza” e a Doença Mental, é multidirecional. De acordo com a teoria da causalidade social, regista-se uma associação entre níveis socioeconómicos baixos e contrariedades ambientais (eventos da vida stressantes, cuidados obstétricos e maternos de fraca qualidade, recursos sociais limitados), sendo esta a forma pela qual se explicaria um maior risco de DM associado ao nível socioeconómico baixo, podendo assim as dificuldades financeiras ser um fator de risco para a DM. Por oposição, e em conformidade com a teoria da seleção social, a DM acontece mais regularmente associada a um baixo nível socioeconómico. A doença pelas suas condicionantes e limitações, que se refletem muitas vezes em baixa escolaridade, desemprego, isolamento, etc., contribui para que essas pessoas sejam “empurradas” para níveis socioeconómicos mais baixos (Alves & Rodrigues, 2010).

Apesar da controvérsia entre as teorias, ambas serão relevantes e poderão complementar-se. A teoria da causalidade social poderá ter maior validade no que se refere a perturbações de ansiedade e depressão, ao passo que a da seleção social terá maior relevância nas psicoses e situações de abuso de substâncias (Alves & Rodrigues, 2010).

### **Perturbação de Ansiedade**

O conceito de ansiedade, e por tratar-se de um construto com elevada influência no sucesso pessoal, social e profissional dos indivíduos, tem vindo a ser alvo de vários estudos e definições ao longo do último século.

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), as perturbações de ansiedade abrangem perturbações que partilham aspetos relacionados com medo e ansiedade excessivos e respetivas perturbações comportamentais. Se por um lado o medo é a reação emocional à ameaça premente tanto real como percecionada, a ansiedade caracteriza-se pela predição de ameaça futura. São claramente dois estados que se sobrepõem ao mesmo tempo que se distinguem, sendo o medo mais frequentemente associado a momentos independentes de excitação ampliada, indispensável para a luta ou fuga, pensamentos de perigo iminente seguidos de reações de fuga, enquanto a ansiedade é mais regularmente associada a tensão muscular e vigília como precaução para um futuro perigo seguido de reações de prudência ou evitação.

As perturbações de ansiedade diferem do medo ou da ansiedade adaptativos quando se tornam excessivos ou subsistem para além de períodos adequados ao nível de desenvolvimento, diferindo assim pela sua persistência (em geral com duração de seis ou mais meses) (DSM-5, APA, 2014).

As principais características da perturbação de ansiedade generalizada são a ansiedade e a preocupação constantes e exageradas sobre várias áreas, que o sujeito tem problemas em controlar, experienciando sintomas físicos, entre os quais inquietação, irritabilidade, tensão muscular, fadiga, perturbações de sono, problemas de concentração (DSM-5, APA, 2014).

Em termos etimológicos, o termo ansiedade provém do grego *Anshein*, cujo significado remete para "estrangular, sufocar, oprimir". A terminologia angústia tem a sua origem no latim, cujo léxico *angor* aponta para "opressão" ou "falta de ar", e *angere* que se refere a "causa de pânico" ou "medo intenso". Estas expressões latinas têm origem na raiz indo-germânica *Angh*, indicando estreitamento ou constrição (Graeff & Brandão, 1999, *Apud* Bueno, 2009).

A ansiedade tem sido definida como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que guarda relação com outra emoção - o medo. Esse estado emocional está geralmente relacionado a um evento futuro e, às vezes, considerado desproporcional a uma ameaça real (Santos *et al.*, 2020).

Ansiedade pode descrever-se como um sentimento vago e desagradável de apreensão e medo, que se define por angústia ou desconforto decorrente da antecipação de perigo face a algo estranho ou desconhecido. Refere-se assim a uma disfunção emocional que causa sérios malefícios na vida de um indivíduo, sendo reconhecida como patológica quando são exacerbados e desproporcionais relativamente ao estímulo, ou qualitativamente diferentes do que se verifica como norma, tendo impacto no desempenho diário, no conforto emocional ou na qualidade de vida do sujeito (Moura *et al.*, 2018).

Os indivíduos ansiosos, têm tendência a superestimar a possibilidade de lhes acontecerem episódios negativos, acreditando que estão em perigo e tendem a reagir comportando-se de acordo com essa crença (Leahy, 2007).

De acordo com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais DSM-5 (APA, 2014), perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva (POC), perturbação de stresse pós-traumático (PSPT), perturbação de ansiedade generalizada (PAG), agorafobia e fobia social, são algumas das perturbações de ansiedade (Costa *et al.*, 2019).

Elementos comuns nas definições do conceito “ansiedade” apontam para um estado que envolve excitação biológica ou manifestações autonómicas e musculares (taquicardia, respostas galvânicas da pele, hiperventilação, sensações de afogamento ou sufocamento, sudorese, dores e tremores), redução na eficiência comportamental (decréscimo em habilidades sociais, dificuldade de concentração), respostas de esquiva e/ou fuga (o que sugere expectativa ou um controle por eventos futuros) e relatos verbais de estados internos desagradáveis (angústia, apreensão, medo, insegurança, mal-estar indefinido, etc.) (Perandr  & Haydu, 2018).

São frequentes nas perturba es de ansiedade, comorbidades que podem variar entre perturba o psiquiátrica e doenças renais e cardiovasculares. As perturba es de ansiedade tendem a influenciar negativamente a vida dos indivíduos, dado que grande parte destes deixa de realizar as suas atividades do dia-a-dia, por medo dos sintomas ou crises. As circunstâncias que motivam a ansiedade são suportadas, algumas vezes, com elevado sofrimento e algumas das atividades, para que sejam realizadas, requerem a colabora o de outras pessoas – o que pode influenciar a qualidade de vida e reduzir os níveis de independência. Também pode acontecer o abandono da realiza o de atividades prazerosas, quebras ou interrup es sociais e de relacionamentos (Costa *et al.*, 2019).

Associado   ansiedade, está ainda o sentimento de medo. Referimo-nos a este medo/fobia, a uma ansiedade sentida que   excessiva em rela o ao perigo real que determinada situa o representa. Os medos são irracionais e limitam imenso a vida das pessoas, tendo um grande impacto na vida de quem sofre. Refere-se a um estado no qual o indivíduo demonstra um sentimento de pânico relativamente a algo que identifica e que ele pode verificar (Bergamasco *et al.*, 2004).

A pessoa que sofre um trauma bastante acentuado, passa a viver uma série de experiências que necessariamente provocarão ansiedade e medo (Riggs & Foa, 2004).

De salientar ainda que a ansiedade se refere a um estado emocional existente em todo o ser humano sem queixa, desempenhando papel adaptativo, e na maior parte das disfun es emocionais. Desta forma, trata-se de um construto que requer ser avaliado com frequência e em distintos enquadramentos, como o da psicologia clínica, da saúde, forense, educacional das organiza es, etc. (Silva, 1998).



## Stress Pós-Traumático

A perturbação por *stress* pós-traumático (PSPT), constitui-se de lembranças recorrentes intrusivas de um evento traumático opressivo. As lembranças duram mais de um mês e começam até seis meses depois do evento (Banhill, 2022).

Os sinais e sintomas também incluem evitar estímulos associados a eventos traumáticos, pesadelos e *flashbacks* (Banhill, 2022).

A perturbação de stress pós-traumático pode incluir *flashbacks* com uma qualidade alucinatória, e a hipervigilância pode atingir proporções paranoides. Contudo, é necessário que exista um evento traumático e de aspetos sintomáticos característicos relativos a revivências ou reações ao acontecimento para que seja feito um diagnóstico (Sena, 2014).

Quando algum evento terrível acontece, muitas pessoas são afetadas de forma prolongada, sendo nalgumas tão graves e persistentes as implicações que se tornam desgastantes e representam uma perturbação. Na generalidade, os acontecimentos com maior potencial para causar PSPT são os que se relacionam com sentimentos de medo, horror ou desamparo. São causas comuns na PSPT, agressões sexuais, tragédias naturais ou provocadas pelo homem. Contudo, também pode ser originada por uma qualquer experiência devastadora e eventualmente fatal, como a violência física ou um acidente de viação (Banhill, 2022).

Essas experiências podem ser vivenciadas diretamente (ser ameaçado de morte ou sofrer uma lesão grave) ou indiretamente (ter conhecimento de eventos traumáticos que aconteceram com amigos ou familiares, assistir a acidentes graves que envolvem outras pessoas, assistir a mortes ou ameaças de morte). Tanto pode acontecer que o indivíduo tenha experienciado apenas um evento traumático como vários (Banhill, 2022).

Os indivíduos com perturbação de stress pós-traumático (PSPT) podem manifestar sintomas relacionados com uma das quatro categorias: a) Sintomas de intrusão em que o evento traumático pode voltar a aparecer continuamente sob o formato de memórias involuntárias indesejadas ou pesadelos persistentes. Alguns indivíduos têm *flashbacks* nos quais revivem os acontecimentos como se estes estivessem a acontecer, ao invés de se lembrarem apenas; b) Sintomas de esquiva, em que o indivíduo se abstém de forma recorrente de ter contacto com todas as situações, atividades ou pessoas que o possam relembrar do trauma. Podem ainda tentar afastar sentimentos, pensamentos ou conversas sobre o acontecimento traumático; c) Efeitos negativos sobre o pensamento e o humor, onde pode acontecer que as pessoas não se consigam lembrar de elementos significativos do evento traumático (quadro clínico designado de amnésia dissociativa). As pessoas podem sentir-se desconectadas ou desligadas dos outros, podendo

ficar distorcida a impressão que têm sobre o evento, originando a própria culpabilização ou a dos outros sobre o acontecimento. Podem sentir simplesmente emoções negativas, como raiva, horror, medo ou constrangimento, assim como podem não ser capazes de sentir amor, satisfação ou felicidade; d) Alterações no estado de alerta e nas reações, registrando-se dificuldades de concentração ou em adormecer. As pessoas podem tornar-se exageradamente vigilantes face à existência de sinais de alerta para o risco, sendo possível que se assustem com muita facilidade. Podem ter menos capacidade de controlar as suas reações, originando comportamentos descuidados ou até mesmo ataques de raiva (Banhill, 2022).

Também a ansiedade está presente, de forma invariável, na perturbação de stress pós-traumático (Sena, 2014).

No que se refere ao trauma, trata-se de um incidente crítico que pode ser definido como um evento suficientemente stressante para prevalecer sobre as habituais estratégias de *coping* de um indivíduo, sendo inesperado, não-planeado e invulgar face a experiências humanas comuns, causando assim uma reação emocional forte e desagradável que resultará numa incapacidade de atuar de forma adequada no atual cenário ou em momentos posteriores (Pimentel, 2017).

Sendo normalmente aceite que o stress intenso e prolongado poderá causar um impacto negativo na saúde física e mental de um indivíduo, poderemos considerar um incidente crítico como potencialmente traumático (Pimentel, 2017).

A confrontação com eventos potencialmente traumáticos poderá desencadear uma variedade de sintomas, tais como ansiedade, medo, desamparo, dor, fadiga, perda de concentração e/ou tensão, podendo estes ocorrer apenas no momento, durante os primeiros dias ou perpetuar durante semanas após o evento (Pimentel, 2017).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a PTSD desenvolve-se após a exposição a um acontecimento traumático no qual o sujeito experienciou, observou ou foi confrontado com um ou mais acontecimentos que envolvam a morte, ameaça de morte, ferimento grave ou outra ameaça à integridade física do próprio ou de outros (Critério A1), tendo como resposta o medo intenso, sentimento de desproteção ou horror (Critério A2). Para além disso, após o evento e durante mais de um mês (Critério E), existe reexperienciar persistente do evento (critério B), evitamento de estímulos associados ao trauma e embotamento geral da reatividade (critério C), sintomas de hiperativação (Critério D), bem como mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutra área importante (Carvalho & Maia, 2009).

Tal como descrito no DSM-5 (APA, 2014), podem ainda ser fatores de risco os fatores pré-traumáticos temperamentais, associados por vezes a problemas emocionais na infância até os 6 anos de idade (tais como a exposição a violência doméstica), bem como os fatores pré-traumáticos ambientais, nomeadamente um baixo status socioeconómico, exposição anterior a trauma (expl: exposição à violência), e ainda adversidades da infância, tais como assistir à separação dos pais.

### **Perturbação Depressiva**

De uma forma global, referir-nos à depressão, é referir-nos a apatia, tristeza, falta de interesse em realizar atividades do dia-a-dia, decréscimo dos níveis de confiança e de autoestima, alterações no apetite, perturbações no sono, e nalguns casos ideias recorrentes de suicídio ou de morte.

Designada como uma das maiores problemáticas da saúde mental, segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), a Depressão tem vindo a atingir grande parte da população no mundo. De acordo com os últimos dados da OMS (2017), estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com esta perturbação.

De acordo com o DSM-5, nas perturbações depressivas estão incluídas a perturbação de desregulação do humor disruptivo, a perturbação depressiva major (incluindo episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância ou medicamento, a perturbação depressiva devida a outra condição médica, a perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada (Sena, 2014).

A Depressão é uma perturbação mental, motivada pela múltipla interação entre fatores biológicos, psicológicos, ambientais e espirituais, que se caracteriza por angústia, níveis de humor baixos, perda de energia, prazer e interesse pela vida (Teodoro, 2010).

A Depressão é uma das perturbações mentais mais comuns no mundo atual, tratando-se de uma doença complexa multicultural, que não discrimina género, idade, classe social ou naturalidade, tendo como principais sintomas uma tristeza profunda, dor, sentimento de desesperança e outros sintomas idênticos, manifestando-se igualmente através de sintomas físicos evidentes, como a apatia, tensão muscular e dores de cabeça (Câmara, 2018).

O indivíduo a quem é diagnosticada a perturbação depressiva, atua e reage a situações banais com desânimo e apresenta características que tendem ao suicídio e ao pensamento frequente em morte (Sousa *et al.*, 2021).

## **Fatores de Risco**

Tem sido estudado e documentado, pelas ciências sociais e humanas, o efeito do estatuto socioeconómico ao nível do bem-estar dos indivíduos. Surgem dados empíricos e modelos teóricos das áreas da psicologia, sociologia, política social e economia, enquanto os atuais desenvolvimentos em estudos no âmbito da qualidade de vida e bem-estar têm colaborado no conhecimento alargado da relação entre estes dois eventos (Gaspar & Balancho, 2017).

Um baixo estatuto socioeconómico e todos os aspetos que lhe estão relacionados, tais como um baixo nível de escolaridade e consequentemente baixa qualificação profissional, pobreza, problemas de saúde, falta de acesso aos direitos básicos, entre outros, afetam a sociedade acarretando efeitos nefastos. Os indivíduos nesta condição tendem a apresentar mais riscos, devido a terem maior hipótese de exposição a diversos fatores de stress, motivados por várias razões tais como a probabilidade de doenças a nível físico, tensões psicológicas e conflitos relacionais e familiares, bem como menor apoio social (Gaspar & Balancho, 2017).

O impacto do baixo estatuto socioeconómico na área da psicologia revela-se através de maiores incidências de problemas emocionais e comportamentais, entre os quais depressão, ansiedade, *déficit* de atenção e perturbações de comportamento; níveis mais elevados de agressividade, hostilidade e maior probabilidade de vir a ter doença de *Alzheimer* no futuro (Gaspar & Balancho, 2017).

Na sua globalidade, os fatores socioeconómicos são responsáveis pela introdução de stress elevado na dinâmica familiar, afetando a qualidade de vida dos indivíduos e as suas relações familiares (Gaspar *et al.*, 2010).

É assim salutar a elevada importância da articulação entre a entidade onde foi realizado o estágio, e os serviços sociais da Junta de Freguesia, dado que as carências económicas, também vulgarmente denominadas de pobreza, representam um fator multidimensional, que pode ser limitante e de exclusão social (Alves, 2009).

## **Intervenção Psicológica**

Apesar de existirem métodos e técnicas cientificamente validadas e claramente definidas, os processos de intervenção diferem, de psicólogo para psicólogo, dado que o fator humano é determinante na sua aplicação (Gonçalves, 1994, *Apud* Ricou, 2014).

Contudo, esta influência não se regista apenas por parte do psicólogo, podendo também o cliente complexificar o processo. Uma intervenção que tem fundamentalmente na sua base a

relação, centrando-se essencialmente num plano perceptivo e emocional, terá necessariamente significados distintos do ponto de vista individual (Ricou, 2014).

Em suma, se podemos afirmar que nas distintas áreas da saúde não há doenças, mas sim doentes, maior sentido ganha esta afirmação quando nos referimos a distúrbios ao nível da saúde mental (Ricou, 2014).

Uma das regras de fundo da relação terapêutica é que o profissional não influencie as decisões do cliente, não instituindo um significado e uma explicação para as suas angústias, sob pena de estar a induzir com base no seu próprio quadro mental. Esta não é, contudo, uma tarefa fácil, dado que o cliente tende a identificar-se com o profissional, originando muitas vezes situações de dependência que serão incentivadas pelas suas opiniões e juízos de valor próprios. Por essa razão, e por forma a que o indivíduo consiga encontrar as suas próprias respostas, tornando-se autónomo, a intervenção psicológica não terá como objetivo a procura de uma justificação para o sintoma, mas sim no desenvolver do seu significado (Laxenaire, 1991, *Apud* Ricou, 2014).

Cria-se um nível de intimidade elevado, que permite ao cliente sentir-se confortável para partilhar os seus sentimentos, pensamentos mais profundos e comportamentos relacionados com as suas questões. Por esta razão, se não for conduzida de forma adequada, a intervenção poderá ser altamente nociva, especialmente por não ser fácil identificar problemas que possam advir do desenvolvimento da relação. Desta feita, a intervenção psicológica impõe que se intensifique, por parte do profissional, responsabilidade e atenção e consequentemente elevado nível de competência (Ricou, 2014).

O psicólogo deve ser dotado dos conhecimentos singulares e profundos, relativamente à compreensão do funcionamento humano e da psicopatologia, bem como dos procedimentos de intervenção necessários, que lhe aportem legitimidade para exercer poder na relação com o cliente. No entanto é importante que esse poder não advenha de uma postura passiva e expectante do cliente, sendo altamente relevante que este tenha um envolvimento ativo e seja participante no processo (Ricou, 2014).

Será fundamental que o cliente comente a adequação das elaborações transmitidas pelo profissional, para que estas adquiram a necessária validade (Turkat, 1986, *Apud* Ricou, 2014).

É sabido que constituir uma relação de confiança é fulcral para o início da intervenção psicológica. No entanto é difícil antecipar claramente que resultado terá uma relação entre duas pessoas, não se podendo contestar a influência que ambas as partes da relação podem ter no desenvolvimento da mesma. Pode ainda acrescentar-se que uma intervenção que visa provocar

alterações no modo de funcionamento do indivíduo, obriga necessariamente a uma discussão sobre os potenciais riscos e benefícios do processo, sendo definidos os seus objetivos, os limites e expectativas de ambas as partes (Ricou, 2014).

Para além da importância de tudo aquilo que o psicólogo possa dizer ou fazer, é ainda mais importante o que o cliente possa fazer por si mesmo relativamente à mudança terapêutica, o que determina o psicólogo como um dinamizador da mudança, e não o seu principal agente (Beahrs & Gutheil, 2001, *Apud* Ricou, 2014).

O que um cliente procura no psicólogo é uma segurança que lhe possibilite encontrar as respostas para os problemas que sente, causadores de uma angústia e de um sentimento de perda de integridade, levando-o variadas vezes a expressar-se em modo de submissão e dependência. Abstrai-se da realidade, focando-se nos seus sintomas, numa conceção egocêntrica, que o impossibilita de aprender de forma autónoma as estratégias que o capacitam para ultrapassar a sua condição atual. Desta forma, transporta para o psicólogo as suas sensações de impotência e insegurança (Ricou, 2014).

### **Teoria Humanista**

A Terapia Centrada no Cliente teve o seu início nas décadas de 30 e 40. Foi fundada por Carl Rogers, e teve inicialmente como objetivo a procura pragmática e sistemática de um instrumento terapêutico eficaz. Procura estimular e expor a tendência humana de autoatualização das pessoas (tendência atualizante). Esta técnica, é baseada na Psicologia humanista, privilegiando a experiência subjetiva do indivíduo e na qual o terapeuta utiliza a confiança como o principal meio para aceder ao indivíduo (Schütz & Itaquí, 2016).

Rogers questionou modelos existentes, nomeadamente o psicométrico, o psicanalítico e o comportamental. Propôs uma base empirista, contribuindo para que a terapia e aconselhamento transitasse de uma atitude diretiva para uma atitude não-diretiva, onde o indivíduo tem a liberdade e o poder para optar por aquilo que melhor se adapta à sua realidade (Schütz & Itaquí, 2016).

A sua reflexão neste contexto evidenciou a perspetiva individual, criando um movimento de confiança crescente nas capacidades do indivíduo, em liberdade de pensamento e de sentir, na escolha do seu próprio caminho e na procura das respostas mais adequadas para a resolução dos seus problemas (Hipólito, 2011).

A perspectiva rogeriana é caracterizada por uma maior confiança no indivíduo, dando ênfase aos aspetos afetivos da problemática e à confiança existente na relação terapêutica. (Caldeira, 1979).

O modelo da Terapia Centrada no Cliente, está assente em três pilares fundamentais, nomeadamente o conceito da tendência atualizante, o da não diretividade e o da existência de seis condições necessárias e suficientes para que exista mudança terapêutica (Leal, 2018).

No que se refere à Tendência atualizante, trata-se do único conceito motivacional na teoria de Carl Rogers. Pressupõe a existência de uma predisposição natural dos seres vivos para a evolução (Leal, 2018).

Refere-se à capacidade não específica do organismo que, face à sua experiência própria, facilita a atualização das potencialidades (Nunes, 1994).

Segundo este, quando são reunidas determinadas condições o indivíduo tem a capacidade de optar por soluções que contribuem para o seu desenvolvimento enquanto pessoa. Nestas situações a motivação do indivíduo tem origem na tendência atualizante. As condições do meio podem facilitar ou dificultar a expressão dessa tendência e ela atua de forma permanente e exclusivamente construtiva (Borja-Santos, 2004). A qualidade do relacionamento no qual a personalidade da criança se desenvolve, é um fator externo ao organismo, de grande importância na evolução de uma personalidade que possibilite a máxima expressão da tendência natural para a atualização (Borja-Santos, 2004).

É com base neste conceito de tendência atualizante, partindo da comprovação da auto-organização, que se propõe uma atitude não diretiva do psicoterapeuta (Leal, 2018).

Esta atitude não diretiva, segundo Rogers, define que cada indivíduo tem em si a capacidade para resolver os seus problemas, bem como a capacidade de se atualizar. A atitude não-diretiva tem como fundamento a liberdade do indivíduo. Assim sendo, cabe ao terapeuta criar as condições necessárias para que o indivíduo se possa reorganizar e reencontrar a sua própria direção, estimulando-a a ser autónomo (Borja-Santos, 2004).

A confiança, na tendência atualizante e não diretividade, complementam-se com a existência de um terceiro pressuposto, que considera um conjunto de seis condições necessárias e suficientes, que permitem o desenrolar e evoluir do processo psicoterapêutico (Nunes, 1994).

Carl Rogers (1957), identificou as seis condições necessárias e suficientes para uma mudança terapêutica da seguinte forma: a) duas pessoas estão em contacto psicológico; b) a primeira, cliente, está incongruente, vulnerável ou ansioso; c) a segunda, o terapeuta, está congruente ou integrado na relação; d) o terapeuta experiencia um cuidado incondicional

positivo pelo cliente; e) o terapeuta vivencia uma compreensão empática dos quadros de referência interna do cliente e comunica-a a este; f) a comunicação ao cliente, da compreensão empática e do cuidado incondicional positivo, é minimamente conseguida.

Na perspectiva de Rogers, se estiverem presentes estas seis condições, então surgirão alterações construtivas no cliente, salientando, contudo, que a ausência de uma ou mais condições, impossibilitará essas mudanças (Hipólito, 2011).

Segundo Rogers (1977), para que a relação terapêutica seja bem-sucedida e promova o crescimento, são importantes três atitudes por parte do terapeuta: a compreensão empática, congruência e o cuidado incondicional positivo.

Quanto à compreensão empática, refere-se à capacidade que o terapeuta tem de estar em sintonia com o sentir e o pensar do cliente, numa atitude de abertura e numa tentativa de perceber o mundo do cliente da forma como este o percebe (Hipólito, 2011).

A congruência refere-se ao estado de incorporação interna total do terapeuta, ou seja, “atitude de congruência é a coerência com a experiência própria, numa totalização desta, da sua tomada de consciência e da sua comunicação; é coerência consigo mesmo, no espaço-tempo da relação, no aqui e agora da relação” (Hipólito, 2011, p. 37).

Relativamente ao cuidado incondicional positivo, refere-se à consideração, aceitação do cliente e do seu discurso, sem juízos de valor, facilitadora da autonomização do Outro, e permitindo-lhe criar e encaminhar a sua própria experiência na solução ou não dos seus problemas (Hipólito, 2011).

Não existe uma técnica para a Terapia Centrada no Cliente, contudo esta assume formas e características. Estas formas podem ser muito variadas, mas todas elas devem conter elementos sem os quais não poderiam ser válidas. Apesar de ser quase impossível ensinar as atitudes necessárias para o sucesso da relação terapêutica, uma vez que atitude é o resultado de uma interação do indivíduo com o meio, pode-se, contudo, evocar e apontar o seu sentido (Rogers, 1977).

Nesta terapia é necessário que o terapeuta consiga exprimir as suas atitudes de forma indireta, incorporando no seu feedback as palavras do cliente (Hipólito, 2011).

No início, as primeiras psicoterapias desenvolvidas no âmbito da Terapia Centrada no Cliente, envolviam processos de curta duração sem que estes fossem limitados no tempo, verificando-se gradualmente um aumento da duração do processo terapêutico. Um estudo realizado no *Conseling Center* da Universidade de Chicago mostra que, em 1949 a duração média das terapias era de 6 entrevistas e que em 1954 passou a ser de 31 entrevistas,



permanecendo os clientes em terapia, em média 33 semanas. Em 1960 registaram-se casos de terapia com duração de cerca de 1 a 2 anos (Nunes, 1994).

A premência de responder aos pedidos e minimizar as listas de espera, tem originado a necessidade, por parte de alguns terapeutas, de limitar o tempo da Terapia Centrada no Cliente. No entanto, não há uma padronização do número de sessões, sendo o limite do processo terapêutico organizado em concordância com o cliente, reforçando assim a não-diretividade da terapia (Nunes, 1994).

A Terapia Centrada no Cliente ocorre através de um contacto interpessoal, face a face, com um profissional treinado, que utiliza os recursos psicológicos para orientar a sua intervenção. Nesta abordagem o cliente tem uma participação ativa no processo, ele participa e colabora para o seu crescimento (Macêdo, 2015).

Para Rogers (1977), a psicoterapia é uma experiência única e dinâmica que difere de cliente para cliente.

Carl Rogers dá ênfase à importância da relação terapêutica e para que haja uma mudança no cliente a ponto de respeitar e aceitar a si mesmo será necessário a presença de um terapeuta real, que o aceita e o compreende na maneira particular como vivencia as suas experiências. O psicoterapeuta deve não só sustentar o discurso do cliente, mas também avaliar separadamente as suas características intelectuais e afetivas. Para isso, é necessário que o psicoterapeuta atue como se fosse o cliente e com base na experiência do cliente (Schütz & Itaquí, 2016).

O papel do psicoterapeuta é de facilitador e não de solucionador. O psicoterapeuta não deve oferecer soluções ao cliente, mas sim facilitar o processo, pois o indivíduo tem a capacidade de encontrar as melhores soluções para si (Hipólito, 2011).

### **Teoria Desenvolvimento Psicoafetivo**

Sustentado na Teoria de Carl Rogers, João Hipólito (2011) refere que a tendência atualizante se manifesta nos primórdios da formação do ser humano, e que este tem todas as informações indispensáveis ao desenvolvimento das suas potencialidades, o que lhe permite ir-se atualizando, tornando-se pessoa.

Para que ocorra um desenvolvimento saudável dessa célula, é necessário que existam condições favoráveis tanto ao nível biológico como psicológico (Hipólito, 2011).

Segundo João Hipólito (2011), o indivíduo é responsável pela sua complexificação até ao seu nascimento, assistindo-se assim a um Locus de controle interno, que indica o pressuposto da existência de uma experiência interna da criança. Contudo, quando o bebé nasce, vai

tomando consciência da necessidade que tem da sua mãe e da sua enorme dependência do amor do outro (no caso, o outro a princípio será a mãe), e que sem esse amor poderá ter muita dificuldade em sobreviver. Por forma a não perder esse amor (no caso, da mãe), o bebé vai compreendendo que as suas perceções devem ser ajustadas à aceitação da mãe, sugerindo-se assim o conceito de Locus de controle externo, que estabelece o pressuposto de que as decisões são desta forma, tomadas pela mãe. Poderíamos extremar estes dois construtos entre os comportamentos do indivíduo que são resultado das suas próprias decisões e perceções, o Locus de Controlo Interno, e o Locus de Controlo Externo, quando os outros controlam os comportamentos do indivíduo, agindo este em função daquilo que os demais pensam ou dizem.

O modelo teórico do controlo, baseado principalmente nos trabalhos de Rotter em 1966, tem como base o pressuposto de que o ser humano idealiza uma crença ou expectativa de possíveis resultados do seu comportamento futuro. As expectativas que o indivíduo tem de poder vir a controlar o que lhe sucede, foram denominadas por “locus de controlo”. Deste modo, a esperança particular de que um determinado comportamento originará um reforço específico, vai depender do modo como o contexto é avaliado e representado (Domingues & Oliveira 2009).

O Locus de controlo interno refere-se a comportamentos controlados pelo próprio indivíduo, e desta feita percebidos como provenientes das suas próprias ações, ao passo que o Locus de controlo externo resulta de atos não controláveis ao seu comportamento, isto é, independentes do seu controlo, havendo uma tendência para percecioná-los como resultado de um conjunto de causas externas, como podem ser a sorte ou o acaso (Domingues & Oliveira 2009).

Registam-se referências a que, indivíduos cujo Locus de controlo seja interno, tenham menos dificuldades de concretização, estando desta forma mais preparados para as imposições externas, relativas ao meio ambiente, obtendo melhores competências em comportamentos futuros. Os indivíduos que valorizam mais as competências, comparativamente aqueles cujo Locus de controlo seja externo, são por norma mais resistentes à influência do meio (Lourenço, 2013).

Ao longo do seu desenvolvimento e pelas suas experiências, o ser humano vai obtendo uma capacidade de atualização das suas competências, designando-se esta de Tendência Atualizante, permitindo que o indivíduo se desenvolva no sentido da concretização das suas potencialidades, ao longo da sua vida, atualizando-se até que se torne pessoa (Hipólito, 2011).

Na perspetiva da teoria organísmica de 1939, de Goldstein, um organismo rege-se pela

sua tendência para atualizar, na medida do possível, as suas competências individuais, ou seja, a sua natureza, sendo este o movimento básico e único pelo qual se determina a vida do indivíduo: “ao logo do seu desenvolvimento vai adquirindo capacidades à tendência atualizante” (Ribeiro & Laneiro, 2020, p. 9).

Na perspectiva de Maslow, a tendência para a autorrealização vai-se manifestando no decurso do processo de desenvolvimento psicoafectivo do indivíduo: “o desenvolvimento plenamente sadio, normal e desejável consiste.....em desenvolver-se até à maturidade ao longo das linhas ditadas pela sua natureza” (Maslow, 1954, *Apud* Hall *et al.*, 1957, p. 49).

Desta feita pode dizer-se que o desenvolvimento psicoafectivo está associado a fatores psicológicos que resultam de relações afetivas, suportadas pelas relações familiares e pelo ambiente social (Turatti *et al.*, 2011).

Assim, podem ter-se em consideração algumas dimensões relacionadas com o desenvolvimento psicoafectivo, tais como o autoconceito (Turatti *et al.*, 2011).

O autoconceito pode definir-se como a interpretação que o indivíduo faz de si mesmo, associado a um conjunto de crenças e ideias que possibilitam que cada ser humano tenha uma imagem individual de si, como ser único (Serra, 1988).

Para Peixoto e Almeida (2011) o autoconceito refere-se a um conjunto de cognições que o sujeito vai concebendo, sobre si próprio, no que se refere ao seu desempenho nos distintos contextos, funções e situações concretas nas quais se envolve e progride, tendo consequentemente, uma organização multidimensional, considerada também como uma variável mediadora relacionada com o aproveitamento académico, desempenho desportivo ou ajuste a nível profissional (Peixoto & Almeida, 2011), detendo uma personalidade preditiva relativamente à realização do ser humano nos distintos contextos da sua existência, entre os quais o bem-estar subjetivo, relacionamentos interpessoais e aspeto (Gaspar *et al.*, 2010).

Na perspectiva de Rogers existem três padrões do autoconceito. O primeiro o hierárquico, que se refere ao desenvolvimento e organização como um processo de hierarquia que segue do global para o individual. O autoconceito global situa-se no cimo da hierarquia e o autoconceito individual, relacionado com o específico e diferenciador, encontra-se nas áreas inferiores da hierarquia (Guimarães, 2012).

O segundo padrão, o concêntrico, caracteriza a relevância que cada ser humano confere às distintas dimensões que formam o seu eu. Com base neste pressuposto o indivíduo consegue compreender a existência de inúmeros autoconceitos revelando que o que é relevante para si, pode não ser para os outros (Guimarães, 2012).

Por último, o padrão misto, que se descreve pela relação do padrão hierárquico com o concêntrico. Este padrão é definido por uma organização similar a uma pirâmide na qual o autoconceito organizado se situa no cume e os restantes componentes nos níveis seguintes (Guimarães, 2012).

O autoconceito inicia-se na primeira infância, sendo, no entanto, nos estágios seguintes à infância bem como na adolescência que se constata um significativo desenvolvimento deste conceito (Guimarães, 2012).

Logo desde cedo, os bebés começam por perceber o *self* organísmico, assim dizendo, aquele que representa a plenitude das suas experiências. O bebé percebe as suas vivências como representando a sua realidade, neste caso representando o *self* real ou *self* percebido (Hipólito, 2011).

Mais tarde irrompe o *self* ideal, ou *self* desejado, representando o que a criança sente que deve ser para que possa ser aceite pelo outro (neste caso a mãe de quem ele depende) (Hipólito, 2011).

Quando se regista uma dissociação entre os dois extremos do *self*, pode haver espaço para uma tensão que não sendo adequadamente equilibrada pelo organismo, pode provocar sintomas. Quanto maior for esta dissociação entre o *self* percebido e o *self* desejado, menor é a estima de si (Hipólito, 2011).

Há muitos aspetos que contribuem para a construção do autoconceito, compreendendo características negativas ou positivas, estando entre estas os construtos de autoimagem e autoestima (Serra, 1988).

Rogers referia que um indivíduo com elevada autoestima, que tenha chegado perto do seu *self* ideal, é capaz de enfrentar desafios da sua vida, aceitando o fracasso e a infelicidade, ao mesmo tempo que se sente positivo e confiante de si, estando disponível para os demais. Contudo para que seja possível alcançar-se uma elevada autoestima, e autorrealização, é necessário que o indivíduo alcance um estado de congruência (Kleinman, 2016).

Se o *self* ideal está em linha com as experiências reais do indivíduo, este está a viver um estado de congruência, contudo quando há distância entre o *self* ideal e a realidade, aí trata-se de incongruência. Dado que é pouco comum o indivíduo sentir um pleno estado de congruência, Rogers refere que este é mais congruente quando a sua autoimagem se aproxima do *self* ideal que procura. No entanto, como as pessoas se querem ver a si próprias em harmonia com a sua autoimagem, podem desenvolver mecanismos de defesa como a negação ou a repressão, para se sentirem afetadas por sentimentos não pretendidos.

A autoestima pode referir-se à forma como o ser humano avalia o seu carácter, funcionamento, qualidades e capacidades próprias (Serra, 1988). Dado que a autoestima pode ser caracterizada como uma consequência de como o ser humano se vê a si próprio, conferindo-se avaliações de bom ou mau, existem pessoas que demonstram alta autoestima, considerando-se competentes e eficazes naquilo que fazem, e outras revelam uma baixa autoestima, tendendo a desvalorizar-se (Serra, 1988).

Ocasionalmente podem revelar-se confusões no que se refere à definição de autoconceito e autoestima, dado serem ambos componentes do *self* e estando diretamente ligados, sendo os dois construtos de uma realidade só, a cognitiva (autoconceito) e a afetiva (autoestima) (Guimarães, 2012).

Segundo Hipólito (2011), em todo o processo de desenvolvimento, podem surgir traumas, tanto ao nível biológico, como psicológico e social, levando nalguns casos à possibilidade de ocorrência de sintomas no decorrer do percurso do ser. O ser humano é desta forma, um organismo exposto a traumas, tanto ao nível das suas potencialidades como na respetiva atualização das mesmas.

Quanto ao *self*, caracterizando a essência do indivíduo na forma como o define na sua singularidade e subjetividade, é a representação de si. Cada pessoa tem o seu *self* percecionado, aquele que reconhece que é, e o seu *self* ideal ou desejado, aquele que o indivíduo sente que deveria ser (Hipólito, 2011).

### **Teoria Cognitivo-Comportamental**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) integra conceitos e técnicas que têm na base duas abordagens principais, a cognitiva e a comportamental. A sua intervenção assenta sobre os fatores cognitivos da psicopatologia, tendo sido uma das pioneiras no reconhecimento da influência do pensamento no comportamento, na biologia, no afeto, e no ambiente. Tem como objetivo descrever a natureza dos construtos que, uma vez incluídos num processo psicopatológico, são impulsionados de maneira disfuncional, pretendendo ainda munir de estratégias que permitam corrigir esses construtos idiossincráticos (Faria, 2011).

Ao referirmo-nos a Terapia cognitivo-Comportamental, referimo-nos à aceitação de cognições e interferências. Assume-se que as cognições (pensamentos, perceções, crenças), têm um papel fulcral e direto no comportamento (Kerbaux, 1983).

De acordo com a TCC, os indivíduos fazem interpretações estereotipadas, às quais recorrem em várias situações, provocando desta forma perturbações no comportamento. Desta

forma, a compreensão da interação dos acontecimentos do meio com os processos cognitivos dos indivíduos, permite um melhor entendimento de variados comportamentos (Kerbaux, 1983).

O aspeto mais determinante, está na relevância que é dada aos processos cognitivos comparativamente aos restantes quatro elementos apresentados nas psicoterapias, a biologia, o ambiente, as emoções e o comportamento. Pretende-se assim destacar que, apesar dos pensamentos não serem mais preponderantes, nas perturbações psicopatológicas, é através da alteração de padrões cognitivos disfuncionais ou distorcidos, que se consegue alterar os restantes elementos e por conseguinte, alcançar uma melhoria global do funcionamento do indivíduo (Araújo & Shinohara, 2002).

### **Parte III - Avaliação Psicológica e Psicomotora**

#### **Avaliação Psicológica**

A avaliação psicológica é uma análise de natureza compreensiva, que se realiza para dar respostas a questões concretas, relativamente ao funcionamento psíquico adequado, ou não, de um indivíduo num dado momento, ou para antecipar o desempenho psicológico do indivíduo no futuro (Noronha & Alchieri 2004).

Esta avaliação deve facultar informações devidamente fundamentadas de forma científica, que possam orientar, preconizar e sustentar o processo de tomada de decisão, num dado contexto no qual a decisão necessite levar em conta informações relativas ao desempenho psicológico (Noronha & Alchieri, 2004).

A avaliação psicológica transmite e representa uma parte significativa do desempenho profissional dos psicólogos, e por essa razão é enfatizado por alguns autores que, enquanto profissão, a regulamentação da psicologia, suportou o fortalecimento da avaliação psicológica através da utilização de técnicas e instrumentos exclusivos do psicólogo (Noronha *et al.*, 2007).

As orientações apresentadas por entidades internacionais, como a *International Test Commission* (ITC) relativamente à avaliação psicológica e utilização de testes, fornecem diretrizes claras sobre as boas práticas sendo o seu principal objetivo melhorar a utilização dos testes (ITC, 2001, 2014). No âmbito destas normas, salienta-se a importância da utilização dos testes de forma ética. Tal significa (a) preservar o respeito aos direitos e à dignidade dos avaliados; (b) a qualificação e treino dos avaliadores; (c) cuidado com os materiais dos testes e seus resultados; e (d) prática rigorosa, passando esta pela seleção criteriosa dos testes a aplicar e verificação das suas propriedades psicométricas, aplicação apropriada, cotação, análise de resultados e comunicação dos mesmos, bem como análise de possíveis enviesamentos, entre outros (Muñiz *et al.*, 2015).

As orientações de boas práticas no contexto da avaliação psicológica também apontam para a necessidade duma avaliação constante da validade dos instrumentos em distintos grupos, por forma a que seja possível constatar a sua pertinência e aplicabilidade, eliminando os possíveis enviesamentos para qualquer segmento específico (Muñiz *et al.*, 2015).

#### **Instrumentos de Avaliação**

Relativamente aos instrumentos de avaliação, Anastasi e Urbina (2000) referem que os testes apenas devem ser manuseados por pessoas habilitadas para usá-los, e que a aplicação dos

seus resultados e interpretações deve ser ajustada à técnica. Para além da legitimidade do construto em avaliação no processo, o psicólogo deve sustentar a decisão dos testes a usar nas qualidades psicométricas do instrumento, nomeadamente a sua precisão, validade e dados normativos.

Os testes são uma ferramenta essencial do papel do psicólogo, e a sua utilização compreende as diversas áreas do exercício profissional, nomeadamente a clínica, educacional, organizacional e forense (Hernández *et al.*, 2016). Em conjunto com outras fontes de informação, os instrumentos de avaliação, têm como objetivo orientar o profissional, nas suas decisões que impactam de forma considerável a vida das pessoas e o desempenho nas organizações (Fonseca-Pedrero & Muñiz, 2017).

A forma de aplicação dos testes psicológicos pode igualmente ter influência nas suas propriedades psicométricas, e consequentemente na sua utilidade. Desta forma é fulcral que o profissional atue de forma rigorosa ao aplicar as orientações do teste, tenha conhecimentos quanto à aplicação do mesmo e a capacidade de identificar a mais-valia de seguir escrupulosamente os procedimentos *standard* de administração dos testes (Muñiz *et al.*, 2013).

Desde inícios do século XX, que o uso de testes de aptidões cognitivas tem estado muito associado à sua capacidade de identificar e prever dos desempenhos académicos dos estudantes (Amaral, 2014).

Dentro das áreas da Psicologia educativa, a que recorre mais a testes de inteligência, é a área de orientação vocacional. Apesar de no passado as características do indivíduo serem avaliadas com o objetivo principal de enquadrar um adolescente numa determinada via escolar ou profissional, atualmente os testes psicológicos (aptidões, interesses, valores...) em orientação vocacional mantêm-se pertinentes (Candeias *et al.*, 2007).

Uma das provas mais usadas, em Portugal, para a avaliação cognitiva, em processos de orientação vocacional é a Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial, comumente conhecida por BPRD (Amaral, 2014). Nas suas investigações para validação, foi sempre assumido que o seu objetivo principal seria o da intervenção de psicólogos em contexto escolar e, mais especificamente em processos de orientação vocacional (Candeias *et al.*, 2007).

No decorrer do estágio, foi possível aprofundar conhecimentos relativamente a alguns testes de avaliação psicológica, quer através da sua aplicação, quer da observação da aplicação por parte dos psicólogos da Instituição em referência.

Pretende-se assim descrever em maior detalhe, o conjunto dos instrumentos utilizados durante a prática desenvolvida no estágio académico na instituição militar, como resposta às



solicitações identificadas na necessidade de dar resposta por um lado aos protocolos estabelecidos para aplicação de testes dos processos de Orientação Vocacional do GOEAP, e nos processos de seleção do GS, bem como aqueles que foram identificados como respondendo às necessidades de avaliação dos casos clínicos possíveis de acompanhar.

### **Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD+)**

A BPRD é uma bateria de provas de raciocínio diferencial, desenvolvida pelo Prof. Doutor Leandro Almeida, da Universidade do Minho (2015), e que se encontra validada para a população portuguesa, cuja aplicação tem a duração aproximada de 60 minutos. Constitui-se por 5 provas de raciocínio numérico, raciocínio verbal, raciocínio espacial, raciocínio analítico e raciocínio mecânico, tendo-se tornado como um dos mais relevantes instrumentos de avaliação intelectual em língua portuguesa (Lista de testes, 2022).

Uma vez que as 5 provas da referida bateria avaliam o mesmo processo cognitivo, o raciocínio, mas são constituídas por atributos de distintas áreas, como numéricos, verbais, espaciais, analíticos e mecânicos, possibilitam aos alunos alguma confrontação inter e intra-individual, com competências cognitivas distintas (Candeias *et al.*, 2007).

Por outro lado, de salientar a importância do facto do aluno poder associar essas temáticas a áreas curriculares de um percurso escolar. Essa analogia vai possibilitar-lhe o enquadramento, numa lógica de autoconhecimento, ao mesmo tempo que lhe facilita uma projeção no tempo, numa possibilidade de carreira cujo projeto não será ao nível da descoberta, mas sim da preparação (Candeias *et al.*, 2007).

Como referido, esta bateria é constituída por cinco testes, todos eles de raciocínio, mas com conteúdos distintos e específicos. A prova RN, caracterizada como a prova de raciocínio numérico, é composta por sequências incompletas de números às quais, numa duração de 17 minutos, o sujeito deve dar continuidade. A prova RV, designada de prova de raciocínio verbal, é composta por analogias verbais, pretendendo-se que em 7 minutos o indivíduo encontre a palavra que falta no final de cada frase. A prova RS, caracterizada como de raciocínio espacial, é composta por séries de cubos em movimento, e deve em 16 minutos tentar descobrir-se o lado para o qual o cubo está a girar, completando desta forma a série de cubos entretanto iniciada. A prova RA, prova de raciocínio abstrato, é composta por itens figurativos que sofrem transformações, e em 9 minutos pretende-se identificar a lógica de transformação de cada conjunto, indicando assim qual a figura que, após transformada, ficaria no final da sequência. Por fim a prova RM, designada de prova de raciocínio mecânico, composta por textos e

apresentação de imagens, cujo objetivo será de em 15 minutos, após observação da imagem identificar as respostas às questões apresentadas nos textos (Almeida, 2015).

O teste BPRD+, é constituído por um Manual Técnico, Cadernos de Aplicação, Folhas de respostas e de CD (para correção no *software* Edipsico e respetiva elaboração de quadro de resultados), destina-se a Adolescentes e Adultos (com + 11 anos), e a sua aplicação pode ser individual ou coletiva (Lista de testes, 2022).

Trata-se de uma prova mais direcionada para a orientação vocacional, onde o nível de desenvolvimento dos raciocínios representa a maior ou menor apetência para aprender ou realizar as atividades. Desta forma, um determinado raciocínio mais desenvolvido revela uma maior competência para desempenhar tarefas que impõem esse raciocínio. A prova é de aplicação em papel e caneta e a cotação é feita através de online, pelo avaliador, acedendo-se à plataforma de correção de testes da CEGOC, onde são introduzidos os dados das folhas de respostas (Almeida, 2015).

O raciocínio numérico permite avaliar a capacidade de lidar com números, realizar cálculos, bem como inferir e aplicar a relação entre números (Primi *et al.*, 2002). Correlaciona-se positivamente com o cálculo (Godoy *et al.*, 2008). Alguns exemplos de profissões associadas são: Matemático, Cientista, Informático, Analista Financeiro, Contabilista, Engenheiro (Reis, 2013).

O raciocínio verbal permite avaliar o conhecimento do vocabulário com a capacidade de estabelecer relações entre os elementos (Primi *et al.*, 2002). Alguns exemplos de profissões associadas são: Editor, Jornalista, Orador, Político, Poeta, Dramaturgo (Reis, 2013).

O raciocínio espacial permite avaliar a capacidade de perceber representações mentais visuais identificando o seu movimento, transformando-as em novas representações (Primi *et al.*, 2002). Relaciona-se positivamente com o cálculo e a literatura (Godoy *et al.*, 2008). Alguns exemplos de profissões associadas são: Marinheiro, Engenheiro, Piloto, Pintor, Guia, Arquiteto, Escultor (Reis, 2013).

O raciocínio abstrato permite avaliar a capacidade de raciocínio estabelecendo relações abstratas em situações novas (Primi *et al.*, 2002). Está relacionado positivamente com profissões associadas às ciências físicas e ao cálculo (Godoy *et al.*, 2008). Alguns exemplos de profissões associadas são: Educação artística, Jornalismo, Turismo e Administração (Silva *et al.*, 2014).

O raciocínio mecânico permite avaliar a capacidade prática de conhecimentos de mecânica e de física (Primi *et al.*, 2002). Correlaciona-se positivamente com áreas profissionais

associadas às ciências físicas e do cálculo, bem como ao conhecimento prático sobre áreas físico-mecânicas (Godoy *et al.*, 2008).

### **Inventário de Interesses e Preferências Profissionais - Edição Revista (IPP-R)**

O Inventário de Interesses e Preferências Profissionais Revisto - IPP-R, é uma edição revista do IPP, que tem como objetivo avaliar interesses e preferências profissionais dos jovens, tendo em conta profissões que consigam representar diversos campos profissionais, abrangidos pelas diferentes vias do sistema educativo e formativo, bem como as principais tarefas inerentes à função, permitindo igualmente uma aferição sobre o nível de conhecimento dos jovens relativamente às atividades e profissões descritas (Oliveira *et al.*, 2013).

O IPP foi desenvolvido por Maria Victória de la Cruz, em 1997, e foi adaptado em 2001 para a população portuguesa, por Alexandra Figueiredo de Barros e Isabel Diogo (Silva, 2013).

Para além de permitir um melhor conhecimento do indivíduo relativamente às suas preferências no campo das profissões e nas diversas atividades e tarefas específicas, pode igualmente ser administrado no sentido de ajudar a desenvolver planos de formação ou ainda sustentar decisões relativas à mobilidade do pessoal (Silva, 2013).

O IPP-R integra duas categorias de itens relacionados com: a) preferências relativamente a um leque de profissões e b) preferências relativamente a um leque de atividades e tarefas. Desta forma é possível por um lado obter informações importantes sobre o nível de conhecimento que o indivíduo tem relativamente a profissões, e por outro funciona como indicador da validade do instrumento (Lista de testes, 2022).

Caso se verifique incoerência entre o modelo de preferências de atividades e profissões, e algum dos campos profissionais, deve-se avançar para uma fase de apresentação de conteúdos informativos relativamente às distintas profissões e respetivas atividades profissionais (Lista de testes, 2022).

A adaptação portuguesa do inventário destina-se a indivíduos com 14 ou mais, a sua aplicação pode ser individual ou coletiva, com uma duração de aplicação, aproximada de 30 minutos, estando disponíveis grupos normativos para o 9º e 12º ano de escolaridade e sexo (Ribeiro, 2015).

O inventário é composto pelo Manual Técnico, que contém informação relativa aos campos profissionais, estudos sobre a adaptação portuguesa, considerações gerais sobre a administração, a correção e interpretação dos respetivos resultados; Caderno de Aplicação; Folhas de Respostas; e o Acesso ao Sistema de Correção Online (Ribeiro, 2015).

O IPP-R está disponível para aplicação online, permitindo acesso ao perfil gráfico de resultados, obtendo-se as pontuações diretas e os percentis em cada área profissional, e acesso ao relatório de análise interpretativa do perfil de resultados (Lista de testes, 2022).

### **Teste de Aptidões Mentais Primárias (PMA)**

Em 1931, Thurstone defende que o desempenho intelectual dos indivíduos está ancorado na existência de uma série de aptidões primárias, independentes entre si, argumentando assim que um fator geral de inteligência, é um dispositivo estatístico que representa a estrutura da inteligência, de uma maneira muito pobre e nem sempre notória (Almeida, 2002).

Avança assim com a ideia de que o construto inteligência é melhor explicado através de um conjunto de competências mentais primárias, nomeadamente por sete fatores independentes entre si e não hierárquicos (Baptista, 2012).

Desta forma, o autor considerava a inteligência como um construto multidimensional, no qual cada dimensão revelava uma competência mental. Com base neste pensamento, desenvolve então os denominados testes de aptidões mentais primárias, com o objetivo de avaliar sete dimensões, a Compreensão Verbal, Conceção Espacial, Raciocínio, Facilidade Numérica, Fluência Verbal, Memória e Rapidez Percetiva (Ribeiro & Marques, 1989). Mais tarde, com a colaboração de T. G. Thurstone, é publicado um conjunto de testes (PMA), nos EUA, destinados a medir cinco das aptidões mentais primárias (Ribeiro & Marques, 1989).

Apesar de não ser possível confirmar empiricamente a completa independência entre os fatores individuais, o autor argumenta que estes são específicos o suficiente para que possam ser considerados unidades funcionais independentes, demonstrando as suas diferenças intra-individuais num conjunto de testes (Almeida, 2002).

Surge assim o Teste de Aptidões Mentais Primárias, composto por cinco subtestes de aptidões com tarefas associadas a cada uma. O subteste de Compreensão Verbal (V) cuja tarefa é escolher, dentro de 4 palavras, um sinónimo para a palavra apresentada no exercício; o da Compreensão Espacial (E), onde a tarefa passa por identificar qual a figura igual ao exercício; o do Raciocínio (R), onde, numa série incompleta, se pede para identificar a letra que lhe dá continuidade; o do Cálculo Numérico (N), onde se pretende identificar se um conjunto de adições estão ou não corretas; e o da Fluência Verbal (F), cuja tarefa é a de escrever, durante 5 minutos, o maior número de palavras que consiga, iniciadas por uma determinada letra (Baptista, 2012).

A bateria PMA é de rápida aplicação e tem sido utilizada tanto nos processos de Orientação Escolar, como em Orientação Profissional e nos processos de recrutamento e seleção, na determinação de perfis de aptidões mentais (Ribeiro & Marques, 1989).

A adaptação portuguesa da bateria destina-se a indivíduos a partir dos 13 anos, a sua aplicação pode ser individual ou coletiva, com uma duração de aplicação, aproximada de 26 minutos, estando disponíveis diversos grupos normativos, entre os quais Adolescentes com 13 anos; Adolescentes com 14 anos; Adolescentes com 15 anos; Adolescentes com 16 anos; Adolescentes com 17 anos; Adolescentes e Jovens Adultos com 18+ anos; Adultos de Ambos os sexos; Adultos do Sexo Feminino; Adultos do Sexo Masculino; Adultos do 2º/3º Ciclo; Adultos do Ensino Secundário; Adultos com Formação Superior; Indivíduos com Formação Superior do Sexo Feminino; Indivíduos com Formação Superior do Sexo Masculino (Lista de testes, 2022).

O instrumento é composto por um kit completo que inclui o Manual Técnico, Cadernos, Folhas de resposta autocorrigíveis e Folhas de resposta Fator F, sendo a sua correção efetuada de forma manual através de Folhas de resposta autocorrigíveis (Lista de testes, 2022).

### **Teste de Inteligência Geral (TIG-1)**

Trata-se de teste de avaliação de inteligência geral que integra uma excelente medida de fator "g". Permite avaliar a capacidade em concetualizar e aplicar o raciocínio sistemático a novas situações (Lista de testes, 2022).

Refere-se a uma Prova de inteligência geral cuja base assenta nos mesmos pressupostos das provas de dominós D-48 e D-70, apresentando, contudo, um nível de dificuldade mais baixa que estes dois testes (Teste de Dominós, 2022).

O TIG-1 é constituído por 35 itens não-verbais idênticos a pedras de dominó, precedidos das instruções e da realização de quatro exemplos, dispostos por ordem de dificuldade crescente. A execução da prova consta em analisar a sequência de apresentação das pedras de dominó e determinar o valor da pedra subsequente (Antunes, 2008).

O TIG-1 destina-se a populações escolares, do 5º ao 9º ano, mas poderá ser utilizada na avaliação de populações adultas com um nível de escolaridade baixo, a sua aplicação pode ser individual ou coletiva, e tem um tempo de aplicação de aproximadamente 15 minutos (Antunes, 2008).

O TIG-1 que pode ser utilizado em diferentes contextos como, a clínica, educacional, recrutamento e seleção, apresenta uma consistência interna elevada, sendo o valor obtido para o teste de .79 (N=157) (Teste de Dominós, 2022).

O instrumento é composto por Manual Técnico, Caderno de Aplicação e Folha de Respostas. Estão disponíveis diversos grupos normativos, nomeadamente Crianças e Adolescentes, por Escolaridade: 5º ano, 6º ano, 7º ano, 8º ano e 9º ano e por Idade: 10 anos, 11 anos, 12 anos, 13 anos, 14 anos, 15 anos e 16 anos, Adultos por Sexo Masculino e Feminino, Adultos por Escolaridade, segundo do sexo, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, Ensino Secundário, Formação Superior e Adultos por Grupo Profissional, nomeadamente Administrativos e Operários (Lista de Testes, 2022).

### **Inventário de Valores Pessoais (SPV)**

No Inventário de Valores Pessoais (SPV) os valores são elementares na caracterização daquilo que as pessoas fazem e como fazem. Uma forma de analisar os valores, passa pela importância relativa que os alunos atribuem às várias atividades que realizam. O Inventário de Valores Pessoais desenvolvido por Gordon, (2001) permite definir o modo como os indivíduos gerem os seus problemas no dia-a-dia (Gonçalves, 2009).

O Inventário de Valores Pessoais (SPV) avalia um conjunto de valores pessoais, que sustentam e explicam o comportamento do ser humano. O Inventário é composto por 90 elementos que se agrupam em seis valores: Pensamento Prático, Realização, Variedade, Decisão, Método e Orientação para Resultados (Lista de Testes, 2022).

Desta forma, o SPV tem a seguinte composição específica: Pensamento Prático, valor relacionado com a procura de resultados com determinadas características e exigências temporais; Realização, valor associado à capacidade de melhorar ou satisfazer um padrão perfeito de funcionamento, orientação para resultados e foco no sucesso; Variedade, associado com a preferência por determinadas tarefas ou funções, nas quais alcança maior desempenho; Decisão, valor relacionado com envolvimento e capacidade de decisão; Método, relativo à organização, planeamento ou estrutura e Orientação para Resultados, valor ligado com a capacidade de controlar vários objetivos em simultâneo (Teste de Dominós, 2022).

As escalas do SPV são interpretadas pelo conteúdo dos seus itens, refletindo-se o que as pessoas mais valorizam, quando se obtêm resultados mais elevados, e quando se registam resultados mais baixos em determinadas escalas pode concluir-se que os sujeitos não valorizam os conteúdos que elas representam (Gonçalves, 2009).

O SPV destina-se a indivíduos com + 15 anos, a sua aplicação pode ser individual ou coletiva, e tem um tempo de aplicação de aproximadamente 15 minutos. O teste SPV é composto por um Manual Técnico, Caderno de Aplicação e Folhas de Resposta, sendo a sua cotação realizada online através da plataforma Hogrefe. Estão disponíveis diversos grupos normativos, nomeadamente e Adolescentes, Total e por Sexo e Adultos, Total, por Sexo e por Escolaridade (Lista de Testes, 2022).

Este teste poderá ser usado em diferentes contextos, educacional, clínica, seleção e recrutamento, *coaching* e desenvolvimento pessoal e apresenta uma consistência interna moderada, tendo os valores alcançados nas várias escalas, variado entre .52 e .87 (Teste de Dominós, 2022).

Para além de ter assistido e colaborado, nalguns casos, na avaliação psicológica realizada nos processos de Orientação Escolar, foi ainda possível, em articulação com o Gabinete de Seleção, assistir à aplicação de provas de avaliação psicotécnica utilizadas nos processos de seleção para militares (Praças e Sargentos), Condutores no Exército ou Guardas Prisionais, entre as quais Testes de Personalidade, Testes de Inteligência Geral, Testes de Raciocínio Indiferencial e Testes de Aptidões Espacial.

É indiscutível a importância do ajuste das emoções que o ser humano faz ao longo da sua vida. No entanto, quando não devidamente organizadas e ajustadas, podem originar problemas tanto ao nível da saúde física como mental, que se poderão evidenciar por via de sintomas psicopatológicos (Silvers & Moreira, 2017). O sistema de regulação emocional tem início quando ocorre a dissonância entre o objetivo do indivíduo e a situação com a qual se depara, passando-se de seguida à determinação da estratégia de regulação emocional, e a sua concretização. No final, a monitorização permite ao indivíduo identificar alterações em si próprio bem como no seu meio ambiente, e dessa forma entender a necessidade de manter, interromper ou modificar a sua estratégia (McRae & Gross, 2020).

Alguns autores reconhecem a diferença entre a capacidade de regulação emocional e a tendência da regulação emocional. Associam à primeira a habilidade para implementar estratégias eficazes e adequadas e a segunda à propensão individual para utilizar estratégias específicas. Neste sentido, referem que adultos com psicopatologia, embora tenham com frequência boa capacidade de se regular emocionalmente, o seu comportamento é afetado pela inadequada tendência para utilização de determinadas estratégias de regulação emocional. Assim, a psicopatologia pode assumir-se como uma consequência de uma regulação emocional ineficaz (Silvers & Moreira, 2017).

Assumindo assim a importância das emoções enquanto fator decisivo do comportamento humano, e o quanto uma regulação emocional inadequada pode causar perturbação, é importante entender, ao nível da neuropsicologia, em que medida o estado emocional e os traços personalísticos do indivíduo podem vir a afetar o seu desempenho cognitivo (Lezak *et al.*, 2012).

Se por um lado testes neuropsicológicos padronizados, podem não estar diretamente correlacionados com as perturbações afetivas, por outro podem ser um excelente instrumento de previsão, ao nível neurocognitivo, de desvios sociais e comportamentais nos indivíduos (McDonald, 2017).

Relativamente à análise de sintomas psicopatológicos, pode realizar-se recorrendo a variados instrumentos de avaliação, tais como testes projetivos, questionários de autorrelato, ou outros que contemplam apenas determinada dimensão psicopatológica ou dimensões características de determinada patologia como são os inventários de depressão, escalas de ansiedade, ou de Perturbação de *Stress* Pós-traumático, entre outros (Almeida, 2021).

## **Testes de Personalidade**

### **NEO-PI-R – Inventário de Personalidade NEO**

O Inventário de Personalidade NEO - revisto (NEO PI-R) analisa os cinco principais domínios da Personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C), podendo ser aplicado em diversos contextos como, por exemplo, recrutamento e seleção, orientação escolar, investigação e clínica (Lista de testes, 2022).

O NEO PI-R é composto por 240 itens que permitem avaliar um total de 30 facetas, nomeadamente: a) Neuroticismo (N): Ansiedade, Hostilidade, Depressão, Autoconsciência, Impulsividade, Vulnerabilidade; b) Extroversão: Acolhimento Caloroso, Gregariedade, Assertividade, Atividade, Procura de Excitação Emoções Positivas; c) Abertura à Experiência: Fantasia, Estética, Sentimentos, Ações, Ideias, Valores; d) Amabilidade: Confiança, Retidão, Altruísmo, Complacência, Modéstia Sensibilidade; e) Conscienciosidade: Competência, Ordem, Dever, Esforço de Realização, Autodisciplina, Deliberação (Lista de testes, 2022).

O domínio Neuroticismo (N), avalia a adaptação vs. A instabilidade emocional, o domínio Extroversão (E), avalia a quantidade e intensidade das interações pessoais, o domínio Abertura à Experiência avalia o nível de curiosidade, abertura a novas ideias, convencionalismo, o domínio Amabilidade visa identificar altruísmo, modéstia, simplicidade,



cooperação vs egocentrismo, manipulação, ceticismo, e o domínio Conscienciosidade avalia o grau de organização, determinação, força de vontade, confiança (Pereira, 2018).

Destina-se a indivíduos com + 17 anos, a sua aplicação pode ser individual ou coletiva, e tem um tempo de aplicação de aproximadamente 45 minutos (Lista de testes, 2022).

### **SCL-90-R – Teste dos 90 Sintomas (Symptom Checklist-90-Revised)**

O SCL-90-R é um dos instrumentos com maior utilização em vários países na identificação de sintomas psicopatológicos e alterações de personalidade (Almeida, 2021). Tal como outros questionários de autorrelato, a celeridade e facilidade de aplicação, a cotação e interpretação, a recolha de informação objetiva e o nível de exigência de treino relativamente baixo por parte dos profissionais, fazem deste um método muito atrativo para os técnicos (Pavlova & Uher, 2020).

Trata-se de um questionário de rastreio de sintomas psicopatológicos, constituído por 90 itens, de resposta fechada, através de uma escala tipo *Likert* com cinco pontos, que variam entre Nunca (zero), Pouco (um), Moderadamente (dois), Bastante (três) e Extremamente (quatro) (Derogatis, 1992).

Em termos de cotação e interpretação, o SCL-90-R tem por base nove dimensões primárias de sintomas e três índices gerais. As 9 escalas principais são: Somatização (12 itens), Obsessões e Compulsões (10 itens), Sensibilidade Interpessoal (9 itens), Depressão (13 itens), Ansiedade (10 itens), Hostilidade (6 itens), Ansiedade Fóbica (7 itens), Ideação Paranoide (6 itens) e Psicoticismo (10 itens). O teste tem ainda 7 itens de escalas adicionais, associados a pensamentos sobre morte e sentimento de culpa, alimentação e perturbações do sono (Martínez-Pampliega *et al.*, 2019). Os três índices gerais são avaliações suplementares relacionadas com mal-estar psicológico e condição psicopatológica geral (Dias, 2007).

O Índice Geral de Sintomas resulta da combinação entre o número de sintomas e a sua intensidade, o Número de Sintomas Positivos diz respeito ao número de sintomas presentes e o Índice de Sintomas Positivos refere-se a uma medida da intensidade adaptada para o número de sintomas com cotação positiva (Dias, 2007).

Destina-se a indivíduos com + 13 anos, a sua aplicação pode ser individual ou coletiva, e tem um tempo de aplicação de aproximadamente 12 a 15 minutos (Lista de testes, 2022).

SCL-90-R foi validado, por Baptista em 1993, para a população portuguesa, encontrando-se valores de consistência interna ( $\alpha$ -Cronbach) superiores a .74 em todas as

subescalas, e coeficientes de teste-reteste (correlação de Pearson) superiores a .59 (Almeida, 2021).

### **IPC-Inventário de Potencial de Competências**

O Inventário de Potencial de Competências, avalia não só os traços de personalidade, mas também o estilo comportamental do indivíduo. Os traços de personalidade, apesar de indicadores do sucesso, são, contudo, de difícil relação com as avaliações de desempenho por não se encontrarem, por norma, descritos de forma clara nos perfis profissionais, ao passo que as competências, figuram nos requisitos destes últimos. Desta forma, mais do que a avaliação dos traços de personalidade, a avaliação do potencial de competências é bastante importante na predição do sucesso profissional que, por norma, é analisado em função de critérios que advêm dos perfis profissionais ancorados nas competências (Cunha, 2018).

O IPC tem subjacente o modelo de personalidade *Big Five*, trata-se de um instrumento com base na abordagem diferencial da personalidade e visa avaliar o potencial dos indivíduos para produzirem um conjunto de comportamentos desejáveis no trabalho. É composto por 100 itens referentes a dez dimensões comportamentais (dez itens cada) que, para além das competências, abrangem uma escala de Bem-estar e uma escala de Desejabilidade social, no sentido de controlar o perfil do indivíduo (Cunha, 2018).

A resposta aos itens é feita segundo uma escala de *Likert* de quatro pontos (Discordo Fortemente; Discordo; Concordo; Concordo Fortemente) correspondendo-lhes, respetivamente, um, dois, três e quatro pontos. Cada resposta contribui com um dos valores anteriores para o valor total da respetiva dimensão, sendo o resultado mínimo por dimensão de dez pontos e o máximo de quarenta pontos (Cunha, 2018).

O IPC teve como primeira versão, catorze dimensões comportamentais, sendo que pós a realização de dois testes piloto, foram identificadas as dez dimensões comportamentais, Desejabilidade Social; Bem-estar; Controlar-se face à pressão e contrariedades; Organizar, planear e procurar a excelência; Correr riscos; Experimentar, aprender e inovar; Liderar e decidir; Relacionar-se e comunicar; Confiar nas pessoas e atribuir-lhes boas intenções; Apoiar os outros, que compõem a versão consolidada do IPC (Cunha, 2018).

As dimensões do IPC demonstram um crescente contínuo relativamente à identificação das características e comportamentos relacionados. Desta forma baixas pontuações referem-se à presença limitada de atitudes e comportamentos, indicando que a probabilidade de as

competências virem a ser produzidas no trabalho é também limitada. Sempre que as pontuações aumentam, o potencial de competências cresce (Cunha, 2018).

Em termos de fiabilidade, à exceção da dimensão “Apoiar os outros” ( $\alpha=.79$ ), as dimensões possuem  $\alpha \geq .80$ , o que atesta que medem com precisão os construtos latentes, detendo assim elevados índices de fiabilidade (Cunha, 2018).

## **Testes de Raciocínio Indiferencial**

### **CPM-P Matrizes Progressivas de Raven**

O Teste das Matrizes Progressivas, teste não-verbal, desenvolvido pelo psicólogo J.C. Raven, foi criado como medida do fator “g”, tendo como base o referencial de Spearman (Raven, 2000).

As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven são frequentemente utilizadas como uma medida complementar de QI não verbal, tratando-se de um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a inteligência não verbal e fornecendo informações úteis sobre as habilidades intelectuais e os pontos fortes e fracos a nível cognitivo (Bailote *et al.*, 2022).

É um dos instrumentos mais utilizados, com alternativa, não verbal, de medida cognitiva, é de aplicação rápida, que exige poucos recursos, e que pode ser administrada de forma coletiva (Simões *et al.*, 2021).

As Matrizes Progressivas de Raven avaliam a capacidade de educação de relações dos sujeitos, capacidade esta que é identificada como uma das principais componentes da inteligência geral e do fator g. São compostas por 36 itens, divididos em 3 séries de 12, identificadas como: A, AB e B (Lista de testes, 2022).

Todas as séries, excetuando a do tabuleiro, se apresentam sob a forma de cadernos, com uma série de desenhos ou matrizes, impressos na parte superior de cada página, onde falta um elemento, que completará o conjunto de forma lógica. Na parte inferior, há entre seis ou oito opções de resposta ou soluções, entre as quais, o indivíduo deve escolher a correta, escrevendo na folha de respostas o número correspondente ao item selecionado. Na série do tabuleiro, o indivíduo deve colocar na prancha a peça que completa o desenho corretamente. As séries ordenam-se por dificuldade crescente (Cunha, 2009).

Destina-se a crianças com idades entre os 5 e os 12 anos e a adultos com baixa escolaridade (+ 65 anos), a sua aplicação pode ser individual ou coletiva, e tem um tempo de aplicação de aproximadamente 12 a 15 minutos (Lista de testes, 2022).

Em termos de correção e análise, é feita através de recurso a uma chave, e as respostas são classificadas como positivas ou negativas. Uma resposta positiva ou correta é contabilizada com um ponto, sendo o total de pontos a pontuação alcançada pelo indivíduo, transformando-se esta em percentil, e comparando-se com a respetiva norma, obtendo-se assim uma estimativa do nível intelectual (Corvo, 1990)

### **Inventário de Estado – Traço de Ansiedade (STAI)**

A fundamentação teórica que está na base da elaboração do STAI, é o da formulação de ansiedade proposta por Freud e do reconhecimento pelos investigadores Cattell e Scheier, em 1961, entre duas formas de ansiedade designadas ansiedade-estado e ansiedade-traço. A partir daqui Spielberger elabora o seu modelo conceptual de abordagem à ansiedade e ao *stress* (Silva, 1998).

A evolução da teoria de ansiedade de Freud, permitiu-lhe considerá-la numa perspetiva funcional, através da qual se distingue a ansiedade objetiva da ansiedade neurótica. A ansiedade objetiva ocorre quando o indivíduo antecipa um perigo real, ao passo que a segunda acontece quando os impulsos reprimidos se fazem notar (Silva, 1998).

A ansiedade objetiva tem função adaptativa, ao chamar a atenção do indivíduo para um perigo real, levando a uma ativação do sistema nervoso autónomo, que lhe permite defender-se do perigo, ao passo que a ansiedade neurótica, também funciona como sinal de perigo, mas que não é real. Este tem origem nos impulsos recalcados, dado que alguma vez no passado a sua satisfação terá sido penalizada, ficando assim associados a perigo real (Silva, 1998).

Segundo Silva (1998), os investigadores Cattell e Scheier, que em 1961 foram pioneiros na definição e medição de ansiedade, incluíram diversas medidas tanto de informação pessoal como fisiológicas nos seus estudos, através dos quais constataram que surgiam de forma consistente fatores independentes de Estado de Ansiedade e de Traço de Ansiedade, demonstrando assim a existência de dois construtos diferentes.

O autor define assim estado de ansiedade como sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, que ativam o sistema nervoso autónomo. No que se refere ao traço de ansiedade este diz respeito à propensão do indivíduo para a ansiedade, ou seja, a tendência para idealizar situações de stress como sendo de perigo e ameaça, tendendo a reagir a estas situações de forma mais intensa e num estado de ansiedade aumentado (Silva, 1998).

Este modelo conceptual de avaliação de stress e ansiedade assume a necessidade de se esclarecer a relação entre fatores de stress internos e externos, a avaliação cognitiva e o estado e traço de ansiedade, que invocam diferentes níveis de ansiedade em indivíduos que diferem em traço de ansiedade (Silva, 1998).

Assim, quando um stressor é considerado como ameaça ou perigo, verifica-se a evocação de um reator de estado de ansiedade, proporcional à dimensão da ameaça que a situação representa para esse indivíduo. A persistência da reação de Estado de ansiedade vai depender da persistência do estímulo que o evoca e da experiência do indivíduo em lidar com situações idênticas (Silva, 1998).

O referido inventário, considerado como dotado de excelentes qualidades psicométricas, é constituído por duas escalas separadas, de vinte itens cada, uma de estado e outra de traço de ansiedade. A escala de ansiedade-estado avalia como se sentem os indivíduos no momento de resposta ao inventário, enquanto a escala de ansiedade-traço avalia como se sentem normalmente os indivíduos, levando-os a realizar uma avaliação da frequência dos seus sentimentos de ansiedade. Ambas as escalas têm itens que determinam a presença de ansiedade e outros que determinam a sua ausência (Silva *et al.*, 2000).

Distinguir entre estado e traço, demonstrou-se como algo importante para os estudos de ansiedade, dado que vem destacar a inevitabilidade de que, uma teoria adequada da ansiedade deverá permitir diferenciar, tanto do ponto de vista conceptual como operacional, não só a ansiedade como um estado momentâneo, e a ansiedade como traço relativamente estável, bem como distintos estados de ansiedade, estímulos e condições que a ativam, e ainda mecanismos de defesa usados para os evitar (Silva *et al.*, 2000).

De acordo com Spielberger em 1970, o construto de ansiedade-estado pode definir-se como um estado emocional momentâneo do organismo humano, que pode variar em intensidade e alterar-se ao longo do tempo, de acordo com o entendimento de uma ameaça. No que se refere à ansiedade-traço, está associado às especificidades individuais, mais ou menos estáveis, no que se refere à predisposição para uma reação ansiosa; ou seja, refere-se aquilo que difere os seres humanos na sua forma de perceção das situações entendidas como ameaçadoras ou perigosas e a sua resposta a essas situações com um incremento de intensidade da ansiedade-estado (Silva *et al.*, 2000).

Ao proporcionar duas medidas, a de Estado de ansiedade e a de Traço de ansiedade, este inventário multiplica também as suas potencialidades, tanto como instrumento de avaliação como também de investigação (avaliar como evolui um tratamento, avaliar a diferença entre o

antes e o depois de uma intervenção, perceber os efeitos da aprendizagem na realização de uma tarefa, etc). Obviamente que em todas as formas de perturbação emocional, terá especial interesse a avaliação do traço de ansiedade, sendo uma grande vantagem deste inventário, o facto de se poder utilizar apenas uma das escalas, consoante os objetivos. Se se tratar de perceber de que forma determinado contexto ou alteração do mesmo, pode provocar ansiedade, será suficiente no caso utilizar apenas a escala de Estado de ansiedade. Para além disso, tem ainda a vantagem de se tratar de um instrumento breve, de fácil aplicação, e de leitura e compreensão muito acessíveis (Silva, 1998).

Em termos de análise, quanto maior for a ansiedade-traço, maior será a possibilidade de o indivíduo experienciar elevações intensas, ao nível da ansiedade-estado, uma vez que terá tendência para observar um maior número de situações, como sendo eventualmente uma ameaça para si (Silva *et al.*, 2000).

O inventário de Estado-Traço de Ansiedade, é composto por duas escalas de autorresposta independentes, cujo objetivo visa medir a ansiedade traço e a ansiedade estado. A escala de ansiedade-estado, compreende 20 itens, que visam avaliar como se sente o indivíduo no momento da aplicação do inventário, ao passo que a escala de ansiedade-traço, compreende 20 itens, que pretendem avaliar como se sente o indivíduo de uma forma geral, levando-o a fazer uma apreciação da regularidade com que ocorrem sentimentos de ansiedade (Silva *et al.*, 2000).

Com valores de norma de 38,2 (Ansiedade Estado) e 37,3 (Ansiedade Traço), esta escala varia entre 20 e 80 pontos (Silva, 1998).

Em termos de limitações, são apontados um relativo à natureza do instrumento e outro relacionado com a definição do construto. Devido ao facto de os itens do STAI terem elevada validade facial, tornam-se vulneráveis à falsificação, em contextos em que tal possa ser vantajoso para o indivíduo que está a responder, devendo assim olhar-se para os resultados com alguma reserva. A outra limitação diz respeito ao conceito de ansiedade que aparenta não estar bem definido, tendendo a incluir traços que não o constituem como um sentimento geral de descontentamento para consigo mesmo (Silva, 1998).

### **Versão Portuguesa da PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)**

A Versão Portuguesa da PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklis for DSM-5) é um instrumento de autorresposta originalmente desenvolvido para avaliar a sintomatologia da

perturbação de *Stress* pós-traumático (PSPT) de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5 (Carvalho *et al.*, 2020)

Este instrumento foca-se na avaliação da vivência de um acontecimento potencialmente traumático, de forma a diagnosticar a perturbação de stress pós-traumático (Silva, 2018).

Inclui 20 itens numa escala de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos (entre 0 que significa nada e 4 que significa extremamente) reportados aos sintomas listados no último mês (Carvalho *et al.*, 2020).

Estes itens estão estruturados em clusters de quatro sintomas: a) Sintomas Intrusivos, referente aos itens 1 a 5; b) Sintomas de Evitamento, no qual se enquadram os itens 6 e 7; c) Sintomas de Alterações Negativas nas Cognições e Humor, referente aos itens 8 a 14; d) Sintomas de Ativação e Reatividade, no qual se encaixam os itens 15 a 20 (Pimental, 2017).

Relativamente à cotação, esta pode ser efetuada de três formas: a) através da soma dos 20 itens, com resultados entre 20 e 80; b) é considerado sintomático um item quando a sua classificação é igual ou acima do ponto de corte respetivo na escala de resposta ou c) quando se regista o número mínimo de itens sintomáticos exigidos pela regra de diagnóstico do DSM-5 (ou seja, pelo menos um item sintomático de Intrusão, um Evitamento, duas Alterações Negativas na Cognição e Humor e duas Alterações na Ativação e Reatividade) (Carvalho *et al.*, 2020).

O PCL-5 pode ser usado como uma medida contínua que avalia a gravidade dos sintomas e/ou como medida dicotómica para identificar um diagnóstico de PSPT (Perturbação de Stresse Pós-traumático) de acordo com os critérios do DSM-5 (Carvalho *et al.*, 2020).

O instrumento tem demonstrado excelentes propriedades psicométricas: elevada consistência interna ( $\alpha=.94$ ), fiabilidade teste-reteste ( $r=.82$ ) e validade convergente e divergente (Blevins *et al.*, 2015).

Quanto mais elevada é a pontuação obtida, mais severa se considera a sintomatologia (Silva, 2018).

Uma pontuação total de 33 ou superior bem como uma classificação de 2 (moderadamente) ou superior em cada item, pode ser considerado sintomático (Carvalho *et al.*, 2020).

### **Dilema Moral de Heinz - A Teoria de Lawrence Kohlberg**

Tendo como foco o âmbito cognitivo do estudo moral, o seu autor, Kohlberg, sistematizou seis estágios de julgamento moral em três níveis diferentes: nível pré-

convencional, nível convencional e nível pós-convencional (Souza 2008). No nível pré-convencional, o sujeito não identifica princípios morais estabelecidos numa comunidade, mas sim qualifica os comportamentos como uma consequência, condenação ou vantagem que ofereça satisfação própria. No nível convencional o sujeito, que já identifica as leis da sua comunidade, tem a capacidade de as internalizar, considerando que é pertença do grupo que as definiu, identifica-se assim com as mesmas. No nível pós-convencional, caracterizam-se os valores morais como princípios próprios, uma vez que nesta perspetiva se diferencia o self das expectativas e regras dos outros (Souza 2008).

O psicólogo Lawrence Kohlberg, desenvolveu assim um instrumento de pesquisa do julgamento moral, considerado universal, que se baseia na teoria da existência dos referidos níveis de desenvolvimento moral (Kawashima *et al.*, 2015).

Desde que foi desenvolvido, este teste passou por várias modificações e foi utilizado em função de vários objetivos, desde a pesquisa científica e filosófica até entrevistas de emprego (Bataglia *et al.*, 2010).

O autor utilizava o Dilema de Heinz, em todas as suas investigações, com adolescentes e adultos, e chegou a utilizá-lo em pesquisas interculturais, alterando apenas o conteúdo em função da cultura, mas mantendo o dilema básico (Kawashima *et al.*, 2015).

Relativamente a este Dilema, que aborda o confronto entre o valor da vida e o valor da propriedade privada, após ser apresentando o mesmo, levantam-se uma série de situações envolvendo conflitos morais, tais como: a) É adequado Heinz roubar a farmácia para salvar a sua mulher); b) Porque razões?; c) Se fosse um desconhecido, em vez da sua esposa, Heinz agiria da mesma maneira?; d) As pessoas devem fazer qualquer coisa para salvar uma vida?; Porque razões? e) Se fosse você a mulher do Heinz, gostava que ele tivesse essa atitude para consigo? (Elm & Weber, 1994).

Este método, denominado *Moral Judgment Interview* (MJI), consiste na apresentação de dilemas hipotéticos e solicitação ao indivíduo para que explique como solucionaria o mesmo. Baseiam-se em narrações relativas a cenários que podem ter contraposição de valores de difícil solução, uma vez que é necessário optar por um deles. Desta forma são casos que não se apresentam com uma solução única, obrigando a que o indivíduo tenha que refletir e argumentar, justificando de forma racional a solução que se lhe apresenta como a mais justa. As razões apresentadas dependem do nível de desenvolvimento moral da pessoa que está envolvida na discussão (Lourenço, 1992).



A MJI permite identificar a problemática, a norma e o elemento utilizados nas respostas do entrevistado, possibilitando a construção de um perfil moral (Bataglia *et al.*, 2010). A problemática é o tema moral levantado pelo dilema, tendo este sido criado com o objetivo de levantar questões opostas, que levam a que o indivíduo tenha que justificar a sua argumentação com base numa delas. A norma é a totalidade de valores utilizados pelo indivíduo, representando estes as suas justificações para se mostrar contra ou a favor do personagem do dilema (Bataglia *et al.*, 2010).

Estas normas podem ser: Vida (preservação e qualidade/quantidade), Propriedade, Verdade, Afiliação, Amor Erótico e Sexo, Autoridade, Lei, Contrato, Direitos Cívicos, Religião, Consciência e Punição (Díaz-Aguado & Medrano, 1999). O elemento refere-se à unidade menor que deve ser analisada e significa a forma através da qual o indivíduo utilizou uma norma no caso específico do dilema (Bataglia *et al.*, 2010).

De acordo com o *Standardized Scoring Manual* (Colby & Kohlberg, 1987), os elementos tanto podem ser modais como de valores, sendo que os modais se referem a questões deontológicas, reportando-se essencialmente a direitos e deveres, e os de valor referem-se à ética teleológica (teoria que explica os seres pelo fim a que aparentemente são destinados), considerando as consequências das ações morais (Bataglia, 1996).

Aos indivíduos analisados são-lhe atribuídos estágios que se podem classificar como estágios puros, transicionais e em consolidação. Quando um indivíduo tem mais de 80% do seu pensamento num único estágio pode ser considerado puro, quando um estágio mais baixo prevalece, havendo, contudo, a presença de raciocínio de um estágio posterior é considerada transicional e finalmente em consolidação, quando apesar de se denotar ocorrência de raciocínio de um estágio anterior, mas se denota prevalência de um estágio mais elevado (Díaz-Aguado & Medrano, 1999).

### **Avaliação Psicomotora**

No que se refere à avaliação psicomotora, nos mesmos processos de seleção, foi possível observar a aplicação das provas que abaixo, sucintamente, se descrevem.

O ser humano está sempre em interação com o meio que o rodeia, garantindo desta forma constantes transferências de informação, energia e matéria. Esta relação preconiza que o indivíduo deverá ter a capacidade de ajustar as suas respostas motoras, às alterações ambientais (Tani, 2005). Para essa adaptação utiliza as suas capacidades motoras como forma de resolver os desafios motores com que é confrontado nas suas interações, dependendo o sucesso da sua

performance nessas habilidades, da sua capacidade cognitiva e perceptiva e, por conseguinte, o seu tempo de reação (Mori *et al.*, 2002).

De acordo com alguns autores, desde inícios da década de 70 que investigadores da área de aprendizagem motora têm demonstrado interesse em pesquisas relacionadas com as competências de processamento de informação do ser humano. Desta forma, o tempo de reação tem sido utilizado como uma das principais medidas de avaliação das referidas operações cognitivas, podendo assim ser definido como o intervalo de tempo entre uma determinada percepção e o início da resposta do indivíduo em termos motores (Tani, 1981).

Apesar do tempo de reação ser uma medida de performance ao nível das capacidades motoras, é utilizado para compreender como o indivíduo processa a informação para realizar determinado movimento, sendo desta feita identificado como um dos melhores indicadores comportamentais relacionados com a velocidade de processamento de informação, ou seja, o tempo necessário para o processo que decorre desde a interpretação do estímulo, eleger a resposta e delinear a resposta motora (Bruzi *et al.*, 2013).

Para se considerar um desempenho adequado, assume-se que quanto menor o tempo de reação, maior a eficiência dos mecanismos e processos cognitivos, servindo assim como uma medida que permite avaliar a rapidez e êxito da tomada de decisão, para além de permitir a avaliação das capacidades antecipatórias (Monteiro *et al.*, 2015).

### **Sistema de Testes de Viena (VTS)**

O VTS, Sistema de Testes de Viena, é um sistema de psicometria informatizada utilizado para avaliações objetivas dos processos de decisão e outras capacidades cognitivas (Pena, 2012).

Trata-se de um software desenvolvido pela empresa Schuhfried, operando na área de Diagnóstico Psicológico Computadorizado, no sentido de dar resposta aos requisitos da Psicometria, dispondo de vários testes e funcionado através de diversas formas de introdução de resposta (Infoteste, 2012).

O VTS interliga-se a um computador convencional, através de hardware e software especificamente construídos para responder a requisitos da Psicometria. Permite a avaliação de dimensões não passíveis de medir com recurso a testes tradicionais (p.ex. tempos de latência das respostas) e uma automatização total e racionalização dos métodos de trabalho ao nível da aplicação e da avaliação dos testes psicológicos, permitindo desta forma elevados níveis de objetividade e precisão (Infoteste, 2012).

Este *software* disponibiliza uma gama alargada de programas de testes que permitem avaliar distintas dimensões, como são os exemplos da atenção, capacidade de reação, memória, inteligência, fatores de personalidade, motricidade fina e coordenação bimanual (Infoteste, 2012).

Para a avaliação das diferentes dimensões, o Sistema de Testes de Viena dispõe assim de variados testes, tendo sido possível observar a aplicação de Testes de Inteligência Não Verbal como o SPM – Teste das Matrizes Progressivas Standard, Testes de Aptidões Gerais como o COG – Teste Cognitivo, DT – Teste de Reações Complexas e Múltiplas em Ecrã, RT – Teste de Reações Simples e de Escolha em Ecrã, e o SIGNAL – Teste de Detecção de Sinais, Testes de Aptidões Específicas como o 2HAND – Teste de Coordenação Bimanual, LVT – Teste do Labirinto, MLS – Bateria de Testes de Performances Motoras, TAVTMB – Teste de Tráfego de Mannheim e o ZBA – Teste de Antecipação do Tempo e do Movimento e Testes Fatoriais de Personalidade como o IVPE – Inventário de Traços de Personalidade relevantes para a Condução.

## **Testes de Inteligência Não Verbal**

### **Teste das Matrizes Progressivas Standard (SPM)**

O SPM mede a capacidade de reconhecimento de um determinado padrão (ordem), numa disposição desordenada, permitindo a avaliação da capacidade de reconhecimento e raciocínio lógico (Pena, 2012).

É um teste não verbal da autoria de J. Raven, J.C. Raven e J.H.Court, que permite avaliar o raciocínio "edutivo" (dedutivo), componente da inteligência geral, junto de indivíduos com idades compreendidas entre os 6 e os 80 anos. É utilizado nas áreas educacional, profissional, clínica e investigação científica, tendo uma duração de realização que varia entre os 10 e os 30 minutos, nas versões S1 e S7, por vezes, até 60 minutos (Infoteste, 2012).

## **Testes de Aptidões Gerais**

### **Teste Cognitivo (COG)**

Este teste faz parte da lista dos que têm como objetivo analisar as aptidões gerais, sendo aplicado para avaliar a atenção e a concentração, através da comparação de figuras com outras que lhe sejam similares. É um teste da autoria de G. Schuhfried, e pode ser aplicado a crianças a partir dos 4 anos. É utilizado nas áreas da Psicologia do Trabalho e das Organizações, Diagnóstico de Aptidões, Psicologia Clínica, Neuropsicologia, Psicologia do Tráfego,

Psicologia Aeronáutica, Psicologia do Desporto e Psicofarmacologia, tendo uma duração de realização variável entre os 5 e os 20 minutos, dependendo da versão em utilização (Estivalet, 2016).

Esse teste também é utilizado para calcular uma série de medidas que descrevem a velocidade, precisão e consistência no desempenho do indivíduo (Pena, 2012).

O teste COG está disponível em sete versões sem tempo limite (S1-S3, S7-S9, S11) e três versões com tempo limite de 1,8 segundos (S4-S6). As versões do teste S1/S4, S2/S5 e S3/S6 são compostas pelo mesmo material de estímulo, estando a diferença entre estes 3 conjuntos na dificuldade do traçado das figuras. A versão S7 é muito reduzida no número de estímulos, dado que a figura isolada é apenas comparada com uma imagem do bloco-modelo. Apesar da versão S8 ser ligeiramente mais difícil, as 2 versões, S8 e S9, contêm um material de estímulos constante e muito simples, sendo o tempo total limite de sete minutos, após o qual o teste é imediatamente interrompido (Infoteste, 2012).

No que se refere à análise, os principais resultados são retratados em quatro variáveis combinadas: a) Muitas reações, das quais muitas erradas: há uma sobrestimação do seu potencial de atenção por parte do indivíduo, que impõe muito a si mesmo e funciona de forma pouco precisa e superficial. b) Muitas reações, das quais poucas erradas: o indivíduo demonstra uma expectativa superior relativamente a si próprio e demonstra capacidade para desempenhar uma tarefa rigorosa. c) Poucas reações, das quais muitas erradas: apesar de demonstrar um ritmo de trabalho lento, a performance é de baixa qualidade. O grau de atenção é igualmente baixo, mesmo face a exigências mínimas. d) Poucas reações, das quais poucas erradas: o indivíduo funciona num ritmo lento, mas valoriza a precisão, manifestando um processamento lento ou apresentando ter dificuldade na tomada de decisões (Schuhfried, 2005).

### **Teste de Reações Complexas e Múltiplas em Ecrã (DT)**

Trata-se de um teste, do autor G. Schuhfried, cujo objetivo visa aferir a tolerância ao *stress* reativo, a capacidade de reação de seleção múltipla perante estímulos rápidos em frequente mudança, e a avaliação da falta de atenção em casos de diagnóstico de capacidades e de aptidões (Schuhfried, 2003).

Pretende avaliar a "tolerância ao stress reativo", e a velocidade de reação que lhe está associada. O teste DT requer, relativamente às capacidades cognitivas, a distinção de cores e sons, a memorização conceptual das particularidades importantes da forma dos estímulos e dos elementos de controlo. Exige, também, a memorização dos critérios de organização e a decisão

pelas reações pertinentes, em consonância com as instruções e/ou com as regras aprendidas no decorrer do teste. O teste requer ainda reações seguidas, atempadas e diferentes, em função dos estímulos em constante mudança, situação que se apresenta como altamente promotora de *stress* (Schuhfried, 2003).

O Teste de Reações Complexas e Múltiplas em ecrã está disponível em sete versões *standard* e oito versões especialmente destinadas para a área clínica, tendo uma duração de realização variável entre os 6 e os 15 minutos, dependendo da versão em utilização (Infoteste, 2012).

No que se refere à análise, os principais resultados são avaliados em função da mediana do tempo de reação, do número de reações corretas (no tempo e após o tempo), do número de reações erradas, do número de reações omitidas, do número de estímulos e do número de reações (Infoteste, 2012).

### **Teste de Reações Simples e de Escolha em Ecrã (RT)**

Trata-se de um teste que possibilita a análise do tempo de reação das respostas de escolha simples (estímulos diferentes que exigem diferentes respostas). Tem várias versões, tendo disponíveis estímulos acústicos e visuais, e as configurações podem alterar entre estímulos simples e combinações de estímulos, numa apresentação simultânea ou sequencial. Uma vez que possibilita o recurso a uma tecla de descanso e uma tecla de ação, pode-se diferenciar o Tempo de reação pré-motor (tempo de perceção e processamento do estímulo) bem como do Tempo de reação motor (tempo para a ação motora) (Pena, 2012).

O RT está disponível em dez versões *standard*, cuja diferenças assentam na forma de apresentação dos estímulos, nas exigências de reação e na dificuldade da configuração dos estímulos, tem uma duração de realização de 5 a 10 minutos e aplica-se especialmente, no diagnóstico de capacidades e aptidões, na Psicologia do Tráfego e Psicologia do Desporto (Pena, 2012).

As versões S1 a S5, são adequadas para a análise do tempo de reação a sinais visuais e/ou acústicos, simples e complexos, bem como para avaliação de perturbações da atenção, enquanto a versão S6 se utiliza essencialmente na avaliação do decorrer do tempo de reação durante um extenso período de tempo, em situação de monotonia. Em todas essas versões, a respetiva análise realiza-se tendo por base a média do tempo de reação, média do tempo motor, dispersão do tempo de reação e dispersão do tempo motor (Infoteste, 2012).

As versões S7 e S8 permitem a avaliação do nível de incremento da ativação ou alerta face a um estímulo, demonstrando-se na diminuição dos tempos de reação aos itens com sinal de aviso e os resultados são analisados tendo como base a diferença na média do tempo de reação e a diferença na média do tempo motor, ambas com e sem sinal de aviso (Infoteste, 2012).

As versões S9 e S10 são indicadas para a avaliação do tempo de reação a estímulos visuais e/ou acústicos simples e utilizam-se em situações nas quais são relevantes os tempos de reação absolutos (e não os normalizados) como, por exemplo, em apreciações judiciais. Assim, avalia-se o tempo de reação desde o início da demonstração do estímulo até que seja pressionada a tecla de reação, sendo analisados os seus resultados em função da média do tempo de reação e pela dispersão do tempo de reação. A tecla de descanso não se utiliza, não se fazendo assim diferenciação entre tempo de reação e tempo motor (Infoteste, 2012).

### **Teste de Detecção de Sinais (SIGNAL)**

O Teste de detecção de Sinais incluído no sistema VTS, é utilizado para avaliar a detecção de sinais. Trata-se de um sistema que permite avaliar as competências ao nível da atenção seletiva de longo prazo, e a capacidade de discriminar visualmente sinais relevantes na presença de outros distratores (Gonçalves *et al.*, 2021).

A resposta ao "sinal presente" ou "sinal ausente" é avaliada não apenas devido a questões relacionadas com a sensibilidade à diferença, mas também e, especialmente, devido à problemática da decisão entre duas opções de reação de probabilidades distintas (Infoteste, 2012).

Trata-se de um teste da autoria de G. Schuhfried, e pode ser aplicado a crianças a partir dos 7 anos. É utilizado nas áreas da Psicologia da Saúde, Psicologia Clínica e no diagnóstico de aptidões, tendo uma duração de realização variável entre os 14 e os 20 minutos, dependendo da versão em utilização (Infoteste, 2012).

Estão disponíveis 4 versões do teste, sendo avaliadas o número de reações corretas e atrasadas" e "Número de reações incorretas", como medida da fiabilidade do processo de detecção e a "Mediana do tempo de detecção", como medida da rapidez (Gonçalves *et al.*, 2021).

## **Testes de Aptidões Específicas**

### **Teste de Coordenação Bimanual (2HAND)**

Trata-se de um teste que tem na base uma análise fatorial de habilidades motoras específicas, avaliando a velocidade, precisão e coordenação de pequenos e precisos movimentos das mãos (Sebastjan *et al.*, 2014).

É uma ferramenta de avaliação de Coordenação Bimanual, cujo objetivo é o de avaliar a capacidade técnico-motora, especificamente, a coordenação *olho-mão* e a coordenação bimanual (Infoteste, 2012).

Aquando da realização do teste os indivíduos utilizam dois manípulos para movimentar um ponto vermelho de um ponto A a um ponto B, ao longo de um percurso mostrado num ecrã (Sebastjan *et al.*, 2014).

As principais áreas de aplicação são: Diagnóstico de Capacidades e Aptidões, especialmente na avaliação de operadores de equipamentos fabris, maquinistas, condutores de guas e pessoal para controlo e monitorização de equipamentos, Psicologia Organizacional, Psicologia do Tráfego e Psicologia do Desporto (Infoteste, 2012).

O 2HAND dispõe de cinco versões, tem uma aplicação de aproximadamente 10 minutos, analisando-se a performance através da duração média total, duração média total do erro, percentagem total da duração do erro (resultado entre a duração total do erro e a duração total do teste) e Fator de coordenação (diferença de tempo, normalizada, entre as secções com e sem exigências de coordenação). Relativamente à variável Factor de Coordenação, refere-se à precisão com que se consegue a coordenação, ou seja, é a medida da capacidade de coordenação do indivíduo (Infoteste, 2012).

### **Teste do Labirinto (LVT)**

De acordo com alguns autores, a visão é uma das mais importantes fontes de informação do ser humano, sendo crucial para o sucesso de determinadas ações, nomeadamente aquelas em que é essencial uma perceção visual adequada (Vila-Maldonado *et al.*, 2014).

Com este teste é possível medir o desempenho na orientação visual para estruturas simples num ambiente complexo, medindo-se assim a atenção seletiva (Schmid *et al.*, 2005).

Desta forma, o teste do Labirinto, tem como principal objetivo avaliar as características relacionadas com a orientação visual, que possibilitam ao indivíduo "perseguir" ou percorrer com o olhar, estruturas óticas simples num campo (complexo) dirigido para um ponto, isento

de distratores e pressionado pelo tempo. Constitui-se assim num teste de interpretação visual que avalia a concentração dirigida, especialmente aplicado na área da Psicologia do Tráfego e cuja duração de realização aproximada varia entre os 15 a 25 minutos, ou 5 minutos na versão *screening* (Infoteste, 2012).

O teste LVT, é uma espécie de labirinto em forma de nove linhas, apresentado ao indivíduo, havendo no final de cada linha uma caixa com um número (ordenados de 1 a 9). Uma das linhas é marcada no início com uma seta vermelha. O indivíduo que realiza o teste, com os olhos no écran, deve dizer o número em que acha que a linha terminará (Vila-Maldonado *et al.*, 2014).

Este teste dispõe de 3 versões, sendo a performance do indivíduo pontuada automaticamente, considerando para as variáveis principais a mediana do tempo de respostas certas e o resultado (rapidez e a qualidade da realização do teste) e para as variáveis adicionais o número de respostas certas, o número de imagens visualizadas, a mediana do tempo de respostas incorretas e o tempo de realização (Taheri & Irandoust, 2017).

### **Bateria de Testes de Performances Motoras (MLS)**

Este teste, desenvolvido por Schoppe, com base nos estudos de análise fatorial feitos por Fleishman (1975), tem como objetivo avaliar a motricidade fina, aplicando-se especialmente nas áreas da Neuropsicologia e Neurologia, na Psicologia do Desenvolvimento e Farmacologia, na Psicologia Organizacional, Psicologia do Trabalho, Psicologia do Desporto e Reabilitação (Infoteste, 2012).

O MLS avalia os fatores da motricidade fina "Precisão", "Insegurança das mãos, tremor", "Precisão dos movimentos braço-mão", "Destreza de mãos e dedos", "Velocidade dos movimentos do braço e da mão" e "Velocidade pulso-dedos" (Estivalet, 2017).

Trata-se de um teste com 3 versões, S1, S2, S3, com 17, 8 e 10 subtestes, respetivamente, com uma duração de aplicação aproximada de 30 minutos, na S1 e de 20 minutos nas S2 e S3 e cuja performance é analisada em função das medidas de rapidez e/ou precisão nas mãos direita e esquerda, aquando da realização com uma ou duas mãos (Infoteste, 2012).

Para a realização deste teste é necessário um painel de trabalho MLS, com superfícies de contacto, sulcos e perfurações onde se realizam exercícios com uma mão, como o labirinto, ou com uma ou duas mãos, como exercícios de segurança e de precisão (Infoteste, 2012).



## **Testes Fatoriais de Personalidade**

### **Inventário de Traços de Personalidade relevantes para a Condução (IVPE)**

Este teste avalia traços de personalidade importantes para a condução: aventureirismo, estabilidade psíquica, autocontrolo e sentido de responsabilidade, no âmbito da avaliação psicológica relacionada com a condução, aplicando-se essencialmente na área da Psicologia do Tráfego (Infoteste, 2012).

O teste tem apenas uma versão com 48 itens de concordância, relacionados com comportamento no trânsito, no trabalho e em atividades de lazer, sendo avaliadas as variáveis, aventureirismo, estabilidade psíquica, autocontrolo e sentido de responsabilidade, bem como controlada a tendência de adulteração de resultados por via de respostas a uma escala de sinceridade (Infoteste, 2012).

A validade de constructo das escalas individuais pode ser atestada com base na validade do modelo de Rasch e na fundamentação teórica inerente à construção dos itens. O modelo de Rasch define que: a) Medição Conjunta - o atributo a ser medido pode ser representado numa única dimensão, na qual pessoas e itens seriam colocados juntos, desta forma como é possível expressar os parâmetros das pessoas e dos itens nas mesmas unidades, estes podem ser representados num mesmo continuum, o que permite analisar as interações entre os indivíduos e os itens; b) Objetividade Específica - o nível da pessoa no atributo (habilidade) e a dificuldade do item determinam a probabilidade de obter a resposta certa, o que significa que a diferença entre as habilidades de duas pessoas não depende dos itens específicos com os quais é estimada, da mesma forma que a diferença entre as dificuldades de dois itens não depende das pessoas específicas usadas para os estimar (Jimenez & Montero, 2013).

## **Parte IV – Práticas no Estágio**

### **Contexto e Objetivos**

Como refere Rodrigues (2000), no estágio, ao vivenciar as variadas áreas de atuação do campo da Psicologia, mediante o acompanhamento de um docente, confrontando a teoria com a prática, mas também interagindo com diferentes profissionais e analisando a sua forma de lidar com as diversas situações que se apresentam, o aluno desenvolverá competências e poderá adquirir as condições que lhe permitam diminuir o seu vínculo de dependência com o supervisor acadêmico.

Desta forma, o principal objetivo do estágio na instituição, foi o de, em função das atividades dos diferentes gabinetes e respectivas valências, aperfeiçoar e consolidar as aprendizagens feitas no decorrer do percurso académico, procurando a melhoria das capacidades e competências ao nível da empatia, relações interpessoais e utilização dos testes, visando uma melhoria no desempenho das atividades profissionais futuras na área da psicologia.

Em termos específicos os objetivos foram os de treinar as técnicas e métodos de aplicação dos princípios éticos e prática profissional através das sessões de acompanhamento psicológico; reunir informação sobre as necessidades dos clientes que permita a aplicação de técnicas psicológicas e desenvolvimento de planos de ação futuros adequados aos casos clínicos; negociando com estes metas e objetivos a alcançar ajustados à suas circunstâncias; adquirir capacidades de observação; realização de entrevistas; utilização de testes; cotação; análise e discussão; relativamente aos acompanhamentos, com a orientadora e colegas estagiárias, desenvolver competências no sentido de dar feedback adequado às necessidades e expectativas do cliente e elaborar relatórios capazes de comunicar e informar os clientes, usando linguagem oral e escrita adequada a cada caso.

### **Atividades Gerais e Específicas no Contexto de Estágio**

#### **Observação e Atividades de Integração**

Numa primeira fase, e antes de se iniciar as atividades de estágio em concreto, deu-se início à formalização do mesmo através da apresentação, e da familiarização com os diferentes gabinetes e de toda a equipa de psicólogos e restantes profissionais que as integram, a definição estratégica das ações a desenvolver e tarefas a realizar.

Com o mesmo propósito de integração, foi disponibilizado a todas as estagiárias da Instituição, a participação em formações com durações relativamente curtas, normalmente uma semana, orientadas por psicólogos e sociólogos da Instituição, devidamente qualificados para os temas em apresentação. Essas formações eram destinadas aos militares, por se tratar de tópicos de elevada relevância no desempenho das suas funções, sendo as estagiárias convidadas à sua participação, com o objetivo não só de as integrar, mas também formar para a compreensão das referidas problemáticas em contexto militar, mas igualmente aplicadas a alguns contextos civis.

Desde a fundação deste Centro, que a formação tem representado um alicerce estrutural na continuação da sua missão. A instituição é responsável por conceptualizar, gerir e ministrar formações de interesse para a instituição na área da psicologia, sociologia ou processos derivados. Dentro do programa de formação, tem como missão ministrar diversos cursos entre os quais: Curso de Gestão de *Stress*; Curso de Análise de Funções; Curso de Membros de Júri aos Militares da Academia Militar e Escola de Sargentos do Exército, Curso de Primeiros Socorros Psicológicos, Curso de Seleção e Gestão de Recursos Humanos, Curso de Prevenção em Riscos Psicossociais e Curso de Operador de Laboratório Psicotécnico; onde tem vindo igualmente a desenvolver os Referenciais de Curso das formações acima referidas.

### **Curso de Gestão de Stress**

O curso de Gestão do Stress realizou-se na Instituição, entre os dias 10 e 14 de outubro, cujo conteúdo programático era relativo aos diferentes contextos onde indivíduos com funções militares estão sujeitos a vivenciar estados emocionais de stress, particularmente no local de trabalho – o contexto militar - em família, no âmbito desportivo, incluindo também estratégias de gestão do stress, estratégias de comunicação, e ainda técnicas de relaxamento.

Desta feita, com esta participação foi possível adquirir conhecimentos teóricos e práticos que ajudarão a um melhor desempenho em termos profissionais, mas também, num aumento da saúde e do bem-estar e na promoção da produtividade.

### **Curso de Primeiros Socorros Psicológicos**

O curso de Primeiros Socorros Psicológicos realizou-se na Instituição, entre os dias 16 e 19 de novembro, tendo como objetivos a formação no aumento da consciência sobre primeiros socorros psicológicos, desenvolvendo e fortalecendo conhecimentos e competências práticas que possibilitem a cooperação na intervenção em situações de crise (área na qual este Centro é

o único a realizar intervenção). Esta formação foi composta por diferentes módulos entre os quais o tema dos Incidentes Críticos, a sua presença em contexto militar, respetivo impacto que esses acontecimentos, incontroláveis e inesperados, podem ter e em que pessoas; a Crise, nomeadamente a sua definição, reações emocionais e psicofisiológicas que daí podem advir, bem como a importância da intervenção em situações de crise, os cuidados enquanto interveniente, e algumas indicações básicas da forma de intervenção no papel de psicólogo ou par. Foi igualmente abordada a importância da comunicação nas situações de crise, e apresentadas algumas estratégias de comunicação e de escuta ativa. Houve ainda lugar para a explicação do Modelo *SAFER-R*: Modelo de Intervenção na Crise Individual (Everly, 2001), usado pelo Exército Português em situações de crise. Para além do conteúdo programático teórico, esta formação incluiu a aplicação de técnicas práticas de *role-play*, que permitiram uma melhor contextualização do conhecimento adquirido.

Em suma, o objetivo final é o da criação de “Pares”, que em contexto de incidente crítico possam ter uma atuação rápida, próxima e informada, com vista a diminuir o potencial impacto traumático.

### **Sessões de *Role-play***

O termo "*Role-play*" deriva do inglês e significa "interpretar um papel". Uma vez mais com o objetivo de preparar as estagiárias para situações em concreto com as quais iriam ter que lidar e antecipar alguns comportamentos, melhorando-os ou corrigindo-os, foram desenvolvidas ações de *role-play*, em novembro, simulando a prática de entrevista em contexto de acompanhamento psicológico. Simularam-se diversos cenários de ambiente de entrevista, entre as diferentes estagiárias, alterando estas os papéis ou de técnico ou de cliente, enquanto uma equipa de psicólogos de diversos gabinetes observava para posterior partilha e discussão. As dinâmicas eram assim encerradas com a identificação das principais aprendizagens e perceções, contribuindo para um melhor autoconhecimento contextualizado a determinada situação.

### **Módulos Formativos Assistidos**

#### **Tema - Comunicação**

No âmbito da preparação prévia para as sessões de acompanhamento, foi possível assistir a uma formação sobre “Comunicação”, com o objetivo de dotar as estagiárias de mais e melhores competências ao nível da comunicação, ferramenta relevante e uma mais-valia no

desenvolvimento da relação com os clientes. Esta formação, que ocorreu no dia 27 de outubro, foi composta pelos módulos Estratégias de comunicação, Respostas de escuta-técnicas, Adequação do discurso, Informação a fornecer e em contrapartida Informação a evitar, Dificuldades implícitas na comunicação-cuidados a ter.

### **Tema – Funcionamento do Leitor Ótico**

No sentido de melhor compreender o processo de registo e introdução das respostas de provas de seleção em softwares específicos, foi feita em novembro, uma demonstração do funcionamento do leitor ótico. Trata-se de um *software* que permite de forma automática e rápida recolher os dados de um elevado número de questionários, inquéritos, exames ou provas em papel. Este sistema é um ajuda muito importante nos casos em que os processos de seleção incluem listas exaustivas de candidatos. A introdução manual das respostas dos candidatos é uma atividade dispendiosa no que se refere aos recursos humanos e respetivo tempo despendido, bem como um potenciador de possíveis erros de inserção que podem colocar em causa a qualidade do processo de seleção de determinado candidato. Neste sentido, este *software* reduz de forma significativa o tempo de registo de dados, diminui os erros face a uma introdução manual, permitindo assim maior confiança nos resultados e uma economia significativa no que se refere ao número de recursos humanos envolvidos.

### **Módulos Formativos Ministrados**

#### **Atendimento-Técnicas de Comunicação**

Foi solicitado às estagiárias a realização de um módulo formativo com o tema “Atendimento-Técnicas de Comunicação”. Na distribuição de capítulos entre todas, foi por mim desenvolvido o capítulo “Questões Éticas e Culturais”, cuja apresentação foi realizada em *software Powerpoint*. Para a realização desta apresentação foi necessário todo o trabalho de pesquisa bibliográfica assim como o estudo dos construtos importantes a abordar nessa apresentação. Para além desta, que teve lugar na semana de 13 a 17 de dezembro, foi entregue aos formandos um documento de suporte, em *Word*, com o desenvolvimento e detalhe do tema.

#### ***High Performance Teaming Challenge***

Foi solicitado às estagiárias colaboração e respetiva preparação para um evento a realizar junto de algumas equipas de várias empresas. O evento “*High Performance Teaming Challenge*” tem como objetivo potenciar o desenvolvimento de equipas, criando consciência

sobre as necessidades para o alto desempenho. Pretende-se criar um espírito de desafio e superação, incentivando a exploração dos recursos de equipa para alcançar o objetivo proposto. As estagiárias colaboraram como facilitadoras no dia do evento, observando marcadores comportamentais na área da comunicação e cultura de aprendizagem. Houve duas primeiras sessões com os facilitadores, nos dias 3 e 4 de maio, no sentido de formar os mesmos, explicando os objetivos, definindo e acordando planos e estratégias e clarificando *modus operandi* para o dia do evento, que se realizou a 17 de maio.

## **Atividades no Âmbito do Gabinete GOEAP**

### **Observação e Aplicação de Provas Vocacionais**

No âmbito da valência do gabinete GOEAP, que tem como já referido, entre outras, a missão de prestar apoio no Processo de Orientação Vocacional destinado a estudantes do 9º ano (3º ciclo) e do 10º ao 12º ano (ensino secundário), foi possível observar e aplicar algumas provas vocacionais. No caso dos alunos do 9º ano e 10º ano, foi assim possível observar e aplicar, em dezembro de 2021, algumas provas de entre o seguinte grupo: Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD+), que avalia cinco aptidões: Numérica; Verbal; Espacial; Abstrata; Mecânica e a prova IPP-R (Interesses e Preferências Profissionais - Edição Revista) que avalia os interesses e as preferências profissionais dos jovens. No contexto das avaliações relativas aos alunos do 11º e 12º ano, a observação, em abril de 2022, foi possível no contexto de aplicação das provas: PMA (Aptidões Mentais Primárias) que avalia cinco fatores básicos da inteligência, como a compreensão verbal, a aptidão espacial, a aptidão numérica, o raciocínio lógico e a fluência verbal, a TIG-1 (Teste de Inteligência Geral), a IPP-R (Interesses e Preferências Profissionais - Edição Revista) e o SPV (Inventário de Valores Pessoais).

No mesmo dia da aplicação das referidas provas foi possível observar uma sessão de apresentação e esclarecimento aos alunos. Essas sessões têm como objetivo explicar em que consiste o processo de orientação vocacional, as alternativas de formação após conclusão do atual ano letivo (9º ou 12º consoante as sessões), algumas noções sobre o mundo do trabalho, as alternativas escolares e profissionais disponíveis, e promover o autoconhecimento.

### **Registo de Respostas e Cotação de Provas**

Na sequência dos referidos processos, em fevereiro e em maio de 2022, procedeu-se ainda à observação do registo e introdução das respostas das provas em softwares específicos, bem como à respetiva cotação. Este processo consistia em criar uma ficha de aluno, inserir as

respostas no *software* respectivo, e extrair os resultados, selecionando as normas de comparação em que o mesmo se incluía.

### **Observação de Entrevistas**

Uma das fases do protocolo de Orientação Vocacional é o referente às entrevistas com os alunos e respectivos pais/encarregados de educação. Foi possível a observação, em março de 2022, de algumas entrevistas conduzidas pela orientadora de estágio após prévia informação e acordo estabelecido com os alunos e encarregados de educação. Estas entrevistas têm como objetivo conhecer melhor o aluno, o seu ambiente familiar e percurso escolar, as suas preferências escolares, hábitos e métodos de estudo, tempos livres, promover que façam uma autoavaliação sobre as atividades que gostam mais e menos de fazer, as que acreditam ter mais e menos competências para desempenhar, projetos presentes e futuros, passando posteriormente pela devolução dos resultados do processo de orientação vocacional, discutindo-os com o aluno e posteriormente com o encarregado de educação. Após a devolução dos resultados são apresentados ao aluno as alternativas existentes que se possam ajustar melhor à tendência de resultados obtidos, explorando sites com o aluno, discutindo oferta educativa e/ou formativa.

### **Observação de *Workshop***

Inserido na abrangência do gabinete está também a promoção de *workshops* de suporte aos alunos do 9º ano e 12º ano no sentido de contribuir para a melhoria da orientação do seu futuro académico e profissional. Uma das atividades inseridas nessas valências é a realização de workshops para os alunos dos referidos anos escolares. Foi realizado em março de 2022 o *workshop* “Bem-vindo ao mundo das profissões”, no qual foi possível colaborar na organização de materiais, bem como assistir a algumas sessões do mesmo. O objetivo desta iniciativa visa ajudar na orientação dos alunos, através do autoconhecimento e do conhecimento das alternativas, num momento decisivo onde têm que fazer escolhas que serão relevantes para a sua vida futura, quer em termos académicos e conseqüentemente em termos profissionais. Terminados o 9º ano e o 12º ano, ocorrem os momentos decisivos de escolha quer da área quer dos cursos a seguir no secundário ou no ensino superior respetivamente, bem como se devem seguir pela via académica ou entrar no mundo profissional. Para alguns jovens, está muito claro e a decisão torna-se fácil, mas para outros são momentos de grande indecisão e tá angústia, pois receiam não fazer a escolha certa e que tal possa vir a comprometer o seu futuro. Nesse sentido, estes workshops são uma mais valia dado serem dotados de instrumentos e atividades que lhes

permitem conhecer-se melhor, falarem sobre si e sobre os seus gostos, dúvidas e incertezas, podendo partilhá-las com outros jovens que estão a passar pela mesma situação, bem como obterem informação de quais podem ser as alternativas disponíveis e com as quais sentem maior afinidade e acreditam ter potencial de desenvolvimento.

## **Atividades no Âmbito do Gabinete de Seleção**

### **Observação e Aplicação de Provas de Seleção**

Em articulação com o Gabinete de Seleção foi possível a realização de atividades relacionadas com a observação e aplicação de provas e entrevistas de seleção.

Na sequência das avaliações psicotécnicas para concursos de seleção profissional no âmbito militar, nomeadamente concursos para seleção de condutores no exército (carta de condução ou respetivo averbamento), concursos para admissão de Praças, Sargentos e Polícia Judiciária Militar e no âmbito civil, o concurso para seleção de Guardas Prisionais, foram observadas aplicações de provas de avaliação psicotécnica.

Em novembro de 2021 no processo de seleção para a Polícia Judiciária Militar, em Março/2022 na seleção de condutores no exército, Praças e Sargentos e em abril de 2022 de Guardas Prisionais.

Desta forma foi possível assistir à aplicação de Testes de Personalidade como o Neo-Pi-R – Inventário de Personalidade NEO, o SCL-90-R – Teste dos 90 Sintomas, o IPC- Inventário de Potencial de Competências, Testes de Inteligência Geral, como o PMA - Aptidões Mentais Primárias e Testes de Raciocínio Indiferencial, como o CPM-P Matrizes Progressivas de Raven.

Em março de 2022, estive presente no Gabinete de Classificação e Seleção (GabClSel) da Amadora. Este gabinete, do Exército, executa operações de classificação e seleção a cidadãos para prestar serviço militar no Exército e operações de seleção para cargos específicos do Exército, tendo dentro das suas competências as atividades de Classificação e seleção dos cidadãos para prestarem serviço militar nas Forças Armadas, a Execução de operações de seleção para funções específicas no Exército e ainda prestar apoio, dentro das suas capacidades, às operações do recrutamento especial.

Neste gabinete, e no âmbito de processos de seleção para condutores no exército (carta de condução ou respetivo averbamento), e no processo de seleção para Praças e Sargentos, foi possível ter formação sobre o modo de funcionamento dos testes psicomotores realizados aos respetivos candidatos, com recurso ao referido sistema VTS (Sistema de Testes de Viena). Foi



explicado o funcionamento do *software*, bem como demonstrados os distintos testes passíveis de realizar no sistema, nomeadamente os Testes de Inteligência Não Verbal como o SPM – Teste das Matrizes Progressivas Standard, ou os Testes de Aptidões Gerais como o COG – Teste Cognitivo, DT – Teste de Reações Complexas e Múltiplas em Ecrã, RT – Teste de Reações Simples e de Escolha em Ecrã, e o SIGNAL – Teste de Detecção de Sinais, os Testes de Aptidões Específicas como o 2HAND – Teste de Coordenação Bimanual, LVT – Teste do Labirinto e o MLS – Bateria de Testes de Performances Motoras e ainda Testes Fatoriais de Personalidade como o IVPE – Inventário de Traços de Personalidade relevantes para a Condução.

Ainda no âmbito da avaliação psicológica, aplicada ao processo de seleção para a Polícia Judiciária Militar, que ocorreu em março de 2022 nas instalações da Instituição, houve oportunidade de assistir à aplicação do teste relativo ao problema imaginado pelo psicólogo Lawrence Kohlberg – O dilema moral de Heinz”.

No que se refere ao concurso solicitado pela Direção dos Serviços Prisionais, para a seleção de guardas prisionais, estive presente, em abril de 2022 no Estabelecimento Prisional de Caxias (EP), em Lisboa, no sentido de auxiliar na gestão da sala e distribuição dos respetivos instrumentos de avaliação, tendo o processo sido dirigido por psicólogos militares da Instituição de estágio. Na primeira fase entregou-se aos candidatos, e foi lido em voz alta, o consentimento informado, passando-se ao preenchimento do questionário biográfico. Na fase seguinte foram distribuídos os instrumentos de avaliação cognitiva, nomeadamente os referentes à avaliação das dimensões raciocínio verbal, numérico e espacial, após se lerem em voz alta as instruções básicas de resposta a cada instrumento. Foram utilizados os instrumentos PMA (Aptidões Mentais Primárias), o CPM-P Matrizes Progressivas de Raven e o o SCL-90-R – Teste dos 90 Sintomas.

Finalmente foram distribuídos e administrados os instrumentos de avaliação psicológica da personalidade selecionados para o processo de seleção inserido neste concurso, Inventário de Potencial de Competências e o Neo-Pi-R – Inventário de Personalidade NEO.

Numa outra fase do referido processo de seleção, foi ainda possível assistir à aplicação das provas psicomotoras, com recurso ao referido sistema VTS (Sistema de Testes de Viena). Para este processo foi selecionado e utilizado um Teste de Inteligência Não Verbal, o DT – Teste de Reações Complexas e Múltiplas em Ecrã, e os Testes de Aptidões Específicas, 2HAND – Teste de Coordenação Bimanual, e MLS – Bateria de Testes de Performances Motoras.

## **Entrevistas de Seleção**

Em novembro de 2021, foi possível assistir a 3 entrevistas, em modo presencial, inerentes ao processo de seleção para o curso de Polícia Judiciária Militar.

Em março de 2022, ocorreu o procedimento de entrevistas relativas ao processo de seleção de Psicólogos para a Instituição, no qual foi possível observar 2 entrevistas diferentes, em modo online. Ainda no mesmo mês ocorreu a observação de 4 entrevistas, em modo presencial, para o concurso de Praças. E em maio de 2022 ocorreu a fase de entrevistas do processo de seleção de Guardas Prisionais, tendo sido possível assistir a 4 entrevistas, em modo presencial.

Nestas entrevistas foram abordados temas pessoais, académicos e profissionais dos candidatos, experiência profissional na área, motivações, interesses e possíveis entraves, competências associadas à função, entre outros. Numa segunda fase foram clarificadas as funções e a forma como irá decorrer o concurso, bem como foi aberto espaço para esclarecimento de questões, quer relativas ao concurso, quer à função a que se candidatam.

## **Acompanhamentos Psicológicos**

Também no âmbito do estágio nesta instituição, foi possível a participação ativa em consultas de apoio psicológico, proporcionando uma resposta às necessidades dos utentes civis, garantido um acompanhamento regular adequado, numa perspetiva de melhorar os meus conhecimentos relativos à avaliação e intervenção psicológica, aprender técnicas e instrumentos utilizados nesta instituição, num *setting* clínico estabelecido nas instalações da instituição, aperfeiçoando também a minha sensibilidade e capacidade de empatia com o outro.

De uma forma geral, e independentemente do suporte que cada utente possa ter precisado e das queixas que possa ter trazido à consulta, as consultas de avaliação e a prática de acompanhamento psicológico, revelaram-se como uma das tarefas mais relevantes e exigentes desempenhadas em contexto de estágio e serviram como ferramenta que reforçará conhecimentos teóricos adquiridos, nos anos de formação académica de Psicologia e especificamente Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

Os acompanhamentos tiveram início em novembro de 2021 e terminaram em junho de 2022, decorrendo numa periodicidade semanal, com os dois casos atribuídos, tendo duração aproximada de 50 minutos. Face às problemáticas apresentadas, todas as sessões foram planeadas e preparadas antecipadamente, através da investigação e do recurso às aprendizagens académicas anteriores. Houve sempre também colaboração por parte do Orientador, no sentido

de acompanhar os mesmos em reuniões prévias e posteriores, debatendo-se nestes momentos as questões relevantes para a intervenção psicológica, e as distintas técnicas e estratégias a aplicar em consulta.

As consultas de avaliação podem definir-se como atividade científica e profissional, que se baseia na recolha, integração e avaliação de dados acerca de um indivíduo, com recurso, na medida do possível, a diferentes fontes, de acordo com um plano previamente estabelecido, por forma a responder às questões colocadas pelo cliente (Pais-Ribeiro, 2013).

Quanto ao aconselhamento psicológico, tem como objetivo ajudar as pessoas a planear, tomar decisões, lidar com os casos de pressão e crescerem, visando alcançar uma autoconfiança positiva. Pode também ser uma relação de ajuda envolvendo por um lado, alguém que procura auxílio, e por outro alguém disposto a prestar esse auxílio, estando apto para o fazer, numa situação que possibilite dar e receber apoio (Scorsolini-Comin, 2014).

Nestas sessões, os profissionais capacitados para realizar os acompanhamentos, têm como objetivo compreender e contribuir para a melhoria do desempenho e bem-estar da sociedade e dos indivíduos, nomeadamente aquilo que pensam, que sentem e como se comportam (Apoio aos utilizadores de psicologia, 2022).

### **Avaliações Psicológicas**

Na sequência de acompanhamento psicológico de um caso, na instituição de Estágio, e dada a sintomatologia que se apontava para níveis de *stress* pós-traumático e níveis de perturbação de ansiedade provavelmente associados, decidiu-se que seria importante responder a questões que se levantavam relativamente ao funcionamento psíquico adequado, procedendo à avaliação psicológica com recurso à utilização de dois testes, aplicados em simultâneo em duas fases distintas.

A avaliação dos níveis de *stress* pós-traumático foi realizada através do inventário Versão Portuguesa da PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), um instrumento de autorresposta originalmente desenvolvido para avaliar a sintomatologia da Perturbação de Stresse Pós-traumático (PTSD) de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5.

Os níveis de ansiedade foram medidos através do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), ou STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory Form-Y).

Cada um dos referidos testes, foi aplicado em dois momentos distintos, sendo o primeiro momento em janeiro de 2022 e o segundo momento em junho de 2022. No primeiro momento

pretendeu-se ter informação sobre os níveis de desadequação em termos de stress e ansiedade, por forma a adequar as sessões de acompanhamento e técnicas ao caso, e no segundo momento pretendeu-se monitorizar a sua evolução e perceber a resposta do caso acompanhado, avaliando a necessidade de ajustar e eventualmente adequar a metodologia de acompanhamento.

### **Cronograma das Atividades de Estágio**

Para a participação em atividades no local de Estágio, foram definidos *timings*, tendo resultado no cronograma que se apresenta no Anexo 1.

## **Parte V - Apresentação dos Casos Clínicos**

### **Caso Clínico A – Caso de Avaliação Psicológica e Acompanhamento Psicológico**

#### **Identificação**

O Caso A (CA), é do sexo feminino, tem 44 anos de idade, de nacionalidade portuguesa, vive no Concelho de Sintra e tem o 12º ano de escolaridade (estudou até 10º ano e já em adulta foi terminar o secundário, tendo concluído em 2018). Em 2018 começou uma formação (do Centro de Emprego) em Técnica de Cozinha/Pastelaria, mas que foi obrigada a interromper em 2020, devido à Pandemia, tendo ficado sem atividade profissional, encontrando-se desempregada até à data. O seu agregado familiar é constituído por si e pelo seu filho de 19 anos e é solteira. O CA é membro de uma fratria de três irmãs, fruto estas apenas da parte do pai.

#### **Motivo do Acompanhamento Psicológico e da Avaliação Psicológica**

O CA Referia que tinha dificuldades em dormir, agitação, suores noturnos, falta de ar e pesadelos, bem como falta de apetite e vômitos constantes. Tanto em casa, como na rua, sentia-se constantemente assustada. Sentia que os detalhes e pormenores dum acontecimento traumático estavam de forma constante no seu pensamento, impedindo-a de ter capacidade física e psicológica para fazer a sua vida diária. Tinha muito medo de estar em casa, medo de abandonar a casa, medo de andar na rua.

Foram realizadas 25 sessões semanais, com início em 10 de novembro de 2021 e término em 22 de junho de 2022. As sessões decorriam habitualmente às quartas-feiras à tarde (às 15 horas), tinham uma duração de 50 minutos, sendo realizadas num *setting* clínico adequado e localizado nas instalações da instituição de estágio. Quando chegou à consulta, o CA apresentava claramente necessidade de sessões de acompanhamento, antes de se considerar adequada a realização de uma avaliação psicológica. Os sintomas de *stress* e ansiedade estavam de tal forma patentes, quer pela expressão verbal e corporal quer pela observação, que qualquer avaliação e aplicação de testes, antes da sua estabilização, poderiam conduzir a um desvio nos resultados.

Desta forma, considerou-se relevante dar início ao processo com a realização de 6 sessões de acompanhamento, período após o qual se procedeu ao primeiro momento da avaliação psicológica e respetiva aplicação de testes. A intervenção terapêutica teve como base alguns aspetos da Abordagem Centrada na Pessoa, estabelecendo-se uma relação terapêutica

com base na aceitação e empatia, desprovida de julgamentos, incorporando-se nalguns momentos e sempre que justificável, técnicas do modelo cognitivo-comportamental. Decorreram posteriormente as sessões seguintes de acompanhamento e passados 4 meses voltou a realizar-se a avaliação psicológica através da repetição da aplicação dos mesmos instrumentos.

### **Histórica Clínica**

O CA referiu que a sua mãe casou com 18 anos, e que o seu nascimento foi fruto de uma gravidez planeada aos 21 anos, que decorreu dentro dos parâmetros, tendo sido amamentada até aos 12 meses.

Viveu com os pais até aos 3 anos, altura em que ficou a viver só com a mãe, devido à separação dos pais, por episódios de violência doméstica do pai para com a mãe, que já haviam iniciado na fase do namoro e que chegaram inclusivamente a ocorrer durante a gravidez da mãe.

Quando os pais se separaram, a sua mãe ficou a viver com a sua avó. Quando o CA tinha 4 anos, a mãe conheceu um novo companheiro, mais velho 10 anos, tendo ficado a viver juntos na mesma casa onde a mãe já estava. Esse companheiro, era uma pessoa rígida, com historial de alcoolismo, levando ao fim de pouco tempo a uma relação pouco saudável, que terminou em nova separação da mãe.

O pai refez a vida com nova companheira, com quem teve 2 filhas, e com quem o CA nunca teve relacionamento, tendo-as visto 2-3 vezes. Declara que este a abandonou, e nunca mais a contactou, até muito recentemente, por volta de 2019. Declara que o pai, atualmente reformado com cerca de 66 anos, já foi submetido a tratamentos de quimioterapia e radioterapia, devido a doença oncológica e que terá encetado contactos com o CA por receio que lhe acontecesse alguma coisa e ficasse essa mágoa. Quando foi sujeito aos tratamentos, ficou desempregado, resultando numa depressão e pensamentos de suicídio. No entanto, refere o CA que apesar da tentativa de aproximação, sente que o pai não a apoia e a critica bastante. Refere que o considera uma pessoa antiquada, dado que lhe diz que, deveria estar a viver com o pai do seu filho e que uma mulher deve ter um companheiro.

Aquando da separação dos pais, a sua avó, que era muito católica, considerou que o melhor seria o CA passar a frequentar um colégio de freiras, fora da sua localidade, desde a pré-primária até ao 3º ano do 1º ciclo. Era um colégio caro, e onde o CA refere não ter gostado de estar. Sofreu de doença de hepatite com essa idade.

Nessa altura a sua mãe, como se havia separado do seu pai, e porque este não contribuía com nenhuma ajuda financeira para o CA, passou a ter que trabalhar muito. Trabalhava em mais que um sítio durante a semana e também trabalhava ao fim de semana, deixando o CA ao cuidado da avó materna, com quem viviam.

Nesse colégio que frequentava, havia na perspetiva do CA, muita rigidez, tendo sido acompanhado psicologicamente nessa altura, por ter sido exposto a cenas de violência entre o pai e a mãe. Refere recordar-se de ser colocado num quarto escuro com luzes, para acalmar devido ao seu estado de ansiedade. No 3º ano do 1º ciclo, saiu do colégio e, veio para a escola perto de casa. Sempre que não estava na escola, estava em casa com a avó. Quando passou para o 2º ciclo mudou de escola para outra localidade, e no 3º ciclo, voltou a mudar de escola onde permaneceu até ao 10º ano do secundário.

Nessa altura quis deixar de estudar, para vir ajudar a mãe, que se separou do padrasto nesse período devido ao ambiente de violência e alcoolismo por parte do mesmo, que acabou por vir a falecer pouco tempo mais tarde devido a doença oncológica. Considera o CA ter cometido um erro ao ter desistido dos estudos e, em adulto, foi terminar o secundário, concluindo o mesmo em 2018.

Na altura quando veio para casa, por não querer estudar, trabalhou em várias lojas com a sua mãe, chegando a ficar sozinha na sua gestão quando a mãe foi trabalhar por conta de outrem como interna numa casa. Mais tarde o CA teve de fechar a sua loja foi também trabalhar na mesma casa onde a mãe estava, fazendo as suas folgas e férias, nessa casa em Lisboa.

Nessa altura começou a ter gosto pela cozinha e quando foi terminar o secundário, optou pela vertente profissional, na área de cozinha e pastelaria. Terminou o seu estágio, realizado num Hotel em Lisboa, no início de 2021. Faz referência do facto do seu foco ter sido apenas o curso, que saía da escola não querendo socializar com os colegas e não tendo estabelecido amizades com nenhum dos elementos do curso. Refere-se também a alguns colegas, homens, que competiam com o CA, assediando-o, tecendo comentários depreciativos, para o tentarem rebaixar, na sua opinião, por ser mulher, ser vegetariana e por ser independente, com um filho, mas não tendo companheiro.

Aos 18 anos inicia uma relação com o pai do seu filho, tendo tido uma gravidez não planeada, aos 24 anos, fruto dessa relação. Decidiu não casar nem ir viver com o namorado, e manteve-se em casa da sua mãe, que trabalhava durante a noite, para tomar conta da avó muito doente e acamada, devido a doença oncológica.

Quando o seu bebé tinha 2 anos, já após a sua avó ter falecido, foi viver com o companheiro, na casa dos pais deste, com quem tinha uma relação de animosidade, chegando a ser agredida uma vez, pela mãe do companheiro. Durante esse período sofria, por parte do companheiro, de agressão psicológica e nalguns casos agressão física, sem nunca partilhar com a sua mãe o que estava a viver. Refere o CA que o companheiro tinha manifestações de machismo, preconceito e implicância para consigo. Chegou inclusivamente a acusá-la de não saber o que era uma família normal e de não ser capaz de agir como tendo família, porque nunca tinha tido um pai presente.

Quando o seu bebé tinha cerca de 3-4 anos, separou-se definitivamente do companheiro e voltou a vir viver para a casa da mãe trazendo o filho consigo.

A sua mãe, entretanto, foi viver para a casa de uma senhora para quem trabalhou muitos anos e que lhe deixou o usufruto da casa enquanto fosse viva. Desta forma e desde então o CA vive apenas com o seu filho, atualmente com cerca de 19 anos, na casa que é da sua mãe.

O CA vive em situação de elevada carência socioeconómica, que recebe um Rendimento Social de Inserção e recorre ao apoio do centro social da junta de freguesia da residência.

A mãe tinha um processo nas finanças desde 2017, devido ao facto de ter recebido desde 2002 pensões indevidas e cujo valor não foi devolvido. Na sequência desse processo, a mãe fica com a conta bancária penhorada e a casa onde têm vivido, é penhorada em 2019 e vendida em leilão online (com recheio incluído), mas com a situação de Covid-19, o processo ficou em *standby*. No entanto, no Verão de 2020 quem comprou a casa, e porque não a tinha ainda, foi ameaçá-la para que saísse.

Em abril de 2021, e sob alegadas ameaças de morte, vê-se envolvida em situações de violência física e psicológica, acompanhadas de arrombamento e invasão da propriedade, tendo necessidade de assistência médica no hospital, onde foi questionada se o seu estado era resultado de ser alvo de violência doméstica.

Essas ameaças, após essa data, voltaram a repetir-se pelo menos cerca de 6 vezes, em que os envolvidos estacionam carrinhas à sua porta para lhe levarem a mobília, onde lhe desligam o quadro da eletricidade, entre outras ameaças e atos de violência.

O seu processo jurídico, tem vindo, entretanto, a ser acompanhado por uma advogada que lhe foi atribuída através da junta de freguesia da sua residência.



Após o evento, refere dificuldades em dormir, agitação, suores noturnos, falta de ar e pesadelos, bem como falta de apetite e vômitos constantes. Refere que frequentemente ouve barulhos na casa, vê vultos e fica assustada.

Faz ainda referência a muito medo (medo de estar em casa, medo de abandonar a casa, medo de andar na rua), pensamentos constantes sobre a ocorrência e a possibilidade de poder voltar a ser atacada em casa ou na rua. Quando está em casa ou sai tranca tudo, tendo desde então colocado uma máquina de lavar a roupa atrás da porta da rua.

Não consegue esquecer os detalhes e pormenores do acontecimento que lhe assombram o pensamento de forma constante, levando a que o pai do seu filho tenha estado durante uma semana a viver consigo para que se sentisse mais segura.

Refere que sempre gostou muito de se vestir e arranjar, e que sempre teve muito cuidado com a sua aparência, mas que desde então perdeu a vontade e refere que passa os dias em casa de pijama, sem qualquer motivação para se arranjar e vestir. Em termos de atividades menciona que passa os dias em casa, tendo como atividade principal a “limpeza da casa” e que sai apenas para ir às compras. Refere que no passado era uma pessoa que praticava exercício físico (atletismo), mas que deixou de o fazer por falta de motivação, após o evento traumático. Declara-se como uma pessoa com estilo de vida saudável que nunca havia tomado medicação, sem consumo de estupefacientes nem álcool.

Aquando do evento, recorreu ao médico de família que lhe prescreveu um medicamento tranquilizante da classe das triazolobenzodiazepinas (Kainever 2 mg – um comprimido ao deitar) e outro da classe das benzodiazepinas (Sedoxil – todos os dias um comprimido de manhã em SOS) e desde então encontra-se de baixa psicológica.

Em termos de rede social, refere que tem apenas um casal de primos (a prima é sobrinha do seu pai), que são os seus melhores amigos e os únicos com quem convive, que vivem perto de si e que a têm ajudado.

O CA declara que tem sofrido com todos os processos judiciais nos quais a mãe está envolvida e que se sente sozinha. A mãe, responsável, não quer saber, e o pai, que se aproximou nesta fase, refere não ter capacidades para ajudar.

No entanto, faz referência ao facto de ter duas irmãs (da parte do pai) a quem este ajudou. Têm ambas formação superior, paga pelo pai, que continua a ajudar uma delas, pagando-lhe a renda da casa.

Entretanto, o CA pediu acompanhamento psicológico à APAV e teve 2-3 consultas por vídeo chamada, mas foi informada que não poderiam dar seguimento, dado que a APAV presta

apoio pontual e não de continuidade, necessidade que sentia. Pediu então ajuda no Centro de Saúde, devido às poucas capacidades financeiras para pagar psicólogo particular, mas não havendo psicólogos disponíveis para a ajudar, foi encaminhada pelo serviço social da sua junta de freguesia, para ser acompanhada pela instituição de estágio.

### **Síntese do Acompanhamento Psicológico**

O CA dirigiu-se aos serviços sociais da junta de freguesia da sua residência, onde foi submetida a uma pré-avaliação através do rastreio realizado pelos psicólogos do Gabinete de Ação Social da mesma.

Devido às elevadas carências económicas, impossibilidade de suportar financeiramente um acompanhamento psicológico particular, e face a uma lista de espera bastante extensa no Centro de Saúde, e ao abrigo do, entretanto referido protocolo, o seu acompanhamento psicológico foi encaminhado para a Instituição do Local de Estágio, deslocando-se o CA a esse local para as respetivas sessões.

O CB vinha às consultas sozinha. Apresentava uma imagem muito bem arranjada de aspeto cuidado, cabelos muito bem penteados e na maioria das vezes usava maquilhagem. O seu peso aparentava estar dentro dos parâmetros normativos, talvez um pouco abaixo. Não tendo sido questionado este parâmetro, a avaliação foi feita apenas pela observação. De qualquer forma, a determinado momento da consulta referiu o CA que havia perdido imenso peso, como descreveu “*de um momento para o outro*” (sic), associado ao momento traumático recente.

Em termos de comportamento não verbal, tinha uma postura normativa, acompanhando o seu discurso com movimentos das mãos, como quem faz uma apresentação e exposição de um caso, cujos detalhes bem domina. Havia um ou outro momento que contraía os pés e se apoiava apenas na planta dos mesmos. Tinha este comportamento sempre que o seu discurso era relacionado com o relato da ocorrência e vivência do evento traumático a que foi sujeita.

Em termos de linguagem, sempre demonstrou facilidade na expressão, com vocabulário adequado e até extenso, apresentando uma tendência para a verborreia.

O CA utilizou parte das sessões de acompanhamento, para libertar as suas tensões, emoções, e sentimentos reprimidos, recorrendo à explicitação de conflitos psíquicos até então recalcados, reintroduzindo-os de forma alterada na experiência vivida no evento traumático a que foi sujeito. Eram as sessões, muitas vezes, o seu momento de catarse.

Apesar de ter sido possível observar-se uma postura cooperante por parte do CA, nas primeiras sessões era quase impossível retirá-lo da descrição pormenorizada e muito minuciosa da ocorrência recente e posteriormente de todas as atividades que tinha que realizar para que, na sua opinião, o seu problema estivesse solucionado. Não conseguia dissociar nenhuma das áreas da sua vida, do evento a que havia sido sujeito, responsabilizando esta ocorrência por tudo o que não funcionava de forma adequada na sua vida, desde a sua dificuldade financeira, a sua vida social e amorosa, o seu relacionamento com os pais, o seu desinteresse por planear a sua vida futura, por ter uma atividade laboral, etc.

Verbalizava de forma quase automática, com pausas mínimas e sem permitir interrupções, durante os 50 minutos que estava em sessão. Foi necessário algum compromisso de ambas as partes para desenvolver em conjunto um plano terapêutico, sem que este fosse de forma constante, interrompido para novamente descrever todas as atividades que haviam sido realizadas ao longo da semana, no âmbito do processo que a havia prejudicado.

No decorrer da evolução da calendarização das sessões, o CA demonstrou insight, identificando de forma muito específica e detalhada as dificuldades sentidas permitindo classificar, tensão, medo, angústia, pessimismo e preocupação extrema, dificuldades em lidar com a sua situação atual e ainda ideação de situações de *stress* tendendo a reagir-lhes de forma intensa e num estado de ansiedade ampliado. Revelou ser uma pessoa com sentimentos de baixa estima de si, com indícios de deseabilidade social, bem como alguém que tende a perceber de forma aumentada situações potencialmente ameaçadoras e a sua resposta tende a estar associada a um aumento de ansiedade.

Se por um lado seria importante aplicar-se a técnica que privilegia a experiência subjetiva do CA e na qual o terapeuta utiliza a confiança como o meio essencial para aceder ao indivíduo, compreendendo que este tem uma predisposição natural para evoluir e a capacidade de escolher do seu próprio caminho, procurando as respostas mais adequadas aos seus problemas, por outro seria também importante conseguir que o CA se desviasse do seu estado atual de completa absorção cognitiva num determinado evento traumático específico, para que se permitisse a si próprio focar em si e naquilo que poderia ser importante para a sua mudança.

Assim, o acompanhamento foi realizado tendo por base uma compreensão empática e aceitação incondicional positiva, sensibilidade e respeito para com o CA, tentando sempre garantir a capacidade de escutar e comunicar de forma adequada e numa atitude de congruência.

Foi assegurado um espaço de total liberdade para que o CA se expressasse livremente, enquanto se trabalhavam nas sessões no sentido da descatastrofização dos pensamentos.

Foram trabalhados em conjunto técnicas de relaxamento, tendo como objetivo aliviar sintomas relacionados com a vertente fisiológica da ansiedade, nomeadamente a técnica de respiração Abdominal e Diafragmática. Pediu-se ao CA que prestasse atenção à sua respiração, e identificasse os movimentos de inspirar e expirar, com a mão colocada sobre o abdómen e a zona do peito. De seguida deveria respirar de forma lenta e pausada, inspirando por três segundos e expirando, pela boca, por seis segundos. O objetivo desta técnica é o de minimizar a hiperventilação, bem como diminuir os sintomas de tensão muscular (Willhelm et al., 2015).

Foi treinada a “Meditação de 1 minuto”, para ajudar a concentrar a atenção na respiração, permitindo que o indivíduo consiga observar os pensamentos que lhe surgem na mente, e gradualmente, consiga parar de lutar com estes. A prática de meditação, em sessões regulares, diminui os níveis de ansiedade, depressão e irritabilidade, melhorando a memória, tornando as reações mais rápidas e o energia mental e física aumenta (Williams & Penman, 2015). É assim utilizada no sentido de se alcançar o bem-estar tanto físico como mental, estando cientificamente comprovado que aplicada de forma adequada, possibilita a neutralização das consequências fisiológicas do *stress* (Faria, 2011).

As técnicas de respiração e meditação, foram trabalhadas e ensinadas no sentido de que o CA as pudesse aplicar, de forma autónoma, em casa, compreendendo a sua aplicabilidade e benefícios associados.

Adicionalmente, e pontualmente, em função das necessidades das sessões, foram realizadas com o CA as seguintes técnicas:

“Cartão de Enfrentamento” para ajudar a ver as situações por uma lente menos negativa, nos momentos em que tudo parece não funcionar. Os cartões de enfrentamento são frases motivacionais e realistas que ajudam a manter o foco, minimizando pensamentos disfuncionais (Conceição & Bueno, 2020). Pedia-se ao CA que escrevesse num cartão frases que o ajudassem a ultrapassar situações negativas, conseguindo forças para tal. O objetivo era que o CA escrevesse o cartão num momento mais tranquilo e que o mantivesse consigo para lê-lo diariamente. Desta forma pretendia-se ajudar o CA a lembrar-se do que havia sido conversado e refletido nas sessões, tentando assim diminuir pensamentos disfuncionais.

“De Distanciamento”, para ajudar a reduzir a angústia e a olhar para os problemas através de uma perspetiva mais alargada (Conceição & Bueno, 2020). Pedia-se ao CA que tentasse imaginar que estava um ano mais à frente, questionando o que estava a ver que havia criado, pedindo para especificar detalhes sobre o que estava a imaginar, descrever data, hora, com quem, e local onde estava, deixando-o livremente escolher o que dizer, indo adaptando a

comunicação em função das respostas do CA e validando com ele as emoções que conseguia descrever estar a sentir. O objetivo desta técnica que envolve o imaginário, era permitir um sentimento de maior confiança face à situação atual, tentando um ajuste no pensamento, levando à reversão ou amenização da situação, através do distanciamento do pensamento (Conceição & Bueno, 2020).

“Carta de Libertação”, para melhorar na libertação mental e emocional das experiências traumáticas e desafiadoras pelas quais se passa, ressignificando o passado, através de um novo olhar (Conceição & Bueno, 2020). Era solicitado ao CA que, num ambiente de tranquilidade, pegasse num papel e caneta, escolhesse um tema negativo da sua vida, e que escrevesse tudo o que lhe vinha ao pensamento, com sinceridade, sem julgamento, sem censura, apenas registar, escrevendo as ações no passado. Posteriormente deveria trazer a escrita para o momento presente registando como seria possível ressignificar cada consciência que havia tido, escrevendo todas as aprendizagens que sentia que havia tido e definir uma ponte para o futuro, onde registava como poderia vir a enfrentar a sua vida e a lidar com situações semelhantes, escrevendo os recursos internos de que dispõe agora e que ativaram a sua libertação mental e emocional. Os possíveis resultados estariam dirigidos para uma libertação emocional e mental, relativamente a eventos traumatizantes no decorrer da vida (Conceição & Bueno, 2020).

“Lista de Méritos”, para ajudar o CA a melhorar a sua autoestima. A lista de méritos são listas diárias, de adjetivos positivos ou de atributos pelos quais se merece crédito (Conceição & Bueno, 2020). Era solicitado ao CA para fazer uma lista, que poderia ser mental como escrita, de factos ou atributos positivos sobre ele ou de ações que tivesse realizado.

“Descatastrofização” para estimular a reavaliação das distorções eventualmente exageradas e trágicas. Na descatastrofização ajuda-se o indivíduo a testar a realidade dos seus pensamentos. É centrada numa distorção cognitiva, como o exemplo de uma possibilidade de catástrofe iminente (Faria, 2011). O CA era desafiado e estimulado a reavaliar as suas distorções exageradas e trágicas, tais como a possibilidade da ocorrência do evento traumático se voltar a repetir, o facto de poder vir a ser atacada na rua, o que aconteceria se tirasse a máquina da roupa de trás da porta, etc.

### **Avaliação Psicológica**

Como referido anteriormente, foram colocadas as hipóteses de ocorrência de perturbação de *stress* pós-traumático, fruto das lembranças recorrentes intrusivas do evento

traumático e opressivo a que foi sujeita e que duravam há mais de um mês e tinham iniciado até 6 meses após o evento.

Foram também equacionados sintomas de ansiedade e pensamentos negativos e que levavam a ansiedade antecipatória, e que se assumiam poder estar motivados pelo evento traumático a que se terá sido sujeito, dado que a ansiedade está presente, de forma invariável, na perturbação de stresse pós-traumático. O medo de estar e o medo de abandonar o lar, demonstrava ansiedade excessiva em relação ao perigo real que a situação representava. Os medos tendiam a ser irracionais e limitativos, tendo impacto na sua vida.

Desta feita, aplicaram-se em simultâneo e em dois momentos distintos, o Inventário Versão Portuguesa da PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), para medir os níveis de *stress* pós-traumático em função dos critérios de diagnóstico do DSM-5 e o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), ou STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory Form-Y) para medir os níveis de ansiedade.

No sentido de poder acompanhar a evolução do CA no que se refere à gravidade dos sintomas, bem como a sua resposta às sessões de intervenção, considerou-se que seria relevante a aplicação das escalas, após um período de 6 sessões de acompanhamento para estabilização, e posteriormente a sua repetição ao fim de 4 meses de sessões.

### **Versão Portuguesa da PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)**

No que se refere aos resultados da aplicação do teste PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), no primeiro momento, foi registada uma pontuação de 50 pontos e no segundo momento de avaliação, o resultado total obtido foi de 36 pontos.

A escala de avaliação varia entre 0 e 80 pontos, detém uma norma, para a população portuguesa, que se regista entre os 31 e os 33 pontos, sendo que quanto maior a pontuação nas escalas, maior a sintomatologia presente nos pacientes.

### **Tabela 1 - Pontuação total da versão portuguesa PCL-5**

Aquando da aplicação do Inventário PCL-5 foram obtidos os seguintes resultados, em cada uma das fases de medição:

	<b>Valor da Norma do</b>	<b>Resultados obtidos na aplicação do inventário</b>
--	--------------------------	--

	<b>Inventário</b>	<b>Momento 1</b>	<b>Momento 2</b>
Pontuação Total	Entre 31-33 pontos	50 pontos	36 pontos

Em termos de avaliação dos clusters específicos, no primeiro momento de aplicação, registou-se em “Sintomas de intrusão”, 16 pontos numa escala máxima de 20 pontos; “Sintomas de evitamento”, 6 pontos numa escala máxima de 8 pontos; “Sintomas de alterações negativas nas cognições e humor”, 13 pontos numa escala máxima de 28 pontos; e “Sintomas de ativação e reatividade”, 15 pontos numa escala máxima de 24 pontos.

A análise relativa aos 4 clusters de sintomas, identifica o *cluster* “Sintomas de intrusão”, como aquele que demonstra mais itens com avaliações superiores comparativamente ao ponto médio. Aliás todos os atributos deste *cluster* foram classificados com pontuação 3, ou 4, não tendo sido registado nenhum com pontuação inferior. Também os itens abrangidos pelo cluster “Sintomas de evitamento” apresentam avaliações superiores a 2. Quanto ao *cluster* de “Sintomas de alterações negativas nas cognições e humor”, é aquele que denota avaliações mais baixas, tendo os itens na sua maioria sendo avaliados com pontuações 1 ou 2. Neste cluster, apenas o item “Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas” foi avaliado com pontuação mais elevada (pontuação 3).

No segundo momento, registou-se em “Sintomas de intrusão”, 9 pontos numa escala máxima de 20 pontos; “Sintomas de evitamento”, 6 pontos numa escala máxima de 8 pontos; “Sintomas de alterações negativas nas cognições e humor”, 12 pontos numa escala máxima de 28 pontos; e “Sintomas de ativação e reatividade”, 9 pontos numa escala máxima de 24 pontos.

Em nenhum dos itens da totalidade da escala, foi atribuída pontuação 4, havendo apenas 3 itens com pontuação 3: “Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com a situação indutora de *stresse*”, “Evitar estímulos externos (ex.: pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações) que o(a) façam recordar a situação indutora de *stresse*”, “Dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir”.

## **Tabela 2 – Pontuação por *clusters* da versão portuguesa da PCL-5**

Em termos de resultados obtidos na análise de cada *cluster* que compõe o Inventário PCL-5 foram obtidos os seguintes resultados, em cada uma das fases de medição.

	Valor máximo da escala	Resultados obtidos na aplicação do inventário	
		Momento 1	Momento 2
Sintomas de intrusão	20 pontos	16 pontos	9 pontos
Sintomas de evitamento	8 pontos	6 pontos	6 pontos
Sintomas de alterações negativas nas cognições e humor	28 pontos	13 pontos	12 pontos
Sintomas de ativação e reatividade	24 pontos	15 pontos	9 pontos

Em termos de análise comparativa da avaliação do segundo momento *versus* o primeiro momento, o *cluster* “Sintomas de intrusão”, é aquele que apresenta a melhor avaliação positiva (9 pontos *vs* 16 pontos), seguido do *cluster* “Sintomas de ativação e reatividade” (9 pontos *vs* 15 pontos).

Neste segundo momento, à exceção do *cluster* “Sintomas de evitamento” que mantém avaliações elevadas (ambos os itens mantem pontuação 3), todos os restantes *clusters* demonstram melhorias positivas nas avaliações, ficando abaixo da média.

Em termos da análise comparativa individual dos atributos, o que regista a melhor avaliação positiva é “Ter dificuldade em concentrar-se” (1 ponto *vs* 4 pontos), seguido de os atributos “Agir ou sentir repetidamente, como se a situação indutora de stresse estivesse realmente a acontecer de novo” (1 ponto *vs* 3 pontos) e “Ter reações físicas intensas (ex.: palpitações, alterações da respiração, suores) quando algo o(a) faz recordar a situação indutora de stresse” (2 pontos *vs* 4 pontos).

### **Inventário de Estado – Traço de Ansiedade (STAI)**

Relativamente ao Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), no momento da primeira aplicação foram identificados os seguintes resultados: Na escala de Ansiedade Estado–58 pontos e na escala de Ansiedade Traço–56 pontos.



No segundo momento, os índices registavam os seguintes resultados: escala de Ansiedade Estado—48 pontos e escala de Ansiedade Traço—43 pontos.

Cada uma das duas escalas de avaliação, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, variam entre 20 e 80 pontos, tendo uma norma, para a população portuguesa do sexo feminino, que se regista entre os 38,2 pontos (Ansiedade-Estado) e os 37,3 pontos (Ansiedade-Traço), e uma norma para adultos de ambos os sexos, com perturbação de ansiedade diversas (antes de iniciar tratamento) que se regista entre os 48,6 pontos (Ansiedade-Estado) e os 54,6 pontos (Ansiedade-Traço), sendo que quanto maior a pontuação nas escalas, maior a sintomatologia presente nos pacientes.

**Tabela 3 – Pontuação total do Inventário de Estado – Traço de Ansiedade (STAI)**

Aquando da aplicação do Inventário STAI foram obtidos os seguintes resultados, em cada uma das fases de medição.

	Valor da Norma do Inventário		Resultados obtidos na aplicação do inventário	
	População portuguesa do sexo feminino	Adultos, ambos os sexos, com perturbação de ansiedade diversas (antes de iniciar tratamento)	Momento 1	Momento 2
Ansiedade-Estado	38,2	48,6	58	48
Ansiedade-Traço	37,3	54,6	56	43

No primeiro momento de avaliação, no que se refere aos itens relacionados com a avaliação ansiedade estado, de destacar os itens “Sinto-me esgotado(a)”, “Presentemente, ando preocupado(a) com desgraças que possam vir a acontecer”, e “Estou preocupado(a)”, como os que registam níveis mais elevados de avaliação (pontuação 4, numa escala de 4 pontos).

Relativamente aos itens relacionados com ansiedade traço, de destacar os itens “Tenho pensamentos que me perturbam”, “Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem”, “Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento”, como os que registam níveis mais elevados de avaliação (pontuação 4, numa escala de 4 pontos).

Neste segundo momento de avaliação, não se registaram níveis elevados (pontuação 4), em nenhum dos itens relativos a ansiedade presente.

Relativamente aos níveis de ansiedade estado, demonstram melhorias positivas nas avaliações dos itens: “Sinto-me esgotado(a)” (2 pontos vs 4 pontos), “Estou tensa” (2 pontos vs 3 pontos), “Sinto-me assustada” (2 pontos vs 3 pontos), “Estou inquieta” (2 pontos vs 3 pontos), “Presentemente, ando preocupado(a) com desgraças que possam vir a acontecer” (3 pontos vs 4 pontos), “Estou preocupado(a)” (3 pontos vs 4 pontos).

No que concerne aos níveis de ansiedade traço, que também reduziram, do primeiro para o segundo momento, regista melhorias positivas nas avaliações dos itens: “Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento” (2 pontos vs 4 pontos), “Tenho pensamentos que me perturbam” (3 pontos vs 4 pontos), “Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem” (3 pontos vs 4 pontos), “Sinto-me nervosa e inquieta” (2 pontos vs 3 pontos), “Sinto-me uma falhada” (1 ponto vs 2 pontos).

Em termos e análise comparativa da avaliação do segundo momento *versus* o primeiro momento, registou-se uma melhoria significativa nas avaliações dos níveis de ansiedade, monitorizados através da escala STAI, tendendo os resultados da segunda avaliação igualmente a apresentar-se mais próximos dos valores da norma.

## **Discussão do Caso**

De uma forma global, e à data das avaliações identificadas, a análise dos dados da observação clínica são integrados com a análise das provas instrumentais, por forma a possibilitar a resposta à hipótese formulada de existir uma perturbação por stress pós-traumático e sintomatologia ansiosa.

Relativamente à aplicação do teste PCL-5, e comparando os valores totais obtidos no primeiro momento de aplicação do inventário (50), com os valores da norma para a população portuguesa (31-33), observa-se que o valor do CA estava significativamente acima do valor da norma para a amostra referida. Desta forma, e em consonância com a informação recolhida

junto do CA ao longo das sessões de acompanhamento, os resultados da aplicação deste teste, sugerem compatibilidade com um perfil de perturbação por stress pós-traumático.

No que se refere aos resultados obtidos no segundo momento de aplicação do mesmo inventário, o CA obteve um total de 36 pontos, verificando-se desta forma uma melhoria significativa, registando-se um decréscimo de 14 pontos, e aproximando-se bastante dos valores normativos esperados para população portuguesa (31-33). A evolução positiva dos resultados tende a ser compatível com a própria evolução positiva que se conseguiu observar ao longo das sessões de acompanhamento e igualmente verbalizada pelo CA.

Quanto à aplicação do teste STAI, e comparando os resultados obtidos no primeiro momento de aplicação na Escala de Ansiedade-Traço (56) com o valor da norma de adultos com Perturbações de Ansiedade diversas (54,6), constata-se que o valor do CA está ligeiramente acima do valor da norma para a referida população. Relativamente à Escala de Ansiedade-Estado, o resultado obtido (58), verifica-se igualmente ser bastante superior ao do referido grupo (48,6).

Os resultados obtidos na avaliação sugerem compatibilidade com um perfil de Ansiedade Generalizada, que se considera, a partir do cruzamento dos resultados à data, com a análise da informação cedida pelo CA ao longo das sessões de acompanhamento.

Relativamente aos resultados obtidos no segundo momento de aplicação da STAI, o CA obteve um total de 48 pontos (em 80) na Escala de Ansiedade-Estado e 43 pontos (em 80) na Escala de Ansiedade-Traço.

Pese embora o valor obtido na Escala de Ansiedade-Estado (48) tenha baixado bastante (em 10 pontos), face à aplicação anterior (58), este valor ainda se encontra acima dos valores normativos expetáveis para a população adulta do sexo feminino (38,2), encontrando-se em linha com os valores da norma de Adultos, com perturbação de ansiedade diversas (48,6). Desta forma, considera-se que o valor tende ainda a confirmar a presença de uma perturbação da ansiedade.

Em qualquer dos momentos de avaliação, o CA enfrentava circunstâncias que podem representar motivos de preocupação e de ansiedade, pelo que se pode equacionar que a presença de sintomatologia ansiosa possa estar relacionada com esse facto. De acordo com a informação partilhada pelo CA, durante todo o período das sessões iam ocorrendo acontecimentos relacionados com as consequências do evento traumático a que havia sido sujeita, tais como a fase de inquérito do processo, depoimentos em tribunal e na Polícia, contactos constantes com a advogada para acordar depoimento, etc.

Relativamente à Ansiedade-Traço, verifica-se uma melhoria significativa, observando-se um decréscimo de 13 pontos, e aproximando-se mais dos valores normativos esperados para população adulta do sexo feminino (37,3). Apesar deste valor ter baixado é expectável que se mantenha nos referidos níveis dado que a Ansiedade-Traço se refere à predisposição para uma resposta ansiosa, que tende a perdurar, relativamente estável, no tempo.

### **Conclusão do Caso**

A sua história familiar aparenta ter um grande impacto na sua estrutura interna, ao nível do desequilíbrio das relações familiares, sentimento de abandono e desvalorização por parte do pai, como a um processo de luta constante no relacionamento com a mãe, a quem atribui responsabilidade de grande parte das situações negativas que lhe aconteceram. Estas situações criaram forte desorganização ao longo da vida, requerendo uma reorganização emocional e novas adaptações à realidade, dificultadas pelo evento traumático a que o CA foi sujeito.

Apresenta alguma incompatibilidade comunicacional com os outros, o que leva a dificuldades de relacionamento e a ser uma pessoa muito solitária.

Apresentava-se como uma pessoa com muitas crenças e pensamentos disfuncionais, negativos e automáticos, cujo processo terapêutico permitiu trabalhar, ajudando o CA a identificá-los, reconhecendo as suas ligações a afetos e comportamentos, ao mesmo tempo que se identificavam outros pensamentos mais assertivos, permitindo assim que estes pertinentes de ansiedade excessiva pudessem ser minimamente esquecidos, dando lugar a cognições mais realistas e apropriadas.

A sua motivação foi contributo para o processo terapêutico, alcançando uma adaptação satisfatória à realidade e autonomia no confronto com as adversidades, tendo consideração de projetos para o futuro, seguindo em direção à realização pessoal e até mesmo profissional.

Manifestou ter adquirido uma capacidade de se auto ajustar e equilibrar, e reconheceu em si, à data, uma força e capacidade para dar seguimento a alguns temas da sua vida, que nunca julgou ser capaz.

## **Caso B – Caso de Acompanhamento Psicológico**

### **Identificação**

O Caso B (CB), é do sexo feminino, tem 57 anos de idade, é casada, de nacionalidade portuguesa. É a filha mais nova de uma fratria de 6 (com diferenças de cerca de 2 anos cada um). Estudou até ao ciclo preparatório, momento em que deixou de estudar para ficar em casa a ajudar a mãe. O seu agregado familiar, no Concelho de Sintra, é constituído por si e pelo seu marido, com quem casou aos 25 anos relação da qual nasceu uma filha, atualmente com 27 anos.

### **Motivo do Acompanhamento Psicológico**

O CB foi referenciado para consulta psicológica, pelo departamento de ação social da junta de freguesia do concelho de Sintra, devido a instabilidade emocional e dificuldade de relacionamento com o seu marido, que tem um historial de alcoolismo.

Foram realizadas 3 sessões semanais, ao longo do mês de fevereiro de 2022. As sessões decorriam habitualmente às terças-feiras de manhã (às 10 horas), tinham uma duração de 50 minutos, sendo realizadas num *setting* clínico adequado e localizado nas instalações do Centro Social da Junta de Freguesia de residência do CB.

A intervenção terapêutica teve como base algumas perspetivas da Abordagem Centrada na Pessoa, tendo-se estabelecido uma relação terapêutica com base na aceitação, empatia e confiança, desprovida de julgamentos, tentando sempre garantir um papel de facilitador e não de solucionador.

No entanto, ao fim de 3 sessões o CB decidiu interromper o processo terapêutico, alegando que se sentia melhor e que o seu foco seria agilizar o máximo possível para a resolução do problema do seu marido. Abateu-se assim no facilitador, uma enorme sensação de constrangimento e de incumprimento na capacidade de conseguir comunicar ao cliente o seu cuidado incondicional e a sua compreensão empática, hipótese que não foi, contudo, validada pelo CB.

### **História Clínica**

O CB nasceu na Sertã, onde viveu até aos 18 anos, quando veio para Lisboa para poder trabalhar. Estudou até ao ciclo preparatório, altura em que abandonou a escola para ficar em casa a ajudar a mãe, pessoa que trabalhava muito e ficava longas horas fora de casa.

Casou aos 25 anos, e juntamente com o marido, homem natural da mesma zona, mudou-se para uma freguesia do concelho de Sintra, local onde vivem desde há cerca de 30 anos, em casa alugada.

Tem 5 irmãos, 3 dos quais vieram também viver para a área metropolitana de Lisboa e 2 ficaram a viver na localidade de onde eram todos naturais, na Sertã. O CB não tem uma relação de muita proximidade com os irmãos, visitando-se de forma bastante esporádica.

A sua mãe faleceu em 2016, com cerca de 80 anos, tendo o seu pai falecido anos antes, com 74 anos vítima de doença oncológica na zona dos intestinos.

O CB toma medicação para a hipertensão e para a diabetes, não tendo sido apurada qual a medicação.

Em inícios de 2020, o CB teve um problema de saúde oncológico, de grau 3, num rim, e teve que ser sujeita a uma intervenção cirúrgica, onde foi necessário retirar-lhe um dos rins. Refere não tomar medicação para o seu problema de saúde, sendo sujeita a exames e acompanhamentos médico de 6 em 6 meses. É detentora de um atestado multiusos, relativo a 60% de incapacidade, devido a carcinoma de células renais de células claras.

Trabalhava num regime de contrato de trabalho temporário, num refeitório que em 2020, aquando da Pandemia teve que encerrar portas levando todos os empregados a ficarem em casa sem trabalho. Quando reabriu, e dado o CB estar de baixa médica na altura, não pode regressar, tendo ficado desempregada até à data. Dado o tempo limite de subsídio de desemprego, a sua idade e problema de saúde aguarda agora que o seu estado seja alterado para desemprego social, o que significa um rendimento financeiro ainda mais baixo.

O seu marido que era motorista de camiões de longo curso, e também devido à pandemia Covid-19, ficou igualmente em casa sem trabalhar, conduzindo-o a graves problemas de alcoolismo. Foi encontrado, pelas autoridades, duas vezes seguidas a conduzir com elevada taxa de alcoolémia, tendo ficado inibido de conduzir e aguardando julgamento.

A partir dessa data, o seu problema de alcoolismo agravou-se, tendo sido despedido, por alegada justa causa, sem direito a subsídio de desemprego. Foi-lhe diagnosticado recentemente cirrose e anemia, e em consequência do consumo excessivo de álcool cai com frequência, tendo já sido sujeito a internamentos hospitalares, com traumatismo craniano, e incisões na cara devido a quebra de óculos após queda.

Face a toda esta destabilização emocional e familiar, e também a constantes discussões com o pai, a filha que vivia com os pais até essa data, decidiu em 2020 sair de casa, ficando o

CB a viver apenas com o marido e não tendo mais ninguém nas relações próximas a viver perto de si.

Desta forma, refere a CB que se encontra sozinha a suportar as despesas todas do agregado familiar, bem como sendo responsável por pagar as contas que o marido deixa por pagar nos cafés. Os dias do CB são passados em casa, saindo apenas para ir às compras e não tendo outras atividades. Tal facto é indutor de isolamento social e exposição constante a ambiente de tensão com o marido que está também sempre em casa, sem atividades.

O CB vive em situação de elevada carência socioeconómica, recorrendo ao apoio alimentar do centro social da junta de freguesia da residência, bem como contando com o suporte no auxílio para preenchimento de formulários de emergência social. Tem também suporte social na contribuição de parte do montante mensal referente à renda da casa.

Refere que a sua vontade era de poder estar sozinha, sem o marido, mas que não tem para onde ir, estando a aguardar decisão do Juiz para que o marido possa ser internado numa clínica de reinserção para tratamento do alcoolismo.

O CB menciona que o marido é agressivo verbalmente quando bebe, situação que acontece diariamente. Diz sentir-se muitas vezes revoltada e sentir-se muito sozinha e que é só ela a procurar alternativas para sobreviver, para pagar as contas e que o marido não ajuda em nada e nem demonstra qualquer interesse ou preocupação.

O marido sai de manhã para o café para beber. Vem para casa almoçar, na maioria das vezes discutem e ele vai para o quarto, deitando-se e ficando na cama até ao dia seguinte, altura em que repete o padrão de comportamento.

### **Síntese do Acompanhamento Psicológico**

Devido às elevadas carências económicas, e conseqüente dificuldade em pagar os transportes para se dirigir à Instituição de estágio, ficou acordado que os acompanhamentos teriam lugar no Centro Social da Junta de Freguesia de residência do CB, deslocando-se o estagiário a esse local para acompanhar o CB.

O CB vinha às consultas sozinha. Apresentava uma imagem não muito cuidada, cabelos longos, meio descuidados no pentear. Demonstrava uma aparência desgastada.

Em termos de comportamento não verbal revelava uma postura fechada, ombros contraídos, muita dificuldade em fazer contacto visual, olhar cabisbaixo, muita dificuldade em sorrir. Nos breves momentos em que sorria, o que era muito raro, aparentava ter “vergonha” de o fazer e fazia contacto visual apenas nesse momento (como que a pedir aprovação).

Acompanhava o seu discurso sempre com uma mala no colo e as mãos a segurar a mala, como quem tem uma postura rígida, pouco à vontade, tímida. Mais no final das sessões conseguiu deixar a mala de lado e relaxar ligeiramente a postura física.

Nas primeira e segunda sessões, enquanto ia ganhando confiança e partilhando os seus sentimentos mais profundos e mais íntimos, chorava bastante. Fazia-o desde que iniciava a sua partilha com a estagiária, até praticamente ao final das sessões; era como se aquele fosse o momento e o espaço onde poderia libertar-se através das lágrimas, de tanta tensão que lhe comprimia a voz.

O CB demonstrou insight, identificando as dificuldades sentidas permitindo classificar sentimentos de desespero, angústia, pessimismo, bem como dificuldades de lidar com a sua situação atual. Revelou ser uma pessoa com sentimentos de tristeza e solidão, tendo sido possível observar uma postura cooperante com a estagiária, expressando-se, contudo, num tom de voz tímido, muito baixo, a uma velocidade lentificada.

Foram definidos objetivos gerais para o plano de intervenção: estabelecer uma relação terapêutica de segurança e empatia com o CB, definir os objetivos e expectativas terapêuticas, dando a conhecer ao CB o seu possível quadro clínico, munindo-o de estratégias que lhe permitissem lidar adequadamente com as dificuldades atuais e futuras.

A intervenção tinha na base a concretização dos objetivos específicos, nomeadamente aceitar de forma incondicional a história de vida do CB, bem como as suas dificuldades, recorrendo a postura empática e de compreensão, definindo objetivos específicos, recursos e mudanças alcançadas por via do processo terapêutico, dando a conhecer ao CB a sintomatologia resultante de um possível quadro clínico depressivo, a sua manifestação e repercussão nas distintas dimensões do funcionamento.

Procedeu-se ao reconhecimento da história do problema, história familiar, interferências nas áreas da vida, áreas de bom funcionamento, linguagem corporal, entre outras classes nosológicas. Introduziu-se em simultâneo uma estratégia de psicoeducação, com o objetivo de auxiliar na promoção de um maior controlo do CB na perceção das dificuldades sentidas, especialmente naquelas relacionadas com os pensamentos, as emoções e os comportamentos na manutenção e desenvolvimento dos sintomas associados às perturbações depressivas. Com esta técnica é possível por um lado explicar o desenvolvimento da etiologia, o seu desenvolvimento e a necessidade e poder do tratamento, bem como permitia que o CB identificasse com antecipação os sinais da mesma e que fosse capaz de canalizar as técnicas que a ajudassem a lidar com a situação de forma mais eficaz.



Ao fim de poucas sessões, o CB referiu que na semana seguinte não poderia vir e que avaliaria posteriormente se iria dar continuidade aos acompanhamentos, o que veio a não se verificar. Referiu que já se sentia melhor e que tinha decidido focar-se na resolução do problema do seu marido.

Tal facto deixou na estagiária um sentimento de impotência e incapacidade de levar o CB a dar continuidade às sessões. Foi um momento de constrangimento e de sensação de falha no cumprimento do seu objetivo. Havia sido criado um nível de intimidade entre as partes, demonstrado através do conforto e à vontade do CB em partilhar os seus sentimentos mais íntimos e que em nada fazia prever este cancelamento. No entanto, após algum período de reflexão, e graças às aprendizagens obtidas em período académico, bem como leituras sobre o tema, foi possível alterar essa crença, acreditando que a estagiária tinha feito o melhor que sabia, no momento e com as ferramentas de que dispunha. O CB devendo ser parte ativa do processo, poderia ainda não estar disponível para o processo terapêutico e que essa mudança em si poderia estar a ser potenciador de dor para a qual não estaria ainda disponível.

Variados poderiam ser os motivos, que não foram possíveis de identificar, e que deixam em aberto, razões por concretizar.

Contudo, e de acordo com Carl Rogers (2009), há uma crença associada ao poder que cada pessoa tem e que lhe permite a sua autorrealização e autoavaliação. De acordo com o autor, o cliente é o seu verdadeiro especialista, quem mais sabe sobre si, e conhecedor daquilo que o magoa e da sua dor, sendo capaz de encontrar o caminho que lhe permitirá a libertação e dar continuidade à sua vida.

## **Discussão do Caso**

De acordo com a teoria de Desenvolvimento Humano, na perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa, de Hipólito (2011), depreende-se que o Self organísmico do CB vivencia a sua realidade, experienciando um ambiente familiar de tensão, rígido e conflituoso e um ambiente social quase inexistente, manifestando quase ausência de relações interpessoais e familiares. O CB entende a sua experiência como sendo a realidade, e como sendo ela própria a responsável pela sua existência, como os exemplos onde refere “.eu tenho que suportar as despesas...eu tenho que arranjar forma de pagar a renda” (sic), “.eu tenho um atestado de incapacidade, onde posso optar pela reforma, só que a reforma é muito pequena...” (sic).

Quanto aos traumas revelam-se como possibilidades constantes ao longo de toda a vida, tanto ao nível biológico, psicológico ou social, motivando, desta forma, que possam surgir

traumatismos e sintomas no decorrer da vida. Verificam-se no CB os traumas nas condições, como sendo a relação de tensão com o marido, situação claramente reportada pelo CB “o meu problema é o marido...”(sic), “basicamente, ele come e dorme...” (sic) “não resolve nada, não está para nada...é assim a vida dele...” (sic), “é agressivo nas falas, nas conversas...” (sic), “bem como a sua situação de elevada carência económica, como refere “chega uma certa altura que já não dá mais...eu tenho que suportar as despesas sozinha...” (sic), “mesmo sem dinheiro, eu é que tenho que pagar as contas...” (sic), a situação de desemprego de ambos no agregado familiar “fiquei de baixa e depois fiquei no desemprego, estava a trabalhar naqueles trabalhos temporários..”(sic), “como foi dispensado com justa causa, a segurança social não lhe deu subsídio de desemprego..” (sic), a sua ausência de relações sociais, “como ele nos agredia verbalmente, a minha filha saiu de casa...” (sic), os seus pais já faleceram ambos e os irmãos vivem longe, “...não, aqui não tenho ninguém...” (sic), o facto de não ter atividades “vou às compras, venho para casa almoçar, e fico por aqui...” (sic).

Relativamente aos traumas nas potencialidades, de referir a sua situação de saúde débil, “tinha uma vida normal, só que fiquei com um problema de saúde...” (sic), os seus sentimentos de tristeza “sinto-me triste, não vejo as outras pessoas assim...” (sic), desespero, angústia, “estava melhor sozinha, que bem que eu estaria melhor sozinha...” (sic), sentir a sua idade como um entrave para conseguir melhorar na vida “na minha idade é muito difícil, já foi muito difícil quando estava à procura antes, e agora ainda é mais difícil...” (sic).

As suas condições de atualização biopsicossocial demonstram estar comprometidas, não facilitando a sua evolução orgânica associada à tendência atualizante. De salientar contudo, a relação com a filha que se constitui como uma fonte de motivação para minimizar a sua tristeza “a minha filha saiu de casa, mas ainda me ajuda bastante ..”(sic), “a minha filha é que me vem visitar algumas vezes.., vamos sair as duas” (sic).

O CB possui um *locus* predominantemente interno de controlo, sentindo-se a única pessoa responsável que faz alguma coisa para controlar e comandar a sua vida, como o próprio CB refere “eu tenho que suportar as despesas sozinha...” (sic), “mesmo sem dinheiro, eu é que tenho que pagar as contas...” (sic), “eu não posso sair de casa, porque é a minha casa, não tenho outra, ele tem, tem a casa do pai, mas não quer ir para lá nem por nada” (sic).

### **Conclusão do Caso**

É claro que com o reduzido número de sessões, seria completamente precipitado equacionar e arriscar qualquer hipótese de diagnóstico. De qualquer forma, considero pelo

menos enriquecedor, para a minha aprendizagem o exercício de me desafiar e levantar a hipótese que o CB é uma pessoa que tende a demonstrar alguma sintomatologia depressiva, como seja a angústia, o discurso de pessimismo, o desespero, e as suas dificuldades em lidar de forma adequada com a sua situação atual. Revelou ser uma pessoa com sentimentos de tristeza e solidão, bem como chorou bastante quando *visitava* os seus pensamentos relativamente às sua vida atual.

De acordo com o DSM-5 (Sena, 2014), os sintomas depressivos em perturbações psicóticas primárias dizem respeito a humor deprimido, relatado pelo indivíduo (sentir-se em baixo, triste) ou manifesta-se por sinais (como aparência chorosa, oprimido).

Seria necessário elaborar um acompanhamento mais regular e sistemático, bem como uma avaliação psicológica e clínica adequada, para poder equacionar essa hipótese em conformidade. Não será suficiente reconhecer apenas alguns sintomas na área da expressão corporal, como foram os exemplos da cabeça baixa, peito embutido, coluna curvada, dificuldade em olhar as pessoas nos olhos, olhar desvitalizado, despreocupação com a aparência, e alguns relacionados com o humor como a tristeza, a angústia e desmotivação, os associados ao espectro cognitivo, como pessimismo ou até da vida social, como o isolamento. Seria importante aprofundar a sua intensidade e duração no tempo, bem como identificar se se registavam sintomas somáticos como a hipersónia ou insónia, perda ou aumento de apetite, baixa no sistema imunológico e perceber em que nível poderiam ser comprometedores da sua vida pessoal, social, profissional e familiar.

No DSM-5 (Sena, 2014), observa-se uma separação do capítulo “Perturbações depressivas” do capítulo “Perturbações Bipolares e Perturbações relacionadas”, sendo que as características comuns dessas perturbações é a existência de humor triste, vazio ou irritável, em conjunto com alterações somáticas e de nível cognitivo que têm interferência significativa na capacidade de desempenho do indivíduo, diferindo entre elas os aspetos de duração, momento ou etiologia suposta.

## **Parte VI - Considerações Finais**

### **Discussão e Conclusão**

Este relatório que completa um percurso longo e desafiante, mas muito estimulante e gratificante, reflete uma organização explicativa e descritiva das experiências vivenciadas ao longo deste estágio curricular na Instituição do Exército, ao longo de oito meses, numa freguesia do concelho de Sintra. Este trabalho resulta de momentos de aprendizagem e aquisição de conhecimentos, bem como na obtenção e/ou reforço de competências pessoais e profissionais que, com toda a certeza serão um marco na iniciação em Psicologia Clínica e respetiva atividade prática. A oportunidade dum estágio enquadrado num ambiente com equipas multidisciplinares, constituída por sociólogos militares e psicólogos de várias áreas, desde clínica, educacional e organizacional, possibilitou o meu desenvolvimento tanto pessoal como profissional, permitindo a conciliação das colaborações nas distintas áreas relativamente à intervenção e investigação conduzida neste âmbito. O contacto com os casos clínicos concedidos permitiu colocar em prática os conhecimentos e técnicas aprendidas em contexto académico. Importa assim, em suma, reforçar a importância do desenvolvimento de aprendizagem, nomeadamente: na integração numa equipa multidisciplinar, cuja riqueza assenta na diversidade de qualificações, expertises, vivências, experiências, técnicas e comportamentos distintos, mas que em simultâneo se complementam; compreendendo o papel do psicólogo em contexto militar; intervindo em áreas distintas da psicologia, nomeadamente no âmbito dos processos de orientação escolar, nos processos de seleção militar e civil, nos processos de colaboração em formações e ainda em processos de psicologia clínica através dos acompanhamentos psicológicos e do manuseamento de testes psicológicos.

Toda a aprendizagem na Instituição de Ensino foi sem dúvida altamente relevante e de uma importância significativa; sem essas bases devidamente apreendidas e consolidadas faltariam os alicerces de preparação para a fase posterior – o estágio curricular – onde foi possível compreender que a Terapia Centrada na Pessoa se torna mais desafiante na realidade prática, tendo em consideração o pressuposto da garantia da qualidade da relação.

Por um lado, as técnicas têm a capacidade de oferecer segurança, mas por outro nunca serão capazes de atingir a totalidade dos contextos nem enquadrar todas as situações completamente. Qualquer desempenho ou atividade humana, é baseada em valores, entre os quais o da pessoa. Se por um lado se requer que o terapeuta seja íntegro na sua relação com o cliente, e nessa perspetiva trazendo valores, perceções e sentimentos, por outro lado

compreende-se que estes não se devem transmitir ao cliente, dado que se poderia incorrer na interferência da sua autonomia e desta forma contrapor o processo de valorização orgânica defendido por Carl Rogers.

A prática da relação com o outro, e para o outro, em contexto de estágio ajuda a contextualizar e valorizar características empáticas e humanistas. Como referia Rogers (1967/1991), a qualidade da relação, a longo prazo, é mais relevante que o ensino teórico, a preparação profissional ou as técnicas.

Assumindo que na abordagem centrada na pessoa, *à priori*, não há técnicas, mas atitudes que visam promover o valor da pessoa como ser único, qualquer atitude do psicólogo estará naturalmente agregada ao seu sistema de valores. Desta feita, o tempo necessário para a adequada formação e competência profissional estará também relacionado com o nível de ajuste deste com os valores humanistas. Assumindo este pressuposto, é importante que as formações nesta abordagem possam enfatizar aprendizagens não apenas teóricas, mas também práticas e vivenciais que possam ser promotoras de um melhor conhecimento de si próprio.

Desta forma, também o estágio como início de um percurso de experiência profissional, é uma excelente oportunidade para melhor acomodação desses valores, dado que é nesta fase que se tendem a refletir as primeiras tensões entre a utilização de atitudes facilitadoras como técnica e detê-las como um valor.

Quanto ao manuseamento e aplicação dos instrumentos de avaliação passa a ter uma representação e dimensão diferente quando numa perspetiva de utilizador e não de apenas observador. A compreensão teórica e técnica, que regula e orienta a prática, requer a experiência que se inicia através do processo de estágio. O papel desempenhado no processo de melhoria da saúde mental e ajuste psicológico do outro, por via de uma adequada seleção de testes, cotação, avaliação e acompanhamento psicológico, adquire uma nova dimensão, quando em contexto prático.

O uso indevido e a análise incorreta de testes psicológicos podem colocar em causa uma série de fatores, entre os quais atribuir diagnósticos incorretos ou noções erradas relativamente ao funcionamento intelectual de determinada pessoa. Como consequência, podem ser colocados em causa a classificação da capacidade intelectual, os caminhos de tratamento psicológico, a segurança e em última instância a vida do ser humano como um todo.

De salientar assim a realização deste estágio como uma oportunidade única, uma referência e uma motivação para dar continuidade a este caminho de aprendizagem constante que a atividade profissional na área de psicologia exige.

## Referências

- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E. & Lopes, F. (1992). Distúrbio pós-traumático do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, SCP, 399-407.
- Alfano, C. A., Lau, S., Balderas, J., Bunnell, B. E. & Beidel, D. C. (2016). The impact of military deployment on children: Placing developmental risk in context. *Clinical Psychology Review*, 43, 17-29. [10.1016/j.cpr.2015.11.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.003).
- Almeida, A. R. F. (2021). *Análise das características psicométricas do inventário de sintomas SCL-90-R através do Modelo de Rasch* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias-Escola de Psicologia e Ciências da Vida]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/12662>
- Almeida, L. (2015). *BPRD+ - Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (v. 6.0 \* 2015)*. Oficina Didática.
- Almeida, L. S. (2002). As aptidões na definição e avaliação da inteligência: o concurso da análise fatorial. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 12(23), 5-17. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000200002>.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Alves, N. (2009). Novos factos sobre a pobreza em Portugal. *Boletim económico do Banco de Portugal*, 15(1), 125-154.
- Amaral, A. O. (2014). *Inteligência e rendimento escolar: Estudo da sua relação tomando os dados da adaptação e validação da Bateria de Provas de Raciocínio (BPR 7/9) a alunos moçambicanos*. [Tese de doutoramento, Universidade do Minho - Instituto de Educação]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/35613>.
- American Psychiatric Association. (2014) *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora. 345-350. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2014v11n2p96>
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Artmed.

- Andrade, J. M. D., Meira, G. R., & Vasconcelos, Z. B. D. (2002). O processo de orientação vocacional frente ao século XXI: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(3), 46-53. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000300008>
- Andres, M., & Coulthard, J. (2015). *Children and deployment: A cross-country comparison in Military families and war in the 21st century* (1st edition). Routledge.
- Antunes, A. M. P. (2008). *O apoio psico-educativo a alunos com altas habilidades: Um programa de enriquecimento numa escola inclusiva*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório UM. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8817>.
- Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em psicologia*, 6(1), 37-43. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3191>.
- Bailote, H. B., Linhares, D., Carvalho, C., Prazeres, S., Rodrigues, A. S., & Garcia, P. (2022). Iodine Intake and Related Cognitive Function Impairments in Elementary Schoolchildren. *Biology*, 11(10), 1507, 1-13. <https://doi.org/10.3390/biology11101507>.
- Banhill, J. W. (2020). Transtorno de estresse pós-traumático. *Manual MSD. Versão para profissionais de saúde*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-estresse-p%3%B3s-traum%3%A1tico-tept>.
- Baptista, R. G. M. (2012). *Análise da viabilidade e fiabilidade numa bateria de provas de inteligência e avaliação das diferenças significativas ao nível dos seus resultados—Tendo em conta o sexo, a área de formação e a área geográfica onde essa formação decorre (Lisboa e Porto)*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida-ISPA]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/2569>.
- Barbudo, M. M. L. (2013). *Vivências de militares em missões internacionais: O impacto nas relações conjugais*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/10431>

- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, 12(12), 154-171.
- Bataglia, P. U. R. (1996). *Estudo sobre o juízo moral e a questão ética na prática da psicologia*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório USP. <https://repositorio.usp.br/item/000747414>.
- Bataglia, P. U. R., Morais, A. D., & Lepre, R. M. (2010). A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 15, 25-32.
- Bergamasco, E. C., Rossi, L. A., Carvalho, E. C. D., & Dalri, M. C. B. (2004). Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 170-177.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498. <http://10.1002/jts.22059>.
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23.
- Borsa, J., & Nunes, M. (2008). O sujeito/pesquisador na pesquisa em psicologia clínica. *Psicol*, 26, 47-54.
- Bruzi, AT, Fialho, JVAP, Fonseca, FDS, & Ugrinowitsch, H. (2013). Comparação do tempo de reação entre atletas de basquete, ginástica artística e não atletas. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 35, 469-480.
- Buckley, T., Blanchard, E. & Neill, W. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065.
- Bueno, M. d. (2009). *Avaliação da ansiedade e percepção do suporte familiar em hipertensos*. Itatiba.
- Caldeira, C. (1979). *Análise Sociopsiquiátrica de uma Comunidade Terapêutica*. [Tese de Doutorado, Universidade do Lisboa].



- Câmara, D. A. (2018). Atividade física como método de tratamento da depressão. In J. Pereira e L. da Silva (Orgs.), *Anais do II Congresso Norte-Mineiro de Ortopedia e Medicina Esportiva* (pp. 18-88). Acervo de Saúde.
- Candeias, A. A., Rosário, A. C., Almeida, L. S., & Guisande, M. A. (2007). Bateria de provas de raciocínio diferencial: suporte à sua utilização em orientação vocacional. *Revista portuguesa de pedagogia*, 41(1), 143-156. <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/4533/1/11%20-%20Bateria%20de%20provas%20de%20raciocinio%20diferencial-%20Suporte%20a%20sua%20utilizacao%20em%20orientacao%20vocacional.pdf>.
- Carvalho, C., & Maia, Â. (2009). Exposição adversa, psicopatologia e queixas de saúde em bombeiros portugueses. In S. Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *“Experiências e intervenção em Psicologia da Saúde: resumos e textos do Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, 1, Faro, Portugal, 2009”* (pp. 1047-1067). Universidade do Algarve. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11200>.
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of clinical psychology*, 76(7), 1267-1282. <http://10.1002/jclp.22930>
- Colby, A., & Kohlberg, L. (1987). *The measurement of moral judgment*. Cambridge University Press.
- Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar” (2017). OPAS. <https://www.paho.org/pt/noticias/30-3-2017-com-depressao-no-topo-da-lista-causas-problemas-saude-oms-lanca-campanha-vamos>
- Conceição, J., & Bueno, G. (2020). *101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental*. UnC.
- Corvo, JC (1990). *Teste de matrizes progressivas*. Editorial Paidós.
- Costa, C. O. D., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. D. M., & Silva, R. A. D. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 92-100.
- CPAE (2010). *Convite para publicação de artigos na edição nº 02 (2010) do Boletim de Sociologia Militar*.

[https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/noticias\\_geral.noticias\\_cont?p\\_id=F2060024991/Boletim%20-%20convite%20civis.pdf](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/noticias_geral.noticias_cont?p_id=F2060024991/Boletim%20-%20convite%20civis.pdf).

Creech, S. K., Hadley, W., & Borsari, B. (2014). The impact of military deployment and reintegration on children and parenting: A systematic review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(6), 452-464.

Cunha, A. J. T. (2018). *Contributos para a Validação do Modelo Psicológico de Seleção de Cadetes para a Academia Militar*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa-Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/34067>.

Cunha, J. A. (2009). *Psicodiagnóstico-v*. Artmed Editora.

DeCarvalho, L. T., & Whealin, J. M. (2012). *Healing stress in military families: Eight steps to wellness*. John Wiley & Sons.

Departamento de estudos TEA Ediciones (2005). *Manual TIG-1, teste de inteligência geral (Nível 1)*. Edição CEGOC-TEA

Depressão (s.d.) OPAS. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folhainformativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folhainformativa-depressao&Itemid=1095).

Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual -II, for the R (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series (2<sup>a</sup> ed.). Clinical Psychometric Research.

Dias, P. (2007). *Vinculação e regulação autonómica nas perturbações alimentares*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/6640>.

Díaz-Aguado, M. J., & Medrano, C. (1999). *Construção moral e educação: uma aproximação construtivista para trabalhar os conteúdos transversais*. Edusc.

Domingues, M. C. G., & Oliveira, S. O. (2009). *A Metamorfose do Estudante: análise das relações entre o locus de controlo e a adaptação dos estudantes de primeiro ano do ensino superior*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga- Escola Superior de Altos Estudos].

- DSM 5 (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*. Artmed.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9, 381-387.
- Elm, D. R., & Weber, J. (1994). Measuring moral judgment: The moral judgment interview or the defining issues test? *Journal of Business Ethics*, 13(5), 341-355.
- Estivalet, K. M. (2016). Análise das capacidades perceptivo-motoras, físicas e cognitivas de idosos praticantes de hidroginástica. [Dissertação de Mestrado, UFSM]. Repositório UFSM. <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/9615>.
- Everly, G. S., Jr. (2001). Thoughts on early intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3(4), 207–210
- Exército (2022). *Apoio Psicológico*. <https://apoiosocial.exercito.pt/familia-militar/apoio-psicologico/>.
- Faria, K. F. (2011). *Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobia social*. [Trabalho de conclusão de especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório digital LUME. <http://hdl.handle.net/10183/40110>.
- Fleishman, E. A. (1975). Relação entre aptidões, desempenho humano e aprendizagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 27(3), 3-24.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J. (2017). Quinta avaliação de testes publicados na Espanha: olhando para trás, construindo o futuro. *Papéis do Psicólogo*. 38(3), 161-168.
- Freixa, G. C., Yoshida, H. M., & Fernandes, P. T. (2018). Aspectos emocionais e cognitivos em efetivos do exército. *Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP*, (26). <https://doi.org/10.20396/revpibic262018572>.
- Gaspar, T., & Balancho, L. (2017). Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1373-1380.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2).

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872006000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005).

- Gaspar, T., Pais Ribeiro, J., Matos, M., Leal, I., & Aristides, F. (2010). Estudo da autoestima em crianças e adolescentes portugueses: impacto de fatores sociais e pessoais. *Revista Amazônica*, 3(2), 57-83.
- Godoy, L. & Noronha, P. (2005). Instrumentos psicológicos utilizados em seleção de pessoal. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 17(1), 139-159. <https://10.1590/S0104-80232005000100011>.
- Godoy, S., Noronha, A. P. P., Ambiel, R. A. M., & Nunes, M. F. O. (2008). Instrumentos de inteligência e interesses em orientação profissional. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 75-81.
- Gonçalves, E., Noce, F., Barbosa, M. A. M., Figueiredo, A. J., & Teoldo, I. (2021). Maturation, signal detection, and tactical behavior of young soccer players in the game context. *Science and Medicine in Football*, 5(4), 272-279.
- Gonçalves, P. F. D. (2009). *Estratégias de aprendizagem em contexto educativo e formativo: Contributo para a aprendizagem ao longo da vida*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. Repositório UFP. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1411/1/dm\\_paulagoncalves.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1411/1/dm_paulagoncalves.pdf).
- Gordon, L. V. (2001). *SPV–Inventário de Valores Pessoais*. CEGOC-TEA.
- Guimarães, J. V. D. C. (2012). *Autoconceito, autoestima e comportamentos desviantes em adolescentes*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida-ISPA]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/2567>.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (1957). *Theories of personality*. Wiley.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., Elosua, P. (2016). "Revisão do modelo para avaliar a qualidade dos testes utilizados na Espanha". *Papéis do Psicólogo*, 37(3), 192-197.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. EDIUAL

Infoteste – Centro de Estudos e diagnóstico computadorizado. (2012). *Catálogo do Sistema de Testes de Viena*.

[https://www.infoteste.pt/catalogos/Catalogo\\_VTS\\_Ed\\_04\\_07\\_2012.pdf](https://www.infoteste.pt/catalogos/Catalogo_VTS_Ed_04_07_2012.pdf).

Jimenez, K., & Montero, E. (2013). Aplicação do modelo de Rasch na análise psicométrica de um teste diagnóstico em matemática. *Revista digital matemática*, 13 (1), 1-24.

Kawashima, R. A., Martins, R. A., & Bataglia, P. U. R. (2015). Histórias e dilemas morais com crianças: instrumento para pesquisadores e educadores. *Interfaces da Educação*, 6(16), 211-230.

Kerbaui, R. R. (1983). Terapia comportamental cognitiva: uma comparação entre perspectivas. *Psicologia: ciência e profissão*, 3, 9-23.

Kleinman, P. (2016). *Tudo o que você precisa saber sobre psicologia: um livro prático sobre o estudo da mente humana*. Editora Gente Liv e Edit Ltd..

Leahy, R. L. (2007). *Como lidar com as preocupações*. Artmed

Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor-Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). 19. Tests of Personal Adjustment and Emotional Functioning. *Neuropsychological assessment*, 5, 804-829.

Lista de Testes. (2022). *Edipsico*. <https://www.edipsico.pt/>.

Litz, B. (1996). The psychological demands of peacekeeping for military personnel. *Clinical Quarterly*, 6(1), 1-8.

Lourenço, O. (1992). *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações*. Livraria Almedina.

Lourenço, S. M. C. D. (2013). *Vinculação, locus de controlo e violência entre pares, em jovens*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias].

Macêdo, Í. B., & Rocha, M. A. L. (2015). Relação terapêutica: chave para o crescimento. *Psicologia.pt: o portal dos psicólogos* (pp. 1-14). [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0855](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0855).

Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In M. Gama (Ed.),

- “A guerra colonial (1961-1974)” (pp. 11-28). Universidade do Minho, Centro de Estudos Lusíadas. <https://hdl.handle.net/1822/5951>.
- Martínez-Pampliega, A., Herrero-Fernández, D., Martín, S., & Cormenzana, S. (2019). Psychometrics of the SCL-90-R and Development and Testing of Brief Versions SCL-45 and SCL-9 in Infertile Couples. *Nursing Research*, E1-E10.
- McDonald, S. (2017). Emotions Are Rising: The Growing Field of Affect Neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychology Society*, 23, 719-731. <https://10.1017/S1355617717000844>.
- McNally, R., Bryant, R. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? Psychological Science in the Public Interest. *Sage Journal on line*, 4, 45-79.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion Regulation - Introduction. *Emotion*, 20(1), 1- 9. <https://10.1037/emo0000703>.
- Mendizabal, J. B. (2019). EuroPsy: Un modelo basado en competencias. ¿Es aplicable a la formación sanitaria especializada en Psicología Clínica? *Educación Médica*, 20, 154-162.
- Ministério da Defesa Nacional Estado-Maior do Exército (2018). *Ordem do Exército*, 31(3). <https://assets.exercito.pt/SiteAssets/DARH/OE/2018/OEMAR18.pdf>.
- Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico (2022). *Exército. Portugal, Apoio Social*.
- Monteiro, A. D., Ennes, F. C. M., Ugrinowitsch, H., Vieira, M. M., & Benda, R. N. (2015). Escolha o tempo de reação para iniciantes e capoeiristas experientes. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 37, 395-399.
- Monteiro, L. (2010). *Centro de Psicologia Aplicada do Exército Meio Século (1960-2010)*. Centro de Psicologia Aplicada do Exército.
- Mori, S., Ohtani, Y., Imanaka, K. (2002). Reaction time and anticipatory skills of karate athletes. *Human Movement Science*, 21(2), 213-230.
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno

- de ansiedade generalizada. *Revista Científica FAEMA*, 9(1), 423-441. <https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/557>.
- Muñiz, J., Elosua, P., Hambleton, R. (2013). Diretrizes para a tradução e adaptação de testes: segunda edição. *Psicotema*, 25(2), 151-157. <https://10.7334/psicothema2013.24>.
- Muñiz, J., Hernández, A., Ponsoda, V. (2015). Novas diretrizes sobre o uso de testes: pesquisa, controle de qualidade e segurança. *Papéis do Psicólogo*, 36(3), 161-173.
- Neves, E. B. (2007). Gerenciamento do risco ocupacional no Exército Brasileiro: aspectos normativos e práticos. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2127-2133.
- Noronha, A. P. P., & Alchieri, J. C. (2004). Conhecimento em avaliação psicológica. *Estudos de Psicologia*, 21, 43-52.
- Noronha, A. P. P., Nunes, M. F. O., & Ambiel, R. A. M. (2007). Importância e domínios de avaliação psicológica: um estudo com alunos de Psicologia. *Paidéia*, 17, 231-244.
- Nunes, O. (1994). *Psicoterapia de tempo limitado e terapia centrada no cliente*. [Dissertações de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Repositório ISPA. <http://hdl.handle.net/11144/4113>
- Ordem dos Psicólogos (2022). *Apoio aos utilizadores de serviços de psicologia*. [https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/apoio\\_utente](https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/apoio_utente).
- Pais-Ribeiro, J. L. (2013). Medida na avaliação psicológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 245-263.
- Pavlova, B., & Uher, R. (2020). Assessment of Psychopathology - Is Asking Questions Good Enough?. *JAMA Psychiatry*, E1-E2. <https://10.1001/jamapsychiatry.2020.0108>.
- Pedras, S. & Pereira, M. (2007). *Características sócio demográficas e PTSD do Veterano de Guerra: implicações para a intervenção*. [Comunicação] 2º Simpósio Internacional Perturbação Pós Stress Traumático. Portalegre.
- Peixoto, F., & Almeida, L. (2011). A Organização do Autoconceito: Análise da Estrutura Hierárquica em Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 533-541. <https://10.1590/S0102-79722011000300014>.

- Pena, E. M. (2012). *Avaliação da influência do efeito da aptidão relativa nas capacidades de tempo de reação e atenção/concentração de jogadores de futebol da categoria Sub 13*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório UFMG. [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-8ULNH4/1/avaliacao\\_da\\_influencia\\_do\\_efeito\\_da\\_idade\\_relativa\\_no\\_tempo.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-8ULNH4/1/avaliacao_da_influencia_do_efeito_da_idade_relativa_no_tempo.pdf).
- Perandré, Y. H. T., & Haydu, V. B. (2018). Um programa de intervenção para transtorno de ansiedade social com o uso da realidade virtual. *Trends in Psychology*, 26, 851-866.
- Pereira, L. M., Palma, P. J. D., Ribeiro, R. B., & Cunha, M. P. E. (2011). *Psicologia aplicada*. Editora RH.
- Pereira, H. M. (2018). *Valência emocional e especificidade das memórias autobiográficas e domínios da personalidade*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/6338>.
- Pereira, M., Pedras, S. Lopes, C., Pereira, M., Machado, J. (2010). PTSD, Psicopatologia e tipo de família em Veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pimentel, C. F. P. L. (2017). *Reconhecimento emocional, empatia e trauma: um estudo com bombeiros*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. [https://sigarra.up.pt/fep/en/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=121790](https://sigarra.up.pt/fep/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=121790).
- Primi, R., & Almeida, L. S. (2000). Estudo de validação da Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5). *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 16, 165-173.
- Primi, R., Bighetti, C. A., Munhoz, A. H., Noronha, A. P. P., Polydoro, S., Di Nucci, E. P., & Pelegrini, M. C. K. (2002). Personalidade, interesses e habilidades: um estudo correlacional da BPR-5, LIP e do 16PF. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 1(1), 61-72.
- Raven, J. (2000). The Raven's progressive matrices: change and stability over culture and time. *Cognitive psychology*, 41(1), 1-48.
- Regulamento n.º 536/2016 do Apoio Social da União das Freguesias, *Diário da República*, série II, n.º 103/2016. <https://dre.pt/application/conteudo/74559922>.



- Reis, T. M. S. F. C. (2013). *Sinalização de Alunos Sobredotados: Proposta de um instrumento para a nomeação pelos professores*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior- Ciências Sociais e Humanas]. <http://hdl.handle.net/10400.6/2673>.
- Ribeiro, E. C. A. (2015). *Interesses profissionais em diferentes percursos educativos: contributos para a validação da versão portuguesa do SDS-Self-Directed Search*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/23160>.
- Ribeiro, E. G., & Laneiro, T. (2020). Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Compreensão do Aconselhamento Psicológico (Counselling). *Revista de Enfermagem e Saúde Coletiva, Faculdade São Paulo*, 5(2-12), 2448-394X.
- Ribeiro, J. P. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(XIV), 589-599.
- Ribeiro, R. B., & Marques, C. A. A. (1989). Estudo psicométrico do PMA. *Análise Psicológica*, 7, 209-213.
- Ricou, M. (2014). *A Ética e a Deontologia no Exercício da Psicologia*. (1ª. ed.). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Riggs, D., Foa, E. (2004). Posttraumatic Disorders. In C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology* (pp. 83-90). Elsevier Academic Press.
- Rodrigues, R. R. J. (2000). O estágio supervisionado como agente promotor da flexibilidade preceptiva e comportamental do psicólogo. *Revista Psicologia Argumento*, XVIII(XXVII), 111-121.
- Rogers, C. & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas*. Ed. Interlivros.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Padrões Culturais Editora.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>.
- Rogers, C. R. (1991) (Org.) *De pessoa para pessoa: o problema de ser humano*. (4ª. ed.). Pioneira.

- Santos, U. C. L., Lima, A. C. S., de Macedo, J. N., & Biazussi, H. M. (2020). Vulnerabilidade psicológica e transtorno de ansiedade generalizada: do diagnóstico ao tratamento de ansiedade generalizada. *Facit Business and Technology Journal*, 16(2), 104-117.
- Schmid, G., Sauter, C., Stepansky, R., Lobentanz, I. S., & Zeitlhofer, J. (2005). No influence on selected parameters of human visual perception of 1970 MHz UMTS-like exposure. *Journal of the Bioelectromagnetics Society*, 26(4), 243-250.
- Schuhfried, G. (2003). *Teste de reações Complexas e Múltiplas em ecrã: RT*. Infoteste.
- Schuhfried, G. (2005). *Teste cognitivo: COG*. Infoteste.
- Schütz, D. M., & Itaquí, L. G. (2016). O silêncio na psicoterapia a luz da abordagem centrada na pessoa. *Revista do NUFEN*, 8(1), 76-90
- Scorsolini-Comin, F. (2014). Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. *Contextos Clínicos*, 7(1), 2-14.
- Sebastjan, A., Siwek, K., Koziel, S., Ignasiak, Z., & Skrzek, A. (2014). Age and sex variation in the results of the 2hand test in an adult population. *Human movement*, 15(1), 21-24.
- Sena, T. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 11(2), 96-117. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2014v11n2p96>
- Serra, A. S. V. (1988). O auto-conceito. *Análise psicológica*, 6, 101-110.
- Shimada, M. (2011). *O BBT-Br em contexto interventivo: um estudo com adolescentes em processo de orientação vocacional*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01082011-140910/publico/Dissertacao\\_MilenaShimada.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01082011-140910/publico/Dissertacao_MilenaShimada.pdf).
- Silva, A. M. F. (2013). *Orientação Vocacional para jovens com limitações ao nível das funções intelectuais*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório USP. <http://hdl.handle.net/10284/3878>.
- Silva, D. (1998). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In *Avaliação Psicológica Vol. I: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp. 45-60). Quarteto.

- Silva, D. R., da Silva, J.A.A., Rodrigues, A. & Luís, R. (2020). *Estudo de adaptação e de normas do inventário estado-traço de ansiedade (STAI) – Forma Y, para a população militar portuguesa*. 1º Congresso Hispano-Português de Psicologia, Santiago de Compostela, Portugal.
- Silva, D. R. & Campos, R. (1998). *Alguns dados normativos do inventário do inventário estado-traço de ansiedade (STAI) – Forma Y, para a população portuguesa*. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Silva, D. V., Silva, T. N., & Côbero, C. (2014). Avaliação do raciocínio dos interesses profissionais de estudantes do ensino médio. *Revista Científica e-Locução*, 1(06), 140-154.
- Silva, D., Santos, R., Baptista, J., Fernandes, P., Carvoeiro, J., Januário, I., & Matias, A. (2016). Programa de Formação de Pares-Suporte “C2C”: uma Nova Forma de Intervir. *Proelium*, 7(11), 115-133.
- Silva, J. C. D. D. (2018). *Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): validação e invariância da medida numa amostra de Bombeiros Voluntários Portugueses*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/55699>
- Silvers, J. A., & Moreira, J. F. (2017). Capacity and tendency: A neuroscientific framework for the study of emotion regulation. *Neuroscience Letters*, 693(6), 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.09.017>.
- Simões, M. R., Almeida, L. S., Almiro, P. A., & Seabra-Santos, M. J. (2021). Utilização de Testes para Avaliar Crianças dos 0 aos 7 anos: Resultados de um Inquérito a Psicólogos Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 3(60), 81-94.
- Simões, S., Farate, C., & Pocinho, M. (2011). Estilos educativos parentais e comportamentos de vinculação das crianças em idade escolar. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (20), 75-99.
- Sousa, K. L. A. O., Siqueira, H. D. Á. S., da Silva, W. C., Siqueira, F. F. F. S., Teixeira, S. A. M., da Silva Pereira, T. J., ... & Sousa, B. M. (2021). Fatores associados ao surgimento

- de ansiedade/depressão em policiais militares: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-14. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18702>.
- Souza, L. K. D. (2008). O debate de dilemas morais na universidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12, 169-183.
- Standard, N. (2019). *Allied Joint Doctrine for Medical Support*. NATO. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/922182/doctrine\\_nato\\_med\\_spt\\_ajp\\_4\\_10.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/922182/doctrine_nato_med_spt_ajp_4_10.pdf)
- Taheri, M., & Irandoust, K. (2017). The effect of balance exercises and computerized cognitive training on psychomotor performance in elderly. *Journal of physical therapy science*, 29(12), 2097-2099.
- Tani, G. (1981). *Information Processing in Motor Skills*. Holt, Rinehart and Winston.
- Tani, G. (2005). Processo adaptativo: uma concepção de aprendizagem motora além da estabilização. In Go Tani, *Comportamento motor: aprendizagem e desenvolvimento* (pp. 208-222). Guanabara Koogan.
- Teodoro, W. L. G. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma*. Uberlândia.
- Teste de Dominós. (2005). *Hogrefe*. <https://www.hogrefe.com/pt/shop/teste-de-dominos-77644.html#1+1>
- Turatti, M. S., Pessolato, A. G. T., & Silva, M. M. (2011). A importância da afetividade na educação da criança. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 9(2), 129-142.
- Vila-Maldonado, S., Abellán, J., Sáez-Gallego, N. M., García-López, L. M., & Contreras, O. R. (2014). Toma de decisiones y habilidades perceptivo visuales en jóvenes jugadoras de voleibol y no jugadoras. *Journal of Sport and Health Research*, 6(3), 265-276.
- Whealin, J., Morgan, C. & Hazlett, G. (2001). The role of military studies in enhancing our understanding of PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 12(1), 1-8.
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86.
- Williams, M., & Penman, D. (2015). *Atenção plena (Mindfulness): Como encontrar a paz em um mundo frenético*. Sextante.

Wood, S., Scarville, J., & Gravino, K. S. (1995). Waiting wives: Separation and reunion among Army wives. *Armed Forces & Society*, 21(2), 217-236.