



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

INTERVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO EM PROJETOS MULTIDISCIPLINARES

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

Autor: Alexandre Miguel Oliveira Monteiro
Orientadora: Professora Doutora Genta Kulari
Número de aluno: 3000416

Abril de 2024
Lisboa

Agradecimentos

Este relatório representa uma etapa crucial no meu processo de aprendizagem, marcando o fim de uma etapa, e simultaneamente o começo de muitas outras. As experiências adquiridas ao longo deste percurso foram fundamentais para solidificar meus conhecimentos e formação, tanto no âmbito profissional de futuro psicólogo, como enquanto pessoa. Reconheço que este percurso, embora pessoal, não foi percorrido sozinho. Por isso, expresso meus sinceros agradecimentos:

Aos meus estimados colegas de turma, pelo companheirismo, disponibilidade, amizade e enorme boa disposição compartilhados ao longo desta jornada.

A todos os professores que, ao longo dos cinco anos de formação, se dedicaram a transmitir o seu conhecimento e apoiar no meu crescimento académico e pessoal, enriquecendo bastantes o meu conhecimento e história pessoal que agora passa para uma nova fase. Em particular à professora que orientou o meu trabalho final, com uma enorme paciência e disponibilidade.

Agradeço também à minha família e amigos, lamentando a minha ausência em tantos eventos, em prol deste objetivo que agora se aproxima da sua conclusão.

E, como não podia deixar de ser, agradeço bastante à minha esposa todo o apoio, paciência e motivação que me deu ao longo deste período, e sem as quais, nada teria sido possível.

Resumo

O presente relatório de estágio descreve o trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, numa entidade multidisciplinar, com a duração de 400 horas. Os seus objetivos consistem na aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da avaliação e acompanhamento psicológicos, numa aprendizagem pela experiência, com o contacto direto com psicólogos experientes em diversos cenários, no uso de ferramentas de avaliação psicológica em contextos reais e em conhecer o envolvimento e impacto do acompanhamento psicológico com a abordagem centrada na pessoa (ACP), constatando a forma como esta abordagem promove o bem-estar emocional das pessoas acompanhadas.

Durante o tempo de estágio trabalhei com diferentes equipas multidisciplinares em contextos diferentes e com objetivos distintos. Foi-me possibilitado fazer os acompanhamentos e as avaliações psicológicas, numa instituição que geria um espaço dedicado a ação social que abrangia valências de Centro de Atividades e Tempos Livres (CATL) e centro de apoio à comunidade, numa zona de Lisboa, com uma elevada Diversidade Cultural, baixos níveis de escolaridade, altos índices de desemprego, com sérias carências económicas e elevados níveis de criminalidade e sobrelotação das habitações.

O local do estágio permitiu-me também, o contacto com refugiados e com famílias carenciadas a quem fui convidado a dar formação de gestão financeira. O estágio foi muito enriquecedor, proporcionando-me uma visão abrangente da prática da Psicologia Clínica, destacando em todas as atividades a importância da ética e deontologia inerentes. O contacto com diferentes psicólogos, em diferentes contextos e com diferentes abordagens, reforçou a minha base de conhecimento, contribuindo para o meu crescimento profissional.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Abordagem Centrada na Pessoa; Ação Social; Diversidade Cultural

Abstract

The present internship report describes the work carried out within the scope of the Master's in Clinical Psychology and Counselling at Universidade Autónoma de Lisboa, within a multidisciplinary team, with a total of 400 hours. The objectives consisted in the acquisition and development of skills in psychological assessment and counselling, experiential learning through direct contact with experienced psychologists in various settings, using psychological assessment tools in real contexts, and gaining hands-on experience with the impact of person-centered counselling, observing how this approach promotes the emotional well-being of the individuals being assisted.

During the internship, I have worked with different multidisciplinary teams in various contexts and with distinct goals. I had the opportunity to conduct psychological counselling and assessments at an institution dedicated to social action, encompassing the Center for Activities and Leisure (CATL) and community support center, in a area with high cultural diversity of Lisbon characterized by low levels of education, high unemployment rates, severe economic hardships, elevated crime rates, and overcrowded housing. The internship also allowed me to interact with refugees and economically disadvantaged families to whom I was invited to provide financial management training. The internship was highly enriching, providing me with a comprehensive insight into the practice of Clinical Psychology. The importance of ethics and professional ethics was paramount throughout the activities. The exposure to different psychologists in various contexts and with different approaches further strengthened my knowledge base, contributing to my professional growth.

Keywords: Clinical Psychology; Person-Centered Approach; Social Action; Cultural Diversity.

Índice

Introdução.....	9
Parte I – INSTITUIÇÃO ACOLHEDORA DO ESTÁGIO	11
1.1. Caracterização do local de estágio	11
1.2. Atividade do Psicólogo	14
1.3. Estágio académico.....	15
Parte II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1. Violência doméstica: Definição e complexidade	19
2.2. Desafios no apoio a refugiados	22
2.3. Desenvolvimento humano e implicações nas dificuldades de aprendizagem.....	24
2.3.1. Perturbação de hiperatividade e défice de atenção.....	26
2.3.2. Perturbação específica de aprendizagem.....	28
2.3.3. A Ludoterapia Centrada na Criança.....	30
2.3.4. Terapia Cognitiva-Comportamental	30
2.4 Abordagem Centrada na Pessoa	31
Parte III - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	37
3.1. Avaliação psicológica	37
3.2. Instrumentos de avaliação	37
3.2.1. Prova do Desenho da Família.....	37
3.2.2. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven	40
3.2.3. A Figura Complexa de Rey	42
3.2.4. Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar	42
3.2.5. Teste de Toulouse-Piéron	43
Parte IV - PRÁTICAS NO ESTÁGIO	45
4.1. Atividades gerais e Específicas no Contexto de Estágio.....	45
4.1.1. Reuniões de supervisão	45
4.1.2. Ações para a comunidade.....	45

Parte V - Apresentação dos Casos Clínicos.....	47
5.1. Caso Clínico A - Acompanhamentos psicológico.	47
5.1.3 Síntese do acompanhamento psicológico	48
5.1.4 Conclusão do caso	51
5.1.5 Reflexões sobre o 1º caso	52
5.2 Caso B – Caso de Avaliação psicológica.....	53
5.2.1 Identificação	53
5.2.5 Conclusão do Caso	58
Parte VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
Referências Bibliográficas	61

Lista de siglas e abreviaturas

4G	4ª Geração do protocolo para o projeto CLDS
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
APM	<i>Advanced Progressive Matrices</i> [Matrizes Progressivas Avançadas]
BAPAE	Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar
CATL	Centro de Atividades e Tempos Livres
CIG	Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
CLDS	Contrato Local de Desenvolvimento Social
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CPM	<i>Coloured Progressive Matrices</i> [Matrizes Progressivas Coloridas]
CPT	Crescimento Pós-Traumático
CPP	Código Penal Português
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
DEL	Dificuldades Específicas de Aprendizagem
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
GNR	Guarda Nacional Republicana
INMA	Instituto Nacional de Música do Afeganistão
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LCC	Ludoterapia Centrada na Criança
MPR	Matrizes Progressivas de Raven
MPCR	Matrizes Progressivas Coloridas de Raven
NJCLD	<i>National Joint Committee on Learning Disabilities</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
OVP	Processo de Valorização Organísmica
PEA	Perturbação Específica de Aprendizagem
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PSP	Polícia de Segurança Pública
PSPT	Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático
RSI	Rendimento Social de Inserção

SPM	<i>Standard Progressive Matrices</i> [Matrizes Progressivas Padrão]
TAV	Técnico de Apoio a Vítima
TCC	Terapia centrada no cliente
TCC-b	Terapia Cognitiva-Comportamental
UE	União Europeia

Introdução

No âmbito do estágio realizado no ano letivo 2021/2022, a fim de concluir o Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, Luís de Camões, um relatório foi redigido durante o seu processo. Este relatório é apresentado neste documento.

O estágio foi uma oportunidade valiosa para aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do meu percurso académico, visando à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Este estágio decorreu principalmente num bairro social do Conselho de Loures, no âmbito de um projeto social denominado de Contrato Local de Desenvolvimento Social (CLDS), sob a responsabilidade de uma Instituição Internacional.

O local de estágio permitiu o contacto direto com uma comunidade culturalmente diversa, caracterizada principalmente pelos baixos níveis de escolaridade e de rendimentos, níveis elevados de desemprego, existência de consumo e tráfico de drogas, situações de violência doméstica, imigrantes ilegais e sobrelotação de habitações. O Centro de Atividades e Tempos Livres (CATL), onde realizei a maioria das atividades do estágio, é um espaço que oferece suporte e assistência à população mais carenciada na comunidade envolvente. De entre todo o apoio que era oferecido, havia uma grande demanda por apoio na integração social e profissional. Adicionalmente, esta resposta social era procurada para obtenção de apoio alimentar, formação para adultos, apoio na organização de dinâmicas familiares ou na gestão de despesas, bem como no apoio para a criação de hábitos saudáveis relativamente a alimentação, higiene, e outros aspetos da vida cotidiana. Desde o início do estágio que tive a possibilidade de abordar diversos desafios e contextos diferentes que contribuíram substancialmente para o meu crescimento profissional.

Tive o privilégio de ter sido selecionado para estagiar numa instituição de caráter humanitário a nível mundial, e com dezenas de projetos nas mais diversas áreas de atuação. No entanto, a complexidade e diversidade do meu trabalho durante essa experiência ultrapassaram as fronteiras de uma única instituição. Fui alocado a um projeto social que trabalha em rede com diversas entidades, no sentido de apoiar a comunidade da forma mais completa possível, o que me permitiu vivenciar diferentes cenários de intervenção psicológica. Fui convidado pelo Técnico responsável pelo CLDS, a ministrar duas sessões de formação dedicadas à literacia financeira, com o objetivo de consciencializar os participantes a hábitos que possuem que poderiam colocar em risco a qualidade de vida das suas famílias, e simultaneamente, incentivar a que procurassem ser mais proativos na busca de soluções para

temas simples na gestão financeira caseira, nomeadamente, reaproveitar recursos, reciclar, investir tempo em formação e planear poupanças.

Tinha como objetivos definidos para o estágio, fazer acompanhamentos psicológicos, que me foram possibilitados com os utentes que usavam as infraestruturas do CATL, e nos quais, observei prevalências elevadas de casos relacionados com violência doméstica, um tema delicado que exigiu um enfoque sensível e ético, devido às especificidades dos casos acompanhados e dos contornos legais e sociais que os envolviam. No entanto, permitiu, com o uso da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), estabelecer condições, para que estas pessoas pudessem expressar-se de forma segura, e com o sentimento de que estavam a ser compreendidas sem qualquer tipo de recriminação ou julgamento. Para além do já exposto, participei de forma ativa na receção e apoio a um grupo de refugiados que chegaram a Portugal, devido a circunstâncias de crise humanitária que estavam a viver no seu país. Durante duas semanas estive envolvido na prestação de apoio logístico no espaço onde ficaram alojados, e tive como principal papel, auxiliar para que se sentissem acolhidos. Apesar das diferenças culturais e linguísticas, dar apoio aos psicólogos especializados em situações de crise humanitária, foram ações que em muito enriqueceram a minha experiência.

Este relatório pretende, assim, oferecer uma visão abrangente das atividades e experiências adquiridas durante o estágio, abordando aspetos como o acompanhamento psicológico realizado, a colaboração no acolhimento de refugiados numa situação de crise humanitária e as avaliações psicológicas a crianças. Ao longo deste documento será detalhada informação referente a contextos, métodos e resultados das áreas em que tive envolvido, demonstrando assim a aquisição de conhecimentos valiosos através desta experiência.

Parte I – INSTITUIÇÃO ACOLHEDORA DO ESTÁGIO

1.1. Caracterização do local de estágio

O projeto onde fui recebido para realizar o estágio faz parte de uma Instituição Humanitária não governamental, que surgiu devido à necessidade de assistência médica durante conflitos militares, tendo, ao longo dos anos, expandido as suas atividades para uma maior abrangência em várias áreas, incluindo saúde, apoio social e humanitário (Cruz Vermelha Portuguesa [CVP], s.d.).

Em Portugal, esta instituição presta apoio a áreas como saúde, formação profissional, apoio social e humanitário, entre outras. De acordo com a página oficial da instituição, conta com mais de 5000 voluntários que realizam cerca de 90% do serviço humanitário. Além disso, inclui 170 estruturas locais implantadas no país, cada uma com a sua própria direção, responsável pela gestão da atividade da instituição a nível local. Em 2022, prestou assistência a mais de 50 mil famílias, realizou mais de 11 mil atendimentos a vítimas de violência doméstica, apoiou cerca de 5 mil idosos e duas mil crianças, nem como ajudou mais de 640 refugiados a encontrar uma nova rota de esperança (Cruz Vermelha Portuguesa, s.d.).

O estágio decorreu num dos projetos de cariz social que a instituição coordena, num CLDS. Estes tipos de projetos foram criados com o intuito de serem uma resposta adequada a responder à multiplicidade de necessidades referente ao desenvolvimento social local. Visam principalmente à inclusão social de pessoas em situação de maior vulnerabilidade e fragilidade social. O trabalho no terreno é feito de forma próxima à comunidade que são intervencionadas por diversas instituições sem fins lucrativos (Programa Operacional Inclusão Social e Emprego, 2019).

Os CLDS procuram focar-se principalmente nos territórios especialmente afetados pelo desemprego e por situações críticas de pobreza, nomeadamente onde mais crianças são afetadas. Estes projetos possuem, assim, o objetivo primário de contribuir para o aumento da empregabilidade, para um combate articulado contra a pobreza crítica, em especial garantindo uma maior proteção às crianças, jovens e idosos.

A pobreza crítica denota uma privação extrema, com foco principal na insuficiência alimentar, transcendendo a escassez financeira. Manifesta-se através de fome, desnutrição, restrições educacionais e acesso limitado a serviços essenciais. Este fenómeno complexo envolve também discriminação, exclusão social e falta de participação nas decisões (Pereira, 2010). Usando estratégias que promovem a criação de circuitos de produção, divulgação e comercialização de produtos locais e ou regionais, promovendo o território e a

empregabilidade, e simultaneamente reunir esforços para que seja possível melhorar o acesso local de pessoas a serviços de utilidade pública, reduzindo o isolamento e a exclusão social.

A quarta Geração do projeto CLDS “Fonte de Mudança”, denominado “CLDS 4G – Fonte de Mudança”, é orientado para a população do Bairro Quinta da Fonte na Apelação, Loures. No âmbito do qual, e no seguimento do já exposto, estavam previstas várias ações principalmente para desempregados de longa duração e adultos portugueses e imigrantes com baixa escolaridade, mas também visando ampliar a qualidade de vida das crianças residentes nesta comunidade. Das ações previstas, realço a existência de atividades que facilitavam o acesso a formação académica e profissional, apoio ao emprego, desenvolvimento de capacidades de empreendedorismo, apoio social, desenvolvimento de programas de parentalidade, alimentação, cidadania, associativismo, mobilidade, entre outras (Associação para a Mudança e Representação Transcultural, 2021).

De acordo com o Plano de Desenvolvimento Social de Loures 2015-2016 e com o plano de ação do projeto CLDS aqui referido neste relatório, foi consultado para a elaboração deste documento, sendo esta a versão mais atualizada à data do estágio. O Bairro da Quinta da Fonte recebeu entre 1995 e 1998 famílias identificadas no programa especial de realojamento de 1993. Estas famílias foram as primeiras a habitar este território, através de uma iniciativa privada de uma cooperativa de habitação. Desta forma, diversos agregados familiares de diferentes culturas, nacionalidades e situações familiares passaram a coabitar uma zona, até então desconhecida e à qual não havia qualquer ligação entre si, observando-se ao longo do tempo a falta de cuidado nos espaços comuns do bairro (Câmara Municipal de Loures, 2015).

De acordo com o Plano de Ação Integrado da Quinta da Fonte de 2019, citado no Plano de Ação CLDS 4G (Câmara Municipal de Loures, 2019), cerca de 75% dos 72 lotes deste bairro são habitações sociais que pertencem à União de Freguesias de Camarate, Unhos e Apelação e correspondem a cerca de 43% de toda a habitação social do concelho. Estima-se que residam 2300 moradores. A diversidade étnica é notável, com 62% da população de nacionalidade portuguesa, porém com uma presença marcante de descendentes de imigrantes, incluindo uma comunidade cigana e recentemente cidadãos do Senegal. Contudo, de acordo com testemunhos dos técnicos deste projeto, que realizam visitas domiciliárias, acredita-se que, devido ao acolhimento de imigrantes familiares e conhecidos, o número real ultrapassa bastante o estimado (Carvalho, 2021).

Analisando a distribuição da população por idades, verifica-se um universo predominante de crianças e jovens com menos de 25 anos, sendo estes cerca de um terço da população, concluindo-se que a população em idade ativa é representativa. Apesar dos dados

apresentados, existe uma prevalência da situação de desemprego e da existência de vínculos laborais precários. Situação que está diretamente relacionada com os baixos níveis de escolaridade e de qualificação profissional, bem como com a quantidade de habitantes emigrantes que se mantêm no país em situação de clandestinidade (Câmara Municipal de Loures, 2019).

Os dados remontam também para a existência de um elevado número de beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI), originando uma enorme insuficiência económica por parte dos agregados familiares que dependem desta prestação. Relativamente à população mais jovem, verifica-se a existência acentuada de insucesso escolar, negligência parental (23,8% dos casos reportados à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ] em 2018), violência doméstica (18,8%), existência de comportamentos desviantes e outras situações de perigo (21,7%). Entre janeiro e setembro de 2018, 29,1% dos processos trabalhados na CPCJ pertenciam a crianças e jovens residentes na União de freguesias de Camarate, Unhos e Apelação (Associação para a Mudança e Representação Transcultural, 2021).

As características deste contexto consistem de igual forma num elevado absentismo e abandono escolar, que representa cerca de 10,5% dos casos reportados à CPCJ em 2018. A análise detalhada dessa realidade revela a complexidade do panorama educacional nesta zona, com 16,5% da população analfabeta, 26,7% detentora do 1º ciclo, 12,3% com o 2º ciclo, 18,1% com habilitação equivalente ao 9º ano, e cerca de 25% com ensino secundário e superior (Câmara Municipal de Loures, 2019).

A necessidade de acompanhamento por parte dos organismos competentes abrange vários casos de crianças e jovens, com 21,7% dos casos reportados à CPCJ em 2018 envolvendo comportamentos de risco. No Bairro da Quinta da Fonte, destaca-se o histórico de jovens que se encontram fora do sistema educacional, de trabalho ou formação, contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos desviantes, o que levanta a necessidade de implementação de medidas tutelares educativas, e em alguns casos, a responsabilização criminal, dependendo da idade, demandando a atuação coordenada da CPCJ e dos Serviços de Reinserção Social (Associação para a Mudança e Representação Transcultural, 2021).

O projeto CLDS - Fonte de Mudança, funciona em parceria com outras entidades, trabalhando assim em rede em prol da comunidade. Nesse contexto, desenvolvi o meu estágio no âmbito da Psicologia Clínica, numa instituição fundada em 1972, que tem vindo a dedicar-se ao trabalho com a população cigana em Portugal e que se tornou Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) em 1985. A instituição tem como principal preocupação a

promoção e integração social do povo cigano, apoiando também população não cigana, respeitando sempre a diversidade cultural das pessoas que acompanha.

A estrutura nacional desta instituição depende de uma entidade superior de caráter humanitário e religioso. Foca-se principalmente na educação das crianças, apoiando as respetivas famílias, oferecendo cursos de pré-escolar e centros de atividades de tempos livres numa perspetiva integradora, presenteando, para isso, infraestruturas em 10 dioceses do país. Em Loures, disponibiliza para a população desta zona, um CATL, dirigida às crianças, jovens e às suas famílias (Secretariado Diocesano de Lisboa da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos, s.d.).

1.2. Atividade do Psicólogo

No Diário da República, 2.ª série — N.º 78 — 20 de Abril de 2011, Regulamento n.º 258/2011 foi publicada a aprovação do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), e sobre as quais se destacam as orientações para os psicólogos para um acompanhamento psicológico ideal (OPP, 2011). Essas orientações, de forma resumida, consistem:

- a) No respeito pela dignidade e direitos da pessoa
- b) Na obrigação de se exercer a atividade com base nos pressupostos científicos e competência sobre o uso dos mesmos
- c) Na obrigação da responsabilidade e a necessidade inerente da compreensão total das consequências que a sua atividade pode ter no outro
- d) Na necessidade de manter a integridade, sendo-se fiel aos princípios da profissão
- e) Em manter o princípio da beneficência e nunca do oposto, ou seja, ter sempre em mente a promoção dos direitos e dos interesses do outro
- f) No consentimento informado e no direito à privacidade e obrigação de confidencialidade

A atividade do Psicólogo é também definida como o conjunto de atividades envolvidas na promoção do bem-estar e desenvolvimento das pessoas, na avaliação psicológica, nas práticas e intervenções psicológicas de acordo com os modelos teóricos possíveis e existentes, mas sempre com rigor. Por fim, a profissão de psicólogo abrange também um contexto de investigação (OPP, 2011).

Para além do enquadramento legal e da descrição técnica das funções dos psicólogos, estes têm como função acompanhar e suportar as pessoas a ajudarem-se a si mesmas, permitindo, desta forma, que se conheçam de forma natural, e libertando-se ao ritmo que lhe for mais conveniente, segundo as suas emoções (Rogers, 1961).

Durante o estágio decorrido no CATL, a Psicóloga orientadora, desempenhando várias funções, oferecia apoio emocional e encaminhamento de vítimas de violência doméstica para profissionais com formação de Técnico de Apoio à Vítima (TAV). Colaborava com técnicos de outras instituições e professores locais, focada na promoção do bem-estar geral e desenvolvimento infantil. Esta abordagem, por sua vez, perfeitamente alinhada com a missão do CATL, evidenciando a importância da abordagem científica e ética definida pela (OPP, 2011).

No âmbito do CLDS e dentro da missão do CATL, eram disponibilizadas atividades e formações de alfabetização para adultos. Estas atividades visavam promover o desenvolvimento pessoal e profissional, oferecendo competências básicas como leitura e escrita de português para estrangeiros, respondendo às necessidades cruciais da comunidade.

A avaliação da aptidão dos adultos para tais formações era uma etapa vital, para a qual a psicóloga desempenhava um papel essencial, sendo consultada para avaliar a adequação dos participantes e fornecer apoio quando necessário, este, por sua vez, dado na forma de identificação de necessidades específicas de aprendizagem, orientação emocional ou personalização de estratégias pedagógicas para otimizar o envolvimento dos participantes. A sua presença garantia uma abordagem personalizada, adaptada às especificidades de cada adulto, assegurando a eficácia do programa.

1.3. Estágio académico

Durante o estágio, houve a oportunidade de observar e intervir numa enorme variedade de casos com necessidades e contextos diferentes. Um dos aspetos que trouxe riqueza à experiência do meu estágio foi a multiculturalidade e diversidade de situações de vida dentro da população acompanhada, quer através do projeto do CLDS, como também no CATL, onde era prestado apoio geral à comunidade mais carenciada. A maioria das pessoas que acediam a estes projetos em busca de apoio eram estrangeiros, com dificuldades financeiras e de adaptação social, com carências ao nível da alimentação, de habilitações literárias de nível básico e, em muitas situações, partilhavam dificuldades relativas a sobrelotação das suas habitações, sofrendo assim com a falta de recursos financeiros.

A heterogeneidade cultural trouxe desafios óbvios relativamente à forma como as pessoas lidavam com a vida e com as dificuldades. Por vezes, com a ACP (método utilizado e explicado mais adiante), as pessoas sentiam-se perdidas, como se nunca alguém tivesse antes demonstrado interesse por si, pelos seus pensamentos e emoções. Demonstravam ter alguma dificuldade em pensar em si como uma pessoa. Como se esta forma de se sentirem compreendidas e compreenderem melhor os seus comportamentos e emoções, fosse uma

novidade estranha aos seus costumes, logo, difícil de lidar devido aos paradigmas culturais a que estavam submetidas.

Devido à complexidade associada a esta multiculturalidade, também as instituições tinham dificuldade em obter a confiança das pessoas, das famílias e sobretudo das crianças. Nesse sentido, e para preservar a relação terapêutica da psicóloga residente, não houve a possibilidade de assistir a consultas com adultos ou crianças já em acompanhamento. Todo o processo de observação foi realizado de forma indireta e nos contextos habituais, tanto das crianças como da população em geral.

Foi-me solicitado, adicionalmente, pela coordenação do projeto, que ministrasse duas sessões de formação com a duração de três horas cada, dedicadas ao tema de gestão financeira saudável. O objetivo era de capacitar os participantes que se encontravam em situações de carência económica, a adquirir competências de gestão financeira, promovendo assim uma maior autonomia e reduzindo o *stress* associado às dificuldades financeiras.

Através da colaboração ativa dos elementos do projeto CLDS e dos técnicos do CATL, foi possível identificar algumas pessoas da comunidade com necessidade de acompanhamento psicológico, bem como algumas crianças que frequentavam o espaço e para as quais os seus professores tinham solicitado uma avaliação psicológica devido ao seu fraco rendimento escolar. Deste modo, com a supervisão da psicóloga residente do CATL, os participantes foram identificados com critério e cuidado, envolvendo a colaboração entre diversos profissionais, garantindo um processo criterioso na identificação dos participantes, focado em atender, de maneira adequada, as necessidades psicológicas específicas de cada indivíduo.

Os fatores que definiram a seleção dos participantes, teve por base a perceção de necessidade por parte dos profissionais envolvidos. Foram consideradas maioritariamente pessoas que estivessem a passar por situações de desregulação emocional, vivência de situações continuadas de *stress* e comportamentos considerados depressivos. Também foram consideradas, nesta seleção, pessoas que demonstrassem uma maior abertura para participar de forma voluntária e ativa no processo de acompanhamento psicológico.

Por fim, também foram consideradas pessoas que apresentassem carências financeiras, das quais as suas limitações no orçamento as impedissem de ter acesso a atendimento psicológico pelos seus próprios meios. Entre as pessoas adultas que foram encaminhadas para acompanhamento, duas mulheres eram vítimas de violência doméstica, e uma de caso de desregulação emocional no qual a jovem se queixava de uma enorme tristeza sem que percebesse o que lhe causava esse sentimento.

As crianças que foram acompanhadas e que fizeram avaliação psicológica, foram identificadas pelos seus professores, que ao reconhecerem sinais de dificuldades na aprendizagem, pediram à psicóloga do CATL que avaliasse qual o motivo, e se seria necessário encaminhar alguma destas crianças para um acompanhamento de outros profissionais de saúde.

Os objetivos gerais do estágio, visavam o desenvolvimento de competências no âmbito da avaliação e do acompanhamento psicológico. Para além destes objetivos gerais, na diversidade de contextos onde estive presente, tive também como objetivos:

- a) Observar e desenvolver competências para a aplicação de instrumentos psicométricos a crianças em idade escolar;
- b) Reconhecimento e aplicação das regras definidas pelas instituições que me receberam, e seguindo o código deontológico da OPP;
- c) Aprender com psicólogos no desempenho das suas funções e de acordo com as situações e contextos onde estes exercem as suas atividades;
- d) Desenvolver competências de compreensão empática e capacidade de estabelecer conexões que facilitem o vínculo terapêutico;
- e) Desenvolver com disponibilidade e autonomia, relatórios, reuniões para análise de casos, gestão de feedback e adequação das ações em conformidade;
- f) Direcionar esforços de estudo para áreas ligadas aos casos acompanhados, de forma a ter o máximo de informação e capacidade de compreender o outro de acordo com o melhor enquadramento teórico possível.

Durante o período de estágio, o meu tempo e foco foram divididos em diferentes atividades. Inicialmente, entre outubro de 2021 e junho de 2022, dediquei tempo para fazer uma revisão exaustiva da literatura, pesquisando sobre os mais diversos contextos e desafios em que estive presente e descritos neste documento. Durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2021, observei atendimentos no âmbito do CLDS, visitei a comunidade e tomei conhecimentos dos principais desafios para as equipas de apoio social a trabalharem nesta área.

Em dezembro de 2021, participei ativamente como suporte e apoio ao acolhimento dos refugiados afegãos, desempenhando um papel de facilitador no processo de acolhimento e integração de jovens músicos e seus pais e professores. Posteriormente, de março de 2022 a julho de 2022, fiz os acompanhamentos e avaliações psicológicas, tive reuniões de acompanhamento e orientação de estágio e elaborei relatórios necessários para cada situação.

Também em março de 2022, tive a possibilidade de ministrar duas ações de formação sobre gestão financeira para a comunidade.

Parte II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Violência doméstica: Definição e complexidade

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como a prática intencional do uso da força física ou de poder, sendo esta em forma de ações ou ameaças, contra o próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, com resultados que possam causar lesões, morte, danos psicológicos e/ou perturbações no desenvolvimento ou privação do desenvolvimento humano. Esta definição de violência abarca alguns conceitos relevantes, nomeadamente, a questão da intencionalidade. Ações não intencionais não são consideradas como violência, visto que implicam sempre a existência de intuito (Krug et al, 2022).

Violência é igualmente definida como uma demonstração ou afirmação de poder, mediante o uso da força exercida, podendo ser expressa de modo física, psicológica ou sexualmente e de privação económica ou social, entre outros. Existe sempre uma assimetria de poder entre o agressor e a vítima, estando este último em posição de inferioridade face ao tipo de poder que o agressor usa, seja de ordem física, emocional, ou outras que permitam ao agressor manter essa predominância (Krug et al, 2022; Alarcão, 2006).

Estas manifestações de violência têm consequências na integridade e bem-estar dos indivíduos e na sua capacidade de se desenvolverem. Atos como empurrar, pontapear, esmurrar, atirar objetos, cuspir, puxar cabelos e outras ações são consideradas ações violentas, de natureza física. Insultos, ameaças ou intimidações, críticas, privar o outro do contacto com familiares ou amigos, revistar objetos pessoais como a mala ou carteira, privação económica e social, impedir acesso a cuidados básicos de saúde, entre outros exemplos são ações que podem ser consideradas ações de natureza psicológica (Krug et al, 2022).

A violência de natureza sexual inclui todas as ações que passem por obrigar a vítima a praticas sexuais não consensuais. Esta definição inclui também a violação marital, que devido a fatores culturais, muitas vezes não é entendida como violação propriamente dita. Estudos realizados no México e nos EUA, apontam para cerca de 50% das mulheres que são vítimas de violência física praticada pelo companheiro, sofrem também violência sexual por parte do mesmo. Várias outras pesquisas apontam para a possibilidade de que a violência física nos relacionamentos é, por norma, acompanhada por outro tipo de violência, como sexual ou psicológica (Krug et al, 2022).

De acordo com os dados oficiais da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG), no terceiro trimestre de 2023 foram acolhidas 1.478 pessoas, sendo 50,1% mulheres, 48,6% crianças e 1,3% homens, pela Rede Nacional de Apoio a Vítimas de

Violência Doméstica. No mesmo período foram transportadas 317 vítimas e 5.110 pessoas foram abrangidas pela medida de proteção por teleassistência, no âmbito do crime de violência doméstica. Registaram-se 8.443 ocorrências participadas à Polícia de Segurança Pública (PSP) ou à Guarda Nacional Republicana (GNR). Foram aplicadas 1.211 medidas de coação de afastamento a agressores pelo crime de violência doméstica (das quais 77% com recurso a vigilância eletrónica) e integradas 2.616 pessoas em programas para agressores. Registaram-se quatro vítimas (três mulheres e um homem) de homicídio voluntário em contexto de violência doméstica (Dimitrova-Stull, 2014).

Apesar de não haver um instrumento específico dedicado à proteção das mulheres contra a violência na União Europeia (UE), existem medidas legislativas e políticas em domínios relacionados, como a igualdade de tratamento, o tráfico de seres humanos e a proteção das vítimas. Os Estados-Membros têm abordagens diferentes em matéria de legislação e de estratégias políticas para lidar com a violência contra as mulheres, sendo a violência doméstica e o tráfico de seres humanos os temas mais abordados nos planos de ação nacionais (Dimitrova-Stull, 2014).

De acordo com o Decreto-Lei nº 75/1987 (1987). Artigo 67.º-A, no Código Penal Português (CPP), é considerada vítima a pessoa singular que sofre um dano ou atentado à sua integridade física e/ou psíquica. São também considerados danos emocionais, morais ou patrimoniais, sendo estes causados por ação ou omissão na prática de um crime. O mesmo artigo define ainda que as vítimas especialmente vulneráveis são indivíduos a quem esta designação se adegue face à sua idade, estado de saúde, existência de deficiências, mas também com o tipo e duração da relação que potencia a vitimização (Diário da República, 1987).

Em função da Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica que ocorreu em novembro de 2011 em Istambul, aprovado em Assembleia da República a dezembro de 2012, a Convenção de Istambul registou a condenação em todas as formas de violência contra mulheres e/ou violência doméstica, reconhecendo a igualdade entre homens e mulheres como elemento base na prevenção contra estes tipos de violência. Considerando que as mulheres estão expostas a maior risco de serem vítimas de atos violentos do que os homens, a violência doméstica afeta mais as mulheres do que os homens, sendo que historicamente este tipo de violência está ligado a manifestações de poder desiguais, tornando a natureza deste tipo de violência seja baseada no género (Redondo et al, 2012).

No Tratado de Istambul, foi definido no art.º 3º o que já discutido acima: que a violência contra mulheres é uma violação dos direitos humanos em forma de discriminação de género, e que pode resultar em danos físicos, sexuais, psicológicos ou outros sobre forma de ameaças, coação ou privação. No mesmo artigo, é também definido, que a violência doméstica inclui todo o tipo danos de cariz físico, sexual, psicológico ou económica. Este tipo de violência ocorre no contexto doméstico, entre cônjuges ou ex-cônjuges, esteja ou não o agressor a coabitar com a vítima (Redondo et al, 2012). Existem fatores associados às situações de violência doméstica, que podem ocorrer isoladamente ou em conjunto, relacionados não apenas em contexto familiar, cultural ou económico, mas também com características individuais dos envolvidos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2010).

A complexidade da violência doméstica torna desafiadora a sua abordagem, pois diversos fatores neste contexto como desemprego, alcoolismo, contexto social ou cultural, normas sociais, religiosas e crenças relacionadas aos papéis de género, podem influenciar o equilíbrio nas relações familiares. Esses elementos contribuem para o surgimento ou intensificação de conflitos no seio desse sistema familiar, conforme discutido por (Alarcão, 2006).

É difícil para as vítimas de violência doméstica ultrapassar a situação vivida, tendo na sua maioria uma grande dificuldade em se separar do papel de vítima para caminhar numa direção de autorrealização, liberdade e poder pessoal. Nestes casos, é requerido que haja um acompanhamento das vítimas no sentido de as apoiar e incentivar a redescobrirem-se enquanto indivíduos com potencial de crescimento e desenvolvimento inato, bem como a uma quebra na dependência emocional que encontram com o agressor. Cabe ao psicólogo o papel de compreender a pessoa e a forma como a história pessoal desta a levou àquele momento, e num ambiente de confiança, permitir que esta possa partilhar o que causou o seu sofrimento (Leal et al, 2012).

De um modo geral as vítimas de violência doméstica debatem-se internamente para aceitar que estão a vivenciar um relacionamento com algum tipo de violência, assumem como algo que é natural e merecido - ainda que esta aceitação e acomodação a este tipo de situações seja mais frequente quando existe violência psicológica. Quando a vítima compreende a situação que está a viver é mais fácil encontrar em si os recursos que necessita para sair da relação (Manita, 2008).

A ACP, oferece uma abordagem única para lidar com a violência de género (Rogers, 1964). Em vez de desafiar diretamente as atitudes e crenças dos homens, os terapeutas

centrados na pessoa permitem que os homens descubram e explorem o seu senso de si mesmos, incluindo a sua identidade como homens, os seus vários papéis sociais e máscaras, bem como as racionalizações que eles têm para o seu comportamento violento e controlador (Barrett-Lennard, 2007). Esta abordagem permite que o cliente descubra o seu caminho, trabalhando com o seu nível de autoconsciência e aceitando e reconhecendo todos os aspetos da sua experiência à medida que ele escolhe explorar e representá-la.

A aceitação incondicional do terapeuta permite que o utente experimente a autoaceitação incondicional. É a vivência completa dos sentimentos de alguém, mesmo os angustiantes, na sua profundidade e amplitude total, e uma aceitação do bom, do mau e do feio em si mesmo que, em última análise, permite que uma pessoa avance (Freire, 2001; McMillan, 2004). A visão de que a aceitação traz mudança, e que o terapeuta, portanto, aceita incondicionalmente em vez de se esforçar para mudar o violador, é um paradoxo central da teoria centrada na pessoa (Rogers, 1964).

Os clientes que se tornam autodirigidos não escolhem simplesmente satisfazer as suas próprias necessidades e desejos (Rogers, 1964). Visto que uma pessoa está a trabalhar no seu próprio processo de valorização, autodirigido e intrínseco. Os valores e comportamentos que escolhe são predominantemente pró-sociais e aprimadores para os outros, bem como para si mesmo. Isso sugere que, fornecer as condições terapêuticas nas quais homens violentos podem encontrar os seus “*selves*” inteiros e mover-se em direção ao potencial que a sua tendência atualizante lhe revelará, é uma maneira ética de trabalhar (Gadd, 2004).

O psicólogo deve então acompanhar a vítima no seu processo de mudança relativamente ao agressor e à forma como se relacionava com ele, compreendendo que essa modificação deve começar em si mesma, num processo de libertação e integração com a pessoa que deveria sempre ter sido. Ao mudar a imagem que tem de si, pode ir conquistando a segurança que a fará ultrapassar o sofrimento psíquico (Neves, 2012).

2.2. Desafios no apoio a refugiados

No verão de 2021, quando as tropas americanas se retiraram do Afeganistão, os Talibans regressaram, trazendo violência e devastação em nome do que consideram ser a lei Islâmica e, pelo seu entendimento das escrituras do Corão. Como exemplo, os Talibans consideram que a música é um pecado, por isso todas as formas musicais com exceção dos cânticos religiosos foram proibidas, as mulheres voltaram a ter imposições de comportamento e vestuário que as impede de estudar ou falar livremente (Lins, 2022).

Com ressurgimento dos Talibans, o fundador e diretor do Instituto Nacional de Música do Afeganistão (INMA), ajudado por vários governos estrangeiros, organizou a saída de 273

peças para Lisboa, de entre as quais alunos, professores e familiares, com a autorização do governo português em acolher estes refugiados e permitir que o projeto musical afegão pudesse ser estabelecido em Portugal (Lins, 2022).

O ambiente que se vivia na INMA era um exemplo para todo o país, onde vários jovens de várias idades, géneros e classes sociais, conviviam, aprendiam em conjunto, brincavam e praticavam juntos. Entidade com vários prémios internacionais de música. A INMA era reconhecida pelos seus ideais e luta pela igualdade, reservando metade das suas inscrições para crianças em situação de vulnerabilidade, como órfãos e raparigas de todos os grupos étnicos e de qualquer religião (Lins, 2022).

Das 273 pessoas que saíram do Afeganistão, a CVP acolheu 132 pessoas que chegaram a Portugal a 13 de dezembro de 2021, alojadas no antigo Hospital Militar de Belém, através da cedência por parte do Ministério da Defesa. Foram providenciados meios para que todos pudessem ficar instalados, com o mínimo de condições. No entanto, o que inicialmente se apresentava como uma solução temporária acabou por se prolongar mais do que o esperado, enfrentando os desafios impostos pela pandemia. Tendo a coordenadora no terreno, descrito a situação como sendo de grande tensão, comparável a ter quase uma aldeia inteira dentro de um prédio (Lusa, 2022).

Segundo James e Gilliland (2012), numa situação na qual é requerida uma intervenção em crise, o psicólogo deve reunir um conjunto de competências e adotar alguns comportamentos muito específicos, nomeadamente, de ser capaz de manter a calma e equilíbrio face às situações e comportamentos motivados pelo ambiente de crise em que as pessoas se encontram. Deve também ser criativo e flexível, procurando adaptar-se e procurar soluções para questões de difícil resolução. A energia e capacidade de resistir em contextos desconfortáveis e impactantes são outras características necessárias, sendo que a resiliência é de extrema importância quando os esforços se mostram infrutíferos. É necessário manter o foco e recuperar das derrotas que se forem sofrendo no processo de intervenção. O psicólogo deve, de igual forma, ter alguma agilidade mental e capacidade de agir de forma rápida e eficaz, quando o fator tempo se torna relevante. A assertividade é essencial para se conseguir lidar com possíveis situações de agressividade, ajudando as pessoas, no entanto sem deixar de estabelecer limites que o ajudem a preservar a sua integridade (James & Gilliland, 2012; CAPIC, 2017).

No contexto do trabalho com sobreviventes de trauma, como os refugiados afegãos em Portugal, é importante compreender e considerar o Crescimento Pós-Traumático (CPT) como um conceito relevante para entender e facilitar a recuperação após experiências traumáticas. O

CPT, introduzido por Richard e os colegas em 1995, refere-se às mudanças positivas que as pessoas, frequentemente, relatam após enfrentar adversidades (Joseh, 2015). A ACP é, assim, uma abordagem a ser considerada para o acompanhamento de pessoas que passaram por traumas, visto ser uma abordagem terapêutica focada no desenvolvimento dos indivíduos e no seu crescimento pessoal, procurando facilitar as pessoas no seu processo de alcançarem um funcionamento mais pleno (Joseph & Murphy, 2012).

A ACP visa não só explicar o desenvolvimento de angústia e disfunção, mas também como este é um processo intrinsecamente motivado em direção à congruência entre o *self* e a experiência, que neste contexto pode ser descrito como CPT. Conforme entendido a partir da ACP, é uma forma de descrever o funcionamento psicológico que surge quando há maior congruência entre o *self* e o que é experienciado (Joseph, 2003).

Num ambiente social caracterizado pela consideração positiva incondicional, as pessoas podem desenvolver a sua autoestima de forma positiva e integral, livres de distorções (Rogers, 1959). A sua autorrealização ocorrerá numa direção consistente com a sua tendência atualizante para se tornarem pessoas mais plenas e funcionais. Assim, a autoaceitação incondicional permite que as pessoas lidem melhor com as suas experiências relacionadas com o trauma, a fim de compreenderem as novas informações sobre si mesmas e sobre o mundo (Joseph & Linley, 2006).

2.3. Desenvolvimento humano e implicações nas dificuldades de aprendizagem

O conceito de dificuldade de aprendizagem é debatido desde há muito tempo. Não sendo unânime a sua perceção, Passeri (2003) e Osti (2004) tentaram distinguir os termos “distúrbio de aprendizagem” de “dificuldade de aprendizagem”, associando-os a comprometimentos neurológicos ou dificuldades académicas, respetivamente. Saravali (2005), refere que as abordagens têm variado entre perspetivas médicas, por um lado, e psicológicas ou pedagógicas por outro. No entanto, é importante salientar que ainda não existe consenso relativamente à definição exata do que constitui uma dificuldade de aprendizagem.

De acordo com uma definição datada de 1988 citada por Sisto(2001), apresentada pelo *National Joint Committee on Learning Disabilities* (NJCLD), as dificuldades de aprendizagem não abarcam problemas como déficits de atenção e hiperatividade, que são considerados sintomas e não condições em si. Além disso, não são caracterizadas por deficiências sensoriais, atraso no desenvolvimento intelectual, transtorno emocional, condições culturais, ensino inadequado ou insuficiente, embora possam coexistir. A essência das dificuldades de aprendizagem reside na sua natureza intrínseca ao indivíduo, sendo

associadas a disfunções do sistema nervoso central, fundamentadas por estudos neuropsicológicos e genéticos. Surpreendentemente, estas dificuldades podem manifestar-se em qualquer idade, sugerindo ser um desafio ao longo da vida. Esta definição abrange um espectro variado de perturbações, revelando desafios em várias áreas, sem incluir deficiências visuais, auditivas, motoras ou desvantagens culturais.

Fonseca (1995) refere que para compreendermos as dificuldades de aprendizagem é necessária uma abordagem que considere a interação e a dialética. Integrar as dificuldades do indivíduo, tanto na escola, na família como em contextos onde esteja incluído, é fundamental, pois existem interações complexas entre as dimensões neurobiológicas e socioculturais que influenciam a aprendizagem humana.

Pesquisadores portugueses adotaram a proposta do NJCLD, considerando que esta definição esclarece que as Dificuldades Específicas de Aprendizagem (DEL), podem ocorrer em adultos e que o baixo rendimento académico pode ser resultado de um distúrbio neurológico (Hammill, et al, 1981; Hammill, 1990). Os alunos com DEL são geralmente crianças com inteligência média ou acima da média que, apesar de receberem uma educação adequada, enfrentam dificuldades de aprendizagem, especialmente em leitura, escrita e matemática. É importante reconhecer a necessidade de uma avaliação completa para determinar a elegibilidade para serviços de educação especial (Miranda Correia & Martins, 2007).

Piaget (1976) defendia que a construção do conhecimento é fruto das interações entre o sujeito e o objeto de conhecimento. O desenvolvimento da criança é concebido como um sistema vivo, simultaneamente aberto e fechado, que procura o equilíbrio através da abstração reflexiva e da generalização, e atravessando quatro estádios de desenvolvimento: sensório-motor, intuitivo ou pré-operatório, operações concretas e operações formais (Gleitman et al, 2011). A teoria de Piaget visa compreender o desenvolvimento cognitivo e a evolução das crianças na capacidade de elaborar pensamentos e raciocínios cada vez mais complexos (Lourenço, 2010).

Durante o estágio, as crianças acompanhadas, com idades entre 6 e 12 anos, apresentaram diferentes níveis de maturidade para o processo de aprendizagem neste contexto. A norma sugere que deveriam exibir fatores como autoconsciência, respeito interpessoal, capacidade de colaboração e algum nível de responsabilidade para facilitar o sucesso na socialização (Alarcão & Tavares, 2005).

A perspetiva de Piaget é fundamental para a compreensão das dificuldades de aprendizagem. Vários autores, exploraram a relação entre o sujeito e o meio para entender as

causas das dificuldades de aprendizagem. Ramozzi-Chiarottino (1994) concluiu que as perturbações de aprendizagem derivam de deficiências endógenas na cognição, influenciadas pelo ambiente durante o período crítico de zero a sete anos (Saravali & Guimarães, 2007).

Ramozzi-Chiarottino (1994) propôs intervenções como a construção de esquemas motores, reflexão sobre o meio, observação e experiências sobre a natureza, e construção de representações e estruturas do pensamento. Estas abordagens revelaram melhorias significativas no desempenho escolar quando os alunos interagem com um ambiente enriquecedor (Souza, 2013; Brenelli, 2016). Os estudos destacam a necessidade de os profissionais estarem atentos ao que ocorre com seus alunos, investigar as razões para as dificuldades de aprendizagem e identificar meios escolares que minimizem as condições de fracasso impostas a esses alunos (Saravali & Guimarães, 2007).

2..1. Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) é uma perturbação que ocorre ao nível do neuro-desenvolvimento durante a infância, podendo, porém, persistir ao longo da vida, mesmo em idade adulta. É uma patologia complexa, que inclui vários fatores e conjuntos de sintomas como a hiperatividade, que consiste na agitação motora exagerada e desenquadrada com o contexto, a dificuldade em controlar impulsos ou de saber adiar a recompensa, o déficit de atenção na medida em que se verifica dificuldade em manter a atenção e o foco na realização de tarefas, por mais simples que sejam. É determinante para o diagnóstico da PHDA compreender se estes sintomas ocorrem só num contexto ou se são verificáveis em várias ocasiões, como na escola, em casa, em tempos livres, e outros onde possa estar inserido. Também é relevante saber se este sintoma se mantém por um período superior a 6 meses seguidos, impactando diretamente nas rotinas diárias da criança (APA, 2014).

A PHDA tem sofrido várias modificações na sua definição ao longo do tempo. Nos anos setenta, houve um aumento significativo nos estudos sobre, com milhares de artigos e textos científicos publicados no final da década. Nesse período, o déficit de atenção começou a ser considerado o aspeto fundamental do distúrbio, substituindo os níveis exagerados de atividade como principal característica. Durante os anos oitenta, houve um esforço para melhorar os critérios de identificação do distúrbio e estabelecer diretrizes mais confiáveis para o diagnóstico (Lopes, 2004).

Entre 1990 e 2000, outras teorias surgiram como suporte a diversos tipos de intervenção (Martínez-León, 2006). Algumas interpretações passaram a considerar o déficit de

atenção/hiperatividade como tendo uma componente motivacional forte, o que teve implicações importantes no tratamento, como deixar de culpar a criança por sua conduta e especificar o ambiente e as tarefas para otimizar a melhoria do comportamento e da motivação da criança.

A PHDA é frequentemente observada em familiares próximos, indicando uma forte influência genética (APA, 2014). Além dos fatores genéticos, os fatores ambientais e sociais, como a exposição a toxinas (chumbo, álcool, fumo do tabaco), também são importantes (Fernandes, 2001). Práticas parentais inadequadas e o uso de substâncias durante a gravidez podem afetar o comportamento e desenvolvimento da criança (Parker, 2006). Um estudo realizado por Christakis e colaboradores (2004) mostrou que as crianças que assistem a pelo menos uma hora de televisão por dia têm um risco 10% maior de apresentar problemas de atenção aos sete anos.

Existem muitas pesquisas que referem que os pais de crianças com PHDA, tendem a ter um estilo educativo menos permissivo, sendo mais punitivos e dando mais orientações do que outros pais (Johnston & Mash, 2001; Lopes, 2004). No entanto, a direção primária dos efeitos é principalmente da criança para os pais e não o inverso, ou seja, os comportamentos disfuncionais parentais parecem ser principalmente uma reação às dificuldades e não uma causa das mesmas. (Johnston & Mash, 2001).

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma condição complexa que pode ser influenciada por muitos fatores. Desde cedo, o temperamento de um bebê começa a mostrar sinais que podem indicar PHDA (Brazelton, 2006). No entanto, nem todas as crianças com um temperamento difícil desenvolvem esta condição (Friedman & Doyal, 1992). Verifica-se, no entanto, a existência de alguns dados que apontam para os pais de crianças com PHDA tenderem a ter um estilo de parentalidade mais rigoroso, mas isto parece ser mais uma resposta ao comportamento da criança do que a causa do comportamento (Johnston & Mash, 2001).

As crianças com PHDA são um grupo diversificado, com diferentes sintomas e intensidades. Uma avaliação precisa requer uma abordagem multidisciplinar, considerando o comportamento da criança em vários contextos (Lopes, 2004). A falta de conhecimento sobre a PHDA pode levar a diagnósticos errados, com indivíduos a receberem o rótulo de PHDA ou a passarem despercebidos (Graeff & Vaz, 2008).

O diagnóstico da PHDA é desafiante, mesmo para profissionais experientes, por não existirem testes físicos, neurológicos ou psicológicos que provem a presença da PHDA. Além disso, muitas crianças permanecem calmas durante a consulta, dificultando a identificação dos

sintomas (Phelan, 2005). A avaliação ideal da PHDA envolveria várias etapas, incluindo entrevistas com a criança, pais e professores, exames médicos e observação direta do comportamento da criança (Lopes, 2004).

2.3.2. Perturbação específica de aprendizagem

A Perturbação Específica de Aprendizagem (PEA) é uma perturbação referente ao neuro-desenvolvimento, de origem biológica e que devido à sua influência ao nível cognitivo pode afetar o comportamento, a perceção e processamento das informações verbais e não verbais. Verifica-se que usualmente as dificuldades de aprendizagem associadas a esta perturbação iniciam-se nos primeiros anos escolares, quando as crianças são inseridas no meio académico, expostas a novos desafios e às suas capacidades intelectuais. Se as dificuldades não forem originadas por deficiências comunicacionais, visuais, auditivas, por fatores de ordem neurológica ou por inadequação da forma como as crianças são conduzidas no percurso escolar, pode considerar-se a possibilidade da existência da PEA (APA, 2014).

As crianças com PEA, por norma, realizam as atividades académicas de forma lenta, podendo mesmo não concluir as tarefas que iniciam. Demonstrem dificuldades em compreender alguns tipos de comunicação, perdendo o sentido das mensagens que lhe são dirigidas. Podem, igualmente, demonstrar uma coordenação motora desadequada ou limitada para a idade e ao tipo de atividades a desenvolver. Apresentam também, dificuldade relativamente à leitura ou na realização de cálculos (Rafagnin et al, 2020).

O diagnóstico para a PEA passa pela identificação de um ou mais sintomas, de forma persistente, durante um período mínimo de 6 meses. Os sintomas a considerar avaliam a leitura de forma imprecisa ou com esforço não justificado pela dificuldade das palavras, a dificuldade em compreender o sentido do conteúdo que lê, não percebendo segundos sentidos nas frases, sequências ou relação entre informação. A dificuldade em escrever de forma correta, com a tendência de alterar as vogais pelas consoantes ou acrescentar ou omitir letras, é outro dos sintomas a considerar, tal como a dificuldade com a gramática, pontuação, organização de ideias e/ou parágrafos. Outro sintoma relevante é a dificuldade que se verifica relativamente ao cálculo, perdendo-se com facilidade ou até trocar as operações necessárias, o que leva a outro sintoma relevante que consiste nas dificuldades visíveis ao nível do raciocínio, demonstrando não conseguir lidar com problemas que envolvam cálculo ou aplicação de conceitos (APA, 2014).

De acordo com o DSM-V (2014), estima-se que existem entre 5% a 15% de crianças a nível mundial, com diagnóstico potencial de PEA, sendo que na sua maioria as crianças apresentam simultaneamente dislexia, impactando o seu desempenho na leitura,

disgrafia que impacta a capacidade de escrita e a discalculia que apresenta prejuízos ao nível do cálculo. A avaliação destas dificuldades deve considerar diagnósticos diferenciais, que podem passar por ansiedade, depressão, perturbações específicas da comunicação ou do desenvolvimento motor (APA, 2014).

A literatura existente também defende que as dificuldades de aprendizagem se devem não só aos fatores individuais, mas também a fatores culturais, sociais e familiares, havendo demonstrações das referidas dificuldades em contextos diferentes do escolar (Marques & Cepêda, 2009). A existência de sintomas não leva diretamente a um diagnóstico de psicopatologia da criança, visto que esses sintomas tanto podem ser motivados pelo contexto, como surgirem de forma pontual e transitória durante o processo de desenvolvimento da criança, e alguns desses sintomas são expectáveis, mediante a fase de desenvolvimento em que surjam (Marques & Cepêda, 2009).

Segundo o DSM-V (2014), as dificuldades de aprendizagem são consideradas transtornos que criam complicações no desempenho académico de acordo com as reais capacidades das crianças e/ou jovens. Estas podem ser sentidas na forma de dificuldades na compreensão, concentração, manter atenção ativa, comunicação e linguagem (APA, 2014). Podem estar relacionadas com baixa autoestima, possíveis défices cognitivos, problemas relacionais ou familiares, fatores emocionais ou desinteresse na escola, o que leva a não ser feito o investimento e sacrifício esperados (Lopes, 2003).

A atividade do psicólogo no contexto escolar deve contribuir para o desenvolvimento afetivo e cognitivo das crianças ou jovens, impactando diretamente no que diz respeito à identidade, autonomia, futuras competências profissionais e a saúde e bem-estar geral. A observação e análise do comportamento, juntamente com a avaliação psicológica, baseada na investigação científica, possibilita compreender melhor as limitações das crianças ou jovens, sejam estas limitações de cariz patológico ou comportamental (Leal, 2006).

É considerada a existência de uma correlação elevada entre as relações familiares e a forma como as crianças e jovens se desenvolvem dentro do contexto familiar. Sendo relevante analisar quatro dimensões específicas neste contexto:

- a) O conflito, onde qualquer relação munida de agressividade, crítica ou mesmo conflitos entre elementos da família, pode ser considerada para esta dimensão.
- b) A hierarquia, onde se podem verificar diferenças abusivas e distinções rígidas de poder, principalmente entre elementos de gerações diferentes no seio familiar.
- c) O apoio, onde se verifica que tipo de suporte é dado tanto a nível das necessidades materiais como emocionais.

- d) A coesão ou o nível de vínculo emocional existente para com os restantes elementos da família (Leusin et al., 2018).

A estrutura familiar é um importante fator de risco ou de desenvolvimento das crianças e jovens, impactando diretamente nos problemas emocionais, habilidades cognitivas e comportamento, independentemente das características individuais de cada indivíduo (Leusin et al., 2018).

2.3.3 A Ludoterapia Centrada na Criança

A Ludoterapia Centrada na Criança (LCC) desempenha um papel muito importante no acompanhamento de crianças que possuem as perturbações anteriormente apresentadas, sendo necessário o desenvolvimento de uma relação de confiança, de parte a parte, essencial para se criar um ambiente onde a criança se sinta livre para se expressar livremente através da brincadeira. Durante as sessões, o psicoterapeuta deve adotar uma postura passiva, observando e refletindo os sentimentos da criança sem julgamento (Axline, 1988; Rogers, 2003).

A LCC, demonstra a importância do ambiente terapêutico amigável e não diretivo. Também nesta abordagem a aceitação incondicional continua a ser um dos princípios fundamentais, permitindo e incentivando a autoexpressão e respeitando o ritmo individual da criança. O Psicólogo deve ser capaz de compreender e refletir os sentimentos da criança, enquanto evita antecipar preocupações (Axline, 1988).

Esta abordagem oferece à criança um espaço seguro para que possa explorar os seus sentimentos e conflitos internos enquanto brinca, facilitando-lhe a expressão emocional e o desenvolvimento saudável. O ambiente terapêutico deve ser preparado com cuidado, oferecendo materiais variados e adaptados ao tamanho e às necessidades da criança. Ao utilizar estratégias lúdicas como jogos, desenhos e histórias, a criança pode identificar e superar, mais facilmente as suas dificuldades (Aviz et al., nd).

Brincar é uma ação de extrema importância para crianças com PHDA, permitindo-lhes expressar-se de forma única e explorar diferentes situações de prazer. Durante as sessões de Ludoterapia, os brinquedos assumem diferentes significados, refletindo o mundo emocional da criança e possibilitando uma compreensão mais profunda de suas questões (Schmidt & Nunes, 2014).

2.3.4 Terapia Cognitiva-Comportamental

No local de estágio, a abordagem usada pela Psicóloga era a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC- b). Esta abordagem psicoterapêutica foi desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960, e é focada na resolução dos problemas dos pacientes através da

modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 2013). Esta terapia é fundamentada no modelo biopsicossocial, que considera os fatores biológicos, psicológicos e sociais na compreensão do comportamento humano (Rangè, 1999).

A TCC-b combina abordagens cognitivas e comportamentais, utilizando de técnicas para apoiar os pacientes a ultrapassar as perturbações que estiverem a experienciar, incluindo depressão, ansiedade, transtornos alimentares, e outros (Knapp et al., 2004). A eficácia da TCC-b é apoiada por evidências científicas provenientes de pesquisas empíricas (Knapp & Beck, 2008).

De acordo com os pressupostos desta abordagem, as perturbações do foro psicológico, têm origem em avaliações distorcidas ou disfuncionais dos acontecimentos, que por sua vez irão influenciar as emoções que condicionam os comportamentos (Rangè, 1999). As técnicas usadas pela TCC-b, permitem identificar, avaliar e modificar padrões cognitivos disfuncionais, com o objetivo de promover mudanças positivas no comportamento e nas emoções dos pacientes (Knapp & Beck, 2008).

2.4 Abordagem Centrada na Pessoa

Na década de 1940, Carl Rogers apresentou a sua tese a respeito da ACP. Uma proposta revolucionária na psicologia, face às metodologias da sua época. Baseia-se na crença de que todos os seres humanos têm a capacidade inata de alcançar o seu máximo potencial. Esta capacidade, que se denominou de “tendência atualizante”, era por ele considerada a força motriz por trás do desenvolvimento pessoal em todos os indivíduos, permitindo-lhes crescer e evoluir de acordo com as suas próprias necessidades e ritmos (Rogers, 2023).

Neste tipo de abordagem, o *setting* terapêutico é único, pois é composto por dois especialistas em alternativa ao que era prática na altura, em que existia apenas um e alguém sem conhecimento ou poder de ação. Um dos especialistas domina teorias e técnicas de terapia e o outro, o próprio cliente, que era o especialista na sua própria experiência. Esta abordagem não-diretiva e empática tem como objetivo principal empoderar e motivar o utente ao longo do seu processo terapêutico, valorizando acima de tudo a sua própria experiência (Rogers, 1957).

O conceito da não-diretividade não começou como uma atitude fundamental de resposta, mas como um estilo específico de resposta terapêutica, de forma a que o cliente seja sempre o responsável pela condução da terapia. O papel do terapeuta é demonstrar que compreende o indivíduo, respondendo perante a atitude e o sentimento imediato do mesmo, com total aceitação pela forma como decide sobre o rumo da terapia (Prouty, 2001).

O terapeuta, na Terapia Centrada no Cliente (TCC), toma assim, uma posição onde não orienta, não dirige, não interpreta, não dá conselhos, nem explicações. A sua responsabilidade é de acompanhar e facilitar o processo do cliente na definição dos seus próprios objetivos. Neste contexto e tipo de acompanhamento, o cliente é incentivado a explorar a sua liberdade da forma como lhe for mais confortável para manter a sua integridade e opção de escolha sobre as decisões que melhor se adaptarem à sua própria realidade (Prouty, 2001).

É importante esclarecer que o papel de um terapeuta que usa uma abordagem não-diretiva, não é um papel inativo. A não-diretividade refere-se à ausência de intervenção externa no processo do cliente. Na não-diretividade, o terapeuta está envolvido no processo esforçando-se para facilitá-lo sem perturbar o rumo tomado pelo cliente (Rogers & Kinget, 1977).

Nesta abordagem, o indivíduo possui a autonomia para escolher qualquer direção, simplificando assim a escolha por um caminho mais positivo e construtivo, que só pode ser justificado pela tendência natural inata aos organismos para o crescimento e o pleno desenvolvimento das suas capacidades (Rogers, 1980).

É importante a aquisição gradual de autoconhecimento ao mesmo tempo que se avança na compreensão da situação do cliente. Acompanhado pelo terapeuta, o cliente pode esclarecer os seus sentimentos e perceções, num ambiente não autoritário e permissivo, permitindo ao indivíduo avançar ao seu próprio ritmo e escolher o caminho a seguir (Rogers, 1978).

Hipólito (2011) faz uma referência detalhada ao modelo terapêutico da terapia não-diretiva desenvolvido por Rogers. Este modelo é fundamentado em três pilares principais. Os dois primeiros pilares, a tendência atualizante e a não diretividade, já foram discutidos e explicados anteriormente neste documento. O terceiro pilar, que é igualmente crucial para a eficácia deste modelo terapêutico, consiste na existência de seis condições. Estas condições, consideradas necessárias e suficientes para que ocorra uma mudança terapêutica significativa e duradoura, são detalhadas a seguir.

A primeira condição consiste na necessidade de existir contato psicológico, que expressa a existência de uma conexão básica necessária entre o terapeuta e o cliente. Esta conexão pode ser percebida de forma consciente ou inconsciente, e estabelece uma relação onde ambos estão cientes da presença e do impacto que cada um tem sobre o outro. A segunda condição, refere-se à necessidade de existir incongruência no cliente. A importância desta condição, prende-se com o facto, de ser o motivo pelo qual, o cliente é levado a pedir ajuda.

Esta incongruência é um desequilíbrio percebido pelo cliente entre o seu eu ideal e o seu eu real, que o leva a procurar ajuda terapêutica (Hipólito, 2011).

A terceira condição refere-se à congruência por parte do terapeuta, sendo esta, uma condição de autenticidade por parte do terapeuta na relação, sem papéis previamente definidos, plenamente consciente da sua experiência (Rogers 2009). É a coerência interna e autenticidade do terapeuta, promovendo uma comunicação genuína que facilita a proximidade com a experiência real do paciente. Essa congruência, compartilhada pelo cliente e pelo psicólogo, é crucial para estabelecer uma aliança terapêutica legítima (Rogers, 1983). A congruência refere-se à capacidade de se manter verdadeiro consigo mesmo. As suas palavras e sentimentos devem ser e estar, coerentes e alinhados. Dessa forma, não haverá contradições entre o que sente, o que diz e o que faz (Bozarth, 2002).

A quarta condição é a aceitação positiva incondicional, que implica o reconhecimento e a aceitação integral do indivíduo em toda a sua complexidade como ser humano. Essa atitude respeitosa e sem julgamentos cria um ambiente seguro para a exploração das emoções e experiências do paciente (Rogers, 1957; Hipólito, 2011).

A quinta condição é a compreensão empática, que consiste no processo de compreender além dos eventos ocorridos na vida do cliente, explorando as suas reações, sentimentos e pensamentos. O terapeuta deve compreender empaticamente os quadros de referência do cliente. Esta condição requer a compreensão de como o indivíduo reagiu a esses acontecimentos, o que sentiu, pensou ou como descreve a experiência dessa vivência, transmitindo ao cliente a reformulação do conteúdo emocional em alternativa ao descritivo dos acontecimentos. Essa compreensão empática, quando demonstrada pelo terapeuta, auxilia o utente na clarificação das suas emoções e desafios internos, facilitando a expressão e compreensão de si mesmo (Scheffer, 1993). O cliente deve sentir que o seu mundo interior está a ser compreendido, e para isso, o terapeuta necessita de entender os sentimentos e pensamentos internos do cliente, sem fazer qualquer tipo de julgamentos. Ao comunicar essa compreensão ao cliente, ajudando este a trazer à consciência aquilo que ele pode saber em algum nível, mas que ainda não conseguiu expressar claramente (Hipólito, 2011).

A sexta e última condição é a percepção do cliente das atitudes do terapeuta. O cliente deve perceber claramente as atitudes do terapeuta na relação. Esta percepção do cliente é importante no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz (Rogers, 1959). Estas condições são fundamentais e indissociáveis em qualquer relação terapêutica ou pedagógica experiencial. Se uma ou mais destas condições não se verificarem, a mudança não ocorre (Hipólito, 2011).

O desenvolvimento da personalidade e a autodescoberta são alcançados através da promoção de características como autenticidade, respeito, confiança, aceitação e tolerância. Estes elementos, intrínsecos à relação terapêutica, são fundamentais para superar problemas existentes, proporcionando um ambiente propício ao crescimento pessoal (Rogers, 2023).

No contexto do desenvolvimento humano, a tendência atualizante, conceito central na ACP, destaca a propensão inata das pessoas para a autorrealização. Hipólito explora essa tendência desde a formação embrionária até a hipercomplexificação, ressaltando a importância de um *locus* de controle interno. No entanto, a transição para um *locus* de controle externo, influenciada por experiências pós-nascimento, pode afetar a autoestima e o desenvolvimento saudável, requerendo uma abordagem terapêutica sensível às vulnerabilidades do indivíduo (Hipólito, 2011).

O processo terapêutico deve ser permissivo e compreensivo, demonstrando total aceitação do cliente. Esta abordagem não diretiva permite que as pessoas desenvolvam a responsabilidade pela resolução das suas vidas, proporcionando um contexto facilitador que promove a autoexploração e o crescimento autônomo (Rogers & Kinget, 1977). Assim, a ACP, ao enfatizar a importância da relação terapêutica, da autenticidade, e da aceitação, abre caminho para a dissolução de problemas, o desenvolvimento da personalidade e a autorrealização (Rogers, 1983).

Para que o cliente tenha maiores probabilidades de se aceitar a si mesmo, tomando consciência das suas emoções e motivações, é necessário existir no processo de acompanhamento e relação terapêutica, autenticidade, respeito, confiança, aceitação e tolerância. Estas características são essenciais para a diminuição ou eliminação dos problemas existentes, para que o desenvolvimento da personalidade e para a autodescoberta possam acontecer (Rogers, 2023).

Todas as pessoas possuem uma tendência natural para a autorrealização, de encontrarem em si o que há de melhor, não obstante, essa tendência é afetada por traumas, experiências negativas ou mesmo conflitos internos. O psicólogo pode ajudar oferecendo a oportunidade para que a pessoa se sinta realmente compreendida e aceite da forma que é, facilitando, assim, a sua exploração e o encontro das melhores soluções para os problemas existentes em si (Rogers, 1957).

Com base na perspectiva da ACP, Hipólito (2011) faz uma analogia com o conceito de tendência formativa apresentada na teoria do desenvolvimento humano. Refere que desde cedo se verifica o modo como as células acabam por formar um embrião e este se evolui em direção à complexificação e à hipercomplexificação, demonstrando assim a sua tendência

atualizante. Existem vulnerabilidades durante o desenvolvimento do ser, e estas, podem causar vários tipos de traumas, em qualquer fase do desenvolvimento, pondo, assim, em causa o seu desenvolvimento, diminuindo a sua potencialidade para se atualizar. Um embrião, enquanto se desenvolve no útero, é ele que gere o seu progresso e modo de complexificação, possuindo assim um Locus de Controlo Interno (Hipólito, 2011).

No entanto, a partir do momento em que nasce, e ao tomar consciência das barreiras do seu “*self*” com o exterior, passa a vivenciar esta nova realidade, conjugando-a com a percepção dos outros. Quando, através dos cuidados da sua mãe, por exemplo, os seus movimentos são orientados para uma experiência controlada e dissociada do seu eu organísmico, aqui, verifica-se então um Locus de Controlo Externo. Esta diferença entre o seu *self* organísmico e o *self* real, criam um distanciamento. Posteriormente, quanto mais distante for o *self* percebido do *self* desejado, menor será a autoestima desta pessoa, visto que o organismo terá dificuldade em equilibrar as tensões desenvolvidas internamente, devido a esta diferença (Hipólito, 2011).

Todos os seres humanos possuem a habilidade natural de se compreenderem a si próprios e de resolver os problemas de forma a atingirem satisfação (Rogers & Kinget, 1977). Esta capacidade depende intimamente da existência de uma relação de confiança e de um contexto facilitador, possibilitando a que a pessoa se sinta aceite. E deste modo, permitindo-se a evoluir e a mudar de acordo com o seu próprio ser e a sua tendência atualizante. Esta tendência atualizante é, no fundo, a tendência natural que cada pessoa tem para se autorrealizar ou se formar. É a evolução natural e orgânica no sentido da complexificação do ser (Rogers, 1983).

Para que seja possível as pessoas desenvolverem a sua responsabilidade pela resolução da sua própria vida e das problemáticas envolvidas, é necessário que a abordagem não seja diretiva, seja antes permissiva e de compreensão sobre os sentimentos e atitudes do indivíduo, sempre demonstrando uma total aceitação pela pessoa, não julgando ou limitando de nenhuma forma (Rogers & Kinget, 1977). As pessoas devem poder desenvolver a sua responsabilidade pelas decisões e resoluções da sua própria vida e de todos os desafios e problemáticas que surgem com a suas vivências. Quando o acompanhamento realizado adota uma abordagem não diretiva, ou seja, mais permissiva e de compreensão sobre os sentimentos e atitudes do indivíduo, sempre demonstrando uma total aceitação pela pessoa, não julgando ou limitando, permite-se que o desenvolvimento seja executado ao ritmo natural de cada um (Rogers & Kinget, 1977).

O que se pretende com a ACP é a dissipação ou desaparecimento dos problemas enquanto acontece o desenvolvimento da personalidade da pessoa, indo ao encontro de si mesmo e da sua aceitação, através de um consentimento e olhar incondicional positivo. Na ACP, evidenciam-se alguns conceitos de organismo no campo experiencial fenomenológico, o “*self*” e a autoestima, que em conjunto definem a base para a definição que o autor compreende: a pessoa no seu desenvolvimento (Rogers, 2003).

O *self* é considerado importante porque abrange a forma como as experiências vivenciais determinam o desenvolvimento da personalidade do indivíduo desde criança. Como base para a formação da personalidade, é influenciado por fatores como o ambiente familiar, social, cultural, económico, interações sociais, familiares ou em contexto educativo. Estes fatores, embora externos à pessoa, fazem parte da forma como o indivíduo experiêcia a vida desde sempre, e com um importante impacto nas suas funções orgânicas (Rogers, 2023).

Parte III - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

3.1. Avaliação psicológica

A avaliação psicológica tem como propósito a recolha de informação válida e objetiva, relativamente ao comportamento, assim como sobre outras áreas, possivelmente, ligadas à problemática que originou o pedido de avaliação por parte dos pais ou educadores. Para esta avaliação. Recorre-se a protocolos validados cientificamente e que irão responder às questões levantadas pelo comportamento demonstrado. A avaliação pode ser feita através da observação livre em entrevista não estruturada, observação do comportamento ao interagir com material lúdico ou ainda, observação dentro dos padrões definidos pelos testes a aplicar e com o intuito de apurar dados relevantes relativamente às aptidões e funções, como as visuais, auditivas, motoras ou mesmo intelectuais (Hunsley, 2002).

Durante a avaliação psicológica, podem utilizar-se testes/questionários já validados, cientificamente, e de acordo com o tipo de informação sobre a criança que se pretende apurar. Estas baterias de testes a serem utilizadas podem ser psicométricos ou projetivos. Não existe uma sequência aceite universalmente, no entanto, requer-se que sejam escolhidos os testes mais adequados para as características que se pretendem testar e avaliar (Carr, 2006).

Os resultados obtidos devem ser tidos em consideração a respeito da relação das crianças com os seus pais e com o próprio psicólogo que aplica os testes. A avaliação irá facilitar informação relevante no que concerne, por exemplo, às suas competências linguísticas, comunicacionais e sociais, o desenvolvimento motor e as capacidades cognitivas orientadas para a capacidade de adaptação, resolução de problemas e autonomia (Green et al., 2018).

3.2. Instrumentos de avaliação

3.2.1. Prova do Desenho da Família

A Prova do Desenho da Família consiste em pedir à criança que elabore o desenho da família, com o objetivo de compreender qual a perceção da criança relativamente ao seu papel na família e perceber a dinâmica familiar. A forma como usualmente a criança se dedica no desenho de alguns familiares demonstra a sua ligação efetiva para com os mesmos, o modo como revela os fatores relacionais de proximidade para com algum elemento em específico, ou mesmo apresentar o sentimento de solidão e isolamento face ao contexto familiar (Corman, 2003).

De acordo com a sua faixa etária, é possível com esta prova aferir a maturidade e o desenvolvimento intelectual da criança, a sua dificuldade em expressar emoções, se for o caso. A prova permite aferir, através do desenho e da forma como é elaborado, se esta vive num ambiente tenso no seu contexto familiar. Através do traço é possível perceber a predominância de agressividade e impulsividade na criança de, ou mesmo de timidez ou inibição (Corman, 2003).

Ao fazer esta prova a criança só recebe a indicação do tema, sendo tudo o resto feito de acordo com a sua vontade. Nesse sentido, o tamanho das personagens que desenha pode revelar a importância das mesmas para si. A ordem com que desenha os elementos da sua família é significativo para compreender qual a posição dentro da família em que a criança se vê. É também relevante verificar como é que a criança ocupa a folha com o seu desenho, podendo ser compreendido como falta de energia, fantasia ou mesmo algum estado depressivo se a criança desenha apenas na parte inferior da folha. Se o desenho for na parte superior da folha, pode, no entanto, ser interpretado de forma oposta, ou seja, que é uma criança imaginativa e com energia. O desenho no lado esquerdo da folha por ser visto como falta de criatividade e com maior ligação ao passado, já o lado direito da folha aponta para o futuro, para a existência de autonomia e evolução (Corman, 2003).

A interpretação do Desenho da Família é realizada considerando os três níveis de análise, sendo o primeiro, o nível gráfico, no qual se dá importância a aspetos de psicomotricidade e a fatores afetivos, como por exemplo, manipulação do lápis, força e amplitude da execução do traço, ritmo de execução, entre outros. O segundo, avalia ao nível das estruturas formais, que remete para a percepção/apreensão do real, devendo ser considerados o nível de desenvolvimento da criança e a sua capacidade intelectual. E o terceiro nível, refere-se ao domínio do conteúdo, referente aos processos latentes, pretende avaliar questões de objetividade ou subjetividade, na realização da família real ou imaginária (Corman, 1985).

Para esta técnica projetiva, é esperado que algumas características, surjam naturalmente no desenho, e quando presentes, são indicadoras de um ambiente familiar ajustado, como por exemplo, a existência de sorrisos desenhados no rosto de todas as figuras. Por sua vez, as características das figuras, podem representar conflitos relacionados com o ambiente familiar, como por exemplo, se um dos membros for desenhado na parte de trás da folha, ou tiver um excesso de rasuras no desenho (Burns & Kaufman, 1972).

(Burns e Kaufman, 1972, citados por Klumpp, 2017) propuseram um Manual Interpretativo para a análise de desenhos da Família Cinética. Este manual é composto por

indicadores de análise agrupados em cinco categorias: (1) características esperadas nos desenhos, (2) características das figuras, (3) ações, (4) estilos e (5) símbolos.

A primeira categoria, características esperadas nos desenhos, sugere que os desenhos que apresentam essas características são considerados “ajustados” ou “normais”. Os indicadores desta categoria incluem, a presença de luz que brilha acima de todos os membros da família; Sorrisos representados em todos os membros da família e a representação de atividades que envolvem todos os membros da família.

A segunda categoria, características das figuras, sugere que certas características nos desenhos podem indicar conflitos no ambiente familiar. Os indicadores desta categoria incluem a extensão do braço, que reflete o controle do ambiente familiar; a existência de figuras mais elevadas, indicando o desejo de dominância do sujeito que se encontra no nível superior e a existência de excesso de rasuras, que podem estar relacionadas com conflitos no ambiente familiar.

A terceira categoria, consiste nas ações, que quando, representadas no desenho são consideradas como o tipo de relacionamento entre as pessoas representadas, podendo refletir nas relações interpessoais na família, amor, libido e sentimentos. A qualidade das relações interpessoais, pode ser verificada em termos de intensidade, verificando-se baixa em vínculos fracos e alta em vínculos fortes. Burns e Kaufman (1972), referem que muitos dos desenhos que avaliaram, tinham presentes “campos de força” entre as figuras. Essas forças apareciam representadas, por bolas, barreiras ou objetos perigosos (Burns & Kaufman, citados por Klumpp, 2017).

Os estilos são descritos como indicativos do modo como as crianças expressam os seus vínculos e sentimentos, podendo ser reveladores de defesa ou de perturbação emocional. Segundo os autores da técnica, as crianças têm uma forma natural de expressar o amor e sem barreiras, pelo que essa disposição é considerada a ideal e não patológica. São exemplos de estilos que revelam um vínculo familiar não ajustado, a compartimentalização, onde há uma separação intencional dos membros da família, o encapsulamento, revelador de um completo fechamento da figura e, figura desenhada numa extremidade da folha, que reflete destaque da mesma ou, no caso de se tratar da própria criança, poderá dever-se a não querer envolver-se com os demais (Burns & Kaufman, 1972).

Nesta terceira categoria, podemos encontrar os indicadores como, uma bola a driblar, que pode refletir sentimento de competição entre o sujeito e a figura; Bola em cima da cabeça dos membros, indica sentimento de aprisionamento ou rejeição; A presença de barreiras, refletindo um vínculo familiar conflituoso; A presença de objetos perigosos, podendo estar

associados a sentimentos de raiva; A presença de símbolos que indiquem eletricidade no desenho, podendo refletir a necessidade de aconchego, amor ou poder; A existência de uma figura a passar roupas, sendo esta, sugestiva dos cuidados, carinho e proteção, que dessa personagem se recebe.

A presença da quarta categoria, os estilos, reflete um tipo de defesa por parte da criança relativamente a qualquer tipo de distúrbio emocional que possa existir, sendo de esperar que as crianças tenham uma tendência de expressar o amor de forma natural e sem barreiras. Os indicadores que constituem esta categoria a presença de fogo que pode representar raiva ou necessidade de aconchego; A presença do símbolo “X”, sugerindo controlo de impulsos; compartimentalização, indicando a incapacidade para expressar amor e afeto livremente; Encapsulamento, refletindo uma relação conflituosa; A representação de algum tipo de linha na parte inferior da folha, representando o mundo instável do sujeito, trazendo-lhe uma sensação de queda; Uma figura sublinhada, sugerindo um relacionamento instável com o membro sublinhado; A representação de figuras desenhadas nas extremidades da folha, indicadoras de sentimentos de pouca envolvimento familiar; A representação de algum tipo de linha na parte superior da folha, representando um mundo assustador. (Burns & Kaufman, 1970, citados por Klumpp, 2017):

3.2.2. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

A avaliação da inteligência não verbal desempenha um papel importante na psicometria, sendo as Matrizes Progressivas de Raven (MPR) um dos instrumentos mais reconhecidos nesta área. Segundo Raven (1947) e Simões (2000), as MPR estão disponíveis em três níveis distintos, cada um com características próprias. O primeiro nível, conhecido como Forma Geral ou "*Standard Progressive Matrices*" (SPM), inclui 60 itens. O segundo nível, designado especial ou colorido, é chamado de "*Coloured Progressive Matrices*" (CPM) e compreende 36 itens. Por último, o terceiro nível, avançado, com 48 itens, é denominado de "*Advanced Progressive Matrices*" (APM). Este instrumento recebeu a designação “*Progressive*”, devido ao aumento do nível de dificuldade durante o teste, podendo essa dificuldade ser verificada tanto ao nível dos itens que compõem os testes, como também a cada série (Simões, 2000).

A aplicação do MPR, requer a entrega da folha de respostas específica para este teste e utilização da grelha de correção conforme descrito por (Raven et al., 2009). O manual da FG-MPR especifica que, se houver um limite de tempo, o teste deve ser interpretado como uma medida de "eficiência intelectual" em alternativa a medir inteligência fluida, também designada por “fator g” (Raven et al., 2000). Esta componente engloba habilidades

fundamentais, como a capacidade de gerar novas ideias, a habilidade de compreensão, identificação de relações e extração de significados. (McCallum et al., 2001). No entanto, a versão cronometrada não é uma medida pura da capacidade fluida, pois é afetada por um fator de velocidade que penaliza os participantes que trabalham mais devagar e com mais cuidado (Raven et al., 2009).

As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) são testes de inteligência não verbal que exigem que os participantes resolvam problemas selecionando entre várias opções de resposta (Kaplan & Saccuzzo, 1997, citado por Brites, 2009). A Forma Especial ou Colorida (CPM) é uma das três versões disponíveis e é usada principalmente em crianças. Esta forma consiste em 36 itens, divididos em três séries (A, Ab e B) (Simões, 2000). Desenvolvida por Jonh C. Raven na Escócia a partir de 1936, a Forma Especial foi criada em 1947 para avaliar sujeitos com capacidade intelectual inferior (Raven, 1939). Cada item das MPCR apresenta formas geométricas com um elemento removido, e os participantes devem selecionar a opção que completa a imagem. Cada item do teste é pontuado como 1 ou 0 para resposta correta ou incorreta, respetivamente, com um máximo de 36 pontos (Simões, 2000).

A Forma Colorida das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) é recomendada para crianças entre 3 e 12 anos, no entanto, também é possível aplicar este instrumento a indivíduos com mais de 65 anos e a indivíduos com diversas deficiências (Simões, 2000). Este teste é apropriado em situações em que os testes verbais de inteligência não são adequados, sendo especialmente útil para pessoas com deficiências físicas ou neurológicas, deficiências sensoriais, atraso na linguagem, inibição verbal ou motora, comunicação reduzida e dificuldades intelectuais (Simões, 2000).

A teoria que fundamentou a criação da Forma Geral das Matrizes Progressivas de Raven também foi aplicada à Forma Colorida. Esta forma teve como base a teoria dos dois fatores de Spearman (fator g), na teoria da Gestalt e numa perspetiva de desenvolvimento da inteligência (Simões, 2000). Para evitar influências culturais, Raven optou por utilizar itens gráficos em seus testes, seguindo os princípios da Teoria da Gestalt, onde os itens foram elaborados de forma a que a solução ocorresse dentro da percepção espacial de uma configuração (Simões, 2000).

A prova das CPM de Raven pode considerar-se um teste de competência e alternativa ao teste da velocidade. Por esse motivo, não há um tempo limite para a concretização do mesmo, apesar de ter um tempo estimado como normativo que varia entre os 10 e 20 minutos. A pontuação final obtida deve ser analisada considerando os fatores psicológicos, familiares,

sociais e educacionais, da mesma forma que também deve ser considerada a motivação para a execução do teste e a existência de défices em capacidades específicas (Raven et al., 2009).

A administração de testes psicométricos, como as Matrizes Progressivas Coloridas, deve ser realizada em condições específicas para garantir a validade e a confiabilidade dos resultados. O local do teste deve ser espaçoso, bem iluminado e livre de elementos que potenciem distrações. Além disso, é essencial garantir que as necessidades básicas do examinado sejam atendidas. O examinador deve estar familiarizado com as instruções do teste e deve certificar-se de que o examinando compreendeu perfeitamente a tarefa a realizar. Se necessário, as explicações devem ser repetidas para garantir a compreensão. A administração do teste deve ser individual para evitar distrações e garantir que o desempenho do examinando seja avaliado de forma precisa e justa (Raven et al., 2009).

3.2.3. A Figura Complexa de Rey

A Figura Complexa de Rey foi criada em 1942 por Andre Rey, com o intuito de avaliar as capacidades perceptivas e a memória visual em pacientes com lesões cerebrais. Em 1945, Paul Osterrieth desenvolveu a análise padronizada, através da avaliação, da forma como os itens que compõem a imagem eram replicados e que erros eram cometidos, criando assim o sistema de cotação para o teste, que permite avaliar as capacidades viso-perceptivas, espaciais e construtivas, memória visual e alguns funcionamentos executivos como o planeamento, a organização e a resolução de problemas (Strauss et al., 2006).

O teste da Figura Complexa de Rey possui duas formas. A forma A, que por norma é aplicada a pessoas com qualquer idade, entre os 5 e 88 anos. Por sua vez a forma B, um pouco mais simples e direcionada para avaliação de crianças, que por norma é usada entre as idades de 4 e 7 anos. Ambas as formas são compostas por uma figura geométrica abstrata e complexa sem qualquer significado, moderadamente fácil de reproduzir, mas com um conjunto de itens estruturado de forma complicada, de forma a testar a perceção analítica e organizadora (Da Cruz et al., 2011).

3.2.4. Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar

A Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar (BAPAE) é uma bateria de testes criada por Maria Victoria de la Cruz e orientada para a aprendizagem em idade escolar, entre os seis e oito anos de idade. A prova avalia as dificuldades da criança relativamente a aptidões importantes no processo de aprendizagem, como a compreensão verbal, a aptidão numérica e as capacidades perceptivo-visuais (Cruz, 1999). O teste é de concretização simples, não exigindo qualquer qualificação específica, requerendo apenas atenção dedicada de forma voluntária (Alchieri et al., 2002).

Este instrumento é composto por cinco subtestes: compreensão verbal, relações espaciais, conceitos quantitativos, constância da forma e orientação espacial. Os três subtestes em conjunto, (relações espaciais, conceitos quantitativos e orientação espacial) formam uma prova de aptidão perceptiva. Os resultados obtidos nesta bateria permitem adequar a programação e as tarefas escolares às crianças com que se trabalha (Cruz, 1996).

A bateria BAPAE aferida para a população portuguesa é constituída pelo manual, cadernos de itens e grelha para cotação. Os cadernos apresentam-se atraentes e coloridos para a população selecionada. O caderno de itens apresenta diversos desenhos, os quais deverão ser identificados pela criança, de acordo com as instruções do examinador. Na capa do caderno, deverão ser indicados dados como o nome, a idade, o sexo e o ano de escolaridade, mesmo que, para tal seja necessária a ajuda do examinador. Durante a aplicação da prova, o examinador deverá permanecer na sala. Este deverá ainda, estar familiarizado com o conteúdo do questionário, com as instruções da aplicação e com o material a utilizar (Cruz, 1996).

Trata-se de uma prova que poderá ser aplicada individualmente ou em grupo. Relativamente à cotação da prova, esta é feita a partir das grelhas de respostas, incluídas no material. A pontuação dos subtestes (compreensão verbal, relações espaciais e conceitos quantitativos) corresponde ao número de respostas corretas. No que se refere aos três subtestes que compõem a prova de aptidão perceptiva (aptidão numérica, relações espaciais e orientação espacial), os resultados deverão ser analisados conjuntamente. Nos subtestes constância da forma e orientação espacial, a pontuação atribuída é: dois pontos por cada item, caso a criança tenha marcado as figuras corretas e nenhuma outra; um ponto por cada item, caso a criança tenha marcado uma só figura, das duas corretas e nenhuma outra; zero pontos caso a criança tenha marcado uma ou duas figuras corretas e uma ou mais incorretas ou tenha somente marcado figuras incorretas. As pontuações máximas dos subtestes são 20 pontos na compreensão verbal, 20 pontos nos conceitos quantitativos, 20 pontos na constância da forma, 20 pontos na orientação espacial e 10 pontos nas relações espaciais, perfazendo um total de 90 pontos. A tipificação portuguesa utiliza a escala percentílica e a escala típica de eneatis. A tabela de normas por escolaridade engloba o 1o e 2o ano do 1o ciclo. A tabela de normas por idade compreende os 6, 7 e 8 anos ou superior (Cruz, 1996).

Após a cotação da prova, obtemos um resultado bruto para cada uma das provas e um resultado bruto total, que consultado na tabela correspondente nos dá um percentil.

3.2.5. Teste de Toulouse-Piéron

O Teste de Barragem de Toulouse-Piéron, adaptado para a população portuguesa por Amaral (1967) e originalmente desenvolvido por Toulouse e Piéron (1904, 2013), é uma

ferramenta de avaliação psicológica que mede a atenção, concentração, poder de realização e resistência à fadiga. Este teste é composto por uma folha, preenchida com 25 linhas de 40 símbolos quadrados cada. Cada símbolo é semelhante, mas distingue-se pela direção de um traço específico. No início da folha, são apresentados três símbolos que o indivíduo deve identificar entre os restantes símbolos na folha (Amaral, 1967)..

O teste é adequado para indivíduos com mais de 10 anos de idade, embora exista uma versão adaptada para crianças com menos de 10 anos. A duração do teste é de 10 minutos cronometrados, durante os quais o desempenho é avaliado com base no número de acertos, erros e omissões registados a cada minuto. Os resultados são analisados em várias categorias. O poder de realização é avaliado com base na pontuação total, com pontuações abaixo de 80 indicando um poder de realização “muito lento” e pontuações acima de 200 indicando um poder de realização “muito bom”. A capacidade de concentração é avaliada com base na percentagem de erros, com percentagens abaixo de 5% indicando “muito boa” concentração e percentagens acima de 20% indicando uma concentração “dispersíssima”. O rendimento é avaliado com base na percentagem de acertos, com percentagens abaixo de 5% indicando “alto rendimento” e percentagens acima de 15% indicando “baixo rendimento”. Finalmente, a resistência à fadiga é avaliada através da análise da curva de trabalho ao longo do teste (Amaral, 1967).

Parte IV - Práticas no estágio

4.1. Atividades gerais e Específicas no Contexto de Estágio

4.1.1. Reuniões de supervisão

Durante o período em que tive como missão o acompanhamento psicológico, tive a oportunidade de participar em diversas reuniões regulares de supervisão com a psicóloga responsável pela orientação do meu trabalho. Nestas reuniões com periodicidade semanal discutíamos os casos que eu e outra colega estávamos a acompanhar, para receber orientações e feedback sobre as intervenções.

Apesar da formação base da psicóloga ter outra fundamentação teórica e uma abordagem diferente, houve abertura e conhecimento suficiente por parte desta para que os acompanhamentos fossem feitos de acordo com a ACP. Tendo a Psicóloga demonstrado sempre um profundo conhecimento e experiência, tanto técnicos e científicos, como também sobre as dificuldades inerentes à multiculturalidade e contextos sociais envolvidos. A sua orientação foi fundamental para a minha formação profissional, ajudando-me a adaptar da melhor forma possível aos desafios próprios do estágio.

Nas reuniões de acompanhamento existia uma partilha de experiências e dúvidas por parte dos estagiários. Com o devido apoio técnico e científico da psicóloga responsável pelos estagiários, contribuiu-se para um ambiente sempre propício à aprendizagem, colaboração e desenvolvimento pessoal e profissional. Foi incentivada a execução de perguntas e debates que levaram ao desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo, levando-me a questionar e a aprofundar a forma como as intervenções terapêuticas eram feitas e os resultados visíveis e espectáveis.

4.1.2. Ações para a comunidade

No âmbito do projeto de CLDS, foi-me requerido que fizesse algum acompanhamento à comunidade, de forma a estabelecer laços de confiança, de potenciar um ambiente de maior proximidade que ajudasse tanto os objetivos gerais do estágio, como também que permitisse algum contacto com a sociedade onde pudesse trazer alguma compreensão e conforto psicológico para aqueles que estariam a passar por desafios emocionais e psicossociais ligados, principalmente às condições económicas.

Uma das ações desenvolvidas consistiu na oferta de duas sessões de formação de literacia financeira para a comunidade. Estas oficinas tinham como objetivo capacitar aqueles que se encontravam em situações de carência económica, e permiti-los a adquirir competências de gestão financeira, promovendo assim uma maior autonomia e reduzindo o

stress associado às dificuldades financeiras. Os participantes foram convidados a participar voluntariamente pelas instituições já descritas, e foi também pedido à técnica de RSI da Segurança Social, responsável por esta área, que notificasse alguns beneficiários desta prestação a estarem presentes.

Bauman (2010) refere que o consumismo, fora de controlo, acaba por levar à perda de capacidade para fazer o necessário para a sobrevivência e para obter uma vida digna sem faltas que coloquem em causa o bem-estar geral básico. Nesse sentido, é importante que existam momentos de reflexão sobre hábitos de consumo face ao nível de liquidez disponível.

Durante as dinâmicas efetuadas nas sessões, muitos dos participantes puderam partilhar alguns hábitos que tinham e compreendiam ter impacto no seu estilo de vida, como por exemplo tomar o pequeno-almoço fora todos os dias. No entanto, quando questionados, não sabiam referir qual o peso destas decisões na gestão do orçamento familiar.

Parte V - Apresentação dos Casos Clínicos

5.1. Caso Clínico A - Acompanhamentos psicológico.

5.1.1 Motivo de Acompanhamento psicológico

O Caso Clínico A aceitou a proposta para receber acompanhamento psicológico, apresentada pela Psicóloga do CATL, por ter sido vítima de violência doméstica por parte do seu companheiro. Tinha saído do hospital recentemente, e apesar de ter acompanhamento por parte dos TAV. O seu objetivo era de obter ajuda para reestruturar a sua vida, restabelecer equilíbrio emocional e bem-estar psicológico, de forma que alcançasse a superação sobre as questões de violência doméstica recentes.

O Caso Clínico A tinha dificuldade em lidar com a sua situação atual, passando os dias isolada em casa, sem contacto com os vizinhos ou familiares, com medo que o companheiro fosse libertado da prisão preventiva, e que voltasse para se vingar por ter estado preso. Sentia-se fragilizada, em estado depressivo, sem sair de casa ou sequer tratar das tarefas básicas e necessárias, como fazer a sua alimentação ou a limpeza da sua casa.

5.1.2 História Clínica

O Caso Clínico A é de origem portuguesa, de 57 anos, irmã do meio de fratria de três irmãos, dos quais o mais velho, e único homem, já faleceu. Possui a quarta classe e trabalhou em limpezas urbanas, cozinhas de fábricas e a tomar conta de crianças.

Tanto o pai como a mãe do Caso Clínico A, eram alcoólicos e maltratavam todos os filhos, não havendo nenhum período da sua vida que não tivesse sofrido violência física e psicológica durante o seu desenvolvimento. Aos 9 anos o pai atirou uma cadeira na direção da sua cabeça, sem qualquer motivo. Os seus progenitores não tinham trabalho fixo, e a família passava necessidades de subsistência e de bens de primeira necessidade.

Aos 12 anos de idade foi vendida a outra família, onde era muito maltratada e a obrigavam a trabalhar bastante. Castigavam-na, com castigos físicos quando o trabalho era mal realizado. Esteve um ano com esta família antes de fugir de casa, para viver na rua, dependendo apenas de si própria e fazendo o possível para sobreviver. Após três meses a viver na rua, voltou para casa dos pais, onde o ambiente de violência só agravou. Aos 17 anos juntou-se com um rapaz de 25 anos, apenas para sair de casa. A relação não durou, e contou com muitos abusos físicos e sexuais. Mais tarde, conheceu o atual marido, 7 anos mais velho, com um comportamento agradável, carinhoso, inclusive com oferta de prendas. Contudo, pouco tempo depois do casamento, o marido perdeu o emprego e iniciou o consumo

excessivo e repetitivo de álcool, hábito que acabou por tomar os contornos de violência que tivera no passado.

Também nesta relação a violência era uma constante, nunca tendo apresentado queixa por achar que era normal e que ela merecia por não ser uma boa esposa. O Caso Clínico A recorda um momento em que amigos do marido estiveram em sua casa, e por ela ter sorrido para eles, o marido chamou-a à cozinha. Ainda com as visitas na sala, arrancou o fio elétrico de um candeeiro e chicoteou-a com ele várias vezes enquanto a ofendia verbalmente. No fim de a ter chicoteado, exigiu que parasse de chorar e que fosse preparar a comida para os convidados.

Após 11 anos de casamento e semanas antes de ser encaminhada para o acompanhamento psicológico, o marido agrediu-a com tal violência, que ela foi internada de urgência com algumas costelas partidas, bem como um braço, uma perna e a cabeça. Deste episódio clínico resultou a necessidade de se operar o braço e fisioterapia, visto que afetou os tendões e a capacidade de segurar objetos com a mão direita.

Quando iniciou o acompanhamento psicológico, o Caso Clínico A estava desempregada, vivia numa habitação social e recebia o RSI, o marido estava em prisão preventiva devido a queixa pública de violência doméstica, e até ao final do meu tempo de estágio, não havia ainda data para o julgamento.

5.1.3 Síntese do acompanhamento psicológico

De 15 de março até ao final de julho de 2022 foram realizadas dezassete sessões individuais, tendo existido vários dias em que a mesma faltava justificando a necessidade de se deslocar ao hospital ou para se apresentar no posto da Polícia, devido a questões relacionadas com o processo-crime de violência doméstica. Ao longo das primeiras cinco sessões foi realizada a anamnese, que decorreu de forma lenta, devido ao estado emocional frágil em que se encontrava, e que a impedia de falar com confiança e sem receios de ser julgada. Com o tempo formou-se uma aliança terapêutica forte que possibilitou uma maior abertura para falar sobre vários temas, incluído os seus pensamentos e emoções. Demonstrava possuir pouco vocabulário que lhe permitisse expressar as suas emoções, sentimentos, ideias ou objetivos.

O Caso Clínico A apresentava-se com um aspeto limpo, embora vestida de forma pouco cuidada e sem brio, caminhava devagar, arrastando os pés, devido às dores e ainda com pouca mobilidade, devido às intervenções médicas a que tinha sido sujeita recentemente. A outras intervenções, como ao braço e à perna, ainda esperava marcação por parte do hospital para ser operada. Não tinha nenhum braço imobilizado, no entanto, o seu braço direito

mantinha-se dobrado e com pouca mobilidade. O Caso Clínico A tinha uma estatura pequena, parecendo no entanto ainda mais pequena e frágil devido à sua postura corporal curvada. Educada na forma de comunicar, evitando fixar o olhar. O seu humor era, por norma, depressivo, com falta de ânimo e energia, chorando com bastante facilidade.

O Caso Clínico A aparentava ter uma dependência de álcool, e em algumas sessões parecia ter algum odor ligado à sua dependência. Contudo, quando questionada, nunca admitia essa dependência, e referia que por vezes bebia um copo de vinho e apenas durante as refeições.

Nas primeiras quatro sessões da anamnese, referiu que sentia muito medo de estar a viver na casa onde foi vítima de violência doméstica e que dormia mal com o receio do marido chegar a casa e poder vingar-se dela, por ter sido a razão da sua detenção. A maior parte do seu tempo passava-o deitada no sofá a chorar ou a ver televisão e que não sentia energia ou vontade para arrumar a casa, para se alimentar e mesmo para fazer a própria higiene. Segundo ela, “parecia que não havia motivo para fazer essas coisas”.

O Caso Clínico A fumava dois ou três cigarros por dia, alimentava-se mal, por não ter ânimo para preparar a comida, mas também, por estar desempregada e só receber o RSI, que é um valor baixo para as despesas que tem em casa. A sua gestão situação agravada pelo facto de que nunca ter tido autonomia para gerir o quer que fosse. Mesmo quando trabalhava, o seu vencimento não lhe pertencia, e tinha dinheiro no bolso, para quando alguns recados que precisava fazer ou compras da casa para ir buscar, mas sempre controlada sobre a forma como gastava o dinheiro. Certas situações, pelo que se recorda, em que era castigada fisicamente por ter tido iniciativa de comparar coisas que sabia faltar em casa.

Apesar de ter contacto com as irmãs, prefere não falar com elas com receio de incomodar. Tem uma irmã mais próxima geograficamente, que por vezes a visita para ver como ela está.

Ao falar da infância e da forma como sofria abusos físicos, dizia não saber porque era assim tratada, e que apesar de ser filha do meio, era a que mais sofria. Posteriormente, e na sequência de se sentir compreendida através da escuta ativa, confessa que sempre pensou que não tinha valor enquanto pessoa, e que nunca fazia nada certo e por esses motivos merecia ser castigada.

5.1.4 Descrição das sessões de acompanhamento psicológico

Na primeira sessão, foi esclarecida a questão, relativamente à frequência semanal com que estas sessões iriam acontecer, a duração das mesmas, e que estas iriam apenas ocorrer até

ao final de julho. Foi também explicado que tudo o que fosse falado, seria absolutamente confidencial relativamente a qualquer informação ou temas que fossem por ela abordados.

Durante as primeiras seis sessões, foi feita a avaliação do Caso Clínico A de forma lenta, devido ao seu receio em se expor e falar de si. Demonstrava temer o regresso do marido a todo o momento e as partilhas que fazia a seu respeito iam surgindo lentamente e como se pretendesse testar a aceitação do que tinha para dizer.

Na sétima sessão, referiu que estava a ganhar ânimo para manter a casa arrumada, que tinha finalmente saído com a irmã e o cunhado, no fim de semana passado para irem passear até à praia. O seu discurso relativamente ao marido mudou, e agora sem medo na voz, indicou que iria pedir auxílio advogado da segurança social para avançar com o divórcio.

O Caso Clínico A confessava com alguma regularidade que temia que um dia, ele saísse da prisão e a procurasse para se vingar. Pensou em ir viver para outro lado, no entanto, é neste bairro que se encontra parte da sua família e os locais a que está acostumada. Confessa ter pensado bastante sobre o passado e tudo o que está a ficar para trás, sentindo-se otimista relativamente ao futuro. Espera conseguir algum trabalho em breve, a tomar conta de crianças ou a fazer limpezas, apesar de ainda ter dores. Diz não conseguir estar inativa durante tanto tempo. Nesta sessão houve uma tomada de consciência relativamente às suas escolhas, e como estas foram limitadas durante a sua vida, nunca tendo escolhido os seus próprios caminhos. Esta consciencialização trouxe-lhe medo da incerteza e de estar sozinha, medos que apesar de terem sido revelados pela mesma, a deixaram surpresa e em lágrimas. Desde que esteve internada no hospital que tem vindo a jurar a si mesma que não queria voltar a relacionar-se com mais ninguém, porque todos os homens se aproveitaram dela e a trataram mal, depois de terem o que querem.

Da oitava à décima segunda sessão, as mudanças foram acontecendo lentamente, mas de forma positiva. Existiu intervenção dos TAV para tratar dos trâmites necessários ao divórcio, e a apoios da segurança social. Iniciou um trabalho em part-time, a fazer companhia a uma senhora idosa, que todas as semanas lhe oferecia sacos com comida e bens de primeira necessidade. Os passeios com a irmã tornaram-se mais regulares e começou a socializar mais com as vizinhas. Estes acontecimentos tiveram impacto no conceito de si, aumentando um pouco a autoestima, o que era visível, na forma como se vestia, que gradualmente passou a ser mais cuidada.

Da décima terceira sessão à décima quinta sessão, manteve-se a evolução ao nível de autoconsciência e autonomia, fazendo uma vida completamente organizada e autónoma, gerindo os seus rendimentos e inclusive para comprar roupa nova ou oferecer uma prenda à

irmã. O medo de que o marido voltasse, deixou de ser referido, e em alternativa o seu discurso fazia referência a pessoas com quem se relaciona e o facto de agora ter companhia sempre consigo. Os vizinhos que, na altura do último incidente chamaram a polícia, têm-se aproximado mais dela e a confortam, transmitindo união e cuidado, demonstrando que todos os vizinhos lhe darão proteção se vier a ser necessário.

Estas alterações na vida do Caso Clínico A, aumentaram os seus sentimentos de felicidade e segurança, por outro lado, assume que por vezes, pensa que tudo pode mudar, de um momento para o outro. Ainda não consegue sentir-se totalmente merecedora de uma vida feliz, no entanto, confessa que, apesar disso, por vezes, dá por si própria a cantar enquanto arruma a casa ou a rir com outras pessoas, e sente-se agradecida pelo apoio de todos os que têm estado presentes nestes últimos meses, fazem-na sentir esperançosa, ainda que alguma dúvida escondida sobre se alguma vez irá ser feliz.

Nas duas últimas sessões, confessou ter conhecido um homem que está interessado nela, e que jura que a irá sempre proteger, diz ter conhecido num jantar em casa da irmã, e apesar de estar tentada a arriscar, teme começar uma nova relação e vir a ser vítima novamente.

O Caso Clínico A demonstrou ter adquirido um maior conhecimento sobre si e sobre as suas emoções, que segundo ela, se deve às conversas tidas neste espaço. Para ela passou a ser importante, poder falar de tudo sem ser julgada, sentir que era realmente ouvida e compreendida com respeito, fazendo com que também ela, de algum modo se respeitasse a si mesma.

Na última sessão, confessou que foi obrigada a vir à primeira sessão, e que esperava alguém que lhe dissesse o que estava a fazer de errado e lhe desse orientações, coisas que na altura, considerava que seriam agressivas. Porém, ficou feliz de ter tido a oportunidade de ter este acompanhamento, e de ter tido a possibilidade de compreender-se melhor sem qualquer tipo de imposição ou pressão.

5.1.5 Conclusão do caso

O acompanhamento do Caso Clínico A, foi considerado positivo pela própria, tendo impactado diretamente no conhecimento de si mesma, das suas emoções, da descoberta da sua autonomia, e da sua capacidade de relacionamento interpessoal, enquanto conseguiu afastar-se do estado depressivo, da pouca autoestima e autocuidado com que iniciou esta caminhada.

Ao longo de todas as sessões, o acompanhamento foi feito de acordo com a ACP, procurando sempre que as seis condições necessárias fossem uma constante presente. Foi claro ao longo do processo, o efeito que o uso da ACP teve na criação de um vínculo

terapêutico eficaz e simultaneamente, permitindo-a utilizar o tempo da forma que lhe fizesse mais sentido, partilhando as suas fragilidades numa comunicação livre.

O Caso Clínico A afirmou sentir-se compreendida relativamente a toda a sua angústia e sofrimento, tendo essa compreensão se traduzindo na forma como conseguiu verbalizar e reconhecer todas as suas emoções de forma espontânea, levando-a num processo íntimo de evolução pessoal, que ia partilhando através dos insights que este processo lhe possibilitou. Foi possível falar de forma livre e sem censura de todas as suas inquietações e descobertas sobre si mesma, levando-a a ultrapassar os seus medos, ganhar confiança, mudar o seu humor depressivo e tornar-se mais autónoma.

No final do período de estágio, ficou acordado com a orientadora que o Caso Clínico A iria continuar a ter acompanhamento psicológico assim que possível.

5.1.6 Reflexões sobre o 1º caso

Apesar do Caso Clínico A se ter demonstrado hesitante no início do processo, com pouca vontade de participar e de confiar em alguém que lhe era estranho, verificou-se que rapidamente se sentiu bem acolhida, compreendida e incentivada a explorar as suas angústias de uma forma autónoma, honesta e realista. Com o tempo, deixou de chegar em cima da hora ou alguns minutos mais tarde e sem vontade, para chegar antes da hora, entusiasmada e cooperativa.

Foi muito importante na recuperação do Caso Clínico A, o apoio dado pela irmã e cunhado que passaram a estar mais presentes na sua vida, trazendo-lhe um sentimento de valorização que antes não tinha. Da mesma forma que o acompanhamento próximo por parte da TAV a ajudou a ultrapassar o medo e a criar uma imagem mais positiva do que poderia ser o seu futuro.

Senti como dificuldades no processo de acompanhamento, alguma incongruência e falta de confiança da minha parte na fase inicial, no entanto, ao seguir a abordagem de forma constante, rapidamente me foi possível perceber que a dificuldade se prendia com a minha própria falta de confiança nas capacidades do Caso Clínico A. Ao ultrapassar esta dificuldade, a aliança terapêutica formou-se de forma sólida e concretizadora. O apoio e colaboração da orientadora de estágio facilitou este processo com todo o apoio e disponibilidade que foi demonstrada ao longo de todo o estágio.

5.2 Caso B – Caso de Avaliação psicológica

5.2.1 Identificação

O segundo caso refere-se a uma criança do sexo masculino, 9 anos, que frequenta o ensino básico. Para proteção dos seus dados designamos como Caso B. Para este caso é apresentada a avaliação realizada na sequência do próprio ter solicitado acompanhamento psicológico à sua professora. Revelando na primeira consulta que o seu pedido se baseava na crença de ser mau, devido a acessos de fúria que tem, magoando verbalmente familiares e fisicamente outras crianças.

O consentimento informado foi obtido pela mãe do Caso B através da instituição, no entanto não foi possível falar com a mesma, pelo que a anamnese foi efetuada apenas com os dados que o Caso B sabia dar, havendo muitas informações pertinentes que poderão estar omissas por esse motivo.

O Caso B é o irmão do meio de uma fratria de seis, sendo esta composta por três irmãos e duas irmãs. Os pais são oriundos da Guiné-Bissau, vivem num apartamento de três assoalhadas juntamente com 13 pessoas, incluindo avô, tios, pais e irmãos. O dorme no quarto com as irmãs e os irmãos dormem na sala.

Demonstra ter como figura de referência principal, o seu irmão mais velho, que viajou para jogar futebol profissionalmente, não estando atualmente tão presente na sua vida. O pai trabalha na construção civil, estando longos períodos fora de casa. Quando este está em casa, não tem tempo nem paciência para estar com o Caso B. A mãe trabalha como empregada de limpezas não possuindo também muita disponibilidade para passar tempo com ele. O Caso B diz ter uma boa relação com todos os que moram com ele, exceto a sua irmã mais velha que é má para ele e com quem costuma ter alguns conflitos.

5.2.2. Motivo para a avaliação Psicológica

O pedido de avaliação foi feito pela professora de P, motivada pelo pedido do próprio e por verificar que o Caso B era uma criança não muito inquieta, mas muito distraído, havendo alturas em que mesmo falando diretamente com ele, não obtinha resposta, parecendo que estava alheado num mundo a parte. Os seus resultados académicos, demonstravam existir dificuldades ao nível da compreensão e execução dos exercícios solicitados.

O pedido foi encaminhado para a psicóloga do CATL, espaço que a criança frequentava em tempos livres.

5.2.3 História clínica

Não foi possível obter uma informação direta por parte da mãe do Caso B, no entanto, obteve-se informação indireta por parte das educadoras, indicando que era uma criança respeitadora, e que não fazia desacetos. Os momentos mais ativos deste, eram quando outras crianças o desafiavam e quando estava envolvido nas brincadeiras com o grupo. Passava algum tempo a jogar nos PC's existentes para uso geral. Não me foi passada nenhuma informação relativamente ao seu histórico clínico ou de saúde geral.

5.2.4 Síntese da avaliação psicológica

Da observação clínica, é simpático e educado, embora reservado, levando o seu tempo a ganhar confiança para falar abertamente sobre os seus pensamentos e sentimentos. Mantém contacto visual, durante as interações, o que pode indicar atenção e envolvimento na conversa. A atenção meticulosa aos detalhes nas tarefas que empreende, demonstra ser perfeccionista. No entanto, isso também parece levar a alguma frustração quando as atividades não correspondem às suas expectativas ou preferências.

Demonstrou ser curioso, comunicativo, frequentemente fazendo perguntas e participando ativamente nos assuntos que se iam desenrolando. A forma como fala das suas experiências e habilidades, levam a crer que tem uma perceção positiva a seu respeito. O Caso B resistir em seguir algumas regras, especialmente se não puder antecipar o resultado das mesmas. Isso foi observado em várias ocasiões quando o Caso B, questionou ou hesitou em seguir instruções sem entender completamente o propósito ou o resultado esperado.

Na avaliação do Caso B, foram aplicados os testes de Toulouse-Piéron, a BAPAE, a Figura Complexa de Rey, as MPR e os Desenhos Livre e da Família (Tabela 1).

Número de sessões	Instrumento de avaliação	Objetivo	Resultados
2	Anamnese e observação	Conhecer a História e contextos da criança	Criança reservada, cordial, pouca autoestima, com carência ao nível da valorização e reconhecimento
2	Desenho Livre e de Família	Perceber a dinâmica familiar, conflitos internos e desejos	Tendência para o uso de violência ou agressividade, sentimento de desvalorização própria face ao seu papel na família
1	Matrizes Progressivas de Raven	Avaliação da inteligência	Resultados de rendimento intelectual abaixo da média para sua idade

1	Figura Complexa de Rey	Avaliar capacidades visio-perceptivas, espaciais e construtivas, memória visual, planeamento, organização e resolução de problemas	Memória viso-construtiva dentro da média, no entanto, apresenta um nível inferior em relação à apreensão perceptiva. Também revelou alguma distração e falta de atenção
1	BAPAE	Avaliação de compreensão verbal, a aptidão numérica e as capacidades perceptivo-visuais	Resultados abaixo da média para a sua faixa etária em todas as dimensões avaliadas, com exceção da área de compreensão verbal
1	Teste de Toulouse-Piéron	Avalia a atenção, concentração, velocidade de execução de tarefas e a exatidão das mesmas	Poder de realização classificado como “muito lento” e um índice de dispersão classificado como “muito elevado”

Tabela 1: Instrumentos de avaliação usados e o resumo dos resultados obtidos

5.2.4.1 Análise de resultados

O Desenho da Família, elaborado pelo Caso B (Figura 1). Pode ser analisado na tabela 2, onde se pode verificar, de acordo com o enquadramento teórico deste teste, que o desenho reflete alguns aspetos importantes da dinâmica familiar percebida pela criança. A mãe é vista como uma figura dominante, enquanto a outra filha é vista como menos importante. A presença de um alarme e uma câmara na sala, juntamente com cabos de eletricidade, pode indicar uma preocupação com a segurança e o controle. O fato de a personagem identificada como filho, estar como que a empunhar uma varinha de magia como se fosse uma espada em direção ao pai pode indicar algum tipo de conflito ou tensão. Além disso, o fato de que muitos membros da família não terem sido desenhados, pode sugerir conflitos familiares ou sentimentos de desconexão.

No Desenho da Família, elaborado pelo Caso B surgem vários elementos que refletem a percepção do Caso B sobre a dinâmica familiar. A mãe é retratada como uma figura dominante. Em contraste, a outra filha é representada numa posição mais baixa, o que pode sugerir que o que esta é percebida como tendo um papel menos importante na dinâmica familiar.

A presença de um alarme e uma câmara na sala, juntamente com cabos de eletricidade, pode indicar uma preocupação com a segurança e o controle. O filho é retratado empunhando uma varinha de magia como se fosse uma espada em direção ao pai, o que pode indicar algum tipo de conflito ou tensão. Além disso, o fato de que muitos membros da família não terem sido desenhados pode sugerir conflitos familiares ou sentimentos de desconexão. Em conclusão, o desenho apresenta uma complexidade na dinâmica familiar, com indicações de possíveis conflitos e tensões, bem como sinais de felicidade e aconchego.

Na aplicação das CPM de Raven, completou as Matrizes Progressivas Coloridas (Forma Paralela) em 7 minutos, que está dentro do intervalo esperado de 6 a 22 minutos para a sua idade. A pontuação bruta obtida foi de 15, que, de acordo com o manual e as tabelas de referência do teste, coloca o jovem no percentil 5, equivalente ao Grau V, definido como 'Intelectualmente Inferior'. Isso significa que o jovem obteve uma pontuação igual ou superior a 5% da população da mesma idade.

Durante a aplicação do teste, o jovem demonstrou uma atitude colaborativa e disponível. Quando sentia maior dificuldade em resolver um problema, expunha o seu pensamento em voz alta, quer como estratégia para focar melhor a sua concentração e atenção no problema, ou para testar se obteria ajuda. No entanto, é importante notar que o ambiente de teste não foi o ideal. Devido a constrangimentos de espaço, a sala onde o teste foi realizado estava ao lado de uma sala cheia de crianças a brincar, a rir e a falar. Essas condições podem ter afetado a concentração do jovem e, consequentemente, o seu desempenho no teste. Portanto, não é possível confirmar se o resultado é um reflexo real das habilidades cognitivas do jovem ou se é uma consequência das circunstâncias em que a prova foi feita.

Na avaliação com a Figura Complexa de Rey, observou-se que, no Caso B, a memória visual construtiva está dentro da média, indicando uma capacidade adequada de reter e reproduzir informações visuais complexas. No entanto, o desempenho na apreensão perceptiva, que se refere à capacidade de perceber e interpretar estímulos visuais, demonstrou ser inferior à média. Além disso, durante a execução da tarefa de reprodução da cópia, o indivíduo demonstrou sinais de distração e falta de atenção, o que pode ter afetado a precisão e a integridade da sua reprodução. Com base nestes dados, podemos concluir que, embora a memória visual construtiva esteja dentro da média, podem existir desafios relacionados à atenção e à percepção visual que merecem uma investigação mais aprofundada.

Na avaliação da prova BAPAE, os resultados do variaram em diferentes dimensões. Na dimensão de Compreensão Verbal, o Caso B obteve uma pontuação de 18, colocando-o no percentil 80, o que indica um desempenho acima da média para a sua faixa etária. No entanto, nas dimensões de Relações Espaciais e Aptidão Numérica, obteve pontuações de 5 e 11, respetivamente, colocando-o no percentil 20 em ambas as dimensões, o que indica um desempenho abaixo da média. Em contraste, nas dimensões de Constância de Forma e Orientação Espacial, teve pontuações de 19, colocando-o no percentil 80 e 75, respetivamente, indicando um desempenho acima da média. Estes resultados sugerem que demonstra fortes habilidades em Compreensão Verbal, Constância de Forma e Orientação Espacial, no entanto, pode haver áreas de desafio em Relações Espaciais e Aptidão Numérica.

Na avaliação com o Teste de Toulouse-Piéron, verificou-se 61 acertos e 24 omissões, sem erros. Isso resulta num índice de dispersão de 0,39% e um nível de realização de 37. De acordo com as tabelas de referência deste instrumento, um nível de realização de 37 é classificado como ‘muito lento’, indicando que a velocidade com que o Caso B consegue completar tarefas é significativamente mais lenta do que a média. Relativamente ao índice de dispersão de 0,39%, considera-se de acordo com as mesmas tabelas como ‘muito elevado’, sugerindo uma grande variação no tempo que necessita para completar tarefas individuais.

Esses resultados sugerem que, embora o Caso B tenha demonstrado precisão na realização das tarefas (como indicado pela ausência de erros), a velocidade e a consistência do seu desempenho foram abaixo da média. Podendo esses dados serem indicadores de dificuldades com a atenção sustentada, a resistência à fadiga ou outros aspetos da função executiva.

5.2.5 Discussão do caso

Apesar de o Caso B ser uma criança faladora e alegre, mostrou-se ser de igual forma, reservada, principalmente no que respeita a relações familiares, como o pai, o tio ou a irmã mais velha. Deixa, assim, a entender que existem circunstâncias referentes a estas relações familiares às quais é sensível. Sempre que alguma questão o iria obrigar a revelar mais do que inicialmente tinha em mente, desviava o assunto ou baixava a cabeça. Ficou clara a boa relação terapêutica que foi estabelecida, apesar de haver um limite que este estabeleceu e nunca foi ultrapassado, fosse por sua decisão, por imposição de alguém ou apenas por medo de expor alguma coisa que não devia, trazendo na sua opinião, consequências para si ou para outros.

No decorrer das sessões, o Caso B revelou possuir pouca autoestima nas suas descrições das relações interpessoais em ambiente escolar, onde, de acordo com o seu relato, assumia sempre uma posição de submissão ao grupo e de fuga quando os assuntos ou situações o colocavam em conflito consigo próprio.

Os testes, na sua generalidade, apresentaram resultados que podem ser compreendidos com a existência de alguma carência ao nível da valorização e reconhecimento, tendência para o uso de violência ou agressividade, sentimento de desvalorização própria, face ao seu papel na família. Situações que podem estar diretamente ligadas a outros resultados obtidos relativamente ao rendimento intelectual abaixo da média da idade, um possível nível inferior em relação à apreensão percetiva, conceitos quantitativos, relações espaciais, constância da forma e orientação espacial.

Ao longo de todas as sessões de avaliação, também ficou evidente a existência de alguns momentos de distração e falta de atenção, que podem dever-se a diversos fatores já indicados, e que certamente tiveram impacto nos resultados de todas as provas.

Algumas das circunstâncias identificadas ao longo das sessões feitas, podem ser motivadoras do fraco desempenho académico, como a questão da sobrepopulação na sua habitação, não possuir um espaço próprio onde possa levar a cabo o seu tempo de estudo, e o facto de partilhar o quarto com as irmãs, levando-o a questões sobre valorização pessoal, devido a crenças enraizadas no seio da família sobre masculinidade e falta de valor pessoal apesar de ser do sexo masculino. O facto de uma das irmãs o pressionar, criando-lhe um ambiente hostil em casa, e potencialmente indicadora de stress constante, mesmo quando não há discussão. O Caso B, revela que “não a suporta” e “nunca sabe quando é que ela vai implicar com ele”.

Também é necessário considerar a relação com o pai que por norma está ausente, e quando está presente, não procura estabelecer conexão, ou momento de Pai-filho.

5.2.5 Conclusão do Caso

Apesar de o Caso B, demonstrar ser uma criança focada, curiosa, criativa e capaz de estabelecer relacionamentos interpessoais saudáveis, apresenta, também, um nível de poder de realização classificado como “muito lento” e um índice de dispersão classificado como “muito elevado”. De referir que a capacidade de processamento e realização de tarefas está limitada, sendo por isso importante ter estratégias que o ajudem nesse sentido. As dificuldades ao nível da perceção da informação visual condicionam a aquisição e manutenção das aprendizagens. Fatores de ordem emocional parecem condicionar as suas aprendizagens e evolução. Foi passado o feedback de que deveria usufruir de consulta de psicologia clínica de forma semanal e individual.

Parte VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio curricular que tive oportunidade de realizar foi bastantes rico em experiências de vários contextos diferentes, tendo sido relevante na criação de conhecimentos e experiências imprescindíveis para um estudante de psicologia. Vários foram os conceitos que deixaram de ser apenas teóricos para serem bases de experiência curricular e profissional. De igual forma, estar em contacto com estas realidades permitiram conhecer-me como psicólogo, ganhar mais confiança e conhecer os meus métodos.

O estágio teve um apoio repartido principalmente por duas instituições, através de três projetos. Foi de especial relevo e positivo o contacto e partilha com os profissionais de cada um destes projetos. O acompanhamento foi próximo e sempre disponível, o que me permitiu estagiar com segurança e confiança adicionais.

Apesar de toda a disponibilidade demonstrada, a maior dificuldade que senti foi na gestão das sessões que aconteceram no CATL, devido à agitação das crianças que acontecia em simultâneo. Mesmo com a porta fechada, o isolamento do ruído não era bom e, por vezes, as vozes e conversas eram percebidas dentro da sala, tendo como consequência a distração das crianças e a perda do seu foco.

No acompanhamento às vítimas de violência doméstica, considero terem sido bastante enriquecedoras e repletas de aprendizagens importantes. Permitiu-me conhecer o outro lado de um estigma bem conhecido na sociedade, mas que poucas vezes se aproxima da real experiência das vítimas e o impacto que estes acontecimentos provocam a nível cognitivo, funcional e mesmo de identidade.

Os maiores desafios que encontrei no apoio dado a este grupo de refugiados, foram as barreiras linguísticas. Apenas alguns membros da população falavam inglês, logo, sempre que havia necessidades específicas para abordar, obrigava a uma logística adicional na procura de alguém que pudesse traduzir. Várias instituições ajudaram a CVP a receber este grupo, por isso, todos os dias eram recebidos alimentos, água, produtos de higiene e outras necessidades.

Dei o meu auxílio durante duas semanas, onde o único apoio possível era na logística e na tentativa de fazer com que todos se sentissem acolhidos. Não havendo um tradutor, não foi possível comunicar com a maioria dos refugiados, apenas com alguns professores e alunos mais velhos que falavam inglês. Partilharam de forma voluntária as dificuldades sentidas desde o momento em que começaram a fazer as malas para fugir do seu país. Muitos dos alunos não sabiam se voltariam a ver os seus pais que se encontravam nas suas casas originais, outros sabiam que os pais também tinham fugido, porém em instalações diferentes,

e embora o pedido para a união, a burocracia e as necessidades legais de documentação limitavam que as decisões ocorressem ao tempo que seria espectável.

A CVP estabeleceu horários rotativos, para que socorristas, psicólogos e enfermeiros estivessem sempre escalados em todos os turnos, havendo também visitas de médicos para acompanhar as diversas necessidades médicas existentes. Todos os refugiados com quem consegui comunicar, descreviam um sentimento de respeito e agradecimento. No entanto, com o passar do tempo, aquilo que se esperava ser uma salvação, começou a assemelhar-se a prisão. Estavam isolados num edifício com portões fechados, onde todos os alunos estavam proibidos de sair, e os professores e pais, com responsabilidade de tantas crianças, escolhiam estar sempre presentes, com uma alimentação diferente ao nível de sabor e paladar, bem como, sem espaços de convívio à exceção do pátio e dos próprios quartos.

Considero que o meu estágio me levou num caminho transformador, onde a necessidade de lidar com alguns temas, me fez procurar mais conhecimento e estudar áreas diferentes, onde tive a possibilidade de interagir com diferentes profissionais em áreas de atuação tão diferentes, e que me permitiram obter conhecimentos interdisciplinares que transcendem qualquer sala de aulas. O facto de os contextos, onde tive a sorte de ter estado presente, serem tão diversificados, proporcionou-me uma compreensão mais profunda da diversidade e complexidade humana.

Resumindo, o estágio proporcionou-me não apenas a oportunidade de entender melhor as teorias em situações reais, com pessoas reais, mas também me permitiu um processo de autoconhecimento e evolução pessoal e profissional que, estou certo, irá influenciar o meu futuro profissional. Talvez a maior lição que integrei em mim, ao ter realizado este estágio, é a necessidade de manter a humildade, a disponibilidade para continuar sempre aprender e a capacidade de realmente estar presente para o outro, sem nunca deixar de ser eu próprio.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I., & Tavares, J. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Almedina. ISBN: 9789724005195
- Alarcão. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ª ed.). Quarteto.
- Alchieri, J. C., Lunkes, C. L., & Zimmer, D. (2002). *Toulouse-Piéron: atualizações de resultados para o estado do Rio Grande do Sul. Avaliação Psicológica*, 1(2), 111-118.
- Amaral, J. R. (1967). *O teste de barragem de Toulouse e Piéron na medição e diagnóstico da atenção: elementos de aferição para a população portuguesa*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- APAV. (2010). *Manual Alcipe - para o atendimento de mulheres vítimas de violência* (2ª ed.). Recuperado de https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Alcipe_PT.pdf
- Associação para a Mudança e Representação Transcultural. (2021). *Fonte de Mudança (CLDS 4G)* [2020 a 2023]. Recuperado de <https://www.amrtranscultural.org/projetos/fonte-de-mudanca-clds-4g/>
- Axline, V. M. (2023). *Dibs em busca de si mesmo*. Principis.
- Barrett-Lennard, G. T. (2007). The relational foundations of person-centred practice. In M. Cooper, P. F. Schmid, M. O'Hara, & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 127–139). Houndsmills: Palgrave Macmillan.
- Bauman, Z. (2010). *Capitalismo parasitário: e outros temas contemporâneos*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e Prática* (2ª ed.). Artmed.
- Bozarth, J. (2002). *Terapia centrada na pessoa: um paradigma revolucionário*. EdiUAL.
- Brazelton, T. B. (2006). *O grande livro da criança* (9ª ed., M. M. Peixoto, Trad.). Editorial Presença.

- Brenelli, R. P. (2016). *O Jogo como espaço para pensar: a construção de noções lógicas e aritméticas*. Papirus Editora. ISBN: 9788544902066
- Brites, S. M. (2009). *Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Estudos psicométricos e normativos com crianças dos 4 aos 6 anos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra.
- Burns, R. C., & Kaufman, S. H. (1972). *Actions, Styles and Symbols in Kinetic Family Drawings (K-F-D): An Interpretive Manual*. New York: Routledge.
- Câmara Municipal de Loures. (2015). *Plano de desenvolvimento social 2015-2016*. Recuperado de <https://www.cm-loures.pt/media/pdf/PDF20151015153839337.pdf>
- Câmara Municipal de Loures. (2019). *Diagnóstico social do concelho de Loures 2019*. Recuperado de <https://cm-loures.pt/media/pdf/PDF20190703171611624.pdf>
- CAPIC. (2017). Áreas de atuação. Recuperado de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-apoio-psicologico-e-intervencao-em-crise/>
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. Routledge. ISBN: 9781583918319
- Carvalho, J. (2021). *Relatório social do projeto de CLDS* [Relatório não publicado]. Cruz Vermelha Portuguesa.
- Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). *Early television exposure and subsequent attentional problems in children*. *Pediatrics*, 113(4), 708-713. <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.708>
- Corman, L. (1985). *Le test du dessin de famille* (5ªed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Corman, L. (2003). *O teste do desenho de família*. Casa do Psicólogo. ISBN: 9788573962109
- Cruz Vermelha Portuguesa. (s.d.). *As nossas pessoas*. Recuperado de <https://www.cruzvermelha.pt/as-nossas-pessoas/breve-historial.html>
- Cruz, V. (1996). *Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar - BAPAE* (2.ª ed.). Lisboa: Cegoc-Tea.

- Cruz, V. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem: Fundamentos*. Porto: Porto Editora
- da Cruz, V. L., de Toni, P. M., & de Oliveira, D. M. (2011). *As funções executivas na Figura Complexa de Rey: relação entre planejamento e memória nas fases do teste*. *Boletim de Psicologia*, 61(134), 17-30.
- De Aviz, A. J., da Rosa, C. C., Tomazoni, D., Schucko, I. C., Schlick, K. M., & Einchenberger, S. V. (n.d.). *Relatório de clínica infantil discussão teórica do caso Nicolas ON*. (Publicação não datada)
- Diário da República. (1987). *Código de Processo Penal*. Diário da República n.º 40/1987, Série I de 1987-02-17. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1987-34570075>
- Dimitrova-Stull, A. (2014). *A violência contra as mulheres na UE: Situação atual*. Serviço de Investigação dos Membros do Parlamento Europeu.
- Fernandes, A. (2001). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção*. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 32, 91-8.
- Fonseca, V. (1995). *Introdução às dificuldades de aprendizagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freire, E. (2001). Unconditional positive regard: the distinctive feature of client-centred therapy. Em D. Bozarth, & P. Wilkins (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice* (Vol. 3, pp. 145–154).
- Friedman, R. J., & Doyal, G. T. (1992). *Management of children and adolescents with ADHD*. New York: Pro-Ed
- Gadd, D. (2004). Evidence-led policy or policy-led practice? Cognitive behavioral programs for men who are violent towards women. *Criminal Justice*, 4(2), 173–197. doi:10.1177/1466802504044913
- Gleitman, H., Reisberg, D., & Fridlund, A. (2011). *Psicologia* (10ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 9789723113709
- Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). *Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)*. *Psicologia – USP*.

- Green, E., Stroud, L., Bloomfield, S., Cronje, J., Foxcroft, C., Hurter, K., & Venter, D. (2018). *Griffiths III - Escalas de desenvolvimento mental de Griffiths* (3ª ed.). Hogrefe.
- Hammill, D. D. (1990). On defining learning disabilities: An emerging consensus. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 74–84.
- Hammill, D. D., Leigh J. E., McNutt G., & Larsen S. C. (1981). A new definition of learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 4, 336–342.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: EdiUAL. Recuperado de <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/2556>
- Hunsley, J. (2002). Psychological testing and psychological assessment: a closer examination. *Am Psychol*, 57(2), 139-40.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2012). *Crisis intervention strategies* (7th ed.). Brooks Cole. ISBN: 9781111770617
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Joseh, S. (2015). A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 178-190. doi:10.1080/14779757.2015.1043392
- Joseph, S. (2003). Person centred approach to understanding posttraumatic stress. *Person Centred Practice*, 11, 70-75.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041-1053. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.006
- Joseph, S., & Murphy, D. (2012). Person-centered approach, positive psychology, and relational helping: building bridges. *Journal of Humanistic Psychology*, 53(1), 1-26. doi:10.1177/0022167812436426

- Klumpp, C. F. B. (2017). *Estudos de Fidedignidade e Evidências de Validade para o Desenho da Família Cinética* (Dissertação de Doutorado). Centro Universitário FIEO, Brasil
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s54-s64
- Knapp, P., et al. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Artmed Editora.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2022). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1983-8. doi:10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 9789895580668
- Leal, I., Pimenta, F. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*. Placebo Editora: Lisboa.
- Leusin, J. F., Petrucci, G. W., & Borsa, J.C. (2018). Clima Familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. *Revista da SPAGESP*, 19(1), 49-61. ISSN 1677-2970
- Lins, H. (2022). Afegãs, mulheres e músicas. Uma combinação proibida pelos talibãs que se reconstrói em Portugal. Recuperado de *CNN Portugal*:
<https://cnnportugal.iol.pt/afeganistao/musica/afegas-mulheres-e-musicas-uma-combinacao-proibida-pelos-talibas-que-se-reconstroi-em-portugal/20220521/621379330cf21a10a420b3f6>
- Lopes, J. A. (2003). *Problemas de comportamento, problemas de aprendizagem e problemas de “ensinagem”* (3rd ed.). Coimbra: Quarteto.
- Lopes, J. A. (Ed.) (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto
- Lourenço, O. M. (2010). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo - teoria, dados e implicações* (2ª ed.). Almedina. ISBN: 9789724018010
- Luquet, G. (1987). *O desenho infantil* (4ª ed.). Barcelos: Editora do Minho.

- Lusa. (2022). Refugiados afegãos deixam hospital militar em Lisboa ao fim de mais de seis meses. Recuperado de *Expresso*: <https://expresso.pt/sociedade/2022-07-17-Refugiados-afegaos-deixam-hospital-militar-em-Lisboa-ao-fim-de-mais-de-seis-meses-e9640bfb>
- Manita, C. (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal. *ousar integrar - Revista de Reinserção Social e Prova*, 1, 21-32.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. *Coordenação Nacional para a Saúde Mental*. Recuperado de <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (002), 379-99.
- McCallum, S., Bracken, B., & Wasserman, J. (2001). *Essentials of nonverbal assessment*. Wiley: New York.
- McMillan, M. (2004). *The person-centred approach to therapeutic change* (1st ed.). SAGE Therapeutic Change. ISBN: 9780761948698
- Miranda Correia, L., & Martins, A. P. L. (2007). Specific Learning Disabilities and the Portuguese Educational System. *Learning Disabilities Research & Practice*, 22(3), 189-195. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5826.2007.00241>.
- Neves, S. (2012). *Intervenção psicológica e social com vítimas volume II - adultos*. Almedina. ISBN: 9789724049465
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses*. Regulamento n.º 258/2011, de 20 de abril. *Diário da República* n.º 78/2011, Série II de 2011-04-20, páginas 17931 - 17936. Recuperado de [diariodarepublica: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/258-2011-870174](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/258-2011-870174)
- Osti, A. (2004). *As dificuldades de aprendizagem na concepção do professor*. 149f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

- Parker, H. (2006). *Desordem por déficit de atenção e hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Porto Editora.
- Passeri, S. M. (2003). *O autoconceito e as dificuldades de aprendizagem no regime de progressão continuada*. 179f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Pereira, E. S. (2010). Observar a pobreza em Portugal: uma leitura crítica das principais abordagens à operacionalização do conceito de pobreza. *Forum Sociológico*, 20, 57-66.
- Phelan, T. (2005). *Transtorno de déficit de atenção e Hiperactividade: sintomas, diagnósticos e tratamento*. São Paulo: M. Books do Brasil Ed.
- Piaget, J. (1976). *A equilibração das estruturas cognitivas: problema central do desenvolvimento*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Programa Operacional Inclusão Social e Emprego. (2019). *Avaliação de impacto dos Contratos Locais de Desenvolvimento Social (CLDS)*. PO ISE. Recuperado de portugal2020: https://portugal2020.pt/wp-content/uploads/03_avaliacao_clds_policy_brief_0.pdf
- Prouty, G. (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial centrada-na-pessoa*. Loures: Encontro (Obra original publicada em 1994).
- Rafagnin, D., Rodrigues, M. E., & Kosloski, P. E. (2020). A educação inclusiva e os transtornos específicos de aprendizagem: em foco a dislexia. *Psicologia Argumento*, 38(99), 26. doi:10.7213/psicolargum.38.99.AO02
- RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. (1994). *Em busca do sentido da obra de Jean Piaget* (2ª ed.). São Paulo: Ática.
- Rangé, B. (1999). *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva* (2ª ed.). ARBytes. (Org. R. A. Banaco)
- Raven, J., Raven, J., & Court, H. (2009). *CPM-P, Matrizes Progressivas Coloridas (forma paralela)*. Lisboa: Cegoc.TEA

- Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *Manual Sarar: sinalizar, apoiar, registar, avaliar, referenciar - uma proposta de manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ISBN: 9789899513730
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. doi:10.1037/h0045357
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Em S. Koch (Ed.), *Psychology: a study of a science* (pp. 184-256). Nova Iorque, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Rogers, C. (1964). Toward a modern approach to values: The valuing process in the mature person. *J Abnorm Psychol*, 68, 160-7. doi:1037/h0046419
- Rogers, C. (1978). *The foundations of the person-centered approach*. California: Center for Studies of the Person
- Rogers, C. (1983). *Um jeito de ser*. E.P.U. ISBN: 9788512602509
- Rogers, C. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa. ISBN: 9728094744
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. (E. Letras, Trad.) Lisboa: Padrões Culturais. (Obra original publicada em 1961)
- Rogers, C. (2023). *Tornar-se pessoa: a terapia pelos olhos do terapeuta*. Talento Intemporal. ISBN: 9789898860736
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin
- Rogers, C., & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Saravali, E. G. (2005). *Dificuldades de aprendizagem e interação social – implicações para a docência*. Cabral. ISBN: 858955046x
- Saravali, E. G., & Guimarães, K. P. (2007). Dificuldades de aprendizagem e conhecimento: um olhar à luz da teoria Piagetiana. *Olhar de Professor*, 10(2), 117-139.

- Scheeffter, R. (1993). *Aconselhamento psicológico: teoria e prática* (7ª ed.). São Paulo Editora Atlas S.A.
- Schmidt, M. B., & Nunes, M. L. T. (2014). O brincar como método terapêutico na prática psicanalítica: Uma revisão teórica. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 18-24.
- Secretariado Diocesano de Lisboa da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos. (s.d.). *Sobre a instituição*. Recuperado de <https://www.pastoraldosciganos.pt/a-instituicao/sobre/>
- Simões, M. M. (2000). Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Sisto, F. (2001). Dificuldades de aprendizagem. Em F. Sisto, & e. al, *Dificuldades de aprendizagem no contexto psicopedagógico* (2ª ed., pp. 19-39). Petrópolis: Vozes.
- Souza, M. T. (2013). Intervenção psicopedagógica: como e o que planejar? Em E. Rubinstein, C. França, A. d. Santos, A. d. Castro, A. Petty, N. PassosF M. T. Costa, *Atuação psicopedagógica e aprendizagem escolar* (14ª ed.). Editora Vozes. ISBN: 9788532617095
- Strauss, E., Sherman, E. M., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary* (3rd ed.). Oxford University Press. ISBN: 9780195159578